

PORTADA INSTITUCIONAL

Tema: INCIDENCIA DE DESNUTRICIÓN EN ADULTOS MAYORES

Presentan: Yeyry Arlen Ramirez Roblero

Mariana Itzel Hernández Aguilar

Asesor: E.E.C.C. Marcos Jhodany Arguello Gálvez.

Tesis Colectiva

INCIDENCIA DE DESNUTRICIÓN EN ADULTOS MAYORES DE
60-65 AÑOS EN EL ASILO DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN
DE JESÚS EN COMITÁN DURANTE EL PERIODO ENERO-ABRIL
2025.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS.

ÍNDICE GENERAL

Capítulo 11

2.1 Marco teórico

2.1.1 Definición

2.1.2 Clasificación

2.1.3 Factores de riesgo

2.1.3.1 Factores cénicos

2.1.3.2 Factores de Riesgo Psicológicos y Sociales

2.1.3.3 Factores Relacionados con los Estilos de Vida

2.1.3.4 Factores Sociodemográficos

2.1.4 Fisiopatología

2.1.5 Diagnóstico

2.1.6 Prevención

2.1.7 Tratamiento

2.2 Marco referencial

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Desnutrición

2.4 Marco legal

2.4.1 NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estado de nutrición en la población senil es un área de interés importante que hoy en día es de gran relevancia, pues se ha visto presente la pérdida de peso involuntaria, aumentando la incidencia de mortalidad, como procesos de infecciones u otras patologías. De tal manera que la incidencia de desnutrición en adultos mayores se ve presente en aquellos que tienen un acceso limitado a la atención médica, sufren alguna patología o carecen de recursos económicos.

En la actualidad los países presentan una tasa mayor de envejecimiento de manera progresiva siendo este fenómeno alarmante en la población para diversos países, tanto desarrollados como en proceso de desarrollo y uno de los factores detonantes que indican una alta probabilidad de malnutrición. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el estudio de nutrición en el envejecimiento, señaló a la población anciana como un grupo nutricionalmente muy vulnerable, debido a cambios anatómicos y fisiológicos asociados al proceso de envejecimiento.

La prevalencia de malnutrición oscila desde un 3-5 % entre las personas mayores que viven en su domicilio, hasta cifras superiores al 60% en ancianos institucionalizados la prevalencia de desnutrición en la población anciana es más frecuente de lo que se suele diagnosticar y sus consecuencias se le atribuye al envejecimiento por lo que es muy importante tenerlo presente al evaluar esta población, así como utilizar las pruebas de cribado validadas.

El riesgo nutricional aumenta en ancianos quienes están enfermos, son pobres y en aquellos que tienen un acceso limitado al cuidado médico. Desde hace más de una década se han reportado rangos de incidencia de desnutrición que abarcan de 12.0% al 50.0%; entre la población de ancianos hospitalizados y del 23.0% al 60.0% entre aquellos que viven en condiciones de institucionalización.

Por tanto, los principales factores de riesgo de malnutrición en ancianos son el sexo, la edad, los ingresos y vivir solo, así como la institucionalización. En estudios internacionales destaca el hecho de que el 22,3% de las personas ancianas estudiadas en residencias está malnutrida o en riesgo de malnutrición, frente al 14,2% de las que acuden a consulta, y sólo el 3,3% de las estudiadas en su domicilio.

A nivel mundial la prevalencia de desnutrición en los adultos mayores, es un problema común, incluso en países bien desarrollados. Según Albuja Silvestre, Zully América (Albuja SZA 2024); en China, el 30,68% de los ancianos hospitalizados están en riesgo de desnutrición y el 8,77% se clasifica como desnutridos.

En otro estudio en Polonia, informan que hasta el 44,2% de la población anciana polaca tiene un estado nutricional deficiente; de los cuáles el 6,2% son desnutridos y el 38,0% en riesgo de desnutrición. En Irlanda, se encuentra que la prevalencia de desnutrición en los ancianos es del 6,2%(n=27) y el riesgo de desnutrición es de 28%(n=99).

En la India, se observa que la incidencia de desnutrición en el adulto mayor, varía según el entorno en el que residen, en los hogares de ancianos es del 30% en tanto que la frecuencia varía del 21 al 67% en el ámbito hospitalario. En Etiopía, en el adulto mayor de 60 años se encuentra que la incidencia de desnutrición es de 27,6% y el 2,1% de los participantes del estudio tienen sobrepeso, además, el 61,7% se encuentra en riesgo de desnutrición.

En Trujillo en 2017 en ancianos hospitalizados se encuentra un preocupante 61.54% de sujetos con desnutrición moderada y el 7.69% con cuadros de desnutrición severa. En Reino Unido, la prevalencia de desnutrición en 2020 fue de 16-19% en adultos mayores de 65 años en adelante. En Italia, en el año 2020 el 38,2% de los ancianos estudiados presentaba condiciones de riesgo del estado nutricional. En Estados Unidos su prevalencia varía según los parámetros nutricionales y el diagnóstico de los pacientes. En Asia, la prevalencia de la malnutrición, oscila entre el 16 y el 78% entre los ancianos hospitalizados.

En América latina, según Albuja SZA(2024); en Perú, se realizó un estudio en los años 2022 y 2023, una evaluación antropométrica en adulto mayor de 60 años, donde la clasificación normal para el IMC predominante era 47%, la clasificación de delgadez de 22%, y los valores para el IMC mayor a 30kg/m²(31%), la mayor porción de sujetos con bajo peso era 23%, y en el grupo con exceso de peso, en su mayoría mujeres, situación que predispone a que las mujeres, sean el sexo con mayores reservas energéticas.

En Lima (Perú), en el mismo año, luego de evaluar a 80 adultos mayores, de las cuales el 94% eran mujeres, y analizando la escala de evaluación nutricional, se encontró un estado de vulnerabilidad alimentaria leve representó más de la mitad, 53% y la vulnerabilidad moderada 47%. En más de la mitad 50% tuvieron riesgo de malnutrición y en un porcentaje inferior de 24% malnutrición.

En Ecuador, en el año 2022, se realizó un estudio para identificar las causas de la desnutrición en 30 adultos mayores, en los cuales el 57% eran mujeres, los porcentajes fueron; 67% malnutrición, los que presentaron riesgo de desnutrición 70%, igualmente, se aplicó la escala (MNA) visualizándose un riesgo de malnutrición de 80%. Finalizando que los factores significativos presentes fueron el abandono de la pareja y familiares, el cual altera la salud física y mental.

En Argentina, en el año 2020, después del análisis, encuestas y un total de 13 estudios, resultando en una cantidad de 21568 ancianos y predominio de mujeres (59,6%). De la muestra total, 10,9% fueron identificados con factores asociados a un mal estado nutricional, y 36,1% se encuentran en un mal estado nutricional. Los factores desencadenantes fueron: la edad, el deterioro cognitivo, una mala condición social y económica, el bajo nivel de instrucción o educativo y la no institucionalización.

En Brasil en el año 2017, se evaluaron a 3.101 adultos mayores. Los ancianos con mayor riesgo de desnutrición fueron el 28,3%, el diagnóstico multivariado identificó mayor incidencia de desnutrición en mujeres que no tuvieron acceso a la educación formal, vivían solas y eran de piel negra. El riesgo de malnutrición era el doble en personas sin ingresos familiares, en comparación con quienes ganaban al menos tres salarios mínimos. Ser fumador incrementa significativamente el riesgo de desnutrición. ¹

A nivel nacional, en México, según la ENSANUT 2012; el 6,9% de la población de adultos mayores cursan con desnutrición, el 42,4% sufren de sobrepeso y el 28,3% de obesidad. A nivel mundial, este grupo poblacional presenta prevalencias de desnutrición entre un 23 y 60%. La presencia de desnutrición en el adulto mayor se relaciona con mayor número de admisiones y estancia intrahospitalaria, mayor riesgo de caídas, disminución de la función física, empeoramiento de la calidad de vida e incremento en la mortalidad.

Respecto al tipo de asistencia social, se ha documentado menor peso y reserva de tejido adiposo en aquellos adultos mayores residentes de asilos; documentando prevalencias de 19,4% de desnutrición, mientras que los adultos que viven en sus hogares presentaron prevalencias de 2%. Se ha reportado circunferencia de pantorrilla mayor en la población que no reside en asilos. La aplicación de herramientas de tamizaje nutricional en los distintos centros de asistencia social es de suma importancia para detectar el riesgo y la presencia de desnutrición en los adultos mayores, independientemente del formato empleado.²

A nivel estatal, es decir, en Chiapas, según lo publicado en el diario AQUÍ NOTICIAS, por Marco Aquino y Lucero Natarén (22 de octubre 2020), la Secretaría de Salud divide a la desnutrición en tres niveles: leve, moderada y severa; en al menos dos de estos tres niveles de gravedad Chiapas presentó en 2019 un aumento en casos con respecto al año anterior, de acuerdo al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Chiapas ha tenido un leve avance en lo que respecta a la desnutrición leve. En 2019, tuvo 2185 casos, correspondientes a 24 mil mujeres y 161 mil hombres, cifra menor a la de 2018, la cual fue de 2738 casos. En la desnutrición moderada, sí hubo un aumento. Mientras que, en 2018, la entidad presentó 432 casos, en 2019 hubo 240 casos en mujeres y 228, en hombres, sumando la cifra de 468.

En cuanto a la desnutrición severa, hubo 89 casos más en 2019 con respecto a 2018. En 2019, 152 mujeres y 194 hombres presentaron este grado de mala nutrición; en 2018, únicamente 257 casos. Por su parte, la organización México Social indica que la magnitud del problema surge de la falta de implementación de políticas que garanticen la seguridad alimentaria y la adecuada nutrición para todas las personas (niños, niñas, adolescentes, adultos y sobre todo adultos mayores).

La organización exhorta a la Secretaría de Salud a prestar más atención a este problema que afecta al país, puesto que los datos, sólo enumeran a las personas que acudieron a una consulta médica y recibieron el diagnóstico.³

Debido a que no se tienen cifras de la incidencia de desnutrición en adultos mayores de 60-65 años en el municipio de Comitán de Domínguez, específicamente en el asilo de ancianos Sagrado corazón de Jesús, y bajo este contexto, se genera la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es la incidencia de la desnutrición en adultos mayores de 60-65 años en el asilo de ancianos sagrado corazón de Jesús en Comitán durante el periodo comprendido Enero-Abril 2025**

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Debido a que no se tienen cifras de la incidencia de desnutrición en adultos mayores de 60-65 años en el municipio de Comitán de Domínguez, específicamente en el asilo de ancianos Sagrado corazón de Jesús, y bajo este contexto, se genera la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es la incidencia de la desnutrición en adultos mayores de 60-65 años en el asilo de ancianos sagrado corazón de Jesús en Comitán durante el periodo comprendido enero-abril 2025**

JUSTIFICACIÓN

El estado de desnutrición en la etapa de longevidad ha sido de gran importancia hoy en día, siendo un tema de gran relevancia, pues se ha visto presente la pérdida de peso involuntaria en esta edad, por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el estudio de nutrición en el envejecimiento, señaló a la población anciana como un grupo nutricionalmente muy vulnerable, debido a cambios anatómicos y fisiológicos asociados al proceso de envejecimiento.

De tal manera que la incidencia aumenta por diversos factores que tienen influencia en la desnutrición en adultos mayores, dicho así la desnutrición ha prevalecido con mayor magnitud siendo más presente en aquellos adultos que tienen un acceso limitado a la atención médica sean institucionalizados o no, sufren alguna patología o carecen de recursos económicos.

La necesidad de conocer el estado nutricional en adultos mayores radica principalmente en la elevada incidencia de mal nutrición que ha ido marcándose año con año, siendo en la actualidad un tema alarmante en todo el mundo en la calidad de vida del adulto mayor, siendo un efecto negativo en la salud, que incrementa patologías y con ello, el aumento de la probabilidad de mortalidad.

Así la nutrición cobra mayor relevancia puesto que es un indicador que contribuye a una mejor calidad de vida y está asociada a los demás elementos físicos, mentales y sociales que contribuyen en el estado óptimo de salud y bienestar en las personas seniles, teniendo presente que su estado de salud desde anatómico y fisiológico se ve más disminuido a esa edad de tal manera que la valoración nutricional nos proporciona información para conocer la magnitud y las características del problema nutricional de la población senil, es por ello que la intervención nutricional oportuna constituye un pilar fundamental para lograr un pronóstico eficaz.

La atención nutricional desde el punto de vista estadístico, puede ayudar a prevenir, mantener o corregir el peso, aumentar la respuesta al tratamiento, disminuir la incidencia de complicaciones y mejorar la calidad de vida de la población longeva.

Surge así el interés de realizar un estudio, que permita conocer el estado nutricional y su incidencia en adultos mayores en el asilo sagrado corazón de Jesús, en el municipio de Comitán Chiapas, para poder orientar al personal con un nuevo enfoque o perspectiva sobre la importancia nutricional y lograr así una mejoría en la atención a este grupo de personas.

OBJETIVOS

GENERAL:

Conocer la incidencia de desnutrición en adultos mayores de 60-65 años. atendidos en el asilo sagrado corazón de Jesús, en Comitán Chiapas, en el periodo comprendido de enero-abril 2025.

ESPECÍFICOS:

- 1.- Identificar los Factores de Riesgo en los pacientes con desnutrición en el asilo de ancianos sagrado corazón de Jesús en Comitán de Domínguez Chiapas.
- 2.- Identificar el grado de desnutrición en los pacientes en el asilo de ancianos sagrado corazón de Jesús en Comitán de Domínguez Chiapas.
- 3.- Conocer la frecuencia del riesgo de caídas y deterioro neuropsicológico en pacientes con desnutrición en el asilo de ancianos sagrado corazón de Jesús en Comitán de Domínguez Chiapas.
- 4.- Conocer la frecuencia de disminución en el apetito en los pacientes con desnutrición en el asilo de ancianos sagrado corazón de Jesús en Comitán de Domínguez Chiapas.

Capítulo II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 DEFINICIÓN

La desnutrición es una carencia aguda o crónica de nutrientes que afecta negativamente la salud, el bienestar y el rendimiento físico y mental.⁴

La desnutrición relacionada con la enfermedad es un problema sanitario de elevada prevalencia y de gran repercusión clínica debido a que se asocia con un aumento de la morbilidad, una prolongación de la estancia hospitalaria, un aumento de la tasa de reingresos, un aumento de la mortalidad y un aumento de los costes asociados.

El proceso de envejecimiento provoca importantes cambios fisiológicos y funcionales en el anciano que están relacionados con la nutrición, como cambios en la composición corporal, disminución de la masa muscular, pérdida del gusto y el olfato, disfagia, pérdida del apetito, factores sociales o presencia de comorbilidades. Además, los ancianos institucionalizados suelen tener un mayor grado de dependencia funcional y psicológica que los ancianos que viven en la comunidad, lo que convierte a esta población en un colectivo especialmente vulnerable de sufrir desnutrición.⁵

El estado de nutrición en el adulto mayor está relacionado con el proceso de envejecimiento, y a su vez este proceso está influenciado por el estado de nutrición mantenido a lo largo de la vida. Durante el envejecimiento, se producen cambios corporales (aumento de masa grasa, disminución de masa magra), aparecen alteraciones metabólicas y alimentarias, que coexisten con enfermedades crónicas y agudas.

Asimismo, el estado nutricional del adulto mayor se ve influenciado por el deterioro de sus capacidades funcionales, por polimedicación y por la situación socioeconómica en que se encuentra. Si el adulto mayor tiene una funcionalidad limitada, difícilmente podrá alimentarse por sí mismo y dependerá de terceras personas y/o si vive solo, será aún más difícil que se alimente, por lo que se encontrara en mayor riesgo de desnutrición.

Lo mismo ocurre con los adultos mayores que viven en extrema pobreza y que, además, tienen problemas de masticación y/o de deglución. En esta etapa, el apetito, así como la cantidad de alimentos ingeridos tiende a declinar debido a la ingesta de alimentos con bajo valor nutricional o energético (caldos, atole de agua, verduras muy cocidas), por lo que se debe tener especial cuidado en proporcionar una dieta suficiente, que contenga todos los nutrientes y atractiva.

Cuando los adultos mayores incorporan dietas saludables pueden revertirse o retrasarse muchos de los cambios asociados al proceso de envejecimiento, asegurando de este modo, que muchos de ellos puedan continuar viviendo en forma independiente y disfrutando de una buena calidad de vida, que les permita compartir activamente dentro de la familia y de la comunidad.

La desnutrición afecta entre el 1% y 15% de adultos mayores ambulatorios, entre el 25% y 60% de pacientes que cuentan con servicios de salud y un 35% a 65% en pacientes hospitalizados. Se ha encontrado que la desnutrición está asociada con estancia hospitalaria prolongada, y esta incrementa la morbilidad y mortalidad, además de estar ligada al abatimiento funcional.

En la Ciudad de México se realizó una encuesta llamada “salud, bienestar y envejecimiento” (SABE 2000) en la que se encontró que aproximadamente el 31.8% de los adultos mayores presentan algún grado de desnutrición, para determinar el estado nutricional se tomó en cuenta el Índice de Masa.⁶

2.1.2 CLASIFICACIONES

La definición de desnutrición de acuerdo con la ESPEN, es la siguiente: “Estado resultante de la falta de ingesta o absorción de nutrientes, lo cual conduce o se afecta las reservas de la composición corporal (disminución del tejido magro y adiposo) y la masa celular corporal, lo cual contribuye a la pérdida de la función física, mental y modifica el resultado del manejo clínico de la enfermedad”.

La desnutrición frecuentemente se manifiesta a través de la reducción de la masa muscular y ósea, con un mayor riesgo de fragilidad (Cederholm, 2017). De acuerdo al grado, tradicionalmente la desnutrición se ha clasificado en crónica o aguda y con respecto su severidad, en: leve, moderada y severa.

Recientemente, el consenso además de proponer los criterios GLIM para diagnosticar la desnutrición en entornos clínicos, también determinó puntos de corte para definir la severidad de la desnutrición, dividiéndolos en dos etapas (Cuadro 3). De acuerdo a sus criterios fenotípicos, moderada cuando: el porcentaje de pérdida de peso es entre un 5 y 10% en los últimos seis meses o entre un 10 y 20% por más de seis meses, un IMC $<20 \text{ kg/m}^2$ en personas menores de 70 años o $<22 \text{ kg/m}^2$ en personas mayores de 70 años y una reducción de la masa muscular leve y/o moderada y desnutrición severa, cuando el porcentaje de pérdida es mayor al 10% en los últimos seis meses o mayor del 20% por más de seis meses, si el IMC es $<18.5 \text{ kg/m}^2$ en personas menores de 70 años o $<20 \text{ kg/m}^2$ en personas mayores de 70 años y una reducción severa de la masa muscular (Cederholm, 2017). ⁷

Cuadro 4. Clasificación del grado de desnutrición según GLIM

Etapa 1/Desnutrición Moderada (requiere un criterio fenotípico que cumpla con este grado)	5-10% en los últimos 6 meses o 10-20% después de 6 meses.	<20 kg/m ² si tiene ≤ 70 años y <22 kg/m ² si tiene ≥70 años.	Déficit leve o moderado
Etapa 2/Desnutrición severa (requiere un criterio fenotípico que cumpla con este grado)	>10% en los últimos 6 meses o >20% después de 6 meses	<18.5 kg/m ² si tiene ≤ 70 años y <20 si es ≥70 años.	Déficit severo

GLIM: iniciativa global de liderazgo en desnutrición RE: requerimiento energético, GI: gastrointestinal, IMC: índice de masa corporal, IMME: Índice de masa muscular de las extremidades

2.1.3 FACTORES DE RIESGO

2.1.3.1 FACTORES CLINICOS

Retomando los cambios fisiológicos inherentes al proceso de envejecimiento, estos por sí mismos son FR de la desnutrición, destacando la deshidratación, el aumento de la grasa corporal frente a la pérdida de masa muscular y los cambios sensoriales. Pero la variable más determinante dentro de este grupo es la capacidad de autocuidado en la persona mayor.

De forma contundente, la dependencia en la realización de las ABVD ha sido calificada como un FR de desnutrición en especial, la limitación para realizar las compras, el transporte y la preparación y el cocinado de los alimentos, factores que forman parte de la inseguridad alimentaria (IA). Para respaldar estos hallazgos, otros dos estudios sitúan la independencia en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como factores de protección frente al riesgo nutricional.

Como se ha indicado anteriormente, la calidad de vida en las PM disminuye a medida que aumenta la edad, entre otras cosas, por la aparición de procesos patológicos en la persona mayor que, sin duda, van a influir significativamente en el estado nutricional. La calidad de vida ha sido medida en varios estudios con diferentes escalas y parece influir en el desarrollo de desnutrición.

Van den Broeke et al. en su estudio concluyeron que una menor calidad de vida era un FR de un estado nutricional deficiente (n=657)⁶, hallazgo reforzado por Ghimire, que utilizaron la herramienta europea de calidad de vida EuroQol-5D (EQ-5D) y determinaron que una mejor puntuación en dicha escala se asociaba a un menor riesgo de desnutrición (n=289).

Las alteraciones del aparato digestivo también cobran un papel fundamental en la desnutrición. Concretamente, los problemas de salud bucodental han sido bastante nombrados como FR ya que pueden limitar la elección, el consumo y la variedad de alimentos. Por otro lado, los problemas de masticación, deglución y gastrointestinales (GI) de la misma manera limitan la elección de alimentos y provocan problemas en la nutrición.

En tres estudios diferentes realizados en Egipto, EE. UU. y Holanda consiguieron establecer una relación significativa entre la desnutrición y dichos problemas. Siguiendo con la morbilidad asociada a la desnutrición, las enfermedades endocrinas, respiratorias y cardiovasculares (ECV) producen pérdidas de peso considerables.

Cuando hay una confluencia de enfermedades, según Krzyminska-Siemaszko (n=3751), la multimorbilidad va acompañada de una disminución de la ingesta y de cambios metabólicos que presentan un impacto negativo en el organismo y en el estado nutricional.

Curiosamente, la excepción de todas ellas es la diabetes mellitus (DM), que parece actuar como factor de protección (FP), ya que se hace un seguimiento estricto a este tipo de pacientes y se los

educa y entrena para que lleven un estilo de vida saludable, lo que resulta en un menor riesgo de desnutrición entre estos pacientes.

En cuanto a la farmacoterapia, existen numerosos estudios que asocian de forma significativa la polimedicación con la desnutrición. Los medicamentos pueden provocar en el organismo saciedad, pérdida de apetito, alteraciones en el gusto, de motilidad, de absorción de nutrientes y en el metabolismo. Por lo tanto, cuanto mayor es el número de medicamentos que ingieren los sujetos, mayor probabilidad de alteraciones en el organismo que puedan afectar a la nutrición.

2.1.3.2 FACTORES DE RIESGO PSICOLOGICOS Y SOCIALES

Una de las enfermedades mentales que influye significativamente en la desnutrición es la depresión. La bibliografía revisada acerca de esta enfermedad ha confirmado la hipótesis de que existe una fuerte asociación entre ambas, demostrándose mediante análisis univariados y bivariados y en análisis de regresión logística multivariante.

En el estudio realizado en Polonia por Brabcová (n=320), los individuos de la muestra que padecían depresión presentaron 3-4 veces más probabilidad que hubieran perdido peso comparado con los que no padecían depresión. Por su lado, Guligowska eligieron un diseño observacional de casos y controles, y demostraron que los pacientes con depresión tendían a consumir una dieta de peor calidad.

Numerosos estudios evaluado de las autopercepciones y sentimientos de las PM sobre sí mismos, sobre su estado de salud y su papel en la comunidad. La autopercepción más significativa ha sido la autopercepción sobre el estado de salud, ya que puntuaciones más altas en la autoevaluación del estado de salud han sido consideradas un FR frente a la desnutrición y por consiguiente informar un estado de salud.

2.1.3.3 FACTORES RELACIONADOS CON LOS ESTILOS DE VIDA

Los FEV, como en la mayoría de las enfermedades y alteraciones, repercuten de forma directa en el estado de salud. Respecto a los hábitos tóxicos, el consumo de tabaco y la ingesta de alcohol, no se han encontrado asociaciones entre dietas menos saludables y estos hábitos a pesar de haberlos tenido en cuenta en diversos estudios.

Otro factor fundamental que ha de tenerse siempre en consideración es la actividad física (AF). Son numerosos los estudios que han observado un mayor riesgo nutricional con una disminución o limitación en la AF, debido a que provoca un menor apetito y disminuye la ingesta alimentaria (IA). Además, en muchos casos la inactividad física está asociada con la dependencia en las ABVD y la incapacidad para salir de casa, componentes fundamentales de la IA.

La seguridad alimentaria está compuesta por cuatro dimensiones: disponibilidad física, acceso económico y físico, utilización de alimentos y estabilidad en el tiempo de las tres anteriores. Cuando una de estas se ve comprometida, el individuo se encuentra en un estado IA, y como consecuencia, en riesgo nutricional, debido a la asociación consistente entre ambas, ya que los distintos componentes de la IA han sido calificados como FR de desnutrición.

2.1.3.4 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

La variable más controvertida entre artículos ha sido el sexo, pues en algunos se ha determinado que el sexo masculino actúa como FR, y en otros, el sexo femenino. El-Desouky y Abed determinaron que el sexo femenino es un FR por el papel que desempeñan las mujeres en la sociedad egipcia pues la mayor parte son dependientes económicamente y eso las sitúa en una posición de mayor riesgo nutricional. Contrariamente, en un estudio realizado en Noruega se asoció el sexo femenino con el seguimiento de un patrón de dieta más saludable.

Respecto a la variable edad y al nivel educativo, los resultados han sido mucho más homogéneos, ya que siempre se han encontrado como FR la edad y un bajo nivel educativo. La razón por la que a medida que aumenta la edad, aumenta el riesgo de desnutrición, se debe al conjunto de procesos fisiológicos y patológicos que conlleva el envejecimiento, pues hacen más vulnerable a la persona mayor.

Además, el envejecimiento también lleva consigo cambios vitales relacionados con el estado civil y la ocupación que influyen negativamente en el estado nutricional, como la viudez y la jubilación. En cuanto al estado económico y a la clase social, algunos de los estudios han podido asociar de forma inversa, el estado nutricional respecto al estado financiero y el estatus social. Cuanto menores son los ingresos o la clase social a la que pertenezcan los individuos, mayor riesgo nutricional.

La cohabitación ha sido una variable estudiada en profundidad, pero no se ha encontrado uniformidad entre estudios. En el estudio realizado por Wham, pudieron demostrar que vivir solo era un FR en las dos culturas estudiadas. Contrariamente, el estudio español liderado por Paino Pardal no encontró una asociación significativa entre las personas que viven solas y la desnutrición. Por su lado, GrØning concluyeron que vivir con otros se asociaba a seguir un patrón dietético más saludable.

La última variable encontrada en esta revisión, de especial relevancia, fue la zona geográfica. Las PM que viven en las zonas rurales tienen menor calidad de vida y, como consecuencia, suelen presentar un peor estado nutricional que las que viven en zonas urbanas, por lo que vivir en un entorno rural ha sido considerado por Jung como un FR.⁸

2.1.4 FISIOPATOLOGÍA

Fisiopatología de la desnutrición, las causas de la desnutrición en ancianos son múltiples y pueden clasificarse en: 1) alteraciones de las homeostasis relacionadas con la edad, 2) causas no fisiológicas y 3) causas fisiológicas.

2.1.4.1 ALTERACIONES DE LA HOMEOSTASIS RELACIONADAS CON LA EDAD

El envejecimiento normal se asocia con disminución fisiológica de la ingestión de alimento y reducción de los mecanismos hemostáticos que funcionan en los adultos jóvenes para restaurar la ingestión de alimento en respuesta a estímulos anoréxicos. Está demostrado que cuando adultos jóvenes y ancianos se someten a una baja ingestión y de nuevo se les permite alimentarse libremente, los jóvenes ingieren más alimento que al inicio y rápidamente regresan a su peso habitual; en cambio, los ancianos sólo regresan a su ingestión habitual y no recuperan el peso perdido.

En consecuencia, después de un “estímulo anoxigénico” (por ejemplo, cirugía mayor) los ancianos suelen tomar más tiempo que los adultos jóvenes para recuperar el peso perdido, permanecen más tiempo desnutridos y son más susceptibles a las enfermedades subsecuentes, como los procesos infecciosos.

2.1.4.2 CAUSAS NO FISIOLÓGICAS

En este apartado pueden considerarse factores intrínsecos y extrínsecos.

Factores intrínsecos

- **Salud bucal:** úlceras orales, candidiasis oral, mala dentición
- **Gastrointestinales:** esofagitis, estenosis esofágica, acalasia, úlcera péptica, gastritis atrófica, estreñimiento, colitis, malabsorción.

- **Neurológicas:** demencia, enfermedad de Parkinson, enfermedad vascular cerebral.

- **Psicológicas:** alcoholismo, duelo, depresión

- **Endocrinas:** distiroidismo, hipoadrenalismo, hiperparatiroidismo

Otras condiciones médicas: insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal, artropatías inflamatorias, infecciones, tumores.

Factores extrínsecos

- **Sociales:** pobreza, incapacidad para preparar alimentos y para alimentarse, falta de soporte social.

- **Fármacos:** los que propician náusea o vómito (anti bióticos, opioides, digoxina, teofilina, AINES), que contribuyen a la anorexia (antibióticos, digoxina), hipogeusia (metronidazol, bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de la ECA, metformina), saciedad temprana (anticolinérgicos, simpaticomiméticos), los que afectan la capacidad de alimentarse (sedantes, opioides, psicotrópicos), disfagia (suplementos de potasio, AINES, bisfosfonatos, prednisolona), estreñimiento (opioide, suplementos de hierro, diuréticos), diarrea (laxantes, antibióticos), hipermetabolismo (tiroxina, efedrina).

2.1.4.3 CAUSAS FISIOLÓGICAS

-**Sarcopenia:** Conforme avanza la edad, hay una pérdida de la masa muscular, en calidad y fuerza. Influyen para ello diversos factores, como disminución en la actividad física, alteración en el estado hormonal, inflamación y disminución en la ingestión proteico-calórica. Citocinas proinflamatorias, como la IL-6, están implicadas en la pérdida de masa muscular, pérdida de la fuerza y discapacidad.

Con la edad, la pérdida progresiva de masa muscular, que puede alcanzar hasta 3 kg de masa magra por década después de los 50 años, se acompaña de aumento progresivo del tejido graso. De esta forma, la sarcopenia y obesidad (obesidad, sarcopénica) suelen coexistir en los ancianos.

-Anorexia: En el envejecimiento normal existe reducción del apetito. Se ha reportado una disminución de la ingestión calórica diaria de aproximadamente 30% entre los 20 y 80 años de edad. Gran parte de esta disminución en la ingestión calórica es secundaria a la disminución del gasto energético; sin embargo, en muchos individuos la disminución de la ingestión es mayor que la reducción en el gasto de energía, de forma que se pierde peso corporal.

-Alteración del gusto y olfato: El sentido del gusto y del olfato son importantes para hacer agradable el alimento. El sentido del gusto quizá disminuye conforme avanza la edad en humanos; sin embargo, los resultados en diversos estudios son variables. Después de los 50 años el sentido del olfato disminuye en los humanos, lo que generalmente produce menor interés en el alimento y menos variedad.

-Mecanismos intestinales: Con frecuencia, los ancianos se quejan de saciedad temprana que puede estar relacionada con cambios en la función sensorial gastrointestinal. La edad también se asocia con llenado gástrico más lento y con retraso en el vaciamiento gástrico que pueden, en parte, ser consecuencia de la acción de las hormonas intestinales, como la colecistocinina o la acción del óxido nítrico.

-Mecanismos neuroendocrinos: Entre las alteraciones centrales relacionadas con la anorexia senil se ha propuesto la deficiencia de beta endorfina, galanina y orexinas (hipocretinas). Los mecanismos periféricos propuestos incluyen: aumento de la colecistocinina (relacionada con la saciedad temprana), resistencia a la leptina y a la grelina, disminución de tes testosterona y otros andrógenos.

Así mismo, el aumento de citocinas, secretadas en respuesta al estrés significativo, como: malignidad, infección, enfermedad crónica severa o el propio envejecimiento se han implicado directamente en la anorexia, sarcopenia y caquexia.⁹

2.1.5 DIAGNÓSTICO

Actualmente, se cuenta con algunos criterios que incorporan diversos parámetros antropométricos y bioquímicos (Mowe et al., 1994; Christensson et al., 2002). GLIM, es el criterio más reciente publicado en 2019 e incorpora un conjunto de criterios fenotípicos como la masa muscular, entre otros y etiológicos como la inflamación y la reducción de la ingesta, el cual se verá con detalle más adelante (Cederholm et al., 2019).

2.1.5.1. CRITERIO MOWÉ

En 1994 Mowé y colaboradores con el objetivo de evaluar el estado nutricional de adultos mayores hospitalizados y en vida libre para determinar si padecían desnutrición, utilizaron un conjunto de parámetros conocidos como criterio de Mowé. Tomaron la circunferencia media del brazo, que ayuda a determinar si el paciente tiene baja masa muscular, así como el pliegue cutáneo del trícep para el que utilizan puntos de corte de acuerdo al sexo.

Las proteínas plasmáticas son los principales parámetros bioquímicos para evaluar la desnutrición en adultos mayores. El criterio de Mowé incluye el valor de la albúmina, una de las proteínas séricas más importantes, por lo cual este criterio, además de utilizarse para diagnosticar desnutrición, también permite determinar desnutrición crónica, debido a que la vida media de la albúmina es de 20 días.

También se toma en cuenta el IMC con puntos de corte para desnutrición adecuados a los pacientes geriátricos, mostrados en el Cuadro 1. De igual manera se muestran los puntos de corte para los demás marcadores que conformaron el criterio Mowé para el diagnóstico de desnutrición, como pliegue cutáneo del trícep, circunferencia media del brazo y albúmina sérica. Tomando en cuenta estas variables, el criterio Mowé define desnutrición cuando una persona tiene al menos dos parámetros anormales.

En la muestra del estudio, conformada por 417 PAM, se encontró que el 52% de los hombres y 60% de las mujeres presentaban desnutrición. Diversos estudios han empleado este criterio para diagnosticar desnutrición en adultos mayores y para validar métodos nuevos que han surgido en el tiempo, como la MNA (Mowe et al., 1994).⁷

Cuadro 1. Criterio de Mowé para el diagnóstico de desnutrición en adultos mayores

Parámetros	Hombres	Mujeres
Índice de Masa Corporal (kg/m ²)	≤ 20	≤ 19
Circunferencia Media del Brazo (cm)	≤ 20	≤ 19
Pliegue Cutáneo del Trícep (mm)	≤ 5.0	≤ 9.0
Albúmina (g/dL)	<3.5	<3.5

Nota: Para el diagnóstico de desnutrición se deben de encontrar al menos dos parámetros anormales.

2.1.6 TRATAMIENTO

En pacientes ancianos con diagnóstico o riesgo de mal nutrición los suplementos orales son una modalidad de soporte nutricional artificial recomendada con un alto nivel de evidencia, con el objetivo de aumentar el aporte de calorías, así como para mejorar el estado nutricional y la supervivencia, y disminuir el número de complicaciones.

Los suplementos orales son fórmulas nutricionales con una proporción de macro y micronutrientes, conocida, completas o no, que se ingieren por vía oral con el objetivo de aumentar el aporte calórico o proteico en pacientes, con riesgo o diagnóstico, establecido de malnutrición.

La gama de suplementos orales o disponibles en el mercado, es amplia y, en líneas generales, se clasifican atendiendo a los siguientes ítems:

-Kilocalorías aportadas en un mililitro: isocalóricas cuando aportan 1kcal/ml; hipercalórica cuando un ml aporta más de 1 kcal y finalmente hipocalórica, cuando en aporte es inferior a la kcal/ml.

– **Aporte de proteínas:** son hiperproteicos cuando aportan más del 18% del valor calórico total en forma de proteínas; normoproteicos cuando aportan entre el 16 y el 18%. Existen formulaciones con aporte reducido de proteínas para uso médico en situaciones como la insuficiencia renal o la hepatopatía crónica. Atendiendo a la forma de presentación de las proteínas, los suplementos pueden clasificarse en función de que las proteínas aportadas estén íntegras o se trate de un hidrolizado de las mismas.

– **En función del aporte de fibra:** con o sin fibra, generalmente en forma de una mezcla de fibra soluble e insoluble.

– **En función de que aporten o no nutrientes especiales o específicos:** como puede ser la suplementación con ácidos grasos, omega 3, arginina; perfil de hidratos de carbono más beneficioso para el paciente diabético, etc.

Por tanto, a la hora de prescribir la toma de un suplemento oral debemos elegir aquel que se adecue más a las necesidades nutricionales de nuestro paciente. Todas las fórmulas orales están saborizadas, siendo este un aspecto importante si tenemos en cuenta que el objetivo último es que el paciente se las tome. Los suplementos orales deben pautarse entre comidas para favorecer su toma, pues, aunque se ha visto que la toma de estos productos media hora de la ingesta no compromete el volumen total de aquella, es preferible aprovechar los periodos entre comidas.

La hidratación y la ingesta se consideran medidas de soporte básico, por lo que se deben intentar mantener incluso en el paciente terminal. Sin embargo, en ocasiones, surge cierto conflicto ético en el paciente con soporte nutricional artificial. En dichos casos, se deben considerar las características del paciente, las opiniones de los médicos a cargo, así como de los familiares y del propio paciente.¹⁰

2.1.7 PREVENCIÓN

Incrementar el aporte energético y proteico

- Proporcionar un plan de alimentación balanceado en hidratos de carbono, lípidos y proteínas
- Se recomienda el siguiente balance para la dieta del adulto mayor con desnutrición sin comorbilidad:

-Carbohidratos __ 50%

- Proteínas _____ 20%

-Grasas _____ 30%

- En el adulto mayor se aumentará el 25% del requerimiento energético total calculado a partir de 30 a 35 Kcal. /Kg. /día para incrementar su peso Ejemplo: Peso actual 49 Kg. - 30 Kcal. (49 Kg.) = 1470 Kcal. $(0.25) = 367 - 1470 + 367 = 1837$ Kcal. requerimiento energético diario total.
- Para restaurar el déficit, de proteínas la ingesta debe ser de 1,5 a 2 g/Kg. /día.
- 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. Adicionar las pérdidas que se presenten secundarias a enfermedades o medicamentos.
- El balance de la dieta para Desnutrición con comorbilidad dependerá de la patología.

2.1.7.1 RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA NUTRICION DEL ADULTO MAYOR

-El exceso de hidratos de carbono simples se debe evitar, ya que esto puede dar lugar a hiperglucemia

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

- 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

-Una 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(1000pmf).

-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.⁶

2.2 MARCO REFERENCIAL

2.2.1 DESNUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Según la Organización Mundial de la Salud, la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Para que un cuerpo funcione correctamente y una persona pueda llevar una vida normal, esta debe alimentarse de manera adecuada. La forma de alimentarse varía según la edad y no todos los grupos etarios tienen los mismos requerimientos nutricionales.

Se destacan aspectos más importantes a la hora de prevenir la desnutrición en adultos mayores, por lo que se presentan algunas de sus causas y consecuencias.

Desnutrición en el adulto mayor

La esperanza de vida de las personas ha aumentado significativamente en las últimas décadas, esto ha ayudado a que muchas personas lleguen a la tercera edad en buenas condiciones de salud. Actualmente, el foco no solo está en que la gente viva más, sino en que tenga una buena calidad de vida, por lo que la nutrición ha adquirido mayor importancia.

La desnutrición en el adulto mayor ocurre cuando su cuerpo no logra obtener los nutrientes suficientes para funcionar de la manera correcta. Según el Servicio Nacional del Consumidor

Chileno, los requerimientos nutricionales que tienen los adultos mayores están relacionados con la cantidad mínima de energía calórica; los principios inmediatos (proteínas, hidratos de carbono y lípidos); el agua, las vitaminas y los oligoelementos necesarios para el funcionamiento óptimo del cuerpo.

Causas de la desnutrición en la tercera edad

La malnutrición en el adulto mayor puede ser la causante de muchas otras patologías o complicaciones, por esto es tan importante que las personas de edad avanzada tengan una alimentación saludable y acorde a sus requerimientos nutricionales.

A continuación, se presentan algunas de las causas principales que pueden llevar a la desnutrición en el adulto mayor. Es esencial destacar que estas pueden aparecer en adultos mayores con enfermedades preexistentes o en personas sanas.

➤ Cambio en el gusto y el olfato

La desnutrición en el adulto mayor puede tener su origen en la falta de apetito. Esta condición está relacionada muchas veces con el cambio en el gusto y el olfato. Es decir, alimentos que antes despertaban su apetito ahora ya no le llaman la atención y generan desgano a la hora comer. Por este motivo, consumen más sal o condimentos, debido a que van perdiendo el sentido del gusto.

➤ Enfermedades preexistentes

Ciertas enfermedades que pueden afectar a los adultos mayores pueden hacer que empeore su alimentación y causar a largo plazo la desnutrición en adultos mayores. Un ejemplo es la disfagia,

una enfermedad que consiste en la dificultad para deglutir, así como los problemas de masticación. Las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer también pueden empeorar la alimentación de los más grandes del hogar.

➤ **Ingesta de medicamentos**

Ciertos medicamentos influyen en la percepción del gusto y el olor de los alimentos, lo que puede llevar a la disminución del apetito y, posteriormente, a la desnutrición en adultos mayores. Si bien los medicamentos que toma el adulto mayor suelen ser indispensables, se debe estar atento a sus efectos secundarios y pensar en alternativas para su alimentación sana. No dejes de preguntarle al especialista si los medicamentos pueden provocar cambios en la alimentación.

Consecuencias de la desnutrición

Las consecuencias de la desnutrición en adultos son bastante variadas y pueden tener efectos tanto cognitivos como físicos. Es muy importante estar atento ante la aparición de alguno de estos síntomas, ya que podrían controlarse o reducir su intensidad solo cambiando la nutrición del adulto mayor.

Consecuencias más comunes:

➤ **Problemas de memoria**

La pérdida progresiva de memoria y el aumento en el riesgo de padecer demencia son algunas de las consecuencias de la desnutrición en el adulto mayor.

Si bien el deterioro cognitivo va de la mano con el avance de la edad en las personas, existen ejercicios de estimulación cognitiva para mejorarlo. Aun así, recuerda que una alimentación incompleta hará mucho más difícil para el adulto mayor recordar ciertas cosas y el daño se incrementará.

➤ **Retención de líquidos o deshidratación**

Otra consecuencia de la desnutrición en adultos es la deshidratación. Esto se debe, por un lado, a que la alimentación y la bebida van de la mano. Además, si el adulto tiene desgano para comer, lo tendrá, a su vez, para beber.

➤ **Debilidad muscular**

La musculatura se debilita con la desnutrición en el adulto mayor. La debilidad muscular se relaciona con la pérdida de fuerza, además, aumenta el riesgo de caídas y fracturas.

Prevención

Para prevenir la desnutrición en adultos mayores es fundamental que lleven una dieta equilibrada. Ofréceles alimentos que estimulen su apetito y sean fáciles de masticar y digerir. Esto será de gran importancia para que puedan conservar su salud, incluso en el caso de tener enfermedades preexistentes. Además, el ejercicio físico, aunque sea poco, mantendrá fuertes sus huesos y músculos, incluso mejorará su apetito.

Es importante evitar la malnutrición en el adulto mayor y alentar las elecciones de alimentos saludables. Por ejemplo, alimentos con nutrientes como frutas, vegetales, carnes magras y granos integrales. El adulto mayor debe reducir el consumo de grasas sólidas, sal y azúcares. Reemplaza estos últimos por opciones más saludables.

La desnutrición en adultos mayores es más común de lo que se cree, pero es evitable con una mejoría en su dieta.¹¹

2.2.2 SÍNTOMAS Y CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN EN ANCIANOS

La desnutrición en ancianos es un problema de salud frecuente que puede pasar desapercibido, pero sus efectos pueden ser graves y afectar tanto la calidad de vida como la esperanza de vida de la persona mayor. Con el envejecimiento, es común que disminuya el apetito, se presenten dificultades para masticar o tragar y se reduzca la absorción de nutrientes, lo que puede derivar en una malnutrición progresiva. En este artículo, exploraremos los signos que indican desnutrición, sus consecuencias a largo plazo y cómo prevenir esta condición para garantizar el bienestar de las personas mayores.

La desnutrición en ancianos se debe por:

La desnutrición en ancianos ocurre cuando el organismo no recibe los nutrientes necesarios para mantener sus funciones vitales. Este problema puede ser causado por un bajo consumo de alimentos, una absorción inadecuada de nutrientes o un aumento en las necesidades nutricionales debido a enfermedades o condiciones médicas.

A medida que envejecemos, el cuerpo experimenta cambios que pueden afectar el estado nutricional. Entre ellos, se encuentran la reducción del metabolismo, la pérdida de masa muscular y modificaciones en el sistema digestivo que dificultan la asimilación de ciertos nutrientes esenciales.

Factores de riesgo asociados a la desnutrición en ancianos

Existen múltiples factores que contribuyen a la aparición de la desnutrición en personas mayores, entre los más comunes están:

- **Disminución del apetito:** Con la edad, es habitual que el sentido del gusto y el olfato se deterioren, lo que puede reducir el interés por la comida.

- **Problemas de masticación y deglución:** La falta de piezas dentales, el uso de prótesis mal ajustadas o condiciones como la disfagia (dificultad para tragar) pueden dificultar la ingesta de alimentos sólidos.
- **Enfermedades crónicas:** La diabetes, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y otros padecimientos pueden alterar el metabolismo y aumentar las necesidades nutricionales.
- **Efectos secundarios de los medicamentos:** Algunos fármacos pueden afectar el apetito, causar náuseas o alterar la absorción de nutrientes esenciales.
- **Aislamiento social y depresión:** La soledad y la falta de motivación pueden llevar a los ancianos a descuidar su alimentación. Las personas mayores que viven solas suelen presentar un mayor riesgo de desnutrición.
- **Dificultades económicas:** En algunos casos, los adultos mayores pueden tener acceso limitado a alimentos nutritivos debido a restricciones financieras.
- **Deterioro cognitivo:** Enfermedades como el Alzheimer o la demencia pueden hacer que la persona olvide comer o no reconozca la importancia de una alimentación adecuada.
- **Problemas digestivos:** Trastornos gastrointestinales como el estreñimiento crónico, la mala absorción de nutrientes o la gastritis pueden afectar la alimentación y el aprovechamiento de los nutrientes.

Síntomas de la desnutrición en ancianos

Identificar los síntomas de desnutrición en ancianos es fundamental para prevenir complicaciones graves. Muchas veces, la desnutrición se desarrolla de manera progresiva y sus signos pueden confundirse con los efectos naturales del envejecimiento. Sin embargo, estar atentos a estos síntomas permite actuar a tiempo y evitar consecuencias severas en la salud del adulto mayor.

Síntomas físicos de la desnutrición en personas mayores

- **Pérdida de peso involuntaria:** Uno de los signos más evidentes de la desnutrición es la reducción de peso sin una causa aparente. Se debe prestar atención si la ropa comienza a quedar más holgada o si hay una disminución visible de masa muscular.

- **Falta de energía y fatiga constante:** La desnutrición provoca un déficit calórico y proteico, lo que reduce la energía disponible para realizar actividades diarias. El anciano puede sentirse constantemente cansado o con menos fuerza para moverse.
- **Debilidad muscular y pérdida de masa ósea:** La falta de proteínas y minerales esenciales puede debilitar los músculos y los huesos, aumentando el riesgo de caídas, fracturas y osteoporosis.
- **Alteraciones en la piel y el cabello:** La piel puede volverse más seca, delgada y propensa a heridas o hematomas. El cabello puede volverse quebradizo, caerse con facilidad o perder su brillo natural.
- **Hinchazón o edemas en extremidades:** La desnutrición puede generar retención de líquidos, lo que causa hinchazón en pies, tobillos o manos debido a un desequilibrio de proteínas y electrolitos en el organismo.
- **Problemas digestivos:** El estreñimiento crónico, la diarrea frecuente o la pérdida de apetito pueden indicar una alimentación deficiente y problemas en la absorción de nutrientes.

Síntomas cognitivos y emocionales asociados a la desnutrición

- **Confusión y dificultad para concentrarse:** La falta de nutrientes esenciales, como las vitaminas del grupo B y los ácidos grasos esenciales, puede afectar la función cognitiva, provocando olvidos, dificultad para procesar información o problemas de orientación.
- **Cambios en el estado de ánimo:** La desnutrición puede llevar a estados de irritabilidad, ansiedad o depresión, afectando la estabilidad emocional del adulto mayor.
- **Falta de interés por actividades diarias:** Si el anciano pierde la motivación para realizar tareas cotidianas o muestra desgano generalizado, puede estar experimentando los efectos de una alimentación inadecuada.

Consecuencias de la desnutrición en ancianos

La desnutrición en ancianos no solo afecta el peso y la energía, sino que también puede tener un impacto profundo en la salud general y la calidad de vida. A largo plazo, puede generar complicaciones graves que comprometen la funcionalidad del adulto mayor, aumentando el riesgo de hospitalización y mortalidad.

Impacto en la salud física

- **Mayor vulnerabilidad a infecciones:** Un sistema inmunológico debilitado es una de las principales consecuencias de la desnutrición en ancianos. La falta de nutrientes esenciales como proteínas, vitaminas A, C y D, y minerales como el zinc, reduce la capacidad del organismo para combatir infecciones, aumentando el riesgo de enfermedades respiratorias, urinarias y dérmicas.
- **Pérdida de masa muscular y sarcopenia:** La deficiencia de proteínas y calorías puede llevar a la pérdida progresiva de músculo, una condición conocida como sarcopenia. Esto afecta la movilidad, incrementa el riesgo de caídas y fracturas, y dificulta la recuperación tras una lesión o enfermedad.
- **Fracturas y osteoporosis:** La falta de calcio, vitamina D y otros micronutrientes esenciales contribuye a la disminución de la densidad ósea, aumentando el riesgo de fracturas, especialmente en caderas, muñecas y columna vertebral.
- **Retraso en la cicatrización de heridas:** La regeneración celular se ve comprometida cuando el cuerpo carece de los nutrientes necesarios, lo que hace que las heridas, úlceras por presión y lesiones cutáneas tarden más en sanar y sean más propensas a infecciones.
- **Anemia:** La deficiencia de hierro, ácido fólico y vitamina B12 puede provocar anemia, lo que genera síntomas como fatiga extrema, mareos, palidez y falta de concentración.

Deterioro cognitivo y emocional

- **Mayor riesgo de demencia y deterioro cognitivo:** La desnutrición afecta el funcionamiento cerebral, lo que puede acelerar el deterioro cognitivo en personas mayores. Estudios han demostrado que una alimentación deficiente está relacionada con un mayor riesgo de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas.
- **Cambios en el estado de ánimo:** La desnutrición puede provocar síntomas de depresión, ansiedad e irritabilidad. Un bajo consumo de nutrientes como ácidos grasos omega-3, triptófano y vitaminas del grupo B afecta la producción de neurotransmisores esenciales para el bienestar emocional.
- **Aislamiento social:** La debilidad física y la pérdida de autonomía pueden llevar a que el adulto mayor evite la interacción social, lo que contribuye a un círculo vicioso de soledad, depresión y una peor alimentación.

Aumento del riesgo de hospitalización y mortalidad

- **Mayor dependencia y pérdida de autonomía:** La desnutrición reduce la capacidad del adulto mayor para realizar actividades básicas de la vida diaria, como caminar, vestirse o preparar alimentos, aumentando la necesidad de asistencia constante.
- **Mayor riesgo de hospitalización y complicaciones postoperatorias:** Las personas mayores desnutridas tienen más probabilidades de requerir hospitalización y, en caso de cirugía, presentan mayores complicaciones y tiempos de recuperación más largos.
- **Reducción de la esperanza de vida:** La combinación de todas estas consecuencias puede acelerar el deterioro general del organismo y aumentar la tasa de mortalidad en personas mayores.

Vinculación entre desnutrición y deshidratación en el adulto mayor

La desnutrición y deshidratación en ancianos están estrechamente relacionadas. La falta de nutrientes esenciales puede provocar una disminución en la sensación de sed, lo que incrementa el riesgo de deshidratación. A su vez, la deshidratación agrava los efectos de la desnutrición al afectar la absorción de nutrientes, comprometiendo aún más la salud del anciano.

Los síntomas de deshidratación incluyen piel seca, confusión, debilidad y orina oscura o escasa. Por ello, es fundamental mantener una adecuada hidratación junto con una alimentación balanceada.

Diagnóstico de la desnutrición en personas mayores

El diagnóstico de la desnutrición en personas mayores se realiza mediante diversas evaluaciones médicas, entre ellas:

- **Evaluación del peso y el Índice de Masa Corporal (IMC):** Una pérdida de peso del 5% en un mes o del 10% en seis meses es un signo de alerta. Además, un IMC inferior a 20 en adultos mayores puede indicar un estado nutricional deficiente.
- **Mini Nutritional Assessment (MNA):** Esta herramienta es ampliamente utilizada para evaluar el riesgo de desnutrición en personas mayores. Incluye preguntas sobre pérdida de peso reciente, índice de masa corporal, movilidad, ingesta alimentaria y percepción del estado de salud.
- **Análisis de composición corporal:** Métodos como la bioimpedancia eléctrica permiten evaluar la cantidad de masa muscular, grasa corporal y niveles de hidratación, lo que ayuda a detectar signos de desnutrición.
- **Exploración física y observación de signos clínicos:** La piel seca, la debilidad muscular, la pérdida de cabello y la fatiga extrema son indicadores que pueden sugerir una mala nutrición.

Tratamiento y manejo de la desnutrición en ancianos

Para revertir la desnutrición en ancianos, es necesario un enfoque integral que incluya:

- Adaptación de la alimentación, priorizando comidas ricas en proteínas, vitaminas y minerales.
- Suplementación nutricional, en casos de deficiencias específicas como por ejemplo con batidos para personas mayores que no comen.

- Fraccionamiento de las comidas, ofreciendo porciones pequeñas y frecuentes.
- Apoyo de profesionales de la salud, como nutricionistas y médicos especialistas.
- Ejercicio físico moderado, para mejorar la absorción de nutrientes y la masa muscular.

Prevención de la desnutrición en la tercera edad

Prevenir la desnutrición en personas mayores es clave para garantizar su bienestar. Algunas estrategias efectivas incluyen:

- Fomentar una alimentación variada y equilibrada, con énfasis en proteínas, grasas saludables y carbohidratos complejos.
- Estimular el apetito, mediante presentaciones atractivas de los alimentos y condimentos naturales.
- Mantener una hidratación adecuada, recordando a la persona mayor la importancia de beber agua.
- Promover la socialización durante las comidas, para hacer de la alimentación un momento placentero.
- Realizar controles médicos regulares, para detectar problemas nutricionales a tiempo.

Rol de cuidadores y familiares en la gestión de la desnutrición

El papel de los cuidadores de personas mayores y familiares es fundamental en el manejo de la desnutrición en ancianos. Su apoyo puede marcar la diferencia en la recuperación del adulto mayor. Algunas acciones clave incluyen:

- ✓ Supervisar la alimentación diaria, asegurando que se consuman los nutrientes necesarios.
- ✓ Acompañar en las comidas, fomentando un entorno agradable y motivador.
- ✓ Estar atentos a los signos de desnutrición, como pérdida de peso o fatiga extrema.
- ✓ Consultar con profesionales de la salud, para adaptar la dieta a las necesidades individuales.

- ✓ Cuidar la alimentación en la tercera edad no solo mejora la salud física, sino que también contribuye al bienestar emocional y la calidad de vida del anciano.¹²

2.3 MARCO CONCEPTUAL

-2.3.1 Desnutrición: al estado en el que existe un balance insuficiente de uno o más nutrimentos y que manifieste un cuadro clínico característico.

-2.3.2 Alimentación: al conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena.

-2.3.3 Alimentación correcta: a los hábitos alimentarios que, de acuerdo con los conocimientos aceptados en la materia, cumplen con las necesidades específicas en las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades.

-2.3.4 Alimentación complementaria: al proceso que se inicia con la introducción gradual y paulatina de alimentos diferentes a la leche humana, para satisfacer las necesidades nutrimentales del niño o niña, se recomienda después de los 6 meses de edad.

-2.3.5 Alimento: cualquier sustancia o producto, sólido o semisólido, natural o transformado, que proporcione al organismo elementos para su nutrición;

-2.3.6 Densidad energética (DE) de un alimento: a la cantidad de energía que contiene éste por unidad de peso (kcal/g o kj/g).

-2.3.7 Dieta: al conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día, y constituye la unidad de la alimentación.

-2.3.8 Dieta correcta: a la que cumple con las siguientes características: completa, equilibrada, inocua, suficiente, variada y adecuada.

-2.3.9 Completa: que contenga todos los nutrimentos. Se recomienda incluir en cada comida alimentos de los 3 grupos.

-2.3.10 Equilibrada: que los nutrimentos guarden las proporciones apropiadas entre sí.

-2.3.11 Inocua: que su consumo habitual no implique riesgos para la salud porque está exenta de microorganismos patógenos, toxinas, contaminantes, que se consuma con mesura y que no aporte cantidades excesivas de ningún componente o nutrimento.

-2.3.12 Suficiente: que cubra las necesidades de todos los nutrimentos, de tal manera que el sujeto adulto tenga una buena nutrición y un peso saludable y en el caso de los niños o niñas, que crezcan y se desarrollen de manera correcta.

-2.3.13 Variada: que, de una comida a otra, incluya alimentos diferentes de cada grupo.

-2.3.14 Adecuada: que esté acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.

-2.3.15 El Plato del Bien Comer: a la herramienta gráfica que representa y resume los criterios generales que unifican y dan congruencia a la Orientación Alimentaria dirigida a brindar a la población opciones prácticas, con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades.

-2.3.16 Estado de nutrición o estado nutricional: al resultado del equilibrio entre la ingestión de alimentos (vehículo de nutrimentos) y las necesidades nutrimentales de los individuos; es así mismo consecuencia de diferentes conjuntos de interacciones de tipo biológico, psicológico y social.

-2.3.17 Fibra dietética: a la parte comestible de las plantas o hidratos de carbono análogos que son resistentes a la digestión y la absorción en el intestino humano y que sufren una fermentación total o parcial en el intestino grueso. La fibra dietética incluye polisacáridos, oligosacáridos, lignina y otras sustancias asociadas con las plantas. Se les divide en solubles e insolubles. Epidemiológicamente su consumo insuficiente se ha asociado con la aparición de enfermedades crónicas. Se encuentra en leguminosas, cereales integrales, verduras y frutas.

-2.3.18 Gasto energético: a la energía que consume un organismo, está representado por la tasa metabólica basal (TMB), la actividad física y la termogénesis inducida por la dieta. Se considera

a la TMB, como la mínima cantidad de energía que un organismo requiere para estar vivo y representa del 60 al 70% del total del gasto energético en la mayoría de los adultos sedentarios.

-2.3.19 Hábitos alimentarios: al conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Los hábitos alimentarios se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. Los hábitos generalizados de una comunidad suelen llamarse costumbres.

-2.3.20 Índice de masa corporal: al criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso en kilogramos entre la talla en metros, elevada al cuadrado. Permite determinar peso bajo, peso normal, sobrepeso y obesidad.

-2.3.21 Nutrición: al conjunto de procesos involucrados en la obtención, asimilación y metabolismo de los nutrimentos por el organismo. En el ser humano tiene carácter bio-psico-social.

-2.3.22 Nutrimento: a cualquier sustancia incluyendo a las proteínas, aminoácidos, grasas o lípidos, carbohidratos o hidratos de carbono, agua, vitaminas y nutrimentos inorgánicos (minerales) consumida normalmente como componente de un alimento o bebida no alcohólica que proporciona energía; o es necesaria para el crecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la vida; o cuya carencia haga que produzcan cambios químicos o fisiológicos característicos.

-2.3. 23 Orientación alimentaria: al conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, tendiente a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos y la alimentación para favorecer la adopción de una dieta correcta en el ámbito individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales.

-2.3.24 Promoción de la salud: al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

-2.2.25 Anemia: a la reducción de la concentración sanguínea de hemoglobina. La causa más frecuente de este trastorno es la deficiencia de hierro. ¹³

2.4 MARCO LEGAL

2.4.1 NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios que deben seguirse para orientar a la población en materia de alimentación.

1.2 La presente norma es de observancia obligatoria para las personas físicas o morales de los sectores público, social y privado, que forman parte del Sistema Nacional de Salud, que ejercen actividades en materia de orientación alimentaria.

3.19 Desnutrición: al estado en el que existe un balance insuficiente de uno o más nutrimentos y que manifieste un cuadro clínico característico.

4. Disposiciones Generales

4.1 Las actividades operativas de orientación alimentaria deben ser efectuadas por personal capacitado o calificado con base en la instrumentación de programas y materiales planificados por personal calificado, cuyo soporte técnico debe ser derivado de la presente norma.

4.2 La orientación alimentaria debe llevarse a cabo mediante acciones de educación para la salud, haciendo énfasis en el desarrollo de capacidades y competencias, participación social y comunicación educativa. 4.3 Criterios generales de la alimentación.

4.3.1 Los alimentos se agruparán en tres grupos: Verduras y frutas Cereales Leguminosas y alimentos de origen animal.

4.3.2 Al interior de cada grupo se deben identificar los alimentos y sus productos conforme a la herramienta gráfica El Plato del Bien Comer (Apéndice Normativo A).

4.3.2.1 Se debe promover el consumo de verduras y frutas regionales y de la estación, en lo posible crudas y con cáscara, ya que incorporarlas a la alimentación diaria ayuda a reducir la densidad energética de la dieta, y además son fuente de carotenos, de vitaminas A y C, de ácido fólico y de fibra dietética y dan color y textura a los platillos, así como otras vitaminas y nutrimentos inorgánicos (Apéndice Informativo B).

4.3.2.2 Se debe recomendar el consumo de cereales, de preferencia de grano entero y sus derivados integrales sin azúcar adicionada y tubérculos. Se destacará su aporte de fibra dietética y energía (Apéndice Informativo B).

4.3.2.3 Se debe promover la recuperación del consumo de la amplia variedad de frijoles y la diversificación con otras leguminosas: lentejas, habas, garbanzos y arvejas, por su contenido de fibra y proteínas.

4.3.2.4 Se debe recomendar el consumo de pescado, aves como pavo y pollo sin piel y carne magra, asadas, horneadas, cocidas, así como leche semidescremada o descremada por su menor contenido de grasa saturada.

4.3.2.5 En el caso de la población adulta, se debe recomendar la moderación en el consumo de alimentos de origen animal por su alto contenido de colesterol y grasa saturada, excepto pescado, aves como pavo y pollo sin piel, carne magra, y leche semidescremada o descremada.

4.3.2.6 Se debe informar sobre las ventajas y la importancia de la combinación y variación de los alimentos. 4.3.2.6.1 Se debe recomendar que en cada tiempo de comida se incluyan alimentos de los tres grupos (Apéndice Normativo A). Se hará énfasis en las combinaciones de alimentos que produzcan un efecto sinérgico entre sus nutrimentos, aumenten su rendimiento o su biodisponibilidad.

4.3.2.6.2 Se debe destacar la importancia de combinar cereales con leguminosas para mejorar la calidad de las proteínas y el índice glucémico.

4.3.2.6.3 Se debe recomendar la combinación de alimentos fuente de vitamina C con alimentos que contengan hierro, conforme al Apéndice Informativo B.

4.3.2.6.4 Se debe insistir en la importancia de variar la alimentación e intercambiar los alimentos dentro de cada grupo. Esto da diversidad a la dieta.

4.3.2.6.5 Se debe insistir en la importancia de la moderación en la alimentación considerando la frecuencia en el consumo y el tamaño de las porciones.

4.3.2.7 Se debe promover el consumo de agua simple potable como fuente principal de hidratación.

4.3.4 Se debe recomendar la higiene al preparar, servir y comer los alimentos. Se debe poner énfasis en la observancia de las prácticas de higiene en la preparación de los alimentos, como se señala en la Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios; lavar y desinfectar verduras y frutas, utilizar agua para consumo humano, los riesgos de la presencia de animales en los sitios de preparación de alimentos, la higiene personal, la limpieza de utensilios y el almacenamiento de los alimentos (Apéndice Informativo C).

4.3.5 Se debe señalar la forma mediante la cual se optimice el beneficio costo, derivado de la selección, preparación y conservación de alimentos.

4.3.6 Se deben identificar y revalorar los alimentos autóctonos y regionales y recomendar la utilización de técnicas culinarias locales que no tengan un efecto negativo en la salud. Se promoverá el consumo de alimentos preparados con hierbas y especias de la cocina tradicional de cada región.

4.3.7 Se debe promover y orientar, sobre la consulta y el entendimiento de las etiquetas de los alimentos procesados para conocer sus ingredientes, información nutrimental, modo de uso, forma de conservación, así como fecha de caducidad o consumo preferente.

4.3.8 Se debe recomendar las técnicas culinarias que promuevan la adecuada utilización de los alimentos en la elaboración de los platillos, con el propósito de conservar tanto los nutrimentos y sus características sensoriales (sabor, color, aroma y textura) así como reducir los desperdicios.

4.3.9 Se debe señalar la forma más adecuada de conservar la inocuidad de los alimentos para la utilización de los sobrantes en la preparación de nuevos platillos.

4.4 Prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación.

4.4.1 Se debe señalar que las deficiencias y los excesos en la alimentación predisponen al desarrollo de desnutrición, caries, anemia, deficiencias de nutrimentos, obesidad, aterosclerosis, diabetes mellitus, cáncer, osteoporosis e hipertensión arterial, entre otros padecimientos.

4.4.2 Se deben señalar los factores de riesgo, en particular los relacionados con la dieta y los asociados en la génesis de las enfermedades crónicas degenerativas.

4.4.3 Se deben indicar los factores de riesgo, así como los signos y síntomas asociados con la desnutrición.

4.4.3.1 Se debe establecer cómo mejorar la alimentación de la población infantil en riesgo de o con desnutrición considerando su contexto socioeconómico y cultural.

4.4.3.2 Se debe señalar que los procesos infecciosos, las diarreas y la fiebre, producen un aumento en el gasto energético, por lo cual se debe continuar con la alimentación habitual, aumentar la ingestión de líquidos, sobre todo agua y Vida Suero Oral, evitando alimentos irritantes o ricos en fibra insoluble.

4.4.4 Se deben indicar los factores de riesgo de sobrepeso y obesidad e informar a la población sobre las consecuencias de estas últimas.

4.4.4.1 Se debe señalar que las dietas que carecen de fundamento científico no son recomendables para la salud.

4.4.5 Se debe orientar a las personas para moderar el consumo de productos con edulcorantes calóricos, así como de alimentos de sabor agrio, sobre todo entre comidas, para prevenir la caries.

4.4.5.1 Se debe orientar a las personas para cepillar en forma adecuada sus dientes, principalmente después del consumo de cualquier alimento.

4.4.6 Se debe promover la actividad física en las personas de acuerdo a su edad y sus condiciones físicas y de salud.

4.4.7 Se debe promover la vigilancia del índice de masa corporal y del perímetro de la cintura en adultos, la vigilancia de las curvas de crecimiento y el índice de masa corporal en los niños y adolescentes para conocer el estado de nutrición en que se encuentran. (Apéndice Normativo C).

4.4.9 Se debe informar acerca de la importancia de moderar la ingestión de alimentos con alto contenido de azúcares refinados, colesterol, ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sodio y recomendar la utilización preferente de aceites vegetales.

4.4.10 Se debe promover el consumo de verduras, frutas y leguminosas como fuente de fibra dietética y nutrimentos antioxidantes. Asimismo, se promoverá el consumo de cereales integrales y sus derivados como fuente de fibra dietética.

4.4.11 Se debe promover el consumo de alimentos que sean fuentes de calcio, como tortilla de maíz nixtamalizado, leche y derivados lácteos, charales y sardinas, quelites y verduras de hoja verde.

4.4.12 Se debe recomendar formas de preparación de alimentos para moderar el uso de sal, promoviendo el uso de hierbas y especias, así como la técnica correcta para desalar los alimentos con alto contenido de sodio.

4.4.13 Se debe informar la conveniencia de moderar el consumo de alimentos ahumados, que contengan nitritos o nitratos (embutidos), y de alimentos directamente preparados al carbón o leña.

4.4.14 Se debe informar y sensibilizar acerca de la importancia del papel socializador de la alimentación, dándole el justo valor a la familia y al entorno social y cultural del individuo o grupo.

4.4.15 Se debe insistir a la población no realizar otras actividades que interfieran con la percepción del hambre y la saciedad, mientras come.

4.5 Se debe orientar en materia de alimentación correcta al personal encargado de la salud, de la planeación de menús, de la elaboración y de la distribución de los alimentos en los centros de trabajo.

4.5.1 Los patrones que otorguen ayuda alimentaria a sus trabajadores debe apearse a los lineamientos descritos en la presente norma y asegurar que se cumpla con las características de una dieta correcta.

4.5.2 La ayuda alimentaria que se otorgue a los trabajadores por medio de la modalidad de despensas, habrá de orientarse a la adquisición de los alimentos que forman parte de los grupos contenidos en el Apéndice Normativo A.

4.6 Toda difusión de mensajes o información en materia alimentaria que sea transmitida a través de una herramienta de difusión debe cumplir con lo dispuesto en el contenido de esta norma, para que estén acorde con las características de la alimentación correcta.

5.10 Grupo de edad de sesenta años y más

5.10.1 Se debe indicar que a pesar de que este grupo de edad suele requerir menor cantidad de energía, con frecuencia la alimentación es insuficiente e inadecuada, por lo que está en riesgo de enfermedades como desnutrición u obesidad. Por lo tanto, se debe promover la integración a la dieta correcta, tomando en cuenta las condiciones motrices, funcionales (salud bucal y otras), sensoriales, de estado de ánimo y de salud. Se debe fomentar la actividad física y mental.

5.10.1.1 Se debe considerar que, en este grupo de edad, generalmente la actividad física disminuye de manera importante, por lo que es necesario adecuar la ingestión al gasto energético para evitar problemas de sobrepeso y obesidad.

5.10.2 Se debe fomentar el consumo de alimentos haciendo énfasis en el consumo de hierro, calcio, fibras dietéticas y agua simple potable y fraccionar la dieta en más de tres comidas al día. (Apéndice informativo B).

5.10.3 Se debe indicar a las personas de este grupo de edad que realizan actividad física intensa por razones laborales, deportivas o recreativas que, debido a su mayor gasto energético es necesario mantener una dieta correcta e incrementar el consumo de agua simple potable. ¹³

2.4.2 TEORIA DEFICIT DE AUTOCUIDADO: DOROTHEA OREM

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero.

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano.

El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía.

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad

profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.

La enfermería como ciencia se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria.

La inserción en los programas de estudio de enfermería, las teóricas y sus postulados han hecho posible que se incremente el pensamiento científico sobre los problemas del cuidado. El fenómeno del autocuidado no quedó exento de estos estudios, lo que demuestra que se hace necesario la aplicación de esta teoría, para el logro de mejores niveles de satisfacción en este ámbito, la observación y evaluación constante de la calidad de los servicios de enfermería, da la medida de la importancia de establecer pautas o sistemas que refuercen científicamente el trabajo de la enfermera sobre el déficit de autocuidado.

Este artículo se fundamenta en datos estadísticos provenientes de los sistemas de información oficiales y tiene como objetivo fundamentar la aplicación de la teoría de Dorothea E. Orem en el entorno de la gestión del cuidado, mediante un análisis documental que incluye libros de textos, monografías y artículos originales de revistas científicas indexadas como la revista Gaceta Médica Espirituana, Revista Cubana de Enfermería, en bases de datos como Ebsco, Clinicalkey, Hinari, SciELO, Cumed, así como con la consulta a expertos en Enfermería para intercambiar conocimientos y experiencias relacionados con la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem.

Abiográficos de Dorothea Elizabeth Orem.

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Inició su carrera enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Wasington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1934 entró a la Universidad Católica

de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of sciences en Nursing Education, y en 1946 un Master of sciences in Nurse Education.

Sus primeros años de práctica en enfermería los pasó en el Providence Hospital, Washington, DC (1934-1936-1942) y el Hospital de San Juan, Lowell, Massachusetts (1936-1937). Después de recibir títulos avanzados, Orem se centró principalmente en la enseñanza, investigación y administración.

Se desempeñó como director de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan 1945-1948, donde también enseñó ciencias biológicas y enfermería (1939-1941). En la Universidad Católica de América, Orem se desempeñó como profesor asistente (1959-1964), profesor adjunto (1964-1970) y decano de la Escuela de Enfermería (1965-1966).

Como consultor de plan de estudios, Dorothea E. Orem trabajó con las escuelas, departamentos y divisiones de la enfermería en las universidades y escuelas superiores como la Universidad de Alberta, George Brown College de Artes Aplicadas y Tecnología, la Universidad del Sur de Mississippi, la Universidad de Georgetown, Incarnate Word College, El Paso Community College, el Colegio Médico de Virginia, y el Instituto Técnico de Washington.

También se desempeñó como consultor de plan de estudios para la Oficina de Educación de Estados Unidos Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social, Sección enfermera práctica en 1958, 1959 y 1960, a la División de Hospitales y Servicios Institucionales, el Consejo de Salud del Estado de Indiana desde 1949 para 1957, y para el Centro de Experimentación y Desarrollo en Enfermería, el Hospital Johns Hopkins, 1969/71, y Director de Enfermería, Wilmer Clinic, el Hospital Johns Hopkins, 1975-1976.

El primer libro publicado de Dorothea E. Orem fue Nursing Concepts of Practice en 1971. Mientras preparaba y revisaba Concept formalization in Nursing: Process and Product, Dorothea E. Orem fue editora de la NDCG (1973,1979). En 2004 se reedito la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship. Las siguientes ediciones de Nursing: concepts of Practice se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995, y 2001. Dorothea E. Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando, de forma individual o con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado.

La Georgetown University le confirió a Orem el título honorario de Doctor of science en 1976. Recibió el premio Alumini Association Award for NursingTheory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se encuentran el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humane Letters, Illinois WesleyanUniversity (IWU), en 1988; el Linda Richards Award, National Leaguaje for Nursing, en 1991, y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing en 1992. Fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998.

Falleció el 22 de junio de 2007, Savannah, Georgia, Estados Unidos.

Dorothea E. Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson Imogene King Levine, Florence Nigthingale, Ida Jean Orlando, Hildegard E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach.

Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

Requisito de autocuidado universal.

Requisito de autocuidado del desarrollo

Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo ,estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema

familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.

Salcedo-Álvarez y colaboradores plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud.

Autores como Benavent, Ferrer plantean que la teoría de Dorothea E Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una

unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Miriam Paula Marcos Espino en su artículo expone la importancia de conocer por los enfermeros(as) estos conceptos pues, permiten definir los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Así mismo, coincidimos con las definiciones elaboradas por Dorothea E Orem pues la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social. La Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem se relaciona con la desnutrición en adultos mayores porque enfatiza la capacidad de las personas para cuidar de sí mismas y la necesidad de intervención cuando hay déficits en el autocuidado. Es la práctica de actividades que una persona realiza para mantener su bienestar.

En los adultos mayores, el autocuidado puede verse afectado por limitaciones físicas, cognitivas o económicas, dificultando una adecuada alimentación.

LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer su necesidad de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita.

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional

para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras.

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda.

Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

- Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
- Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
- Acciones expresivas interpersonales.
- Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

- Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.

-Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo.

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.

Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.

Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas.

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Dorothea E Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes.

Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ejemplo: Cuadripléjico. Pero también valora aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ejemplo: El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. La atención a un paciente prosperado de una cardiopatía congénita.

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico.

Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo. Ocurre cuando una persona no puede satisfacer sus necesidades básicas, como la alimentación. En adultos mayores, el déficit de autocuidado nutricional puede deberse a enfermedades crónicas, problemas de movilidad, deterioro cognitivo o aislamiento social.

La teoría de los sistemas de Enfermería.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

La Enfermera.

El paciente o grupo de personas.

Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.

Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.

Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.

Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

-Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad. Cuando el adulto mayor no puede alimentarse por sí mismo (ejemplo: paciente con demencia avanzada o disfagia severa).

-Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción. Cuando el adulto mayor puede participar en su alimentación con asistencia (ejemplo: recordatorios para comer, ayuda con la compra de alimentos).

-Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las

nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Cuando la persona puede realizar el autocuidado pero necesita orientación (ejemplo: educación nutricional para mejorar la dieta).

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado.

En Cuba, las aportaciones de Dorothea E. Orem pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, si se toma en cuenta que los principales problemas de salud como la obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial, requieren de cambios en el estilo de vida para disminuir las complicaciones y evitar que aumente la población con alguna discapacidad.

Esto sería posible si la enfermera, a través del conocimiento, implementa programas y estrategias en el ámbito asistencial y educativo retomando los sistemas de enfermería, sobre todo el de apoyo educativo para hacer frente al reto de las disciplinas ante los cambios económicos, políticos y sociales del presente siglo.

La teoría de los sistemas propuesta por Dorothea E Orem se vincula estrechamente con los niveles de atención de enfermería aplicados en Cuba.

Un punto importante a considerar en la teoría de Dorothea E Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, además de ofrecer un cuerpo teórico para que estos profesionales expliquen los diferentes fenómenos que pueden presentarse

en el campo de la salud, también sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación.

No todos los profesionales de enfermería abordaron con claridad la importancia del autocuidado cuando se argumenta que, para cuidar del otro, antes es necesario cuidar de sí mismo, pues el cuidado solamente ocurre con la transmisión de los sentimientos y potencialidades personales a la otra persona.

Se ha abordado una síntesis de la vida de Dorothea Elizabeth Orem, y la teoría del déficit de autocuidado, quien centro su atención en los conceptos de persona, salud, enfermedad, ambiente, y enfermería, considerando el autocuidado como un acto propio de los seres humanos. Esta teoría podría ser la solución para los grandes problemas de salud y cuidados que se prestan en la actualidad.

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería cubana.

Se fundamenta la relevancia del autocuidado personas enfermas y se pone de manifiesto la carencia de estudios específicos de este tipo desde la perspectiva de Enfermería.

El logro de la toma de conciencia del autocuidado que requiere la persona afectada con alguna enfermedad en función de mejorar o mantener el estado de salud, a través de las posibilidades que le brinda el personal de Enfermería debe nutrirse de las experiencias personales, normas culturales y conductas aprendidas, modificables o no, crear así los niveles de compromiso, para conservar la salud y bienestar de las personas.

Las formas de llevar a cabo el autocuidado son propias de cada persona y están influidos por los valores culturales del grupo social al que pertenece que condicionan su realización y la forma de hacerlo requiere para ello de conocimientos.

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO: Identificar si el adulto mayor puede realizar su alimentación de manera independiente o necesita apoyo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Diseñar estrategias de apoyo para suplir déficits nutricionales, como asistencia para la compra de alimentos o educación nutricional.

PROMOCIÓN DE LA INDEPENDENCIA: Implementar estrategias para que los adultos mayores mantengan el mayor nivel de autocuidado posible en su alimentación.

En resumen, la Teoría de Orem permite analizar la desnutrición en adultos mayores desde una perspectiva de autocuidado, identificando déficits y diseñando intervenciones de enfermería para mejorar su estado nutricional.¹⁴

HIPÓTESIS

METODOLOGÍA

REFERENCIAS

- 1.- -Albujar Silvestre, Zully America (2024) Factores presentes en Malnutrición del adulto mayor, url: [Albujar_SZA-SD.pdf](#)
- 2.- -Osuna-Padilla, Iván Armando, Verdugo-Hernández, Sonia, Leal-Escobar, Gabriela, & Osuna-Ramirez, Ignacio. (2015). Estado nutricional en adultos mayores mexicanos: estudio comparativo entre grupos con distinta asistencia social. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 19(1), 12-20. [Estado nutricional en adultos mayores mexicanos: estudio comparativo entre grupos con distinta asistencia social](#)
- 3.- -Marco Aquino (2020) Desnutricin en Chiapas, un problema de salud que permanece. [Desnutricin en Chiapas, un problema de salud que permanece.](#)
- 4.-[Definición De Desnutrición Según La Oms.](#)
- 5.- ROBLES-TORRES, David et al. Criterios GLIM para diagnosticar la desnutrición en adultos mayores institucionalizados. Nutr. Hosp. [online]. 2024, vol.41, n.6, pp.1188-1193. Epub 31-Ene-2025. ISSN 1699-5198. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.05283>.
- 6.-Guía de referencia rápida-IMSS(2025), Url: [095GRR](#)
- 7.- Alejandra Isasi Cisneros (2022) Iniciativa global de liderazgo en desnutrición (glim): sensibilidad y especificidad de sus criterios para el diagnóstico de desnutrición en adultos mayores, URL: [gj.pdf](#)
- 8.- L. Cuéllar Marcos(2019) Desnutrición en adultos mayores de 65 años, URL: [Factores de riesgo asociados a desnutrición en personas mayores que viven en la comunidad: una revisión rápida | Revista Española de Geriatria y Gerontología](#)
- 9.- Tania García Zenón (2012) Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo, URL: [mim121i.pdf](#)
- 10.- Samara Palma Milla y Carmen Gómez Candela (Junio, 2015) Tratamiento de la malnutrición en el anciano, URL: [Tratamiento de la malnutrición en el anciano - Geriatricarea](#)
- 11.- Desnutrición en el adulto mayor (2025), URL: [Desnutrición en el adulto mayor | Aprende InSTITUTE](#)

12.- Síntomas y consecuencias de la desnutrición en ancianos (2025), URL: [Desnutrición en Ancianos: Síntomas y consecuencias](#)

13.- NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación, (05/03/20225), URL: [NOM-043-servicios-basicos-salud-educacion-alimentaria.pdf](#)

14.-Naranjo Hernández, Ydalsys, Concepción Pacheco, José Alejandro, & Rodríguez Larreynaga, Miriam. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana, 19(3), 89-100. Recuperado en 03 de marzo de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es.