

UNIVERSIDAD ESTATAL DE
BOLÍVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA



TEMA: CONSEJERÍA NUTRICIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR
CUATRO ESQUINAS GUARANDA 2017-2018.

AUTORAS

MARIA LUISA MANOBANDA GUAQUIPANA
DIANA CAROLINA SELA TINGO

TUTOR

DRA. REBECA ALVARADO

GUARANDA – ECUADOR

2017-2018

DEDICATORIA

Con humildad este trabajo dedico en primer lugar a Dios, por haberme dado la vida y permitirme llegar a este momento tan importante de mi formación profesional, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más. A mis padres MARCO SELA Y LAURA TINGO por el por ser las personas que me ha acompañado durante todo mi trayecto de estudiante y de mi vida, haber velado por mí durante este arduo camino. A toda a mi familia porque me brindaron todo su apoyo y compartieron conmigo buenos y malos momentos.

Diana Sela

A Dios por estar conmigo en cada momento de mi vida y darme la oportunidad de alcanzar mis metas. A mis padres SEGUNDO MANOBANDA Y LUISA GUAQUIPANA, de quienes he recibido todo el amor y el apoyo para culminar esta etapa de mi vida,. A mis maestros que formaron parte de esta etapa estudiantil, y que aportaron a mis conocimientos para poder cumplir una fase de mi vida.

María Luisa Manobanda

AGRADECIMIENTO

El más sincero agradecimiento a la Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano, por darnos la oportunidad de obtener una profesión y constituirmos en ayuda para la sociedad

A nuestro tutora Doctora Rebeca Esther Alvarado Aguilera, por brindar el apoyo incondicional al realizar este trabajo investigativo.

Al personal del Centro de Salud Cuatro Esquinas, por permitirnos acceder a la información de base para realizar este trabajo.

A nuestras familias por su apoyo y comprensión.

Carolina Sela

Maria Luisa Manobanda

ÍNDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO, EMITIDO POR EL TUTOR(A)	VI
RESUMEN EJECUTIVO	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3. OBJETIVOS	11
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.5. LIMITACIONES	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2.2. BASES TEÓRICAS.....	18
2.2.1 Población del adulto mayor.....	18
2.2.2 Implicaciones del proceso de envejecimiento.....	20
2.2.3 Cambios fisiológicos en adultos mayores	21
2.2.4 Cambios biológicos en adultos mayores	23
2.2.5 Estado nutricional del adulto mayor.....	24
2.2.6 Determinantes en el desequilibrio nutricional de los adultos mayores	24
2.2.7 Enfermedades no transmisibles en el adulto mayor.....	26
2.2.8 Políticas de calidad de vida en el adulto mayor	27
2.2.9 Programas y proyectos del adulto mayor en el Ecuador	30
2.2.9 Marco normativo en respaldo al adulto mayor.....	33
2.2.10 Envejecimiento Activo.....	33
2.2.11 El rol del profesional de enfermería.....	34
2.2.12 Educación nutricional en el adulto mayor.....	36
2.2.13 Consejería nutricional de enfermería en el adulto mayor	37
2.3. Definición de términos.....	39
2.4. Sistemas de Variables	40
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	42
3.1. Nivel de Investigación	42
3 2. Diseño	42
3.3. Población y Muestra	42

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	42
3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	43
3.6. Operacionalización de variables.	44
CAPITULO IV: RESULTADOS SEGÚN OBJETIVOS	47
4.1. Resultados.....	47
4.1.2. Logros alcanzados según los objetivos	60
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
5.1. Conclusiones:.....	62
5.2 Recomendaciones	64
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXOS	68
ANEXO 1: MARCO ADMINISTRATIVO	68
ANEXO 2: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS	73
ANEXO 3: ENCUESTA APLICADA A LOS ADULTOS MAYORES DE CUATRO ESQUINAS.....	75
ANEXO 4: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE CHARLA NUTRICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES	78

Índice de Figura

Figura 1: Crecimiento poblacional en América Latina.....	18
Figura 2: Esperanza de vida al nacer de la población ecuatoriana	19
Figura 3: Modelo de Vejez	21
Figura 4: Proceso de intervención de adultos mayores.	37

Índice de gráficos

Gráfico 1: Adultos mayores de 4 esquinas del año 2018 según su clasificación por sexo	47
Gráfico 2: Adultos mayores de 4 esquinas del año 2018 según la clasificación por edades.....	48
Gráfico 3: Representación de estado civil.....	49
Gráfico 4: Adultos mayores de 4 esquinas del año 2018 según sus ingresos económicos.....	51
Gráfico 5: Adultos mayores de 4 esquinas del año 2018 según la ingesta de medicación	54
Gráfico 6: Adultos mayores de 4 esquinas año 2018 según el grado de satisfacción de claridad.	57
Gráfico 7: Adultos mayores de 4 esquinas 2018 según criterio de utilidad sobre la información recibida.....	58
Gráfico 8: Adultos mayores de 4 esquinas 2018 según el grado de aceptación	59

Índice de tablas

Tabla 1: Entidades estatales con políticas hacia el adulto mayor	32
Tabla 2: población de Cuatro esquinas 2018 según sus estadísticos descriptivos de peso y talla	49
Tabla 3: Adultos mayores de 4 esquinas del año 2018 según su fuente de ingreso...	50
Tabla 4: Adultos mayores de 4 esquinas del año 2018 según su tipo de vivienda	51
Tabla 5: Adultos mayores de 4 esquinas año 2018 según el tipo de acompañamiento de vivienda.....	52
Tabla 6: Adultos mayores de 4 esquinas del año 2018 según el acceso a servicios básicos.....	52
Tabla 7: adultos mayores de 4 esquinas 2018 según Enfermedad en los últimos 3 meses.....	53
Tabla 8: adultos mayores de 4 esquinas del periodo 2018 según enfermedades de larga duración.....	54
Tabla 9: Adultos mayores de 4 esquinas año 2018 según su alimentación diaria	55
Tabla 10: Adultos mayores de 4 esquinas año 2018 según su actividad física.....	56
Tabla 11: Adultos mayores de 4 esquinas año 2018 según sus visitas al centro de salud.....	56
Tabla 12: Adultos mayores de 4 esquinas 2018 según grado de satisfacción de la información recibida.	57
Tabla 13: Adultos mayores de 4 esquinas 2018 según el grado de facilidad en la comprensión.....	58

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO, EMITIDO POR EL TUTOR(A)

Guaranda, 14 de marzo de 2018

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR/A

La/ el suscrita/o Doctora Rebeca Esther Alvarado Aguilera Director/a del proyecto de Investigación, como modalidad de titulación.

CERTIFICA:

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema:

CONSEJERÍA NUTRICIONAL DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR DE CUATRO ESQUINAS GUARANDA 2017-2018. Realizado por los/las estudiantes: **María Luisa Manobanda Guaquipana, Diana Carolina Sela Tingo**, ha cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación publica respectiva.

Dra. Rebeca Alvarado.

DIRECTOR

RESUMEN EJECUTIVO

Con el propósito de determinar el grado de conocimiento, sobre la consejería nutricional de enfermería en los adultos mayores de Cuatro Esquinas además de intervenir como complemento y aporte adicional en la comunidad, en función a los antecedentes recabados a partir de la sala situacional existente y al ser de interés social por tratarse de un grupo de atención prioritaria se plantea la investigación.

Con un diseño descriptivo de corte transversal se definió a la población de estudio a los adultos mayores a partir de 60 años de edad, que acuden a la comunidad de cuatro esquinas, en los que se dictó una charla de consejería nutricional y se aplicó dos encuestas para su posterior análisis.

Dentro de su perfil sociodemográfico se determinó que existe la dependencia del 72% de ingresos económicos por medio del Bono de Desarrollo Humano, mientras que el restante tiene ingresos propios de la agricultura. Al respecto de la vivienda el 97% posee una propia, con un acceso total a los servicios básicos de agua y electricidad; en esto la comunidad no posee servicios de alcantarillado; por lo que tienen pozos sépticos para las baterías higiénicas mientras que los desechos lo botan a las quebradas o las quemar.

La situación nutricional del objeto de estudio presentan valores normales de peso por cuanto el 95% se encuentran en un rango normal, por otro lado existe un 5% con valores bajos; en cuanto al IMC en promedio se tiene 18.5-24.9 lo que ubica en un intervalo aceptable, sin embargo, la alimentación de esta comunidad está compuesta en más del 70% por carbohidratos, como papa, arroz y fideo; y más del 80% se alimenta 3 veces al día; lo que indica una alimentación deficiente en todas las proteínas y vitaminas necesarias para esta etapa de vida.

Es necesario establecer charlas de una buena alimentación y aspectos de un estilo de vida saludable constantemente, tomando en consideración los patrones culturales de la comunidad y el perfil sociodemográfico determinados en la investigación; además la presencia continua de los estudiantes de la carrera de enfermería y otras relacionados al ser humano y agricultura; a fin de contribuir desde un enfoque teórico y práctico.

INTRODUCCIÓN

La consejería nutricional de enfermería en el adulto mayor en temas sobre nutricional personal, actividad física, dietas específicas entre otros, en programas como “Estaciones Saludables” dirigidas a la población en general, contribuye a mejorar el estado nutricional y el estilo de vida de la población objetivo, sin embargo a la política pública no se efectiviza en territorio por cuanto es necesario la participación y corresponsabilidad de toda la sociedad desde la academia.

El estado nutricional del adulto mayor ha sido de interés mundial, según Kaiser (2010), dos tercios de la población de adultos mayores presentan un riesgo nutricional o mal nutrición. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición-Ecuador 2013 (ENSANUT-ECU 2013), el estado nutricional de la población del adulto mayor está caracterizada por el alto consumo del carbohidratos con un 23%, específicamente en la provincias de la sierra centro como Bolívar,

Además de un consumo inadecuado de zinc, hierro, vitamina A con una prevalencia del 92.3% en sector rural de la provincia.

En este contexto se plantea la investigación a fin de identificar el perfil sociodemográfico de los adultos mayores seleccionados, determinar la situación nutricional de los adultos mayores para el estudio; mediante la aplicación de charlas nutricionales; medir el nivel de satisfacción en el grupo de estudio sobre la consejería nutricional del personal de enfermería; con el propósito de contribuir en su estilo de vida saludable en la comunidad.

Para la ejecución de la investigación mediante el proyecto de titulación se presenta el trabajo en los siguientes capítulos:

Capítulo I: definido como el problema en donde se sustenta los objetivos de la investigación, se formula el problema a desarrollar y sus implicaciones.

Capítulo II: denominado como marco teórico, en el que se presenta las bases teóricas que fundamentan el estudio, en función a los objetivos planteados, mediante la recopilación de antecedentes investigativos y en función a lo planteado por organismos internacionales como la OMS, OPS y entidades estatales tal es el caso del MSP y datos locales.

Capítulo III: establecido como marco metodológico es donde se determinó el enfoque cualitativo de diseño descriptivo y de corte transversal; en donde el objeto de estudio se estableció a los adultos mayores que pertenecen a la comunidad Cuatro Esquinas mayores a los 60 años de edad.

Capítulo IV: Se concreta como los resultados o logros alcanzados según los objetivos planteados, en el mismo constan de los resultados conseguidos mediante la representación gráfica y tablas estadísticas, así como de su análisis correspondiente.

Capítulo V: asignado como conclusiones y recomendaciones; en donde se presentan los resultados en función al cumplimiento de la propuesta general y específicos de la investigación; por otro lado las sugerencias en sustento a los resultados determinados.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Datos nacionales se reflejan a nivel de la localidad según el ENSANUT (2013) las provincias de la sierra centro del Ecuador como Bolívar, Chimborazo y Tungurahua presentan la característica de sobre peso y obesidad en el grupo de adultos mayores con el quintil más alto presentan obesidad mientras que en los quintiles bajos muestran bajo peso en valores porcentuales se establece esta diferencia del 60% versus el 50%; esto en la periferia urbana o sectores rurales a esto se añade el estado situacional de esta población.

La población de 4 esquinas está conformada por un grupo representativo de adultos mayores, los mismos que necesitan atención y orientación especializada; en este contexto el personal de salud acompañados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) han realizado talleres enfocados en la buena alimentación, sin embargo al concluir este periodo recomiendan caracterizar a la población en función al grado de conocimiento en aspectos nutricionales; por cuanto no se cumplió con las metas esperadas; además que alrededor del 20% de la población registrada abandono las charlas de capacitación.

Por lo que existe un deficiente conocimiento en esta población sobre la buena alimentación, aspectos nutricionales entre otros temas; que contribuyan a mejorar su calidad de vida

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Deficiente nivel de conocimiento sobre aspectos nutricionales en los adultos mayores de la comunidad Cuatro Esquinas? ¿Periodo Octubre 2017-Marzo 2018?

1.3. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre aspectos nutricionales en los adultos mayores de la comunidad Cuatro Esquinas mediante consejería nutricionales de enfermería.

Objetivos específicos

1. Analizar la situación nutricional de los adultos mayores para el estudio
2. Realizar un seguimiento de la consejería nutricional en los adultos mayores de la comunidad Cuatro Esquinas.
3. Medir el nivel de satisfacción de los adultos mayores sobre la consejería nutricional del personal de enfermería.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El estado nutricional del adulto mayor ha sido de interés mundial, según Kaiser (2010), dos tercios de la población de adultos mayores presentan un riesgo nutricional o mal nutrición. Por cuanto la Organización Mundial De la Salud (OMS) propone como estrategia la difusión mediante el contacto directo del personal de salud y el paciente.

En este sentido a nivel de la región el 80% de los países han acogido de forma Positiva esta recomendación por lo que, se ha venido ejecutando programas públicos orientados a mejorar el estado nutricional de esta población; tal es el caso de Argentina “Estaciones Saludables”, Perú “Charlas de Consejería Nutricional” y Ecuador “Consejería Nutricional al Adulto Mayor” (Kaiser et al., 2010).

El 80% de las muertes por Enfermedades Crónicas no Transmisibles ocurren en países con medianos y bajos ingresos, evidencias demuestran que un alto porcentaje de estos pueden prevenirse, a través de la disminución del consumo de tabaco, alcohol y entre otros factores predominantes como físicos, fisiológicos, psicosociales (Restrepo et al., 2006).

En el Ecuador en la actualidad el 7% de la población pertenece al grupo de la tercera edad, además está ligado con la presencia de enfermedades que afectan a este grupo, el gobierno estatal desde sus diferentes carteras de estado, presenta programas públicos y públicos-privados en todo el territorio con el fin de concientizar una alimentación saludable y garantizar mejores condiciones de vida, acogiendo recomendaciones de organismos como la FAO, el Programa de Naciones Unidas, UNICEF entre otros.

Además de proponer un envejecimiento activo, que contempla la práctica del deporte como ejercicio físico, una dieta equilibrada acorde al medio de residencia , el descanso suficiente, la eliminación del tabaco y alcohol, reducir los niveles de estrés, las emociones y el valor de las actitudes positivas para enfrentar la vejez (Limó y Ortega, 2011).

Sin embargo en el Ecuador según el (INEC, 2010) la población del adulto mayor se caracteriza por ser un grupo sedentario por cuanto el 82.2% no realiza ninguna actividad física durante el mes, a esto se suma la situación de acompañamiento ya que más del 15% de esta población vive sola y el 5% mencionan que fuman 7 cigarrillos diarios.

La situación de este grupo en un análisis económico presenta que el 90.6% no perciben un salario por pensión o por trabajo, concordando con el 98% de este grupo ubicados en la línea de desocupación, mientras que su estado civil está caracterizado por el 42% de casado, seguido por un 22% en un estado de separado (INEC, 2010).

La prevalencia de sobrepeso en esta comunidad es mayor al 73%, convirtiéndose en un problema de salud, siendo mayor frecuente en las provincias de Galápagos, El Oro, Carchi; pero en las provincias de la sierra centro como Bolívar, Chimborazo no representan más del 1% teniendo un consumo adecuado de alimentos que contienen hierro y zinc con mayor prevalencia en hombre, a esto se suma un consumo excesivo de carbohidratos con un 39.2% en el sector rural de la provincia Bolívar (Freire et al., 2013).

La situación nutricional y el grado de conocimiento en los adultos mayores en sectores periféricos al área urbana como el de cuatro esquinas, visibilizan el estado nutricional y la atención recibida por parte del gobierno estatal. De acuerdo a las encuestas realizadas como antecedentes a la investigación se determinó que el 97% de los adultos mayores se alimentan 3 veces en el día, y entre su dieta diaria está conformada en mayor porcentaje por carbohidratos como la papa, arroz y fideo; por otro lado también mencionan alimentarse con productos propios de la localidad como coles, melloco y acelgas.

Según la ENSANUT (2013) a nivel nacional el 70% de la población de adultos presentan exceso de peso estos valores tienden a mantenerse en la etapa de la vejez, es decir que 6 de cada 10 personas adultas padecen sobrepeso; en función a estos valores se plantean políticas desde diferentes carteras de estado

como el Ministerio del Deporte siendo este en la provincia Bolívar un programa de acogida por el grupo de adultos mayores; por cuanto existe una población considerable con este problema social.

La actividad física de los adultos mayores reportan niveles bajos con prevalencia de aproximadamente el 30% siendo este evidente en el sector de la periferia urbana no es el caso en el sector indígena ubicados específicamente en el sector rural, ya que presentan en muchos casos aislamiento o abandono por lo que dejan de realizar actividades comunes y cotidianas ENSANUT (2013), es este aspecto se tiene la intervención de la parte estatal con programas como visitas domiciliarias o talleres barriales o comunales con el propósito de mejorar su situación nutricional que engloba el estilo de vida saludable, uno de estos programas está presente en el sector de Cuatro esquinas, Primero de Mayo, Guanujo y otros (Dirección Distrital Guaranda 02D01, 2017).

De los resultados se concluyó que el 85% de adultos mayores que corresponden a 28 personas acuden al centro de salud solo cuando presentan alguna dolencia, sin embargo el promedio de su peso se encuentra en alrededor de 18.5 – 24.9 por otro lado su situación de vivienda, según los resultados alrededor del 45% viven con sus parejas; por otro lado en promedio 9 adultos mayores residen solos o con hijos; existe una diferencia representativa de población que está sola y necesita un grado de atención o acompañamiento.

En este contexto se plantea identificar el perfil sociodemográfico en función del estrato económico y cultural de la población beneficiaria, con el propósito de dar alcance y valoración del efecto de la consejería nutricional; además del análisis nutricional mediante las variables antropométricas que ayuda a distribuir a la población en el perfil de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad; y por último la satisfacción de la población beneficiaria en cuanto al desempeño del personal de enfermería.

De la responsabilidad social que es compartida por el sector público, privado y comunidad en general, es necesario la activa participación desde la academia tal es el caso de estudiantes y docentes; a fin de conocer el entorno, la

caracterización de la población del adulto mayor y con ello evitar un padecimiento a causa de una alimentación inadecuada, esto específicamente en la población prioritaria como es en los adultos mayores.

1.5. LIMITACIONES

Al tener un enfoque cualitativo una de las limitaciones en la investigación es la información como antecedente de la población, pues en el centro de Salud Cuatro Equinas no poseen una sala situacional actualizada además no trabajan con herramientas informáticas. Por otro lado al tratarse de una población de más de 65 años de edad la metodología para recabar información se vuelve complicada en el uso de terminología adecuada. No se tiene limitaciones de acceso ya que se encuentra en la periferia urbana del Cantón Guaranda, en el que ingresa un recorrido de bus Cándido Rada cada 15 min; a pesar de lo identificado existió una predisposición de participación por parte de la población determinada, además la colaboración activa del personal del centro de salud.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

A nivel de la región el análisis sobre la situación nutricional en el grupo de adultos mayores ha sido orientada como una política de evaluación ex-post a fin de evidenciar el impacto generado en la población objetivo en este caso estudios como:

El análisis sobre la consejería nutricional del personal de enfermería presentados en diferentes programas como “ Estaciones Saludables” dirigidas a la población en general, mediante un estudio descriptivo transversal donde las variables de estudio fueron objetivos de la consejería, diagnóstico nutricional, parámetros antropométricos; se encontró que el 16.8%, adultos mayores acudían al subcentro de salud y a reuniones grupales del MIES , además que los principales motivos de consulta fueron alimentación saludable, dietas específicas, sobre peso y obesidad desnutrición.

La longevidad y el incremento de vida media de las personas ha generado en las últimas décadas el término “Envejecimiento Activo” que describe como idea, una nueva forma de envejecer, que viene vinculado con nuevos estilos de vida que tiene una estrecha relación en la forma de alimentación paralelo al entorno que lo rodea y la cultura perteneciente generando un nuevo modelo de vejez que implica actividad, libertad y humanización.

En el estudio de los hábitos saludables Limó y Ortega (2014), mencionan que el 70% de los factores que inciden en el aceleramiento de la vejez, son causas del estilo de vida que incurre en la alimentación y el medio de residencia, a esto recomiendan ejercicio físico con compostura, alimentación saludable, evitar el uso excesivo de medicamentos y la automedicación, los mismos que son indicadores relevantes en el grupo de adultos mayores.

En cuanto al consumo de frutas alcanza un promedio nacional de 171 gramos en hombres y 192 gramos en mujeres. Todos estos valores y demás análisis en

la ENSANUT (2013) reflejan la mala alimentación nutricional acumulada en el grupo de más de 65 años de edad teniendo como efecto la obesidad, sobrepeso, deficiencia de micronutrientes entre otros.

En el Ecuador en el estudio de “Factores bio-psico-socio-culturales que influyen en el desequilibrio nutricional en los adultos mayores” se determinó en cuanto a los principales factores biológicos que, más del 50% se alimenta con tres o más comidas diarias, respecto al elemento económico el 38% son amas de casa y 36% son jubilados, con ingreso menores a \$500,00, mientras que los factores socio – culturales corresponden al consumo diario de alimentos fritos (46%) y de comidas chatarras (26%), además que más del 60% mencionan que no han sido capacitados en temas de alimentación (De La Suárez y Peñafiel, 2015).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición-Ecuador 2013 (ENSANUT-ECU 2013), el estado nutricional de la población del adulto mayor está caracterizada por el alto consumo de los carbohidratos con un 23%, específicamente en las provincias de la sierra centro como Bolívar, además de un consumo inadecuado de zinc, hierro, vitamina A con una prevalencia del 92.3% en el sector rural de la provincia.

En el análisis del estado nutricional del grupo de adultos mayores los datos nacionales reflejan la situación real de esta población sin embargo, mediante programas y la intervención de instituciones estatales muestran indicadores específicos del sector rural, tal es el caso de 4 esquinas en donde se conforman con alrededor de 560 adultos mayores, de los que un 90% viven con sus familiares, en cuanto a la valoración antropométrica el 90% se encuentra en un rango normal.

Pero también existe alrededor de 444 adultos mayores que presentan bajo peso los mismos que viven solos, además no perciben ingresos específicos como bono de desarrollo humano o algún medio de subsistencia.

De las encuestas realizadas en los antecedentes de la investigación se determinó que existe un desconocimiento en cuanto a la buena alimentación y

formas de alimentarse, en cuanto a la actividad el 85% de esta población practica solo caminata; por lo que es necesario dotar de información personal a esta comunidad con el propósito de mejorar su estado nutricional.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Población del adulto mayor

Se define como adulto mayor o grupo de la tercera edad a todo hombre y mujer mayor a 65 años de edad, según la OMS este grupo atareo crece un 2,4% anual, presentando un incremento sustancial, esta tendencia en América latina es similar con un promedio de 3.5 para el 2020 y 2025; teniendo un adelanto en este proceso demográfico en países como Cuba, Chile y Argentina con un 10% de su población anciana, por otro lado Bolivia, Paraguay, Ecuador y Honduras con alrededor del 7%.

Según la Comisión Económica Para América Latina y El Caribe (CEPAL, 2002) la tendencia del envejecimiento de la población en la región afectará a la estructura de la pirámide demográfica, los países con mayor población envejecida serán Brasil, República dominicana y México como se observa la Figura 1; teniendo mayor concentración en barrios tradicionalmente antiguos o sectores rurales como las comunidades o aldeas.

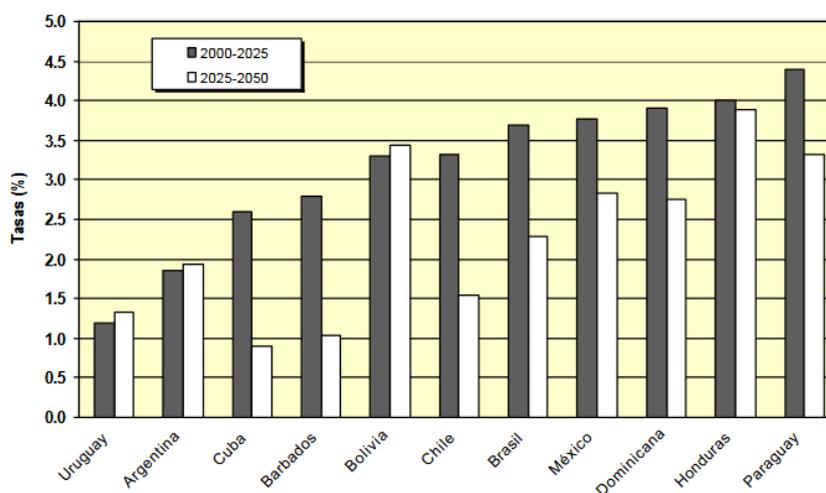


Figura 1: Crecimiento poblacional en América Latina

El incremento de este grupo poblacional ha tenido una tendencia de crecimiento, análisis que se contrasta con la esperanza de vida al nacer, donde se pronostica 76.5 años para el 2025 en ambos sexos, incrementando más de 6 años en el nuevo siglo (Ver figura 1), esto puede ser debido a muchos factores, como el mejoramiento de la calidad de vida que implica alimentación, trabajo, salud y recursos económicos (INEC, 2010)

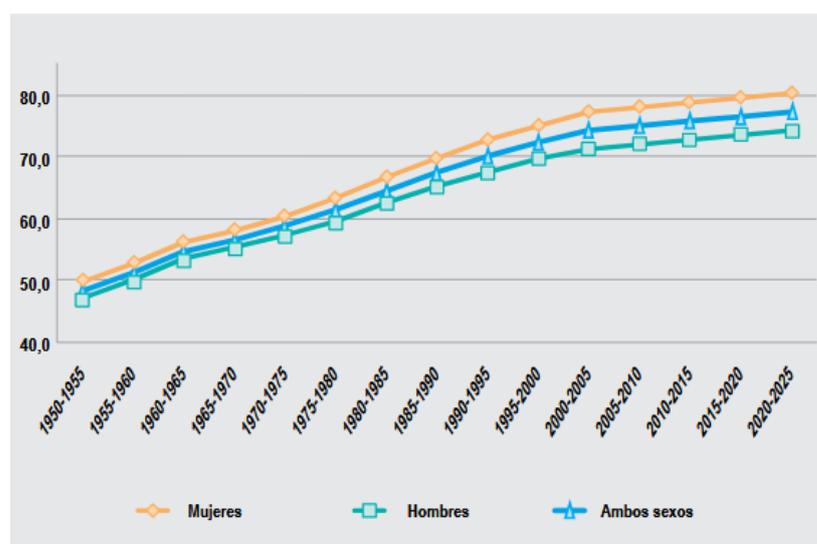


Figura 2: Esperanza de vida al nacer de la población ecuatoriana

En el Ecuador según el censo realizado en el año 2010 existían 940.905 adultos mayores, con el 52,6% de mujeres y el 47,4% de hombres, ubicados en más del 50% en el área urbano, representando alrededor del 7% de la población total; agrupándose en la provincias de Guayas, Pichincha, Azuay y Manabí; sin embargo la provincia con mayor población de la tercera edad fue Bolívar con más del 9% de su ciudadanía (INEC, 2010).

El perfil de la población del adulto mayor está representado por más del 40% de estado civil casado, sin embargo con una alta prevalencia de divorcio en hombres con alrededor del 24%; en cuanto al analfabetismo se tiene un 31% en mujeres y 22% en hombres, presentando también un 1.2% de desocupación además tan solo el 17% percibe un ingreso por concepto de pensión, jubilación o trabajo (ENSAUT, 2013).

La población de más de 65 años de edad según la Encuesta de Salud y Nutrición (ENSAUT, 2013) en el aspecto de salud presenta la prevalencia de enfermedades no transmisibles como obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer; desencadenando su gravedad y padecimiento en algunos casos por la mala alimentación y el sedentarismo.

Según la Encuesta (SABE II, 2011) la Diabetes presentó un incremento a partir del quinto decenio de vida en un 10.3%, con una prevalencia de más del 10% en los grupos de 60 años y más; siendo la ciudad de Quito con el 4.8% y la región consta con aumento de reportes. Esta problemática también reporta una resistencia a la Insulina afectando a 4 de cada 10 adultos mayores.

En este aspecto se determinó el consumo dominante de alimentos poco nutritivos, con una dieta generalizada de carbohidratos, azúcares y fibra especialmente en las provincias de la sierra centro como Bolívar y Chimborazo; al mismo tiempo de un consumo de tabaco con un promedio de 7 cigarrillos diarios en al menos el 10% de adultos mayores, así como también la disminución de actividad física asignando un promedio de 10 días al mes (ENSAUT, 2013).

2.2.2 Implicaciones del proceso de envejecimiento.

El deterioro de la edad de una persona trae algunas consideraciones, que en muchos casos y aspectos es necesario dar la debida importancia y disminuir riesgos en cuanto a las desventajas de las capacidades físicas y mentales, así como a la independencia y la disminución de roles o funciones familiares, además de aceptar el despojo de un trabajo estable y forzado; lo que implicará la disminución total o parcial de recursos económicos; en esto lo más resaltante son los efectos de salud como consecuencias progresivas y en varios casos incurables con un padecimiento de alto nivel (Ham, 1989).

En el último decenio se plantea mejorar la calidad de vida mediante la propuesta de un nuevo modelo de vejez, dando prioridad a las variables alimentación, actividad física, entorno social dejando a tras el criterio de invalidez, déficit e

involución; apaleando el padecimiento de dolencias y disminuyendo el grado de implicaciones (Limón y Ortega, 2011).

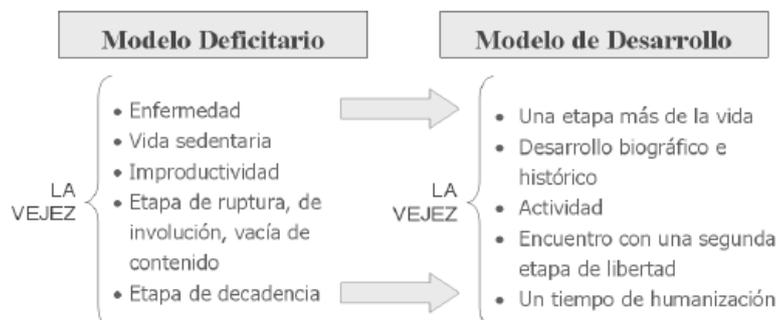


Figura 3: Modelo de Vejez

El envejecimiento trae implicaciones de alta consideración, sobre todo dirigidas hacia la dependencia familiar y de manera conjunta con la sociedad, con importantes demandas de sustento y atención especializada, por lo que las sociedades que aún no han resuelto problemas apremiantes tendrán la dificultad de garantizar una calidad de vida a este grupo (Ham, 1998).

2.2.3 Cambios fisiológicos en adultos mayores

El envejecimiento trae retos para la salud pública por cuanto el impacto social y económico se refleja en las condiciones de salud de la población, desplazando altos de índices morbilidad a causa de enfermedades no transmisibles hacia las crónicas, degenerativas e incapacitantes; representando un alto costo en su atención (Salech et al., 2012).

El envejecimiento renal no tiene relación directa con el envejecimiento tampoco es directamente proporcional con la caída de la función renal, sin embargo se ha demostrado mayor presencia en el grupo de más de 70 años, definiendo el principal factor de riesgo la edad. Observando una caída del 10% del parénquima renal cada década a partir de los 40 años (Salech et al., 2012).

En esto también existe la disminución del 20% de la capacidad en cuanto a la concentración de orina a partir de los 60 años, incrementando la probabilidad de hiponatremia, también se identifica la anemia ya que las cifras de eritropoyetina plasmática incrementan con la edad (Salech et al., 2012).

Otro de los cambios presentes en este grupo etario es el envejecimiento cardiovascular, identificado en muchos casos con la rigidez e hipertrofia en las arterias; mediante los caracteres clínicos que son la presión de pulso y onda de pulso que indica una rigidez arterial además un riesgo de isquemia. También implica el envejecimiento cardíaco disminuyendo la distensibilidad cardíaca, incrementando el volumen expulsivo (VE) (Salech et al., 2012).

Dentro de las repercusiones fisiológicas también está presente el envejecimiento cerebral, por cuanto existe una correlación positiva entre los corporales y funcionales en el sistema nervioso central; se ha observado la disminución de peso del cerebro de un 5% a partir de los 40 años; de la misma forma que otras células en el organismo presentan cambios en sus componentes como *“estrés oxidativo, acumulación de daño en proteínas, lípidos y ácidos nucleicos”* (Salech et al., 2012).

Así también las implicaciones fisiológicas se relacionan con el envejecimiento muscular, mediante una declinación constante y progresiva de la potencia y concentración muscular; concibiendo el síndrome de sarcopenia en forma paralela a un decremento en actividad física, movilidad, enlentecimiento de marcha, disminución de capacidad para realizar ejercicios físicos; convirtiéndose en sintomatología de fragilidad; comprendiendo un factor predictor de morbilidad y mortalidad (Salech et al., 2012).

Además se determina la degeneración de la asimilación de la glucosa con el 25% de mayores con diabetes mellitus y se pronostica un incremento debido a la sobrevivencia de estos pacientes, además de patrones alimenticios, físicos y culturales. En esto también es resaltante el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios. Ya que los requerimientos calóricos disminuyen así también del sobre ejercicio físico (Salech et al., 2012).

La población del adulto mayor experimenta varios cambios asociados a su envejecimiento, lo que determina que su fisiología sea distinta a la de otros grupos etarios menores, lo que involucra un cuidado y control de salud progresivo desde tempranas edades. (Salech et al., 2012).

2.2.4 Cambios biológicos en adultos mayores

Los cambios biológicos concernidos con el proceso de envejecimiento implican los sistemas sensoriales, dando afectación directa en la disminución de la visión ya que presenta una reducción en la pupila a esto se añade el aumento del espesor en el cristalino, generando la incapacidad para discriminar colores (Restrepo et al., 2006).

En cuanto a la audición presenta baja agudeza en las frecuencias altas, afectando conversaciones y comprensión de palabras, presentando mayor dificultad en oír voces femeninas que por lo general son más finas (Restrepo et al., 2006).

El gusto y el olfato presentan inconvenientes en la identificación de sabores de alimentos que contengan sal, dulce y ácido, debido al quebranto de las papilas gustativas; así como también dificultad para diferenciar olores, esta es una de las causas por lo que generalmente los adultos mayores tienden a quejarse en lugares de atención especialmente de alimentos como restaurantes y bares (Restrepo et al., 2006).

Los cambios internos generan la aparición de arrugas, manchas, blandura y sequedad, que son visibles con facilidad; en su mayoría por la disminución de colágeno, pérdida de grasa mientras que en otros pueden ser por deficiente alimentación o exposición al sol (Restrepo et al., 2006).

El sistema orgánico también se encuentra comprometido con el envejecimiento siendo sus implicaciones con la estructura muscular, el sistema esquelético, las articulaciones, el sistema cardiovascular y respiratorio además del excretor y

digestivo; entre los efectos a estos sistemas se tiene como resultado disminución de la fuerza muscular, dolor de articulaciones, disminución de firmeza física, frecuencia de incontinencia entre otros que afectan el ritmo y calidad de vida (Restrepo et al., 2006).

2.2.5 Estado nutricional del adulto mayor

El estado nutricional del adulto mayor definido como un conjunto de elementos armónicos y solidarios correlacionados entre sí, con la finalidad de mantener la integridad y garantizar la calidad de vida; como resultado de múltiples variables físicos, sociales, culturales con elementos genéticos del individuo (Acosta et al., 2010).

En este análisis no se ha llegado a un consenso sobre la evaluación del estado nutricional de los adultos mayores, pero prevalece la evaluación nutricional global a través de los índices de peso, talla que conlleva al cálculo del Índice de Masa Corporal, utilizado para evaluar el estado nutricional de un individuo (Acosta et al., 2010).

Sin embargo la situación nutricional de la población vulnerable como la de los adultos mayores, es fundamental mediante las medidas de control y tratamiento bajo un horizonte de normalidad a nivel individual; mientras que en el aspecto poblacional la información del estado nutricional es indispensable para el diseño de políticas a favor de la comunidad bajo indicadores propios (Acosta et al., 2010).

2.2.6 Determinantes en el desequilibrio nutricional de los adultos mayores

Para el siglo XXI se estima un crecimiento de la población del adulto mayor en más del 20% a nivel de la Región, por lo que la esperanza de vida cumple un criterio esencial en este grupo de población, en tanto se establece una dieta balanceada y variada; ya que muchos autores asocian directamente las enfermedades no transmisibles a la alimentación diaria del adulto mayor; por lo que afecta el equilibrio nutricional (Agüero et al., 2009).

Actuando en las condiciones de vida, la salud bucal, la flora y el estado emocional; también se ha presentado incremento de casos de cardiopatías isquémicas, demencia y perturbaciones cerebrovasculares. Sin embargo los determinantes del estado nutricional en adultos mayores pueden variar en función al segmento de ubicación, cultura, razón social, educación (Agüero et al., 2009).

La población objetivo se referido como heterogénea en alto grado, pues se ha expresado múltiples factores, que conllevan al adulto mayor hacia una desnutrición, como la mala preparación de alimentos y su desequilibrio en el consumo; asociados a cambios de las acciones fisiológicos como la disminución de saliva, vaciamiento gástrico (Agüero et al., 2009).

Con estos determinantes, durante el examen clínico en alto porcentaje se da menor importancia a los factores psicosociales, lo que impide dar criterios más amplios acerca de los determinantes en el estado nutricional, y el establecimiento de medidas para contrarrestar al menos molestias relacionadas a la nutrición (Agüero et al., 2009).

Dentro de los factores determinantes en el estado nutricional ha sido concluyente en personas dependientes con antecedentes recientes de estrés; presentan un descenso en la ingesta de calorías, escaso apetito y disminución de la visión. A pesar de las diferencias culturales o tradicionales, se ha generalizado la dificultad de ejecutar actividades físicas (Robledo et al., 2007).

Los elementos más significativos en el desequilibrio nutricional en la vejez, se interrelacionan con la depresión y la deficiente asistencia social en muchos lugares como norte américa, incluye además una incorrecta política que favorezca a esta población, generando una discapacidad psicológica en la comunidad adulta (Robledo et al., 2007).

Los resultados que determinan el desequilibrio nutricional en la población de la tercera edad bajo un enfoque transversal, no pueden ser certeros por lo que es

necesario se realicen de carácter longitudinal a fin de encontrar patrones o tendencias; y variables menos analizadas; lo que permitirá generar políticas integrales que ayuden a prevenir y tratar es estado nutricional además de coadyuvar a mejorar la calidad de vida y condiciones de salud (Robledo et al., 2007).

2.2.7 Enfermedades no transmisibles en el adulto mayor.

Se define a las enfermedades no transmisibles como un proceso de larga duración, que es efecto de una composición y combinación de factores conductuales, funcionales y ambientales; además se los agrupa también dentro de las enfermedades crónicas; presentando una correlación positiva en la tercera edad; en esto también se menciona a grupos vulnerables como niños (Menéndez et al., 2014).

Según la OMS (2017); reconoce que las enfermedades no transmisibles afectan a más de 40 millones de personas en el mundo cada año, representando al 70% de las causas de muerte; siendo más prevalente en los mayores de 69 años, esto generalmente en países con ingresos bajos y medios. Entre las ENT con mayor frecuencia son cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer, enfermedades respiratorias y por último la diabetes que va tomando más posesión en la población.

En esta problemática de interés mundial la OMS (2017) ha definido algunos componentes como la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol; además una inadecuada alimentación; aunque esto se contrarresta con la cultura independiente de cada comunidad versus las nuevas tendencias que conlleva nuevas tendencias de alimentación. Por otra parte se determina las causas como la velocidad de la urbanización no planificada, la misma globalización e incluso el envejecimiento de la población.

Los factores de riesgo modificables ligados al comportamiento como el consumo de tabaco, alcohol, inactividad física y mala alimentación; se incrementan considerablemente año tras años. Y se prevé una tendencia

positiva; sin descartar a la exposición de contaminantes. Por otro lado se define los riesgos metabólicos que aumentan la probabilidad de adquirir una ENT, como el incremento de la tensión arterial. Obesidad y sobrepeso, hiperglucemia, hiperlipidemia; que constituyen la concentración elevada de glucosa y grasa en la sangre (OMS, 2017).

El impacto de este padecimiento ha sido socioeconómico por lo que se plantea una meta dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), reducir al menos el 33% de estas enfermedades para el 2030; sin embargo los compendios que impiden su cumplimiento es directamente la pobreza; afectando verdaderamente a las familias con ingresos escasos (OMS).

En este contexto se menciona que la salud no solo puede ser evaluada con la presencia de enfermedades, pues también se considera el nivel de capacidad funcional, asociados a los riesgos de fallecer, independiente de otras afecciones así como la edad y sexo; por cuanto el grado de discapacidad en el grupo de la tercera edad aumenta (Menéndez et al., 2014).

El cambio demográfico en algunas sociedades que tienden a tener población envejecida se presenta un nuevo reto, para atender las múltiples ENT así como la carga de discapacidad que asocia esta transformación, sin dejar de lado los elementos ambientales y socioculturales (Menéndez et al., 2014).

2.2.8 Políticas de calidad de vida en el adulto mayor

La transformación demográfica trae retos que enlaza el aspecto económico, biomédico y social; su repercusión directa es hacia el servicio público, por cuanto la población de más de 65 años de edad, son quienes registran mayor consumo relativo de medicamentos y servicios de salud, por lo que representan un considerable gasto en la seguridad y el apoyo social. Así también la vejez interviene de forma paralela en la transformación de la dinámica familiar como núcleo de la sociedad (Galbán et al., 2007).

En lo que respecta a los diferentes tipos de envejecimiento resaltan el individual y el poblacional. La decadencia individual es el proceso de transformación hasta un punto irreversible que distingue a cada ser humano con el transcurso de la vida; mientras que el envejecimiento poblacional es el incremento de adultos mayores, en este análisis bivariado el envejecimiento es necesario hacerlo desde dos aristas que comprenden: el social englobando implicaciones semejantes a dimensiones de micro mundo y macro comunidad, y por último el individual (Galbán et al., 2007).

La comunidad científica presenta un sin número de investigaciones es aspectos relacionados a la vejes y sus concluyentes; con el propósito de mejorar la calidad de vida o el llamado “vejez activo”, sin embargo ha sido insuficiente dar un criterio específico de cuantificación de necesidades de un adulto mayor (Galbán et al, 2007).

También existen acuerdos internacionales que respaldan el bienestar del adulto mayor, como el “*Plan de Viena*”, instaurado a fin de generar compromiso en las naciones y en las sociedades con respecto a las acciones que conlleva el envejecimiento de la población, esto en su primera evaluación destacan componentes de combinación mediante programas y planes, mejora en los servicios de habitación y salud, por otro aspecto también líneas de seguridad de ingreso y participación democrática (Madariaga, 2001).

En esta primera evaluación del acuerdo de Viena en cuanto a los agentes de cambio, el 50% de las sociedades responden que el Estado es responsable de garantizar una calidad de vida de los adultos mayores, en menor porcentaje asignan la responsabilidad a la familia y por último al propio individuo; aquí además se ha determinado que tan solo el 10% de ancianos participan en actividades de recreación como el arte, música y voluntariado. Sin embargo en la mitad de los países bajo este acuerdo los adultos mayores dirigen los planes de gobierno y desarrollo además se desempeñan en el área educativa y formación (Madariaga, A. 2001).

Para efectivizar la calidad de vida de esta población se ha identificado los principales obstáculos en el área de vivienda, ingresos, empleo y protección, por otro paraje también la falta de recursos para aplicar las recomendaciones de estos tratados; no obstante las Naciones Unidas afirman que los gobiernos presentan una insuficiente responsabilidad en cuanto al tema del envejecimiento (Madariaga, A. 2001).

En este análisis se determina las prioridades de la población del adulto mayor en los aspectos del maltrato, salud, cosmovisión propia entre otros; por lo que establece una cooperación internacional de ejecución, seguimiento y control, de programas enfocados a esta población; con mayor prioridad a la capacitación y servicio social; tanto a los profesionales de salud y beneficiarios (Madariaga, A. 2001).

El estado nutricional del adulto mayor ha sido de interés mundial, según Kaiser (2010), dos tercios de la población de adultos mayores presentan un riesgo nutricional o mal nutrición. Por cuanto la Organización Mundial De la Salud (OMS) propone como estrategia la difusión mediante el contacto directo del personal de salud y el paciente.

Con la planificación de estrategias efectivas se propone la articulación de políticas que garanticen una vejez saludable, en el que las necesidades al menos prioritarias de los ancianos se resuelvan, además de generar pericias de ocio que incentiven el aprovechamiento el tiempo y recursos libres, por medio de actividades culturales, ayuda a la localidad, educación y capacitación en oficios y conocimientos, que colaboren a fortalecer el proceso de envejecimiento (Galbán et al., 2007).

En este sentido a nivel de la región el 80% de los países han acogido de forma positiva esta recomendación por lo que, se ha venido ejecutando programas públicos orientados a mejorar el estado nutricional de esta población; tal es el caso de Argentina “Estaciones Saludables”, Perú “Charlas de Consejería Nutricional” y Ecuador “Consejería Nutricional al Adulto Mayor” (Kaiser et al., 2010).

2.2.9 Programas y proyectos del adulto mayor en el Ecuador

Orientados desde un paraguas global partiendo desde recomendaciones internacionales como los objetivos del milenio y de desarrollo establecidos a largo plazo, con el propósito de mejorar las condiciones de vida de las personas mayores a 64 años, en cuanto a la alimentación y situación nutricional. Ecuador propone dentro de sus objetivos alineados a esta población mejorar las condiciones de salud de las personas de la tercera edad, acaparando un ciclo de vida, desde una perspectiva que contempla género étnico, aspectos culturales, generacionales y riesgos garantizando un envejecimiento productivo, dinámico y saludable (MSP, 2017).

Las estrategias implementadas con la finalidad de fomentar la autoestima y el ejercicio de las libertades fundamentales y de los derechos como ser humanos; disminuir el riesgo de problemas sociales a través de la integración en ambientes saludables, impulsar al adulto mayor en la atención integral mediante el desarrollo de planes en Geriatria y Gerontología, participación de intergeneracional familiar; de manera conjunta con la integración de diferentes funciones territoriales como MIES, MSP y los actores principales que son el ciudadano y la familia (MSP, 2017).

La capacitación del 100% a los servidores públicos y a quienes forman parte de los convenios público-privados en la atención por ciclo de vida garantiza las estrategias planteadas, también la atención especializada en cuanto a las políticas integrales hacia esta población mediante medios masivos de formación como el sistema E-Learning del servidor público-privado refleja la aplicación de estrategias por medios comunicación disponibles (MSP, 2017).

En el aspecto de la organización social del adulto mayor se ha generado los primeros comités interinstitucionales provinciales del Adulto Mayor tal es el caso de Cotopaxi, para esto inicialmente se conformó los “Comités Cantonales del Adulto Mayor” teniendo 6 grupos activos, mientras en otras experiencias se presentado la acogida a organizaciones barriales y comunales mediante la visita

de promotores de salud y personal capacitado en gerontología del MIES, con al menos 2 visitas en el mes (MSP, 2017).

El envejecimiento en el Ecuador es heterogéneo factores como edad, nivel instrucción, auto identificación étnica, nivel socioeconómico entre otras, han sido parte del análisis desde tres aristas que comprende el individuo, la familia y el medio; presentando un concepto diferente en cuanto a la tercera edad en los indígenas, afro ecuatorianos y montubios relacionándolo directamente con la capacidad de realizar alguna actividad física (Wates y Gallego, 2012).

Según los resultado de SABE menciona que la población de la tercera edad en el sector indígena se encuentra protegida por la familia y la comunidad, sin embargo existe una alta variabilidad teniendo más del 45% personas de este intervalo de años en una situación de abandono y pobreza (Wates y Gallego, 2012).

Los recursos asignados a esta población que representa alrededor del 15% de la población ecuatoriana alcanza tan solo el 0.05% de presupuesto total del estado esto en valores de beneficiarios como del bono de desarrollo Humano representan más de 1.000.000 de personas (MIES, 2017).

Tabla 1: Entidades estatales con políticas hacia el adulto mayor

Institución	Política
Ministerio de Inclusión Económica y Social	<ul style="list-style-type: none">• Formación de adultos mayores con metodologías de envejecimiento dinámico.• Entrega de alimentación complementara a los adultos mayores de centros gerontológicos.• Organización de redes locales de adultos mayores en con el propósito de generar una vida dinámica.
Ministerio de Cultura	<ul style="list-style-type: none">• Controlar el cumplimiento del 50% asignados en tarifas de los espectáculos culturales y la gratuidad de los mismos
Ministerio del Deporte	<ul style="list-style-type: none">• Organización de encuentros deportivos nacionales.
Servicio de Rentas Internas	<ul style="list-style-type: none">• Control y vigilancia de las normas tributarias asignados a las personas mayores de 65 años.
Ministerio de Transporte	<ul style="list-style-type: none">• Controlar el descuento 50% a la tarifa de pasaje para adultos mayores y otros grupos de población.
Ministerio de Educación	<ul style="list-style-type: none">• Iniciará e incentivará la alfabetización para adultos mayores.
Ministerio de Justicia	<ul style="list-style-type: none">• Atención prioritaria para adultos mayores en el sistema de justicia y privados de la libertad.

Fuente: MIES, 2015.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

2.2.9 Marco normativo en respaldo al adulto mayor.

A nivel mundial ha existido procesos en beneficio de los adultos mayores iniciando con la Declaración de los Derechos Humanos en 1948, de ahí que cada nación busca desde diferentes espacios y herramientas incluir a este conjunto, afrontando problemas de envejecimiento así como el calentamiento global como desafío universal en el siglo XX (Lucero, 2014).

El tema del adulto mayor en el Ecuador tiene una base legal institucionalizada desde la Constitución del 2008, donde se conceptualiza y reconoce los derechos de esta población, con un enfoque de atención prioritaria dejando a tras la vulnerabilidad y discriminación en la que se encontraba inmerso, buscando la autonomía y la participación en el diseño y ejecución de las políticas públicas; dando al estado la responsabilidad de generar autonomía, garantizar protección y promover actividades recreativas, de manera independiente al apoyo económico y psicológico (Lucero, 2014).

La carta Magna también garantiza los derechos ciudadanos como el sufragio facultativo, la integridad física en los casos de privación de libertad. Así como la garantía de jurisprudencia mediante las facultades de Jurisprudencia y demás organizaciones, con el servicio propio a los adultos mayores; y por último a la responsabilidad del estado en eliminar el analfabetismo en este grupo así como de dotar de un seguro obligatorio (Lucero, 2014).

2.2.10 Envejecimiento Activo

El proceso del envejecimiento no es un caso independiente de las sociedades, se ha vuelto un fenómeno con claras diferencias entre regiones y países; por lo que se ha dado una comprensión desde un ángulo diferente que favorece a las personas de edad avanzada, con el respaldo conjunto de la sociedad; en esta ha surgido una nueva concepción de “Envejecimiento activo” incluido por la OMS.

En este argumento se entiende por envejecimiento activo “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Indica que es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia” OMS (2002:79).

Aquí se instan tres bases elementales que entrelazan la participación, salud y seguridad, según Rodríguez (2006) envejecer activamente involucra condiciones como tener una actividad social, salud y seguridad; que conllevan a definir el término activo; con la idea de intervención y participación en forma dinámica en aspectos sociales, culturales, cívicos, que mantengan en actividad física y mental al adulto mayor (Limón y Ortega, 2011).

Sin embargo esto requiere de un compromiso y la garantía de las sociedades en velar por los derechos de este grupo prioritario, rompiendo paradigmas en la cuestión del aprendizaje y promoviendo el desarrollo del ser humano hasta el último de los días (Limón y Ortega, 2011).

2.2.11 El rol del profesional de enfermería

En la línea de la salud el rol del profesional de enfermería alcanza aspectos epistemológicos de clínica, conjuntamente con la correspondencia profesional-paciente, a esto se suma también la reciprocidad entre la asistencia-investigación-docencia y gestión; esto surge a partir de las necesidades y requerimientos organizacionales asimismo de la demanda poblacional; por lo que los medios de salud requieren que los profesionales ofrezcan servicios con labores que comprendan mejorar la calidad del cuidado (Harrison et al., 2005).

El Consejo Internacional de Enfermería ha determinado cuatro funciones básicas en los espacios de fomento de la salud, prevención, recuperación de la salud y apaciguar el sufrimiento; mediante las categorías del cuidado,

aptitudes, productos de información y vínculo, con el objetivo de incentivar en el paciente su rehabilitación y siendo un sujeto conector entre los expertos de salud y familiares (Zabalegui, 2003).

El rol del profesional de enfermería radica en la aplicación del conocimiento, destrezas y aptitudes; hacia la solución de problemas mediante juicios clínicos; al igual que otras profesiones paralelas a la salud implica capacitación constante ya sea en cómo obtener información y educación al paciente entre otros, para poder definir una alternativa de entre los riesgos y beneficios que se presente de forma particular en cada persona (Zabalegui, 2003).

El enfermero o enfermera debe identificar lo que el paciente requiere. En la actualidad este profesional contribuye directamente en la tipificación de necesidades que pueden ser físicas, socioculturales, mentales coadyuvando de forma directa con el médico; en el proceso de soluciones. Inicialmente el profesional de enfermería propone la necesidad de intervención familiar para incentivar el cuidado de la salud. Por tanto la tendencia de esta profesión presenta la potenciación de la salud comunitaria que implica una relación con la sociedad (Zabalegui, 2003).

Bajo el paraguas del proyecto Tunnig se establece seis conjuntos en cuanto a las competencias específicas en el rol del profesional de enfermería; dentro del primer grupo se instituye los cuidados en función a la cosmovisión, respeto y valores propios, en el segundo conjunto se plantea conservar la competencia a través de la capacitación continua, en el tercer apartado se define la aplicación de conocimientos con pleno juicio de causa en los procesos de valoración, aplicación de procedimientos; mientras que en el cuarto apartado acapara la responsabilidad de conocimientos con la verificación de su aplicación; y por último el grupo cinco y seis hace referencia, a las competencias de liderazgo e interpersonal (Bernués y Peya, 2005).

En este sentido el profesional de enfermería desarrolla competencias claves en el rol de su función tales como la autocrítica, capacidad de planificar y organizar, autoconfianza, liderazgo, manejo del estrés, pensamiento crítico y

trabajo en equipo; reflejando resultados positivos, tanto en sector privado como público, adaptándose a los cambios que trae la innovación y globalización (González, 2015).

El rol de los profesionales enfermería desde un aspecto descriptivo y exploratorio ha convertido sus funciones tradicionalmente conocidos en el área asistencial, a la actualidad, en una actuación en función a evidencias científicas, metodológicas y de acción preventiva; para esto ha tenido influencia el desarrollo económico mediante la construcción social que demanda calidad de vida y respuesta a diferentes necesidades de la población (González, 2015).

2.2.12 Educación nutricional en el adulto mayor

La educación nutricional dirigida a la población del adulto mayor tiene como propósito innovar conocimientos y mejorar las competencias propias de la persona en la actividad de trabajar en el mismo; el medio efectivo de estas propuestas es la comunicación como una herramienta de cambiar patrones inciertos por asistencia positivo. Esto influye de forma directa en la evolución o progreso del pensamiento y percepciones (Chávez, 2014).

La aplicación correcta de educación nutricional alcanza el restablecimiento de la sociedad y las conductas alimenticias, que son los componentes y elementos de prevención de varias ENT comunes en la actualidad. Con respecto a la educación de adultos mayores existen dimensiones esenciales que interaccionan con el comportamiento de aprendizaje (Chávez, 2014).

El comportamiento temporal que relaciona el elemento biológico y a la persona como un ente de grupo cultural; con la intervención de elementos sociales, personales; por otra parte la dimensión individual que dimensiona como elementos independientes y por último la característica social en donde se incentiva la reflexión y aceptación de una nueva etapa de vida como el envejecimiento y su rol en la sociedad (Chávez, 2014).

Para la efectividad de las actividades planificadas en la comunidad de adultos mayores se plantea un modelo de intervención desde el diseño hasta la intervención en territorio como se describe en la figura 3 (Chávez, 2014).

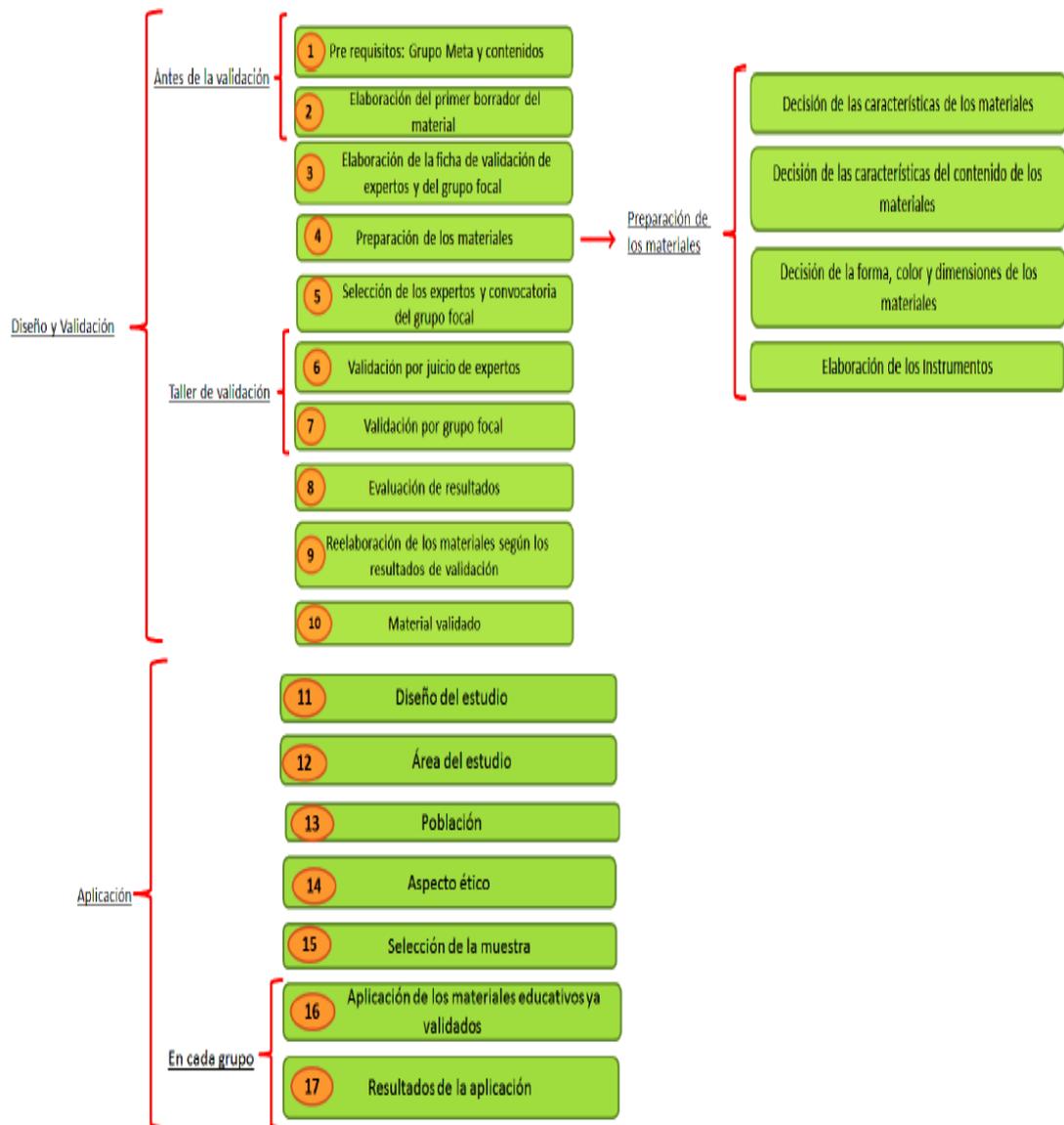


Figura 4: Proceso de intervención de adultos mayores.

2.2.13 Consejería nutricional de enfermería en el adulto mayor.

La OMS propone como estrategia mundial la promoción de la actividad física y la alimentación saludable orientada al adulto mayor, mediante un contacto integral entre el personal de salud y la comunidad; con el asesoramiento práctico acerca de los beneficios que trae una dieta saludable y el dinamismo

físico, conjuntamente con la prestación de servicios con el objeto de ayudar a la población en adoptar y conservar conductas saludables (Antún et al., 2014).

La consejería nutricional se define como un proceso educacional comunicativo entre el profesional y el usuario, con el fin de examinar una situación específica, contribuir a tomar decisiones en función a una previa evaluación nutricional, y la crítica de las prácticas, vigorizando aquellas que se especifiquen como positivas y diferenciando de las de riesgo. Reconociendo al adulto mayor como protagonista en la adquisición de prácticas alimenticias saludables (Antún et al., 2014).

La aplicación de la consejería nutricional muestra evidencias sobre la efectividad que genera las intervenciones de la consejería que implica charlas, talleres, foros, ferias demostrativas entre otras actividades, en la adopción de conductas alimenticias en todos los grupos de edades (Antún et al., 2014).

En este sentido se proyecta la formulación general de interrogantes acerca de los hábitos de alimentación, actividad física, compuesto con la provisión de información con el propósito de cambiar patrones de comportamientos, y disminuir los costos que representan los efectos de conductas inadecuadas prevenibles en esta población (Antún et al., 2014).

Como parte de políticas estatales desde una óptica integral en la prevención de determinantes para el riesgo sobre todo de enfermedades no transmisibles; se promueve el cuidado de la salud a través del incentivo de adopción de prácticas saludables; mediante la consejería nutricional por parte de los profesionales de la salud como médicos, enfermeros y enfermeras, nutricionistas entre otros dependiendo de los programas de ejecución (Antún et al., 2014).

Para una orientación correcta a la población intervenida inicialmente realizan controles básicos de salud; con la medición de talla, peso, tensión arterial y el cálculo del Índice de Masa Corporal; asimismo del contenido de productos utilizados para la alimentación; información que permita dar un criterio de clasificación nutricional, buscando además crear una relación de amistad,

confianza y contribución, entre el profesional y la persona; generando un canal en relación del proceso de decisiones (Antún et al., 2014).

La consejería nutricional parte de una línea base en donde se determine el diagnóstico nutricional de la población del adulto mayor en términos antropométricos, factores de riesgo para enfermedades no transmisibles, antecedentes de salud, expectativas de la población y situación de vivienda (Antún et al., 2014).

En esto también es necesario crear instrumentos de validez de un primer nivel de evaluación nutricional, con el afán de intervenir tempranamente en la población y en muchos casos pasar a una valoración complementaria donde se requiere de medidas bioquímicas; en síntesis diseñar un tamizaje al adulto mayor (Urteaga et al., 2001)

Los resultados que han generado la consejería nutricional son independiente, dependen de la localidad de intervención y otros factores; a nivel internacional se ha logrado atraer a esta población a ser partícipes activos en los programas dirigidos a los adultos mayores, tal es el caso de Argentina en “*Estaciones Saludables*” donde se registra alrededor de 20 mil personas mensualmente atendidas por primera vez, estas por visitas, atención en un punto o trasbordo (Antún et al., 2014).

Otra experiencia que muestra datos positivos es la detección temprana de la desnutrición y la mala alimentación, en un grupo de adultos mayores que acuden de forma frecuente a las charlas nutricionales, brindadas en el Hospital Municipal Santiago de Cuba (Agüero et al., 2011).

2.3. Definición de términos

POBLACIÓN: Según el Diccionario de la Real Academia Española (2016) define como un conjunto de personas o individuos ubicados en un determinado espacio físico y con una característica especial.

ADULTO MAYOR

Conforme al Diccionario de la Real Academia Española (2016) se define como individuo mayor a 65 años con acceso a servicios especiales y responsabilidades.

ENVEJECIMIENTO

La Real Academia Española (2016) determina que es una acción y efecto de desgaste y culminación de funciones específicas

ENFERMEDADES

El Diccionario de la Real Academia Española (2016) define como una alteración de la salud ya sea por factores ambientales, biológicos y sintéticos

PROGRAMAS

Conforme al Diccionario de la Real Academia Española (2016) establece que es un proyecto con una serie de actividades ordenadas

FACTORES

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2016) son los elementos y acciones orientadas a influir de manera directa o indirecta en un determinado espacio.

ALIMENTACIÓN

El Diccionario de la Real Academia Española (2016) establece que es un conjunto de recursos que se ingiere o se proporciona como fuente de adquisición de energía y demás compuestos para la supervivencia de los organismos bióticos.

2.4. Sistemas de Variables

Desconocimiento sobre aspectos nutricionales en los adultos mayores

El conocimiento de los aspectos nutricionales que comprende las buenas prácticas de alimentarse entre tipo de alimentos, tiempos específicos, actividad física y demás particularidades por etapas de edad (OMS, 2010)

Situación nutricional de los adultos mayores

Estado de salud mediante un análisis descriptivo del conjunto de problemas de salud que perjudican el bienestar de una comunidad, entre los indicadores analizados, morbilidad, mortalidad, peso talla, Índice de Masa Corporal (IMC) (Whittembury, 2005).

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.

3.1. Nivel de Investigación

Bajo la definición de Sampieri (2000) se define un enfoque cuantitativo ya que la información recopilada y analizada es objetiva además se fortalece mediante la utilización de técnicas estructuradas que permitió los cálculos de los indicadores establecidos a fin de dar cumplimiento a los objetivos de la investigación

Por otra parte se definió también un enfoque cualitativo, con la utilización de técnicas no estructuradas como encuestas con el propósito de analizar el pensamiento, acciones y comportamientos en cuanto al nivel de satisfacción de la consejería nutricional impartida por el personal de enfermería.

3 2. Diseño

El diseño de la investigación es descriptivo por cuanto consistió en recopilar y analizar información de las variables establecidas en la población de adultos mayores, por otro lado no se tiene incidencia en los resultados. Mientras que el tipo de estudio es de corte transversal ya que se analiza la investigación en un periodo de tiempo determinado.

3.3. Población y Muestra

Bajo un criterio de modelo no probabilístico se asignó como muestra en la investigación a 32 adultos mayores que asistían a las charlas impartidas sobre consejería nutricional, convocados por el CENTRO DE SALUD CUATRO ESQUINAS y el MIES, a los mismos que se aplicó las encuestas planteadas.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

El proceso de recolección de información para la investigación fueron las encuestas ver (Anexo 1) dirigidas a la población objetivo, fue ejecutada de forma directa por considerarse de un población sin algún tipo de instrucción, con el antecedente recopilado de la sala situacional del centro de salud Cuatro Esquinas. También se utilizó las entrevistas dirigidos a los participantes de la consejería nutricional.

3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

De los datos obtenidos de las encuestas se inició con un Análisis Exploratorio de Datos (AED) invariante, a esto se suma la elaboración de tablas estadísticas y gráficos de los indicadores planteados a fin de determinar el perfil sociodemográfico de la población de adultos mayores de Cuatro Esquinas. También se aplicó la herramienta cualitativa como encuestas a profundidad a fin de determinar el nivel de satisfacción de las charlas impartidas.

3.6. Operacionalización de variables.

Título	Objetivo general.	Variable.	Indicadores.	Instrumento.
<p>Consejería nutricional de enfermería en el adulto mayor de 4 esquinas. Periodo Octubre 2017-Marzo 2018.</p>	<p>Determinar el nivel de conocimiento sobre aspectos nutricionales en los adultos mayores de la comunidad Cuatro Esquinas mediante consejería nutricional de enfermería.</p>	<p>1. Desconocimiento sobre aspectos nutricionales en los adultos mayores</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clasificación de los alimentos conocidos. 2. Frecuencia de consumo de alimentos con mayor frecuencia. 3. Características de medidas que realiza para la preparación de alimentos. 4. Cantidad de azúcar que consume en el día. 5. Frecuencia de comidas que se sirve al día. 6. Número de comidas diarias. 7. Frecuencia de alimentos consumidos. 8. Frecuencia de 	<p>1. Encuesta</p>

			<p>actividad física.</p> <p>9. Frecuencia de visitas al centro de salud</p>	
		2. Situación nutricional de los adultos mayores	<p>2. Frecuencia de edades.</p> <p>3. Frecuencia de estado civil.</p> <p>4. Frecuencia de ingresos económicos.</p> <p>5. Frecuencia de tipo de vivienda.</p> <p>6. Porcentaje del ingreso a servicios básicos</p>	Encuesta
			<p>1. Peso</p> <p>2. Talla</p> <p>3. Índice de Masa Corporal.</p> <p>4. Frecuencia de enfermedades en el último trimestre.</p> <p>5. Frecuencia de enfermedades de larga</p>	Encuesta

			duración 6. Frecuencia de ingesta de medicación 7. Tipo de medicamentos que ingiere.	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CAPITULO IV: RESULTADOS SEGÚN OBJETIVOS

4.1. Resultados

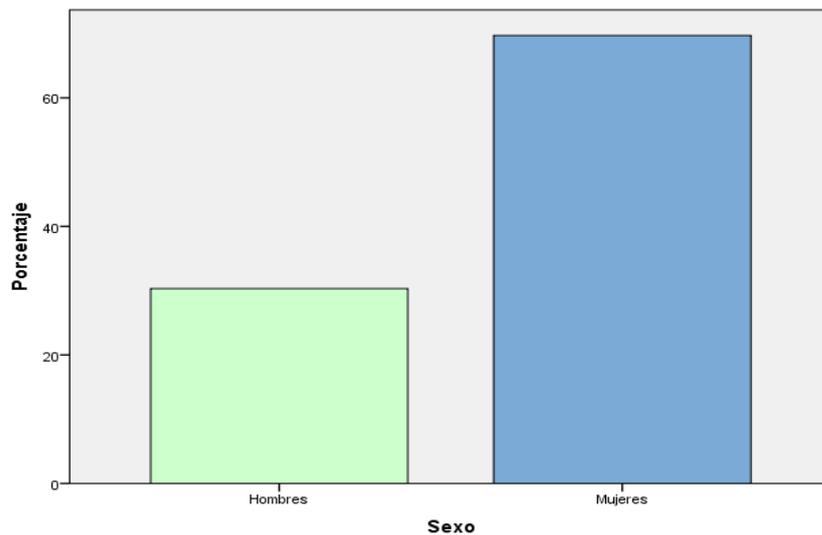


Gráfico 1: Adultos mayores de 4 esquinas del año 2018 según su clasificación por sexo

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

De las encuestas realizadas al grupo de adultos mayores en la comunidad de Cuatro Esquinas, se determinó que existe $1/3$ de hombres, por otro lado la diferencia que corresponde a $2/3$ es de mujeres, en esto se tiene la presencia representativa del sexo femenino con alrededor del 50% con una diferencia del 39% a favor del sexo masculino.

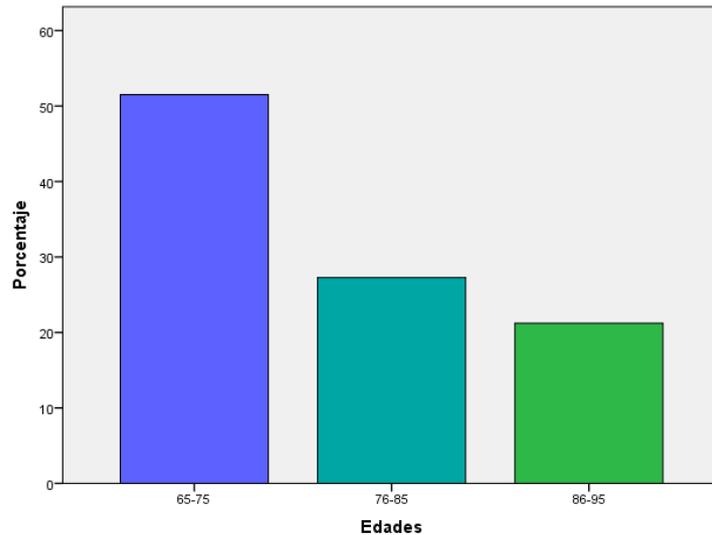


Gráfico 2: Adultos mayores de 4 esquinas del año 2018 según la clasificación por edades

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

La clasificación de edades en los adultos mayores en la comunidad Cuatro Esquinas, están distribuidas alrededor del 50% entre los 65-75 años de edad, seguido del 27% que corresponde a 9 personas están el intervalo de 76 y 85 años. No se registra población de más de 90 años, es decir no existe la presencia de longevos en la comunidad de estudio. En cuanto a la distribución de la población es necesario recalcar que más de la mitad se encuentran en una etapa inicial de la tercera edad.

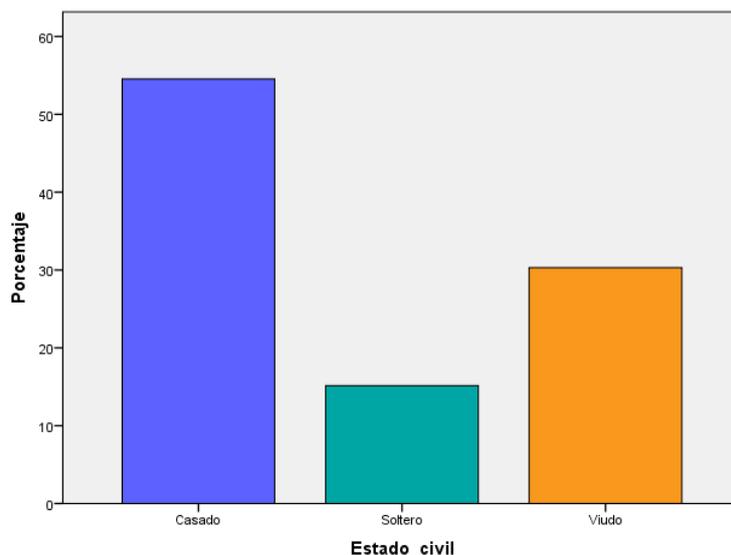


Gráfico 3: Representación de estado civil

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

Según la gráfica 3 , 18 adultos mayores se encuentran en estado civil casado, mientras que 10 adultos mayores se encuentran viudos y tan solo 5 personas son solteros; en esto se entiende que más del 50% de la población en estudio tiene una pareja estable mientras que un 45% no cuentan con una relación sólida , 5% son viudos .

Tabla 2: población de Cuatro esquinas 2018 según sus estadísticos descriptivos de peso y talla

Estadísticos	Peso	Talla	IMC
Promedio	52,8	1,46	24.7
mínimo	40,15	1,50	18.4
máximo	53.83	1,52	23.30

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda

Una vez intervenido en la comunidad se procedió a tomar medidas y pesos correspondientes a los adultos mayores participantes, en los que se determinó el peso promedio de 53.83 kilo, talla general en donde el objeto de estudio alcanzan el 1.46 m; en función a estos valores se obtiene el IMC el mismo que bordea de 18.4 kilo, lo que ubica en la población en un peso bajo sin embargo la variabilidad es alta por cuanto existe más del 80% de los encuestados se encuentran con peso en el intervalo normal 18.5-24.9 .

Tabla 3: Adultos mayores de 4 esquinas del año 2018 según su fuente de ingreso

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Bono de Desarrollo Humano	23	72,70%
Ingresos Propios	9	27,30%
Pensión jubilar por seguro	0	0%
Total	32	100%

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

Según nivel de ingreso económico como se observa en la tabla 2, el 72% del grupo de adultos mayores perciben ingresos económicos por medio del Bono de Desarrollo Humano, mientras que el restante tiene ingresos propios como la agricultura. En más del 80% de la población no solo depende del subsidio económico entregado por el estado, 2/7 de los encuestados mencionan tener ingresos generalmente por la agricultura, hay que mencionar también que no tiene una pensión jubilar por cuanto no poseen acceso al seguro social.

Sin embargo también hay moradores que poseen este servicio estatal pero no acceden al mismo. Es evidente el nivel socioeconómico deficiente por lo que se caracterizan dentro de los quintiles de pobreza o necesidad extrema en esto se sustenta el Bono de Desarrollo Humano u otras políticas de asistencialismo.

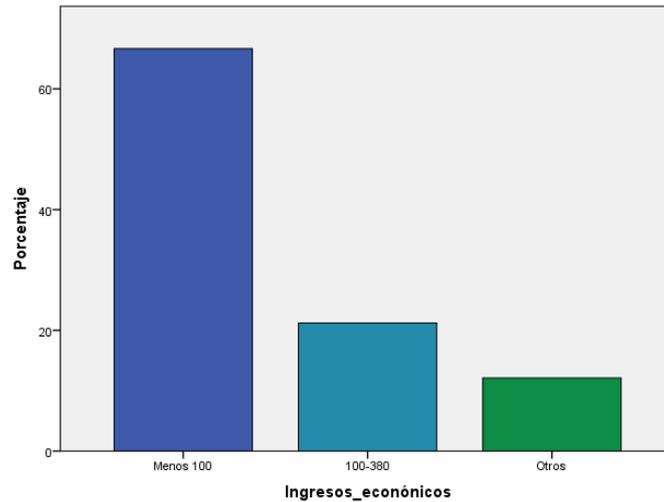


Gráfico 4: Adultos mayores de 4 esquinas del año 2018 según sus ingresos económicos.

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

En dos tercios de la población en estudio, los ingresos mensuales es menos de 100 dólares, mientras que 1/5 de los adultos mayores reciben entre 100 y 380 dólares cada mes; en este análisis se debe considerar la distribución del valor recibido en los gasto que realizan mensualmente, por cuanto en promedio tendrían 3.33 dólares diarios.

Realizando una comparación se generaliza que no perciben un valor comparativo con el salario mínimo, para cubrir la necesidad básica mensual. Estos valores al igual que la fuente de ingresos reflejan el nivel de pobreza y necesidad en la comunidad.

Tabla 4: Adultos mayores de 4 esquinas del año 2018 según su tipo de vivienda

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Propia	32	97%
Familiares	1	3%
Total	33	100%

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

En el grupo de adultos mayores el 97% vive en casa propia, solo existe un caso en el que vive en la casa de un familiar; entre las opciones presentadas se descarta la modalidad de anticresis o arrendatarios. En este análisis se destaca una forma segura de

vivienda de esta población ya que no padecen las molestias o la incomodidad en un lugar que no sea de su propiedad.

Tabla 5: Adultos mayores de 4 esquinas año 2018 según el tipo de acompañamiento de vivienda

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Solo	9	27,3%
Hijos	8	24,2%
Esposo(a)	15	45,5%
Otros	1	3,0%
Total	33	100%

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

La situación actual de vivienda de los adultos mayores, según los resultados que muestran en la tabla 5, en donde alrededor del 45% viven con sus parejas; por otro lado en promedio 9 adultos mayores residen solos o con hijos; es evidente que la población está protegida por una familiar, al menos en acompañamiento de vivienda que es un determinante en su estado biológico, psicológico y nutricional.

Tabla 6: Adultos mayores de 4 esquinas del año 2018 según el acceso a servicios básicos

Servicios básicos	Frecuencia
Luz	33
Agua potable	31
Alcantarillado	2

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

En cuanto al acceso a los servicios básicos el total de la población de adultos mayores en el sector de Cuatro Esquinas cuenta con electricidad en su domicilio, con respecto al agua potable solo 2 personas no tienen este servicio. El sistema de alcantarillado no se ha dotado para esta población ya que se encuentran ubicados en la parte rural, sin embargo utilizan los pozos sépticos para los desechos.

Tabla 7: adultos mayores de 4 esquinas 2018 según Enfermedad en los últimos 3 meses

Enfermedad que tuvo en los últimos 3 meses	Frecuencia	Porcentaje
1. Hipertensión	2	6%
2. Gastroenteritis	1	3%
3. Osteoporosis	5	15%
10. Dolor de articulaciones	1	3%
11. Artritis	2	6%
12. Resfriado	18	55%
13. Disminución de la vista	1	3%
14. Diarrea	2	6%
15. Nada	1	3%
Total	33	100%

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

Según los resultados de las encuestas las enfermedades más comunes presentes en los últimos 3 meses en el grupo de adultos mayores, con más del 50% es el resfriado, seguido a esto se presenta el 15% de osteoporosis; y con menor frecuencia la presencia de disminución de la vista, diarreas, dolor de articulaciones entre otros; que son problemas más comunes de salud en esta población.

Tabla 8: adultos mayores de 4 esquinas del periodo 2018 según enfermedades de larga duración

Enfermedad que padece de larga duración	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión	7	21%
Osteoporosis	7	21%
Gastritis	5	15%
Disminución visual	4	12%
Diabetes	2	6%
Artrosis	7	21%
Nada	0	0%
Total	33	100%

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

En cuanto a las enfermedades y problemas de larga duración en la población de adultos mayores, encontramos con mayor frecuencia hipertensión, osteoporosis y artrosis con un promedio de 7 casos; seguido de esto se presenta diabetes y gastritis. Se manifiesta la disminución visual como una enfermedad de larga duración, sin embargo es una patología propia de la edad.

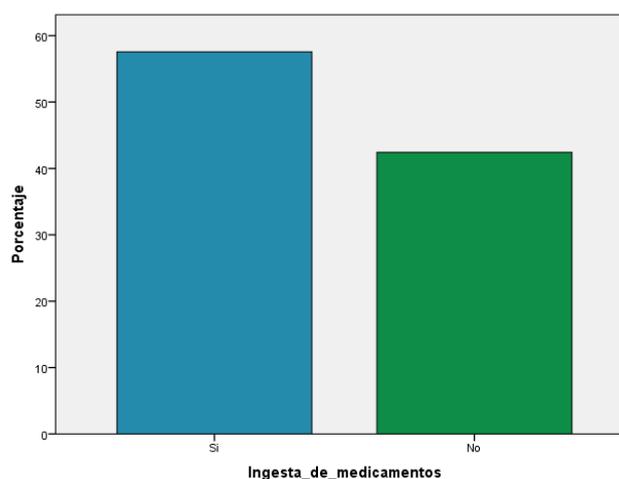


Gráfico 5: Adultos mayores de 4 esquinas del año 2018 según la ingesta de medicación

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

Más del 50% de los adultos mayores ingieren medicamentos en la actualidad entre los más frecuentes señalan vitaminas, calcio, omeprazol, losartan, henalapril; entre otros; indican que toman bajo prescripción médica, sin embargo algunos medicamentos como

los antiinflamatorios son comprados por necesidad, entre los más comunes señalan al ibuprofeno y paracetamol. Estos resultados concuerdan con las enfermedades y molestias de salud de larga y corta duración mencionada en las tablas 7 y 8.

Tabla 9: Adultos mayores de 4 esquinas año 2018 según su alimentación diaria

Cuántas veces al día se alimenta	Frecuencia	Porcentaje
Dos veces	1	3%
Tres veces	32	97%
Cuatro veces	0	0%
Cinco o mas	0	0%
Total	33	100%

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

El 97% de adultos mayores se alimentan tres veces al día; sin embargo no se cumple con lo establecido en el protocolo de la “alimentación en el adulto mayor” en donde se indica que deben consumir cinco comidas al día con un intervalo de tiempo de aproximadamente 2 horas.

Los alimentos más consumidos dentro del grupo de estudio son las papas, arroz y legumbres, teniendo una deficiencia de carnes, mariscos entre otros que son esenciales para mantener su equilibrio nutricional. Por lo que es necesario trabajar en la concientización de la importancia de alimentación con variedad de productos en los tiempos determinados.

Tabla 10: Adultos mayores de 4 esquinas año 2018 según su actividad física

Actividad física que realiza	Frecuencia
Caminata	28
Bailo terapia	33
Otros	4

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

La actividad física más frecuente en los adultos mayores es la caminata, esto lo realizan mediante las acciones que conlleva la agricultura y ganadería en sus propiedades; además en la comunidad se ha formado el grupo de adultos mayores donde practican la bailo terapia y gimnasia rítmica; ayudando a mantener la flexibilidad de su cuerpo.

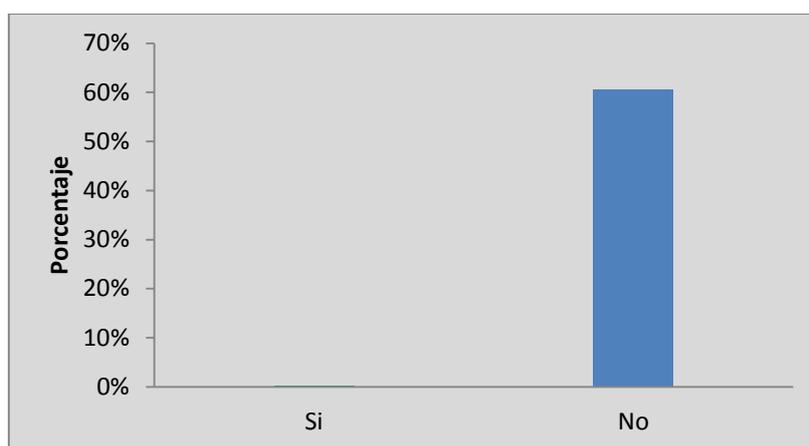


Tabla 11: Adultos mayores de 4 esquinas año 2018 según sus visitas al centro de salud

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

En la comunidad de 4 esquinas $\frac{3}{5}$ de la población de adultos mayores que corresponde a 20 personas no acuden al centro de salud, y tan solo $\frac{2}{5}$ que son 12 personas visitan la casa de salud. En este análisis es necesario mencionar que en la comunidad cuatro esquinas existe la atención del Centro de salud con atención de siete días a la semana, por otro también consta la atención del seguro campesino que en caso de emergencia atiende a todo público.

Satisfacción de los adultos mayores sobre la consejería nutricional de enfermería.

Tabla 12: Adultos mayores de 4 esquinas 2018 según grado de satisfacción de la información recibida.

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	19	61%
De acuerdo	13	39%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	0	0%
Totalmente desacuerdo	0	0%
Total	32	100%

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

Según la tabla 12 se determinó que el 61% de los adultos mayores encuestados están totalmente de acuerdo, mientras que un 39% están solo de acuerdo.

El grado de satisfacción de la información impartida en las charlas fue acerca del conocimiento de las enfermedades más relevantes como la hipertensión, diabetes y enfermedades diarreicas, así como también su nutrición.

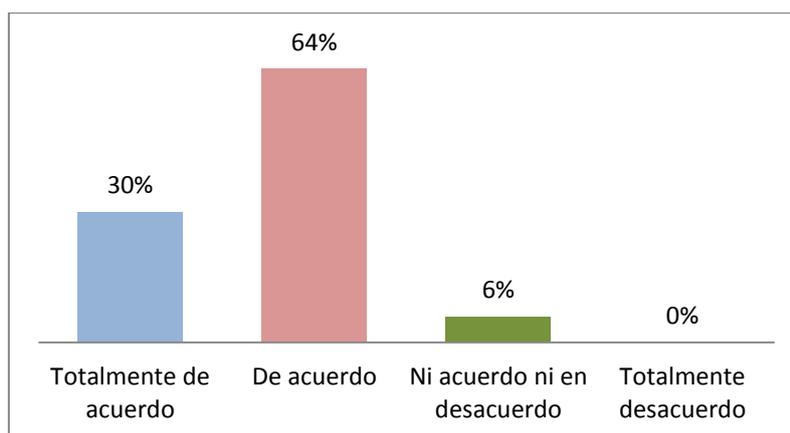


Gráfico 6: Adultos mayores de 4 esquinas año 2018 según el grado de satisfacción de claridad.

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

De acuerdo a la gráfica 6, el 64% están de acuerdo que la charla sobre nutrición fueron claras y oportunas, sin embargo una población representativa del 30% mencionan estar

totalmente de acuerdo; esto indica la satisfacción de más del 50% de la población con la actividad realizada por parte del personal de salud en la comunidad. Sin embargo es necesario contemplar aquellos que no están en su totalidad satisfechos.

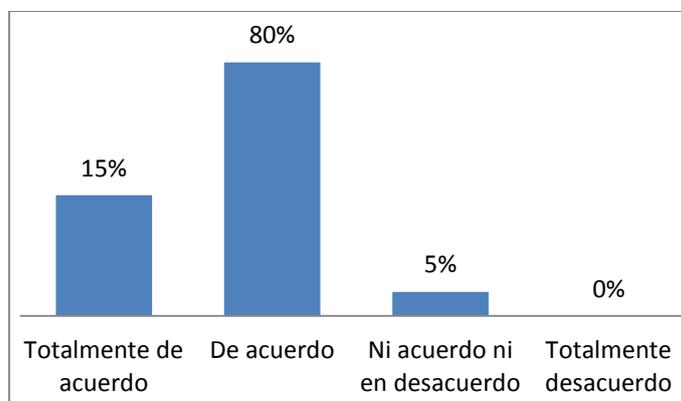


Gráfico 7: Adultos mayores de 4 esquinas 2018 según criterio de utilidad sobre la información recibida.

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

El 80% de la población de adultos mayores participantes de la charla sobre nutrición están de acuerdo que la información proporcionada que será de útil en su vida, pues una buena alimentación y estilos de vida, a pesar de la edad que llevan necesitan aprender y cambiar patrones culturales que pueden mejorar su estado de salud.

Tabla 13: Adultos mayores de 4 esquinas 2018 según el grado de facilidad en la comprensión

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	19	58%
De acuerdo	13	42%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	0	0%
Totalmente desacuerdo	0	0%
Total	32	100%

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

Como se puede observar en la tabla 13, más del 50% de la población intervenida está totalmente de acuerdo que fue fácil comprender la información impartida, pero por otro lado una población representativa del 42% solo está de acuerdo, lo que refleja la inconformidad en un mínimo porcentaje, que implica mejorar la metodología que puede

ser el lenguaje ya que en su mayoría son kichwa hablantes, así como también los recursos como videos y audios. .

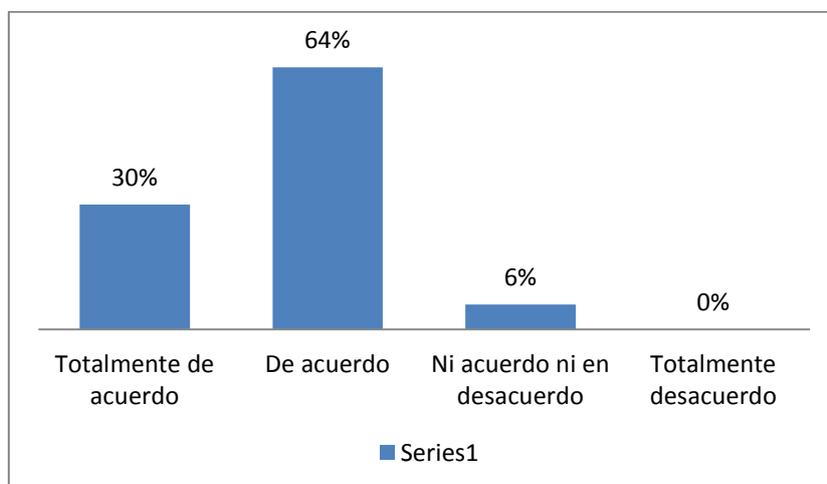


Gráfico 8: Adultos mayores de 4 esquinas 2018 según el grado de aceptación

Fuente: Encuesta de investigación.

Realizado por: Diana Sela - María Manobanda.

El criterio de la población de adultos mayores muestra que en un 64% que corresponden a 28 encuestados están totalmente de acuerdo, que las charlas fueron de manera agradable, pero alrededor del 30% no presentan esa misma afirmación; por lo que es necesario tomar en cuenta estos resultados a fin de llegar con el conocimiento a todos los participantes.

4.1.2. Logros alcanzados según los objetivos

Objetivos	Logros
1. Analizar la situación nutricional de los adultos mayores para el estudio	La situación nutricional del objeto de estudio presentan valores normales de peso por cuanto el 95% se encuentran en un rango normal, por otro lado existe un 5% con valores bajos; en cuanto al IMC en promedio se tiene 18.5-24.9 lo que ubica en un intervalo aceptable, sin embargo, la alimentación de esta comunidad está compuesta en más del 70% por carbohidratos, como papa, arroz y fideo; y más del 80% se alimenta 3 veces al día; lo que indica una alimentación deficiente en todas las proteínas y vitaminas necesarias para esta etapa de vida.
2. Realizar un seguimiento de la consejería nutricional en los adultos mayores de la comunidad Cuatro Esquinas.	El seguimiento de la consejería nutricional a los adultos mayores en la comunidad de Cuatro Esquinas se realizó mediante la identificación domiciliaria y las visitas en los hogares, también se realizó charlas participativas mediante la convocatoria del MIES y el Centro de Salud Cuatro Esquinas.
3. Medir el nivel de satisfacción de los adultos mayores sobre la consejería nutricional del personal de enfermería.	Una vez impartida las charlas nutricionales mediante consejería a los adultos mayores se determinó un nivel de satisfacción aceptable ya que se considera que el 95% de la información proporcionada fue, clara y adecuada; por otro lado más del 90% de adultos mayores

	indican estar de acuerdo que la información será de utilidad para su vida.
--	----------------------------------------------------------------------------

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

1. De las encuestas realizadas se ha determinado que la población de adultos mayores en el sector de Cuatro Esquinas, tiene una población representativa de más del 60% por mujeres; distribuidas en alrededor del 50% entre los 65-75 años de edad, con una frecuencia de estado civil casados y viudos. Otra de las características sociodemográficas de esta comunidad es la dependencia del 72% de ingresos económicos por medio del Bono de Desarrollo Humano, mientras que el restante tiene ingresos propios de la agricultura. Sin embargo sus ingresos económicos no alcanzan el salario básico.
2. En el grupo de adultos mayores de la Comunidad de Cuatro Esquinas el 97% posee una vivienda propia, con un acceso total a los servicios básicos de agua y electricidad; en esto la comunidad no posee servicios de alcantarillado; por lo que poseen pozos sépticos para las baterías higiénicas mientras que los desechos lo botan a las quebradas o los quemas. En cuanto a la situación de vivienda el 80% viven con sus parejas ,20 % el restante viven con sus hijos y familiares.
3. La situación nutricional de los adultos mayores del sector de cuatro esquinas bajo los indicadores de la variable IMC en la situación nutricional indica valores normales de peso, por cuanto el 95% se encuentran en un rango normal en promedio de 18.5-24.9, por otro lado existe un 5% con bajo peso siendo inferior a 18 , sin embargo, la variabilidad es baja por cuanto existe más del 80% de los encuestados se encuentran con peso normal; la alimentación de esta comunidad se caracteriza por consumir el 70% de carbohidratos como la papa, arroz y fideo; 90% se alimenta 3 veces al día ,10% se alimenta dos veces al día ; lo que indica una alimentación deficiente en todas las proteínas y vitaminas necesarias para esta etapa de la vida.

4. En cuanto a las enfermedades más comunes presentes en los últimos 3 meses en el grupo de adultos mayores, con más del 50% es el resfriado, seguido a esto se presenta el 15% de osteoporosis; y con menor presencia la disminución de la vista, diarreas, dolor de articulaciones entre otros; mientras que las enfermedades de larga duración fueron : hipertensión, osteoporosis, diabetes, gastritis, artrosis en el cual indican que los malestares determinados en la población son tratados con medicamentos como paracetamol, vitaminas, calcio, omeprazol, losartan, henalapril entre otros, bajo prescripción médica, sin embargo algunos medicamentos son obtenidos sin recetas.

5. El estado nutricional de esta población se caracteriza por consumir más carbohidratos, la actividad física realizada por los adultos mayores es la caminata y bailo terapia, sin embargo no practican ningún deporte adicional que beneficie a su salud; por otro lado 3/5 de la población que corresponde a 20 personas no acuden al centro de salud, y solo 12 personas asisten cuando tienen alguna molestia.

5.2 Recomendaciones

1. Establecer charlas que promocioe una buena alimentación con aspectos de un estilo de vida saludable en el adulto mayor, tomando en consideración los patrones culturales de la comunidad y el perfil sociodemográfico determinados en la investigación; además la presencia continua de los estudiantes de la carrera de enfermería y otras relacionados al ser humano y agricultura; a fin de contribuir desde un enfoque teórico y práctico.
2. Se recomienda gestionar por parte del gobierno y autoridades de la comunidad una atención concreta a los adultos mayores en lo que se refiere a recursos que complementen su subsistencia de alimentación y atención médica integral.
3. Se recomienda establecer una atención prioritaria a este grupo de población, por cuanto existe inconformidad por parte de este grupo en su atención médica, sin embargo es necesario capacitar a la comunidad a fin de identificar estrategias que optimicen su alimentación correcta para sus diferentes patologías en manera conjunta con la población en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta, R. S., Massobrio, E. H., & Peláez, E. (2010). Aspectos metodológicos en la investigación del estado nutricional de adultos mayores. *Escuela de Nutrición. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba. Disponible en www.produccion.fsoc.uba.ar/aepa/xjornadas/pdf/31.pdf.*
2. Alonso Galbán, P., Sansó Soberats, F. J., Díaz-Canel Navarro, A. M., Carrasco García, M., & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública, 33(1)*, 0-0.
3. Antún, M. C., De Ruggiero, M., González, V. B., Mirri, M. E., Naranja, K., Pedemonti, B., ... & Yomal, A. (2014). CONSEJERÍA NUTRICIONAL EN ESTACIONES SALUDABLES NUTRITION COUNSELING AT HEALTH STATIONS. *Actualización en Nutrición, 15(3)*, 77-81.
4. Bernués, L., & Peya, M. (2005). Libro Blanco Proyecto de la Titulación de enfermería. *ANECA, Madrid*.
5. Chávez Alonso, X. (2014). Efecto de diferentes materiales educativos en el nivel de conocimientos sobre grupo de alimentos en adultos mayores.
6. De la A Suárez, R. A., & Peñafiel Castro, D. D. (2015). *Factores bio-psico-socio-culturales que influyen en el desequilibrio nutricional en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Pascuales en los meses de Enero a Marzo 2015* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería).
7. Española, R. A., & Madrid, E. (1992). Diccionario de la lengua española.
8. Freire, W. R., Ramirez, M. J., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, K., Romero, N., & Monge, R. (2013). RESUMEN EJECUTIVO, TOMO I. Encuesta Nacional de

Salud y Nutrición Ecuador. ENSANUT-ECU 2011–2013. *Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos Quito-Ecuador*.

9. Franco-Álvarez, N., Ávila-Funes, J. A., Ruiz-Arreguá, L., & Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Determinants of malnutrition risk among the older adult community: a secondary analysis of the Health, Wellbeing, and Aging Study (SABE) in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(6), 369-375.
10. González Nahuelquin, C. (2015). Competencias profesionales en enfermeras que desempeñan su labor en una unidad de cuidados intensivos. *Rev. iberoam. educ. invest. enferm.(Internet)*, 5(1), 35-46.
11. Guzmán, J. M. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe* (Vol. 28). United Nations Publications.
12. Ham Chande, R. (1998). Implicaciones del envejecimiento en la planeación del bienestar. *Papeles de población*, 4(17).
13. Limón, M. R., & Ortega, M. D. C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología de la Educación*, 6.
14. Lucero Luzuriaga, H. L. (2014). *Condición de vida de las personas adultas mayores en el Ecuador* (Master's thesis, Quito/IAEN/2014).
15. Menéndez Jiménez, J., Guevara González, A., Arcia, N., León Díaz, E. M., Marín, C., & Alfonso, J. C. (2014). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores. Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe.
16. Restrepo, S. L., Morales, R. M., Ramírez, M. C., López, M. V., & Varela, L. E. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Revista chilena de nutrición*, 33(3), 500-510.

17. Salech, M. F., Jara, L. R., & Michea, A. L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29.
18. Solimano, A. (2005). Hacia nuevas políticas sociales en América Latina. *Revista de la CEPAL*, 87, 45.
19. Waters, W. F., & Gallegos, C. A. (2012). Salud y bienestar del adulto mayor indígena. *Quito: Universidad San Francisco Quito*.
20. Urteaga, C., Ramos, R. I., & Atalah, E. (2001). Validación del criterio de evaluación nutricional global del adulto mayor. *Revista médica de Chile*, 129(8), 871-876.
21. Viveros Madariaga, A. (2001). *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*. CEPAL.
22. Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

ANEXOS

ANEXO 1: MARCO ADMINISTRATIVO

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Recopilación de la información para selección del tema.	X	X																								
Aprobación del tema por Concejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser					X																					

Revisión del documento final																					X	X				
Entrega de borradores a la comisión																							X			
Fecha estimada de defensa del proyecto de titulación																										X

Recursos y presupuesto

RECURSOS HUMANOS	
INSTITUCIONES	Ministerio de Salud Pública, Centro de Salud Cuatro Esquinas, Universidad Estatal DE Bolívar
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR	Dra: Rebeca Alvarado
	Carolina Sela
	María Luisa Manobanda
CENTRO DE SALUD CUATRO ESQUINAS	Médico Responsable de la casa de salud, Líderes de Enfermería

RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

PRESUPUESTO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
MATERIALES		
Copias de libros consultados	3	30
Uso de internet e Impresiones		0.10
Hojas de papel bond	4 resmas	4.00
Movilización	Pasajes a la localidad (0.45)	10.00
Imprevistos (5%)		2.20
TOTAL		46.30

ANEXO 2: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Capacitación a los adultos mayores



Aplicación de encuestas



Charlas nutricionales



Integración con adultos mayores



Integración con los adultos mayores



Aplicación de encuesta de satisfacción



ANEXO 3: ENCUESTA APLICADA A LOS ADULTOS MAYORES DE CUATRO ESQUINAS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL ENCUESTA NUTRICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DE 4 ESQUINAS

Objetivo: Determinar la situación nutricional de los adultos mayores de la comunidad 4 esquinas.

Datos generales

Nombres y Apellidos:.....

Sexo:.....

Edad:.....

Estado civil:.....

Peso:.....

Talla:.....

Interrogantes

1. ¿Cómo percibe sus ingresos económicos?

- Bono de desarrollo ____
- Seguro ____
- Ingresos propios ____

2. ¿Cuál es su ingreso económico?

- Menos de 100 ____
- 100-380 ____
- 380-500 ____

3. ¿Tipo de vivienda?

- Propia ____
- Arrendada ____
- Anticresis ____

4. ¿Usted vive?

- Solo ____
- Con hijos ____

- Esposa (o) ____
 - Otros ____
5. ¿Cuáles de los siguientes servicios básicos posee?
- Luz ____
 - Agua potable ____
 - Alcantarillado ____
 - Servicio telefónico ____
6. ¿Cuál es la enfermedad que tuvo en los últimos meses?
-

7. ¿Padece usted de alguna enfermedad?

8. ¿En la actualidad toma alguna medicación?

- Si ____
- No ____

9. ¿Cuántas veces al día se alimenta?

- Dos veces ____
- Tres veces ____
- Cuatro veces ____
- Cinco veces ____
- Cinco o más ____

10. ¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia?

11. ¿Qué actividades físicas realiza?

- Caminata ____
- Bailo terapia ____

12. ¿Acude al Sub Centro de Salud 4 esquinas?

- Si ____
- No ____

13. ¿Con que frecuencia acude al Sub Centro de Salud 4 esquinas?

- 1 vez por mes _____
- Cada 6 meses _____
- 1 vez al año _____
- Solo cuando presenta molestias con la salud _____

ANEXO 4: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE CHARLA NUTRICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERIA
MINISTERIO DE INCLUSION ECONOMICA Y SOCIAL (MIES)
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Objetivo: Medir el nivel de satisfacción de los adultos mayores sobre la consejería nutricional del personal de enfermería.

Datos generales

Edad:

Residencia:

Interrogantes

1. ¿Considera importante la información recibida acerca de las enfermedades como hipertensión, diabetes, y enfermedades diarreicas?

- ✓ Totalmente de acuerdo
- ✓ De acuerdo
- ✓ Ni acuerdo ni en desacuerdo
- ✓ En desacuerdo
- ✓ Totalmente desacuerdo

2..¿ Las charlas sobre nutrición han sido totalmente claras y oportunas?.

- ✓ Totalmente' de acuerdo
- ✓ De acuerdo

✓ Ni acuerdo ni en desacuerdo

✓ En desacuerdo

✓ Totalmente desacuerdo

3. ¿La información recibida acerca de una buena alimentación y estilos de vida, serán de utilidad su vida?

✓ Totalmente' de acuerdo

✓ De acuerdo

✓ Ni acuerdo ni en desacuerdo

✓ En desacuerdo

✓ Totalmente desacuerdo

5. ¿Es suficiente la información recibida en las charlas?

✓ Totalmente' de acuerdo

✓ De acuerdo

✓ Ni acuerdo ni en desacuerdo

✓ En desacuerdo

✓ Totalmente desacuerdo

6. ¿Le ha resultado fácil comprender la información impartida en la charla?

✓ Totalmente' de acuerdo

✓ De acuerdo

✓ Ni acuerdo ni en desacuerdo

✓ En desacuerdo

✓ Totalmente desacuerdo

¿Las charlas sobre nutrición fueron de manera agradable ¿

✓ Totalmente' de acuerdo

✓ De acuerdo

✓ Ni acuerdo ni en desacuerdo

✓ En desacuerdo

✓ Totalmente desacuerdo

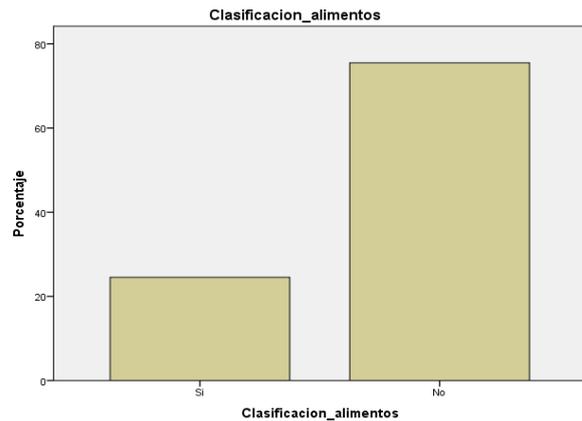
ANEXO 5:

INFORME DE PRETEST

Análisis de la encuesta diagnóstica de consejería nutricional de enfermería de los adultos mayores de 4 esquinas.

1. ¿Conoce la clasificación de los alimentos?

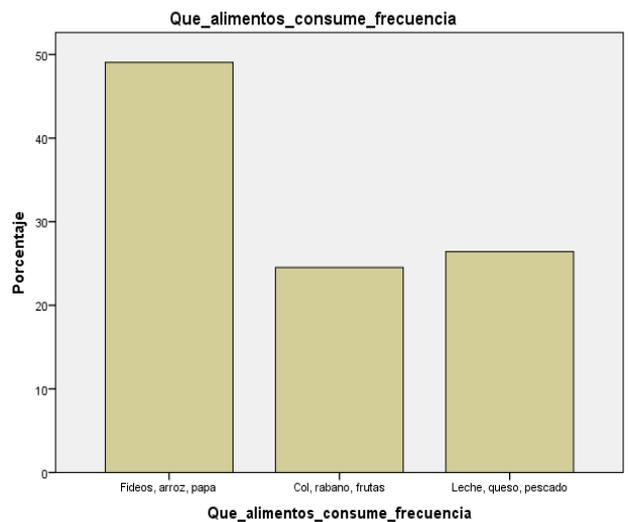
	Frecuencia	Porcentaje
Válido		
Si	13	24,5%
No	20	75,5%
Total	33	100%



En la evaluación del pre test de la consejería nutricional se determinó que 29 adultos mayores representado el 75,5% no conocen sobre la clasificación de los alimentos es decir desconocen la pirámide alimenticia.

2. ¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia?

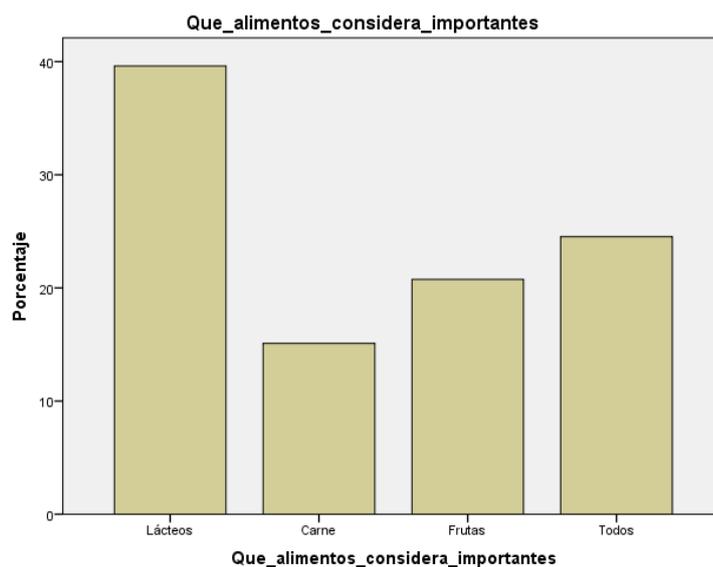
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Fideo, arroz, papa	26	49,1%
Col, rábano, frutas	13	24,5%
Leche, queso, pescado	14	26,4%
Total	53	100%



La población de adultos mayores respondieron a la encuesta diagnósticos en cuanto al consume de mayor frecuencia con el 49% de fideo, arroz y papa; seguido de un 25% en el consumo de leche, queso y pescado; con esto refleja la ingesta de carbohidratos.

3. ¿Qué alimentos considera que son importantes para su edad?

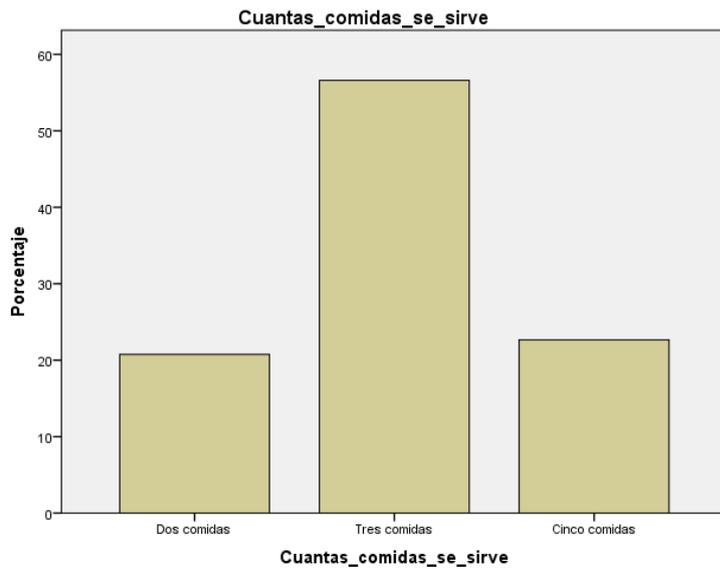
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Lácteos	21	39,6%
Carne	8	15,1%
Frutas	11	20,8%
Todos	13	24,5%
Total	53	100%



Dentro la importancia de los alimentos que consideran los adultos mayores del sector tenemos alrededor del 39,6% identifican a los lácteos, seguido del 24,5% que corresponde a 13 personas indican que todos los productos indicados son importantes para su edad.

4. ¿Cuántas veces al día se alimenta?

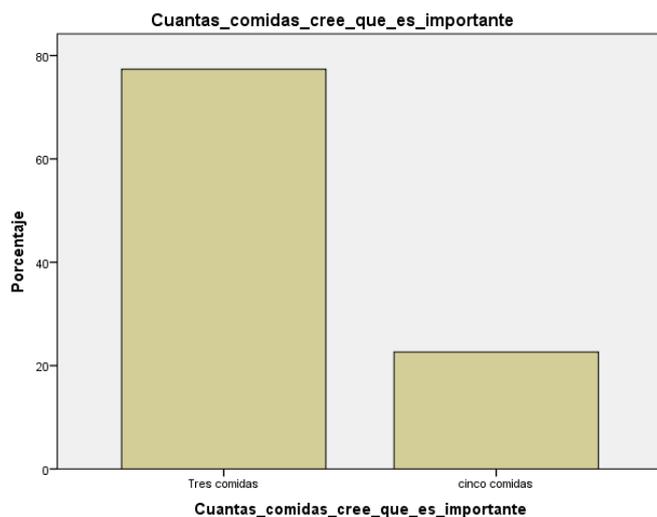
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Dos comidas	7	20,8%
Tres comidas	20	56,6%
Cinco comidas	5	22,6%
Total	32	100%



De la población encuestada previa a la capacitación de enfermería se determina que alrededor de 20 adultos mayores que representan el 56% se sirven tres comidas diarias, mientras que la población restante se sirve entre dos a cinco comidas diarias.

5. ¿Cuántas comidas cree que es importante consumir en el día?

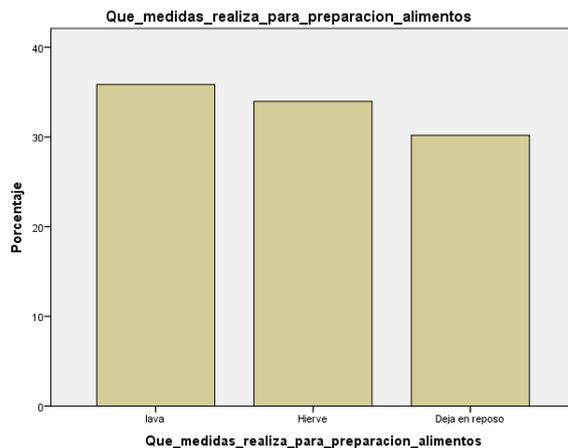
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Tres comidas	25	77,4%
cinco comidas	7	22,6%
Total	32	100%



En la opinión de la población encuestada se determina que 25 adultos mayores representando el 77% indican que es importante alimentarse tres comidas diarias, mientras que solo el 22.6% indican que es importante consumir cinco comidas al día.

6. ¿Qué medidas realiza para la preparación de alimentos?

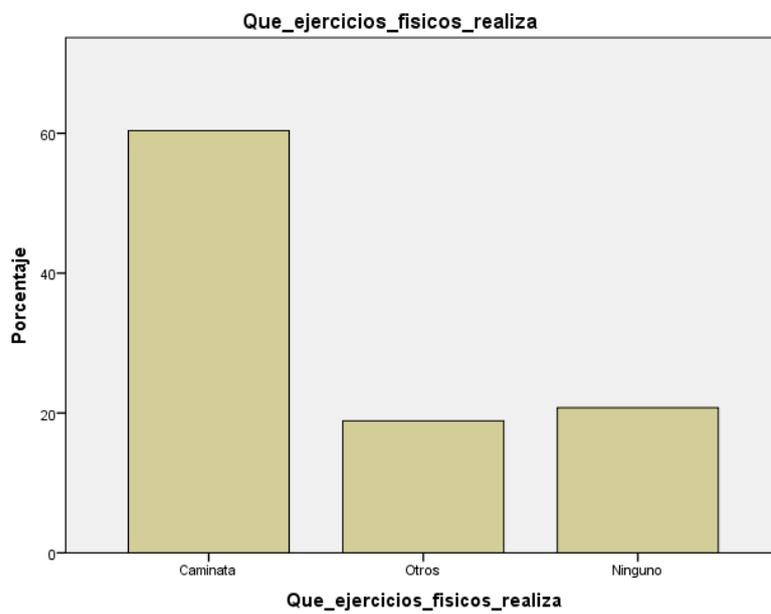
Opción	Frecuencia	Porcentaje
Lava	10	35,8%
Hierve	18	34,0%
Deja en reposo	4	30,2%
Total	32	100%



El grupo de adultos mayores encuestados en cuanto a las medidas que toman para la preparación de alimentos en su mayoría lava, hierve y dejan en reposo por cuanto existe un porcentaje representativo del 30% correspondientemente.

7. ¿Qué actividad física realiza con frecuencia?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Caminata	32	60,4%
baile terapia	10	18,9%
Otros	10	20,8%
Total	42	100,0%



En cuanto a la actividad física la población en su mayoría realiza caminatas en alrededor del 60%, sin embargo un población representativa del 20% no realiza actividad física.

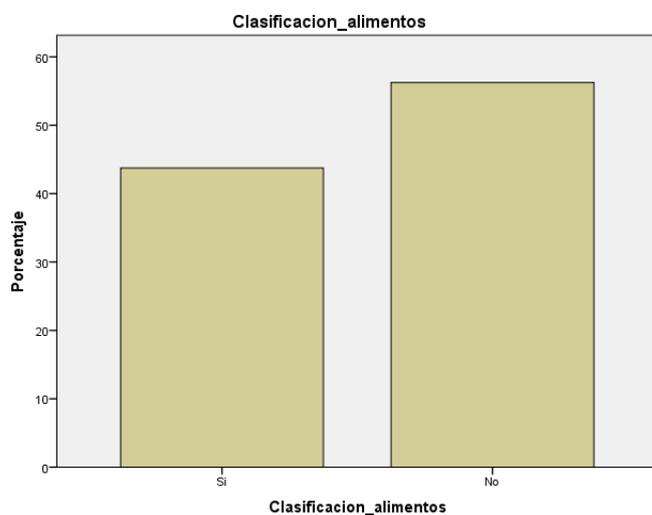
Anexo:

INFORME POST-TEST

Análisis de la consejería nutricional de enfermería de los adultos mayores de 4 esquinas.

1¿Conoce la clasificación de los alimentos?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	43,8%
No	18	56,3%
Total	32	100%

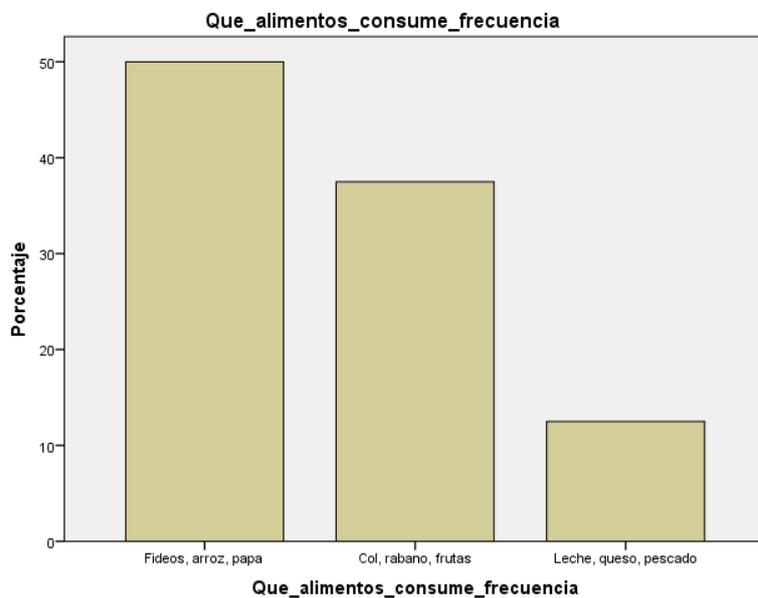


En la evaluación del post test de la consejería nutricional se determinó que 18 adultos mayores representado el 56% no conocen sobre la clasificación de los alimentos es decir desconocen la pirámide alimenticia, sin embargo la población con conocimientos acerca de la pirámide alimenticia se incrementó.

2¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Fideos, arroz, papa	16	50,0
Col, rábano, frutas	12	37,5

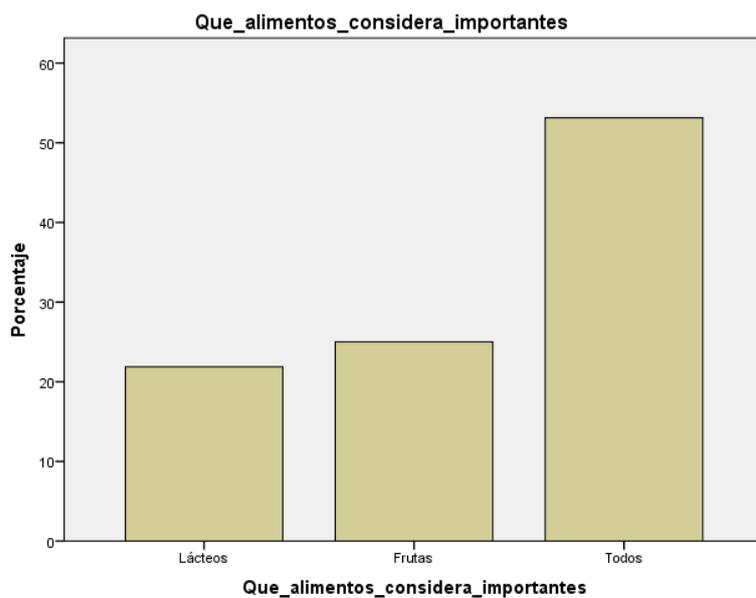
Leche, queso, pescado	4	12,5
Total	32	100,0



La población de adultos mayores respondieron a luego de la consejería impartida por el personal de enfermería junto con el MIES sobre, la frecuencia del consumo de alimentos encontrando así alrededor del 50% de fideo, arroz y papa; seguido de un 37 % en el consumo col. Rábano y frutas; con esto refleja la acogida de las sugerencias realizadas.

3. ¿Qué alimentos considera que son importantes para su edad?

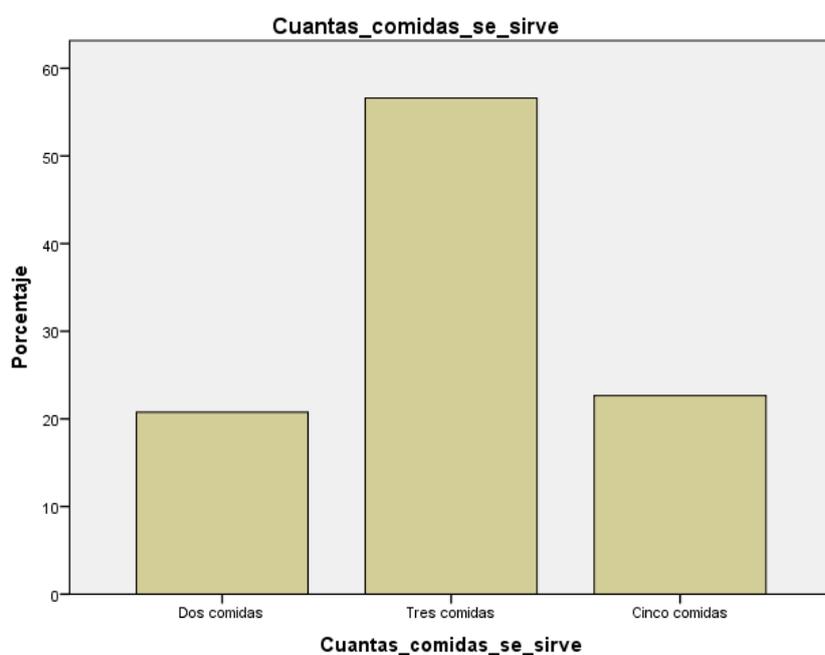
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Lácteos	7	21,9%
Frutas	8	25,0%
Todos	17	53,1%
Total	32	100%



Dentro la importancia de los alimentos que consideran los adultos mayores del sector tenemos después de haber recibido la capacitación, alrededor del 53% mencionan que todos los productos indicados son importantes para su edad, tomando así una concientización sobre su estado de salud.

4. ¿Cuántas comidas se sirve al día?

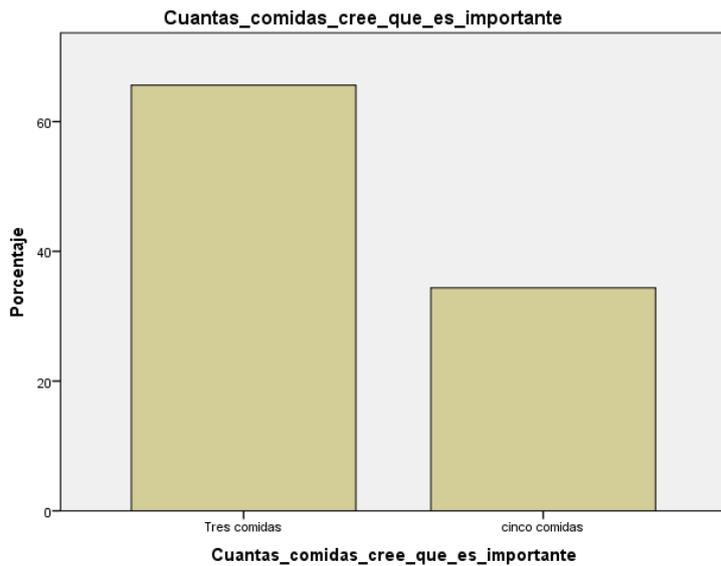
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Dos comidas	11	34,4%
Tres comidas	6	18,8%
Cinco comidas	15	46,9%
Total	32	100%



De la población encuestada se aprecia que la capacitación de enfermería se generó concientización en cuanto a la importancia de la buena alimentación por cuanto alrededor del 46% menciona que se sirven cinco comidas diarias sin embargo existe un porcentaje del 34% que aún lo realizan solo dos veces, por lo que se debería seguir trabajando en estos temas.

5. ¿Cuántas comidas cree que es importante consumir en el día?

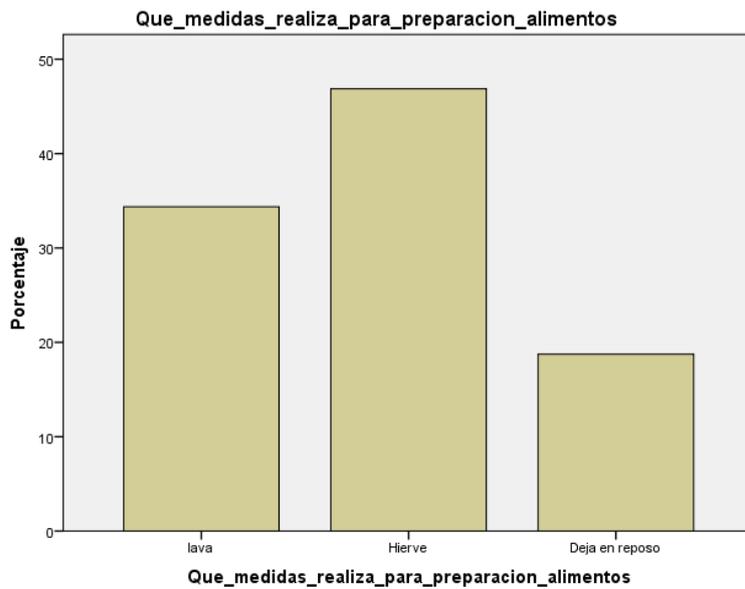
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Tres comidas	21	65,6%
cinco comidas	11	34,4%
Total	32	100%



En la opinión de la población encuestada se determina que alrededor del 65% consideran que es importante cinco comidas diarias, comprobando así una concientización en la población del adulto mayor, sin embargo es necesario trabajar en lo que tiene que ver con el tipo de alimentos que ingiere con frecuencia, afín de garantizar un estado de salud dentro de los parámetros establecidos de esta población.

6. ¿Qué medidas realiza para la preparación de alimentos?

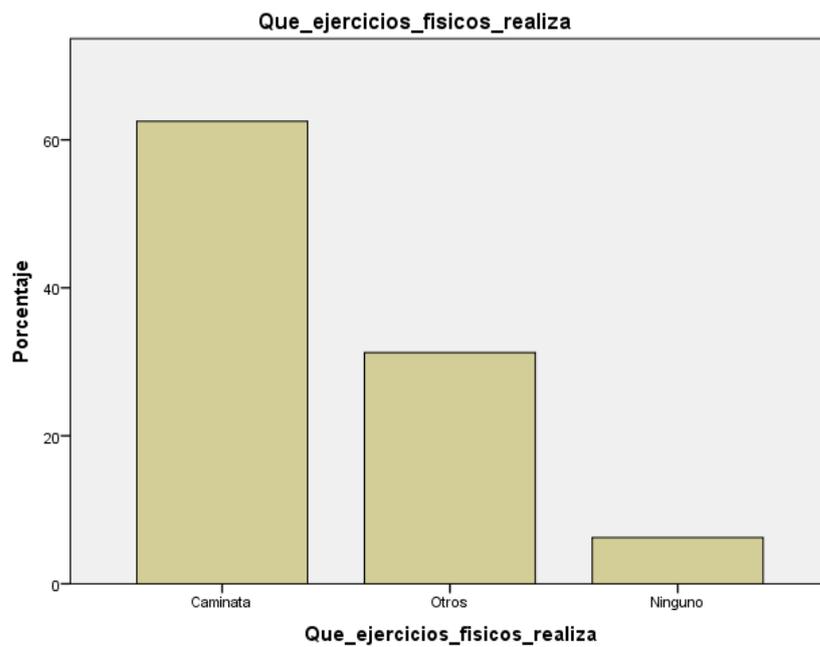
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Lava	11	34,4%
Hierve	15	46,9%
Deja en reposo	6	18,8%
Total	32	100%



La población de adultos mayores en cuanto a las medidas que toman en cuanto a la preparación de alimentos en su mayoría lava y hierva en aproximadamente el 75%.

7. ¿Qué ejercicios físicos realiza con frecuencia?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Caminata	20	62,5
Otros	10	31,3
Ninguno	2	6,3
Total	32	100,0



La población capacitada demuestra que incremento su actividad física en cuanto a la caminata reportando más del 60 % de la población y tan solo dos personas se mantiene en el mismo estado.