

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

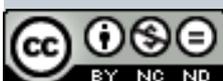
Autora: Gisella Belén Borelli

**ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS Y ANÁLISIS CUALITATIVO DEL
SERVICIO DE ALIMENTACIÓN EN GERIÁTRICOS DE CABA EN
EL PERÍODO DE AGOSTO A MAYO 2017**

2017

Tutora: Lic. Verónica Risso Patrón
Lic. Carla Carrazana

Citar como: Borelli, GB. Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados y análisis cualitativo del servicio de alimentación en geriátricos de CABA en el período de agosto a mayo 2017. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2017. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/651>



Dedicatoria

Este trabajo está dedicado pura y exclusivamente a mi querida y amada tía Cocó, que por circunstancias de la vida hoy nos encontramos en una situación muy particular e inesperada. Si bien sé no vas a poder leerlo, todo este tiempo me dediqué en querer devolverte algo, por más mínimo que sea, pero algo de lo que vos me diste a mi todo este tiempo desde mi niñez. Son innumerables los recuerdos, como las veces que jugábamos al carnaval o íbamos juntas a los almuerzos o cuando me contabas los líos que hacía cuando me cuidabas, y sin embargo, hoy me toca cuidarte a vos, estar a tu lado y acompañarte en el camino de esta enfermedad que lamentablemente, poco a poco nos va a ir desencontrando, pero aun así, el cariño y el amor van a ser eternos.

También está destinado y dedicado a todas aquellas personas que tienen a un amigo, familiar o conocido en alguna institución geriátrica, para que este trabajo pueda guiarlos y orientarlos en la búsqueda de un buen y mejor lugar para aquellos que lo necesiten, brindándole herramientas e información indispensables para que a la hora de decidir, puedan tomarse un tiempo de evaluar qué cosas le hacen bien a ellos y mejorarían su bienestar. Y por supuesto, a cada abuelo y abuela, que no tiene otra opción de vida, que no puede elegir a dónde vivir o con quién ir, que sepan que no están solos, que hay personas dispuestas a cambiar esta situación que tanto les perjudica y sobre todo, que hay alguien pensando en uds y su bienestar.

Desde una mirada personal y vivencial es esencial acompañar al adulto mayor, no sólo a fin de mejorar la cuestión nutricional sino también buscar y generar momentos de integración con ellos para que puedan tomar confianza en sí mismos, revertir la triste sensación de soledad y comenzar a vivir y transitar momentos agradables, resultado que seguramente interferirá positivamente en todo ámbito en el que se encuentren o los rodee. Los principales protagonistas son las personas, que con nuestra presencia, dedicación, paciencia, respeto y amor, podemos ser capaces de devolver todo aquel amor que alguna vez nos dieron nuestros padres, abuelos o tíos y transmitirles alegría o simplemente una sonrisa, a quienes alguna vez, nos la transmitieron a nosotros

Título: Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados y análisis cualitativo del servicio de alimentación en geriátricos de CABA.

Autor: Borelli, G.

E-mail: gii.borelli@gmail.com

Institución: Universidad Isalud

Introducción: La evaluación del estado nutricional permite identificar la posible ocurrencia y extensión de las alteraciones del estado de salud. El Servicio de Alimentación debe planificar todo el proceso desde la recepción del alimento, preparación y conservación hasta su distribución, bajo estándares técnicos y sanitarios, generando alimentos con alto valor nutricional, inocuidad y óptimas características sensoriales. **Objetivos:** Describir el estado nutricional de los adultos mayores institucionalizados y calidad del servicio de alimentación en geriátricos de CABA en el período de agosto a mayo de 2017. **Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal. Se evaluó a adultos mayores de las residencias Mediger, Bustamante y Marsella que realizarán almuerzo en la institución y accedieran voluntariamente a participar del estudio. El Estado nutricional se evaluó por la Valoración Global Subjetiva, el servicio de alimentación y personal a cargo por observación, las características organolépticas y nivel de cocción fueron recogidas mediante un cuestionario estructurado así como de las condiciones edilicias. **Resultados:** Se evaluaron a 89 adultos mayores siendo 85,8 años el promedio de edad, 78 mujeres y 11 hombres. El 40% presentó Riesgo de Malnutrición y el 10% Malnutrición. Residencia Bustamante no presentó Lic. Nutrición. En Residencia Marsella y Mediger los platos servidos resultaron atractivos, de aroma y sabor agradable, temperatura tibia, multicolor, incluyendo todas las consistencias, con un nivel de cocción adecuado. Disponía de mesas y sillas, artefactos electrónicos, vajilla suficiente y mantelería apropiada. Residencia Bustamante no ofreció personal de cocina suficiente ni vestimenta acorde, no presentó Lic. Nutrición ni se implementaron normas de higiene en los procedimientos. **Conclusión:** La mitad de los adultos mayores institucionalizados presentaron Malnutrición y la calidad del servicio en su mayoría cumplió los requisitos.

Palabras clave: Adulto mayor - institución geriátrica – Desnutrición (DECS)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
Tema	8
Subtema	8
Problema de Investigación	8
Preguntas de investigación	8
Objetivos	8
Objetivo General	8
Objetivos específicos	8
2. MARCO TEORICO	9
2.1. Envejecimiento	9
2.2. Adulto Mayor	9
2.3. Adultos Mayores y Nutrición	15
2.4. Recomendaciones Nutricionales	16
2.5. Evaluación del Estado Nutricional en Adultos Mayores	16
2.6. Características Organolépticas y Adulto Mayor	17
2.7. Adulto Mayor Institucionalizado	20
2.8. Instituciones Geriátricas	20
2.9. Servicio de Alimentación en Instituciones Geriátricas	23
2.10. Características Básicas de las Residencias Geriátricas	24
3. ESTADO DEL ARTE	26

4. METODOLOGIA	29
4.1. Diseño de Investigación	29
4.2. Enfoque	29
4.3. Alcance	29
4.4. Población y Muestra	29
4.5. Tipo de Muestreo	30
4.6. Criterios de inclusión	30
4.7. Criterios de Exclusión	30
4.8. Criterios de Eliminación	30
4.9. Viabilidad	30
4.10. Hipótesis	31
4.11. Instrumento y técnica de recolección de datos	31
4.12. Variables	32
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
6. DISCUSIÓN	45
7. CONCLUSIÓN	46
8. LIMITACIONES	48
9. BIBLIOGRAFÍA	49
10. ANEXOS	53
10.1. ANEXO I	54
10.2. ANEXO II	55
10.3. ANEXO III	56
10.4. ANEXO IV	57

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se define como un proceso natural, continuo, multifactorial e irreversible de todos los seres vivos llevando a la pérdida progresiva de las funciones biológicas. Está asociado con la modificación en la estructura y función de los distintos sistemas, aumentando la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad. (1,2)

La OMS define al adulto mayor a las personas de 60 años o más. (3) Según los censos realizados en Argentina entre el año 1869 y 2010 se puede observar que el número de adultos mayores avanza conforme a los años, la calidad y la expectativa de vida aumenta año a año, mostrando una relación inversa con los nacimientos en Argentina. (4)

Este grupo tiene necesidades nutricionales diferentes a la población en general, ya que a esta edad se vuelven más propensos a caer en la desnutrición, modificando hábitos alimentarios debido a la reducción de la cantidad de alimento y/o el volumen de comidas y bebidas así como los tiempos de ingesta.

Las Guías Alimentarias para la Población Argentina indican *“incorporar todos los grupos de alimentos diariamente y realizar al menos 30 minutos de actividad física, tomar diariamente 8 vasos de agua segura, consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores, reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio, limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal, consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados, al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo, consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca y consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas”*.(5)

La evaluación del estado nutricional es la medición de indicadores alimentarios y nutricionales relacionados con el estado de salud para identificar la posible ocurrencia, naturaleza y extensión de las alteraciones del estado nutricional. Con el fin de poder evaluar cada paciente los nutricionistas realizarán la evaluación nutricional utilizando la Valoración Global Subjetiva

herramienta que se compone de exámenes antropométricos y bioquímicos siendo un instrumento sencillo y accesible del cual se obtiene como resultado final el grado de riesgo de desnutrición del paciente. (6)

Paciente geriátrico se define a la persona de avanzada edad, que manifiesta fragilidad mayor de lo habitual, presentando patologías crónicas múltiples y por lo general, productoras de limitaciones funcionales tanto físicas y/o psíquicas. (7) Debido a los cuidados necesarios para este grupo poblacional, existen las instituciones geriátricas.

Según el Ministerio de Salud definió a los establecimientos geriátricos como lugares físicos debidamente acreditados por los distintos servicios de salud del país, donde se le proporciona al adulto mayor, sin la presencia de alguna enfermedad grave que requiera su internación u hospitalización, alojamiento, alimentación y cuidados especiales en un ambiente protegido y destinado a mantener su salud y funcionalidad. (8)

El profesional en nutrición, quien debe constar con título y matrícula habilitante, será el responsable de la organización, la planificación, la supervisión, seguimiento y evaluación de los servicios de alimentación de los establecimientos donde albergan a adultos mayores, los hogares de día, residencias geriátricas, residencia de larga estadía o similares. (9)

El Servicio de Alimentación brinda una alimentación nutricionalmente adecuada y microbiológicamente segura para preservar la salud, contribuir a la recuperación y mejorar la calidad de vida de los pacientes adecuada a sus gustos y hábitos alimentarios. Debe planificarse todo el proceso desde la recepción del alimento, preparación y conservación hasta su distribución, bajo estándares técnicos y sanitarios, generando alimentos con alto valor nutricional, inocuidad y óptimas características sensoriales

Esta investigación se propone evaluar y comparar la importancia de un adecuado y correcto servicio de alimentación brindado por las instituciones geriátricas, el plato servido en el momento de realizar la ingesta y su relación con el estado nutricional de los residentes. A tal fin parte la pregunta ¿Cómo es el estado nutricional de adultos mayores institucionalizados y la calidad del servicio de alimentación que reciben?

Tema

Estado nutricional y análisis cualitativo del servicio de alimentación.

Subtema

Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados y análisis cualitativo del servicio de alimentación

Problema de Investigación

¿Cómo es el estado nutricional de adultos mayores institucionalizados, cómo es la calidad del plato servido que reciben y del servicio de alimentación que se les brinda?

Preguntas de investigación

- ¿Cómo es el estado nutricional de los adultos mayores institucionalizados?
- ¿Cómo es la calidad y características del plato servido en las residencias?
- ¿Cómo es la calidad del servicio de alimentación de la institución?

Objetivos

Objetivo General

Describir el estado nutricional de los adultos mayores institucionalizados y calidad del servicio de alimentación en geriátricos de CABA en el período de agosto a mayo de 2017.

Objetivos específicos

- Evaluar el estado nutricional por valoración global subjetiva de los adultos mayores institucionalizados.
- Evaluar las características del plato servido
- Evaluar el servicio de alimentación, del comedor, del servicio de mesa, de la cocina y del personal

2. MARCO TEORICO

2.1. ENVEJECIMIENTO

Se define como un proceso natural y normal, continuo, dinámico, multifactorial, deletéreo, es decir lleva a la pérdida progresiva de las funciones, e irreversible de todos los seres vivos, por el cual el individuo con el paso del tiempo va perdiendo paulatinamente vitalidad y disminuyendo la capacidad del organismo para realizar sus diferentes funciones biológicas. No todo el organismo ni todos los individuos envejecen simultáneamente. (1) El envejecimiento está asociado con una transformación progresiva de las respuestas homeostáticas adaptativas del organismo, los cuales provocan modificaciones en la estructura y función de los distintos sistemas, aumentando la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad. (2)

2.2. ADULTO MAYOR

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al grupo etario como Adulto Mayor a las personas de 60 años o más.

Existen diferentes clasificaciones para el concepto de Adulto Mayor:

- En el año 2001, las Naciones Unidas definieron que la primera etapa del envejecimiento está marcada por el retiro laboral y la reducción del grupo familiar. La segunda etapa, consiste en cercanía a los 80 años de edad, identificado también por el avance del proceso de fragilización humana y mayor probabilidad de padecer enfermedades, discapacidad o muerte.
- Por otro lado, según OMS (1985) desde una visión funcional, un adulto mayor sano es aquel con capacidad de enfrentar los cambios a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. De esta manera, el significado de funcionalidad es un esencial indicador para dicho grupo etario, siendo la capacidad de cumplir acciones determinadas en el vivir diario para conservar y mantener el cuerpo y manejarse independientemente. Se denomina funcionalidad indemne al estado en el que la mente y el cuerpo son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana.

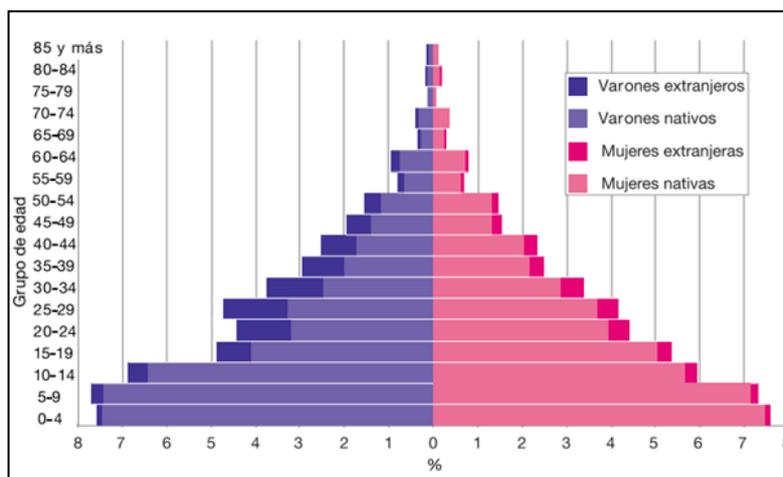
Se puede diferenciar a los adultos mayores en:

- Sanos: quienes a pesar de su avanzada edad gozan de salud, independencia y calidad de vida.
- Enfermos: aquellas personas de edad avanzada que padece una enfermedad temporal, manteniendo todavía su independencia y calidad de vida, pues la enfermedad no lo priva de éstas.
- Frágiles: es el anciano que manifiesta un decremento de su reserva fisiológica es decir, aumenta el riesgo de incapacidad; esta capacidad del organismo de poder enfrentar el estrés se va reduciendo poco a poco indicando a su vez, una pérdida en la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestados por mayor morbilidad y mortalidad.

(3)

Según el censo realizado en Argentina en el año 1869 se puede observar que el número de adultos mayores avanza conforme a los años, la calidad y la expectativa de vida aumenta, mostrando una relación inversa con los nacimientos en Argentina.

Gráfico 1: Estructura de la población por grupo de edad y sexo, según origen. Total del país. Año 1869.



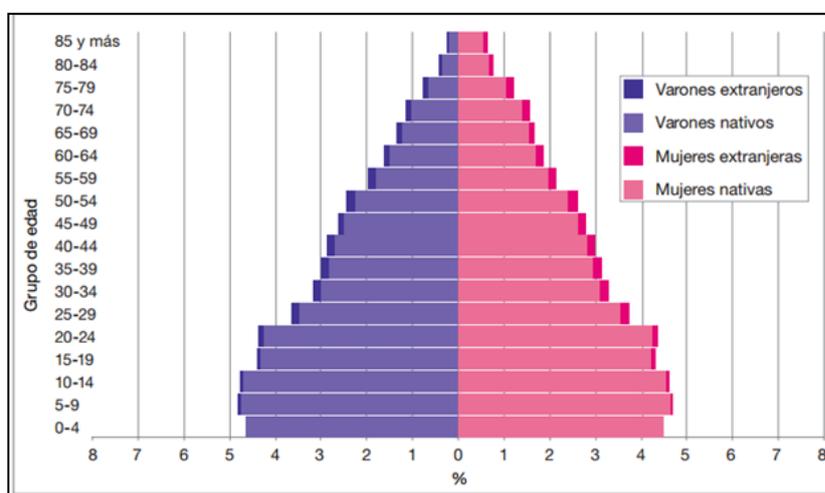
de la
1869

Fuente:
INDEC. Primer Censo
República Argentina

En el mismo año y según el mismo censo, la estructura poblacional era ampliamente mayor en el grupo etario de 0 a 4 años, mostrando una diferencia de aproximadamente 75% en ambos grupos. En el año 1970 se observa que el número de niños nacidos disminuye notablemente casi un 25%, mientras que la población de adultos mayores incrementa su valor.

En 2010 con respecto al censo anterior, se puede observar que la cantidad de nacimientos disminuye a la mitad, mientras que dentro del grupo de adultos de 85 años y más aumenta casi un 10%.

Gráfico 2: Estructura de la población por grupo de edad y sexo, según origen. Total del país. Año 2001.



Fuente: INDEC. Primer Censo de la República Argentina 2010

Por lo tanto, es sencillo comprender que a lo largo de los años, en Argentina fue disminuyendo la tasa de natalidad, caso contrario sucede con la expectativa de vida, la cual va aumentando año tras año, por lo cual, los adultos mayores viven más tiempo y con una calidad superior a la de 1869.

Por lo visto anteriormente, la expectativa de vida aumentada de los adultos mayores crea la necesidad de prestar mayor atención en este grupo de adultos, que se vuelve cada vez más vulnerable al pasar los años. (4)

Esta etapa es individual y se da diferente entre las personas de una misma sociedad. También existe el envejecimiento social, pues en cada sociedad existe una valoración específica de la vejez, la cual de alguna forma, condiciona el cómo se vive esta etapa terminal de la vida.

Cuando el individuo comienza a transformarse con el correr del tiempo, este proceso depende de la interacción compleja de fuerzas biológicas, corresponde a fuerzas psicológicas que se encuentran relacionadas con la sensación de sentirse viejo, con el estado del individuo en cuanto a las normas y roles de su grupo o de su sociedad, entremezclándose la vejez biológica, cronológica y psicológica. (8)

El envejecimiento se puede clasificar en diferentes enfoques:

2.2.1. Enfoque biológico

Refiere al momento cuando el cuerpo va envejeciendo haciéndolo de manera normal y natural, propio de cada organismo determinado genéticamente, es decir, existe un patrón establecido en cada individuo que condiciona su vejez, según explica la teoría del envejecimiento programado, la cual se complementa con la teoría del desgaste natural, la misma hace referencia a que el uso permanente y continuo de los cuerpos incide en que éstos envejezcan. Dado que el envejecimiento también es el resultado de enfermedades y del sobreuso del organismo, podrían existir factores que estuviesen bajo el control de las personas, de tal manera de mejorar el proceso de envejecimiento o retardarlo.

2.2.2. Enfoque psicológico

Otra mirada del envejecimiento, es aquella relacionada con la forma en la que envejecen las personas y le hacen frente a este proceso. Desde esta perspectiva se considera al envejecimiento como un proceso individual que produce cambios en la persona.

Este enfoque plantea la manera que tienen los individuos de enfrentar y responder a las situaciones personales que les toca vivir y cómo buscan soluciones a dichos problemas, aceptando y asumiendo pérdidas que son inevitables en el proceso vital de todos y cada una de las personas.

El enfoque psicológico plantea dos teorías, la primera es la del envejecimiento satisfactorio, la misma sostiene que al mantener una actividad física positiva tanto en lo mental, social, afectivo y físico, y se conserva un mayor grado de dinamismo en la vida, los adultos mayores envejecerán de forma más placentera y plena. La segunda es la teoría de la desvinculación, la cual se ocasiona por un alejamiento de las personas mayores, quienes por lo

general reducen de forma voluntaria sus compromisos y actividades, pero sin embargo, la sociedad también cumple un rol fundamental, ya que es ésta misma quien de alguna manera u otra independiza a las personas de lo que han sido los aspectos que han dado sentido a su vida, estimulando el retiro laboral, por causas tales como el envejecimiento, la mala salud, viudez, jubilación, etc. La sumatoria de dichos desvinculaciones no solo acelera el proceso de vejez, sino que además los empobrecen material y emocionalmente afectando así, sus condiciones de vida y su calidad.

Esta teoría, afirma que las personas de edad buscan de vez en cuando, ciertas formas de aislamiento social y, al encontrarlo, se sienten felices y satisfechas. Mentores destacados en la teoría de la desvinculación, plantean que el deseo de los adultos mayores de ser útiles solo correspondería a una necesidad de sentirse seguros y el temor de ser rechazados, encontrarse indefensos o sentirse desamparados; por lo tanto, si le garantizamos seguridad a la vejez, junto con ayuda y los servicios necesarios, adecuados y suficientes, podríamos responder a la necesidad y al temor de las personas en edad avanzada. Teniendo presente que hoy en día los medios de comunicación y producción privilegian la vitalidad de la juventud, desechando la experiencia y sabiduría de los adultos mayores, generado por la rapidez con la cual la modernidad avanza de manera exitosa, los adultos mayores se retiran y sus actividades cesen, causando según la teoría, un autoestima negativo en las personas y mermando paulatinamente sus capacidades.

Existe la teoría que hace referencia a la actividad, ésta parte de la base que las personas al estar activas se sienten más satisfechas e integradas, que son capaces de cumplir y producir algún rendimiento sentirse útil para otras personas. Dicha teoría puede complementarse a su vez, con la teoría de los roles, los cuales son asumidos por las mismas personas y le dan significado a la vida. Por tal motivo es que cuando las personas dejan de trabajar al momento de la jubilación, se produce la pérdida del rol y de la función, generando en el comportamiento una limitación y que la actividad sea nula y de manera creciente y, a lo largo de la historia el adulto mayor ha ido desgastando su rol social de líder positivo dentro de la comunidad, a diferencia de otros grupos étnicos y de nuestros antepasados en donde el adulto mayor se lo ve y se lo considera como un sabio culto, instruido y respetado.

2.2.3. Enfoque social

Desde esta perspectiva, se relaciona con la sociología del envejecimiento y cuyo objetivo es lograr interpretar la realidad social que experimentan los adultos mayores. La pérdida de roles de los adultos mayores ha implicado también, una pérdida del espacio de pertenencia y esto ha contribuido a generar algún grado de desprotección de los adultos mayores que se expresa muchas veces en el desamparo y el abandono, puesto que no se aprecia su “aporte” social y familiar generándose en una carga para la familia y la sociedad.

El ámbito más resentido para las personas mayores es el afectivo, pues no encuentran una contención en los problemas y desniveles en el estado de ánimo que los afectan, lo cual muchas veces genera, aunque estén acompañados, situaciones de angustia y de soledad.

Por un lado, se basa en que a la vejez se la considera una ruptura social que se relaciona con la teoría de los roles. En lo que refiere a la relación dentro del mercado de trabajo, a los adultos mayores se les ofrece una jubilación, la cual tiene relación con el aumento de la expectativa de vida y la edad jubilatoria, siendo en Argentina, para el hombre 65 años y para la mujer 60 y, en la mayoría de los casos, esta propuesta provoca el retiro involuntario del mundo del trabajo a temprana edad. La condición de no estar en actividad empuja a los adultos mayores a sentirse improductivos y marginados en la sociedad.

Contrariamente, la edad límite para trabajar parte de la base de que los adultos mayores se encuentran imposibilitados para seguir realizando su trabajo, pero la expectativa de vida ronda entre los 75 años para los hombres y los 81 para las mujeres. Por lo tanto, se puede decir que existe una gran cantidad de personas adultas que a la edad de jubilación todavía sienten que pueden seguir realizando sus tareas y actividades cotidianas y, si se continuara con esta línea de pensamiento, generaría que los adultos mayores no se sientan desplazados ni tampoco una carga para sus familias y para la sociedad de la que son parte.

2.2.4. Enfoque cultural

Éste corresponde a las personas que viven en sociedad discriminando aspectos tales como la edad, el origen étnico, el género, la clase social así como también la identidad y las experiencias de las personas mayores a lo largo de su vida. Centra su atención en el proceso de cómo las personas logran acomodarse a las condiciones cambiantes, del propio organismo y del medio social, a fin de buscar respuestas a las problemáticas que se presentan, a aceptar y asumir las

pérdidas y frustraciones, y de tal manera que logren sentir una sensación de bienestar, pudiendo sentirse satisfechos e interesados en su existencia.

Desde la perspectiva cultural la vejez se relaciona tanto con la manera de parentesco, la economía, la capacidad de auto mantención, salud, determinados modelos de conducta, la moral, la política así como también con los ámbitos culturales y sociales.

Por lo tanto, los enfoques señalados no sólo consideran el envejecimiento como un proceso cíclico e irreversible que se da cronológicamente, sino que también incluye el aspecto biológico, social, psíquico y cultural que se complementan con otro enfoque; el aspecto fenomenológico. El mismo refiere a la mirada y conocimiento que asume cada sujeto de su propia edad, es decir, cómo la persona que envejece acepta haber cambiado con el paso del tiempo y así, de esta manera, llegar a un envejecimiento exitoso.

Concluyendo, se puede determinar que el concepto de vejez es una construcción social determinada parcialmente por factores biológicos o psicológicos presentes en cada individuo. (8)

2.3. ADULTOS MAYORES Y NUTRICIÓN

Este grupo tiene necesidades nutricionales diferentes a la población en general, ya que a esta edad se vuelven más propensos a caer en la desnutrición, modificando hábitos alimentarios debido a la reducción de la cantidad de alimento y/o el volumen de comidas y bebidas así como los tiempos de ingesta.

En muchas ocasiones, los adultos mayores se encuentran influenciados por el medio que los rodea, desde las actitudes relacionadas con la dieta, las creencias sobre lo que resulta o no saludable, hasta el entorno familiar y/o los precios de los alimentos.

Es por eso que los adultos mayores son personas vulnerables desde el punto de vista nutricional, la reducción del número de comidas como la no ingesta de ciertos grupos de alimentos, resulta lógico que comiencen a presentar signos de desnutrición. Sin embargo, el poco interés por la comida generado por la alteración sensorial, la falta de sensación de hambre, ausencia de utensilios correctos para quienes presentan alguna alteración motora o falta de una completa dentadura , o más bien, porque se sacian con mayor rapidez, puede potenciar caer en un estado nutricional por debajo de lo normal para una persona anciana. (7)

2.4. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

Para poder cumplir con estas recomendaciones, las Guías Alimentarias para la Población Argentina indican:

1. *“Incorporar todos los grupos de alimentos diariamente y realizar al menos 30 minutos de actividad física*
2. *Tomar diariamente 8 vasos de agua segura*
3. *Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores.*
4. *Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.*
5. *Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal.*
6. *Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.*
7. *Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo.*
8. *Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca.*
9. *Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas.” (5)*

2.5. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES

Con el fin de poder evaluar cada paciente en particular, es necesario realizar un trabajo intra y multidisciplinario con el equipo de salud. Por otro lado los nutricionistas realizarán la evaluación nutricional. A fines prácticos, el medio más apropiado para poder evaluarlo es la Valoración Global Subjetiva (VGS).

La Valoración Global Subjetiva es utilizada para expresar el diagnóstico del estado nutricional, la misma comprende de exámenes antropométricos y bioquímicos siendo un instrumento sencillo y accesible del cual se obtiene como resultado final el grado de riesgo de desnutrición del paciente.

A su vez, esta herramienta se basa en un interrogatorio simple que se le realiza al paciente en el momento en el que ingresa al hospital, institución o centro de salud y puede ser desarrollado por cualquier profesional del área de la salud, quien previamente haya realizado algún tipo de entrenamiento al respecto. Cabe destacar que el examen físico debe realizarse de manera rápida pero minuciosa para poder detectar los signos clínicos de deterioro y/o exceso nutricional y los cambios en la composición corporal. (6)

Con el objetivo de completar la evaluación del Adulto Mayor se deben tener en cuenta distintas variables tales como:

- Factores económicos y de accesibilidad
- Problemas dentales
- Dificultades de masticación
- Presencia de algún trastorno de deglución
- Presencia de alteración intestinal
- Uso frecuente de laxantes
- Si el paciente vive solo o acompañado

(Anexo I)

Para poder lograr un resultado eficiente y con mayor precisión es necesario realizar la evaluación nutricional completa desde el principio con el fin de definir las futuras estrategias dietoterápicas.

2.6. CARACTERÍSTICAS ORGANOLÉPTICAS Y ADULTO MAYOR

En el proceso de envejecimiento, el adulto mayor comienza a desarrollar complicaciones que afectan su manera de alimentarse, por lo cual los alimentos deben ser adaptados a distintas consistencias y texturas para facilitar el proceso de masticación y deglución y evitar una posible desnutrición.

En lo que respecta a la cavidad bucal, es frecuente que el adulto mayor presente una disminución del olfato y el gusto, existiendo menor potencia masticadora ya sea por desde la pérdida de las piezas dentales, trastornos deglutorios o hasta cirugías maxilares con posibles atrofas de las papilas gustativas, así como sensación de boca seca con dificultad para la masticación o formación del bolo y deglución. (11)

Las causas más frecuentes de disfunción gustativa pueden originar por:

- Lesión de los receptores papilares, producido generalmente en pacientes de edad avanzada ante estadios de malnutrición determinado por la calidad de alimentos ingeridos consecuencia del factor socioeconómico
- Existencia de un descenso en la secreción salival por lo cual se inhiben las funciones estimulantes de los receptores del gusto, de lubricación, digestiva, bactericida.
- Atrofia que sufre la mucosa olfativa al perder las células sensoriales
- El uso de prótesis tapa la superficie de la mucosa acentuando la disminución del sabor de los alimentos

Por lo general, en la edad avanzada predomina el sabor amargo sobre los otros sabores. (12)

La consistencia de un alimento es la propiedad física que está relacionada con el estado de la materia en el que se encuentra un sistema, vinculada especialmente a la rigidez de los cuerpos, es decir, la cohesión que existe entre las partículas de una masa.

La textura, por otro lado, es la propiedad sensorial de los alimentos detectada por los sentidos del tacto, el oído y la vista, que se manifiesta cuando un alimento sufre una deformación. Se halla principalmente determinada por el contenido en agua y grasa y por los tipos y proporciones de algunas proteínas e hidratos de carbono estructurales (celulosa, pectinas y almidones). Los cambios en las texturas están producidas por la pérdida de agua o grasa, la formación o ruptura de las emulsiones, la hidrólisis de los hidratos de carbono poliméricas y la coagulación o hidrólisis de las proteínas.

La dureza en cambio, es la fuerza necesaria para producir cierta deformación, ya sea para comprimir el alimento entre los molares o entre la lengua y el paladar o para morder el alimento entre los dientes. Se diferencian en: blando, firme y duro.

Dentro de las propiedades mecánicas de la textura se encuentra la cohesividad, la cual relativa al grado de deformación de un alimento producido antes de romperse, y la adhesividad, relativa al esfuerzo requerido para separar la superficie del alimento de otra superficie, ya sea paladar, lengua o dientes. Ésta se clasifica en: poco pegajoso, pegajoso y muy pegajoso. .

También es importante la viscosidad, resistencia al desplazamiento que presenta un fluido. Depende del diámetro de las moléculas dispersas, el pH, la temperatura y las proteínas, ya que aumenta su concentración y disminuye con el pH. . (13)

Las consistencias clasifican en:

- Líquido: sistema que fluye con facilidad sin forma propia; ejemplo: agua o leche.
- Semilíquido: sistema con mayor viscosidad, fluye pero con mayor dificultad; ejemplo: licuado de leche
- Semisólido: fácilmente deformable capaz de adaptarse al recipiente; ejemplo: puré.
- Sólido blando: presenta forma propia pero no es tan compacto como un sólido. No presenta resistencia a la deformación; ejemplo: flan, yogur firme.
- Sólido: sistema compacto, presenta resistencia a la deformación, con forma propia; ejemplo: carne, pan.

Por lo tanto, ante la existencia de un problema deglutorio en el adulto mayor, los alimentos deben adaptarse según sea necesario, siendo significativo procesar los alimentos para obtener texturas uniformes sin grumos, espinas o huesos; ablandar y procesar los alimentos sólidos con líquidos permitidos (caldo, leche, salsas) y utilizar ingredientes con sabor como hierbas, especias, jugo de fruta, evitando el excesivo consumo de sal, pues la mayoría de los adultos de tercera edad cursan con hipertensión arterial.

Finalmente para facilitar la deglución, es primordial lubricar y humectar el sistema alimentario. Hay alimentos que tienen lubricación propia como el aceite, la manteca, crema de leche o dulce de leche ya que todos presentan materia grasa en su composición, y alimentos que aportan humedad como la miel, las jaleas, gelatinas sin sabor, mermeladas o caldos.

Existen espesantes, productos elaborados a base de almidones modificados, pudiendo ser neutros o con sabor y, una vez añadido el espesante se deberá esperar unos segundos para que el alimento o líquido adquiera la consistencia indicada o deseada.

No sólo es necesario adaptar la dieta con respecto a la consistencia, dureza o textura, sino que es preciso adaptarla en función a la patología que pueda llegar a tener la persona, como hipertensión arterial, dislipemias o diabetes mellitus. La alimentación en estos adultos deben ser

atractivas desde el punto de vista organoléptico (olor, sabor y color) por lo cual se le presta suma atención a la presentación de los platos.

La alimentación debe ser valorada no solo desde el punto de vista de los aportes energéticos y de su seguridad frente a un problema deglutorio, pues resulta considerable revisar el aporte de líquidos, la cual deberá ser suficiente para evitar la deshidratación. Además, se debe tener sumo cuidado a la hora de preparar los sistemas alimentarios debido a que tanto partes fibrosas, como semillas, partes esféricas o que produzcan migas, puede llegar a un micro aspiración de dichas partículas y ocasionar problemas mayores, como asfixia.

Cuando un adulto mayor presenta una alteración dental, los alimentos sólidos se deben preparar logrando una consistencia blanda de textura uniforme permitiendo una fácil masticación. Existen alimentos con la capacidad de aumentar la textura de los platos ayudando a espesarlos como el caso de harinas, huevos, papas, féculas, y demás de modificar su textura aportan un aumento en el valor nutricional de los mismos.

Aquellos adultos mayores que, debido a su inmovilidad, padecen en su mayoría estreñimiento, es indispensable aumentar la ingesta de fibra en forma de verduras, legumbres, frutas y cereales integrales. (13)

2.7. ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

Se define al paciente geriátrico como la persona de avanzada edad, que manifiesta fragilidad mayor de lo habitual, presentando patologías crónicas múltiples y por lo general, productoras de limitaciones funcionales tanto físicas y/o psíquicas. Asimismo frecuentan ser personas con dificultad y problemas sociales y regularmente con trastornos del comportamiento. (7)

2.8. INSTITUCIONES GERIÁTRICAS

Debido a los cuidados necesarios para este grupo poblacional, existen las instituciones geriátricas. Se define institución total a todo aquel lugar donde conviven diariamente grupos de personas que se encuentran separadas de la sociedad, compartiendo una situación en común y en el cual, transcurre parte de su vida.

Según el Ministerio de Salud, en el año 1994, definió a los establecimientos geriátricos como lugares físicos debidamente acreditados por los distintos servicios de salud del país, donde se le proporciona al adulto mayor, sin la presencia de alguna enfermedad grave que requiera su

internación u hospitalización, alojamiento, alimentación y cuidados especiales en un ambiente protegido y destinado a mantener su salud y funcionalidad.

Este tipo de hogares para adultos mayores si bien cumplen con la función de acoger a aquellos que por diferentes circunstancias no pueden estar con sus familias, no están exentos de problemas. En primer lugar, se puede decir que el tipo y la calidad de la atención que reciban estarán determinadas por los recursos que la familia o el mismo adulto mayor posea para pagar por este servicio. En segundo lugar, están los efectos propios de la internación, situación estudiada en diversos trabajos sociológicos y psicológicos los cuales se preguntan cómo crear mecanismos que permitan preservar la dignidad de estas personas en su condición de institucionalizados (8)

Según el lineamiento económico se clasifican en:

- *Residencias para la tercera edad públicas*: las cuales dependen de un organismo público.
- *Residencias para la tercera edad privadas*: gestionadas por empresas cumpliendo con las normas correspondientes de los organismos públicos. Tienen como principal ventaja, además de la disponibilidad de vacantes, es el hecho de la flexibilidad de las disciplinas es decir, en la mayoría no hay horarios establecidos para las visitas y el precio varía de una residencia en otra.(14)
- *Residencias para la tercera edad concertadas*: también gestionadas por empresas privadas pero la administración pública tiene reservadas todas o parte de las plazas, es decir, para solicitar una plaza, denominada también vacante, se debe presentar una solicitud a los servicios sociales de la localidad o comuna u obra social, en este caso PAMI, dando siempre prioridad a aquellos ancianos que se encuentran en mayor situación de desamparo, ya sea por recursos económicos, salud o situación familiar. con las mismas condiciones de admisión que las públicas. Tras solicitarse se debe esperar a que haya disponible una vacante.(15)

A su vez, se diferencian según las prestaciones que ofrecen:

- *Geriátricos para adultos mayores*: destinados a personas a partir de los 60 años. Brindan alojamiento, servicio de higiene, recreación, alimentación y nutrición, enfermería, atención médica y psicológica no sanatorial.
- *Geriátricos para adultos mayores con trastornos de conducta o enfermedades psiquiátricas*: están destinados a personas desde 60 años. Otorgan alojamiento a adultos mayores con trastornos de la conducta o afecciones psíquicas que presentan dificultades para la integración con otras personas y que no requieran internación en un efector de salud.

- *Hogares y Hostales para adultos mayores*: dirigido a personas desde 60 años con autonomía física. Ofrecen alojamiento, actividades de prevención, recreación y a su vez servicio de alimentación,

- *Centros de día para la tercera edad*: la principal diferencia es no brindan alojamiento pero ofrecen servicios socio-terapéuticos para preservar las capacidades y evitar el deterioro.(16)

El proceso de adaptación de los adultos a estas instituciones suele ser similar entre ellos, siguiendo modelos básicos de comportamiento.

El primero es la *adaptación* de la dinámica existente en la institución en la cual se encuentra o ha ingresado recientemente, pues cada uno tiene sus propias reglas. Implica aceptar situaciones a las cuales el adulto mayor no estaba acostumbrado anteriormente, intentando comprender las reglas que son impuestas por personas extrañas que no tienen relación alguna con el residente.

El *resignarse* en este caso, significa aceptar la idea de falta de alternativa de otro tipo de vida por lo tanto es frecuente que la conducta del adulto mayor sea principalmente apatía e incluso depresión.

Transformarse es sinónimo de proyectar y visualizar en que convivir con otras personas con posibles semejanzas, pueda generar lazos beneficiosos con el tiempo y lograr una convivencia agradable durante la estadía.

Por último, la *evasión* o *anulación* es generada por el descontento y/o la insatisfacción de enfrentar una situación en un lugar desconocido rodeado de personas extrañas, lo cual provoca negación en el adulto mayor a socializar con el resto de los residentes, siendo perjudicial para su salud física y mental.

Por supuesto que no todos los adultos mayores presentan características semejantes de salud ni económicas. Es posible encontrar personas mayores postradas o que carecen de ingresos, hay quienes requieren cuidados específicos de acuerdo a las capacidades o condiciones sociales que presentan, pero por sobre todo, es vital y de suma importancia prestar y brindar atención, respetando y considerando la dignidad de la persona.

Hablar de la integración de este grupo etario a la sociedad a través de la participación es uno de los principios de la política social. Ello se refiere a que la integración del adulto mayor no sólo pasa por integrarlos a organizaciones propias por la edad y a su definición propiamente dicha,

a instituciones geriátricas o centros de salud, sino que hace mención a que su entorno los acoga y los valore por sus experiencias de vida y sabiduría, como antaño, comenzando a reconocerlos como uno más de la comunidad, realidad que hoy en día es bastante deficitaria y más bien se podría decir que se los segrega socialmente.

Tener que adaptarse a un nuevo y extraño lugar, rodeado de nuevas personas y nuevas reglas a cumplir es muy probable que afecte emocionalmente al anciano en cuanto a su calidad de vida y en su diario vivir. Sin embargo, en la mayoría de las veces, la decisión de traslado a los establecimientos suele ser irreversible, pues el hecho de vivir en diferentes domicilios y a distintas distancias, sumado a la falta de medios y/o de espacio en la casa de los familiares o hijos, los tiempos de cada uno, ya sean laborales o debido a que no pueda permanecer en tiempo completo para su cuidado, llevan a pensar que la única opción, al momento en el que se aproxima la vejez y comienzan a perder la capacidad de valerse por sí mismas, y más aún en presencia de alguna enfermedad o discapacidad, es la de ingresar en una institución para que pueda recibir mejores cuidados y atenciones, tanto médicas, alimentarias, psicológicas, o recibiendo alguna terapia que los mantenga activos mentalmente, y así también estar en compañía con otras personas y de manera constante. (8)

2.9. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN EN INSTITUCIONES GERIÁTRICAS

Para poder asegurar una óptima calidad de vida dentro de las instituciones geriátricas, el servicio de alimentación es un pilar fundamental.

Es primordial que dichos establecimientos cumplan con condiciones básicas, tanto sanitarias como estructurales para la buena atención de las personas mayores que residen en las instituciones. Primeramente deben respetar los requerimientos exigidos por el código sanitario que de efectuarlo de manera positiva, el establecimiento queda autorizado por el servicio de salud, apto para trabajar por cumplir y contar con los requerimientos necesarios e indispensables para su pleno funcionamiento, ya sea como estar dotado de una infraestructura apropiada así como también un personal idóneo para lograr satisfacer de manera permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo a su número y condiciones físicas y psíquicas.

El profesional en nutrición, quien debe constar con título y matrícula habilitante, será el responsable de la organización, la planificación, la supervisión, seguimiento y evaluación de los

servicios de alimentación de los establecimientos donde albergan a adultos mayores, los hogares de día, residencias geriátricas, residencia de larga estadía o similares.

Su propósito es asegurar el suministro de una alimentación completa, adecuada, suficiente, armónica e inocua, que respete los hábitos de las personas, resultándole satisfactoria y agradable al residente, favoreciendo la socialización.

Para la planificación, el profesional en el área será quien, a partir de un estudio de diagnóstico alimentario y nutricional de la población, fundamente la misma. Se establecerán grupos según tipo de envejecimiento, sexo, edad, características patológicas, funcionales u otros y los residentes tendrán participación en la elección de los menús. (8)

Algunas características generales y fundamentales del plan de comida que deben recibir los residentes que se encuentran en instituciones permanentes, consistirá en la distribución de las 4 comidas principales: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Se evitará superar las 12 horas de ayuno entre cena y desayuno del día siguiente, debiendo cumplir con cubrir el 100% de las recomendaciones nutricionales.

En hogares de día, donde los adultos mayores solo pasan 10 horas diarias la distribución del plan es distinta: sólo debe contar con 3 comidas principales, desayuno, almuerzo y merienda. El mismo debe cubrir el 75% de las recomendaciones nutricionales y garantizar el 80% al 100% de la cobertura de proteínas de alto valor biológico. (9)

2.10. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

Para poder asegurar el óptimo rendimiento de estos servicios, el Pami cuenta con normativas básicas donde se evalúan:

- Las condiciones edilicias del comedor: las mismas refieren a la presencia de mesas y sillas sólidas, lavables e impermeables, junto con la cantidad suficiente de las mismas; presencia de artefactos electrónicos en el espacio utilizado como comedor, ya sea radio o televisor y por último si la zona se encuentra limpia y desinfectada.
- El servicio de mesa: evalúa desde la existencia de la vajilla, la misma deberá ser completa y suficiente para todos los residentes de material apto, permitido y en buen estado hasta la existencia de manteles y servilletas adecuadas para dicho momento.

- El personal: describe la presencia de un profesional, como lo es el Lic. Nutrición, junto con el suficiente y adecuado personal de cocina con su respectiva vestimenta, la presencia de camareros suficientes y la implementación de las normas de higiene en los procedimientos en la cocina por parte del personal.
- La cocina: se da información sobre la presencia de suficiente y adecuada batería de cocina, existencia tanto de balanza de alimentos como de procesadora y licuadora, adecuadas unidades de frío y despensa de secos y el mantenimiento de la higiene de la estructura física, instalaciones y equipamientos. (Anexo II)

3. ESTADO DEL ARTE

La distribución de los adultos mayores en Argentina se representó en el año 2010 de la siguiente manera (4) (Tabla 1):

Tabla 1: Distribución de los Adultos Mayores a partir de los 60 años en Argentina:

	Total	% sobre mayores de 60 años	% sobre el total de población
Alojados	441.191	7,6	1,1
En hospitales	31.000	0,54	0,08

Fuente: Censo 2010 INDEC

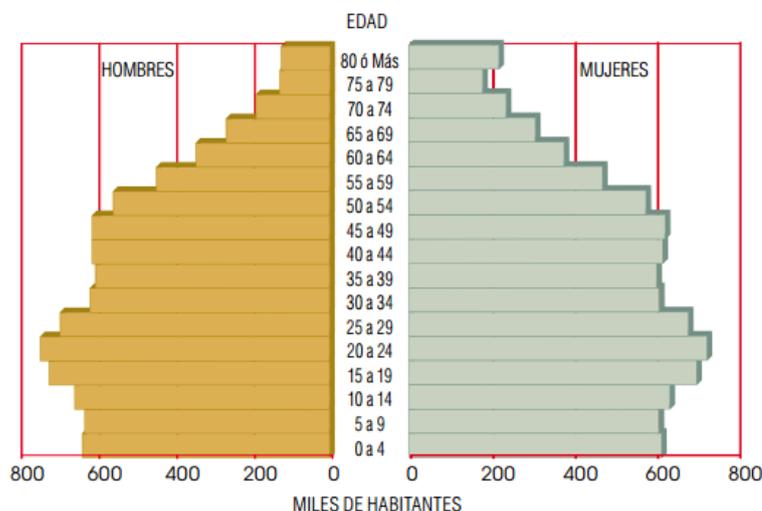
En lo que respecta al estado nutricional en Argentina se encontró que:

De los 100 pacientes estudiados en el estudio de *“Evaluación Del Estado Nutricional En Adultos Mayores Residentes De Un Hogar De Ancianos”* en el período Enero - Abril 2015, se observó que 75 eran mujeres y 25 eran hombres. La edad media de la población evaluada fue de 83,8 años y un rango de 65-101 años.

Respecto MNA el resultado medio fue de 20,7 puntos. Un 14% de la población valorada presentaba malnutrición declarada y un 58% se encontraba en riesgo de padecerla, siendo más prevalente en las mujeres (61,3%). El 4% de los adultos mayores presentó desnutrición según el IMC referido en el MNA, el 82% se encontraba por arriba de un IMC mayor o igual a 23. Mientras que según el IMC de Bray un 33% estaba desnutridos y un 40% con sobrepeso. En lo referente a la variable Ingesta Adecuada de proteínas la probabilidad fue tres veces mayor de encontrar una ingesta inadecuada (61,1%) en el grupo de "Riesgo de Malnutrición" en comparación al grupo con Estado Nutricional Normal (32,1%), resultando así una relación estadísticamente significativa (17).

Mientras tanto, en Chile la distribución poblacional es la siguiente:

Gráfico 3: Distribución de la población estimada por sexo y grupo de edad. Chile 2012



Fuente: INE, Chile, Proyecciones y Estimaciones de población

La población de adultos mayores de 65 años o más –estimada al 30 de junio de 2012- es 1.659.670 habitantes, las mujeres son 56,9% (944.732 personas) y los hombres 43,1% (714.938 personas). (18)

El estado nutricional de los mismos se ve reflejado de la siguiente manera (19):

Tabla 2: Estado Nutricional en 3 hogares de ancianos en 1999.

<i>Estado Nutricional</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Enflaquecido</i>	25	32
<i>Normal</i>	40	51.3
<i>Sobrepeso</i>	10	12.8
<i>Obeso</i>	3	3.9
<i>Total</i>	78	100

La situación en Cuba, la población con edades mayores de 60 años en 1998 era de aproximadamente el 13% de la población total. La Habana resultó unas de las provincias más envejecidas del país en el año 2003 con un 17,1% de la población de 60 años y más con respecto al total. De una población de 266 adultos mayores se tomó 80 como muestra de forma aleatoria simple para un 30%, distribuido en 28 del sexo masculino para el 35% y 52 del femenino para el 65%. Dentro de los grupos de edades el mayor correspondió a los de 65 a 69 años con el 27,5 %,

le siguió el de 70 a 74 años con el 20,5% y después el de 60 a 64 años con el 17,5 % y la mayor representación fue del sexo femenino. Por índice de masa corporal (IMC), aproximadamente la mitad se encontraron dentro del rango considerado normal, entre 18,5 y 24,9 representaron el 51,25% de los estudiados, solamente el 5% estuvo bajo peso porque aproximadamente el 43,75% estaban sobrepeso u obesos. Perdieron 5kg en el último mes cuatro ancianos para el 5 %. Al utilizar el índice cintura/cadera se encontró que el 21,25 % del 35% del total de hombres estaban sobrepeso u obeso, mientras que en las mujeres de 52 casi todas también estaban sobrepeso u obesa (57,5%) de 80 pero de 52 representan el 88,46% (20)

Colombia por su parte, realizó un estudio evaluando el estado nutricional de los adultos mayores en residencias geriátricas, medido a través de la escala Determine y se encontró una prevalencia de riesgo nutricional en el 83,4% de los adultos mayores; el 59,9% en alto riesgo y el 23,6% con moderado. Es preocupante que solo el 16,6% de los mayores registran buen estado nutricional, principalmente en las regiones de Oriente (21,6%) y Medellín, Suroeste, Valle de Aburrá y Nordeste. (21)

En Europa, sin embargo, la situación de los adultos mayores es la siguiente:

En España en el primer estudio realizado con el MNA se estudiaron 200 personas en la comunidad con buenos niveles de autonomía, encontrando un 0,5% de personas desnutridas y un 9,5% a riesgo. En un estudio con una muestra de 3071 personas mayores en su domicilio perteneciente a seis comunidades autónomas se ha encontrado una media del 3,3% de desnutrición (2,4 en hombres y 4,0 en mujeres) y un 27,3% y 36,3% de riesgo en hombres y mujeres respectivamente.

Aproximadamente el 5% de personas de 65 o más años en Europa residen en servicios de larga duración, residencias o centros de larga estancia.

En un estudio realizado en todas las residencias geriátricas en Helsinki incluyendo 2114 personas, con una edad media de 82 años, se encontró el 29% con desnutrición (utilizando como criterio el MNA) y un 60% a riesgo. En otro estudio en 14 residencias en Hong Kong con 1699 personas estudiadas se encontró un 26 % de los residentes con un IMC < 18,5 kg/m². (22)

4. METODOLOGIA

4.1. Diseño de Investigación

Observacional descriptivo, transversal.

Este diseño permitió registrar los datos recolectados en el almuerzo en los geriátricos observados, una única vez, sin grupo de control ni intervención del investigador y valorar el estado nutricional de los adultos mayores institucionalizados.

4.2. Enfoque

El enfoque fue cuantitativo, se evaluó el estado nutricional de los adultos mayores institucionalizados mediante la Valoración Global Subjetiva, la calidad del plato servido y del servicio de alimentación mediante la observación a través de planillas de registro.

4.3. Alcance

El alcance es descriptivo, detalló el estado nutricional de los adultos mayores institucionalizados, así como las características del plato servido y del servicio de alimentación.

4.4. Población y Muestra

Población

- El geriátrico “Residencia Bustamante”, cuenta con 20 residentes que viven en la institución, ubicado en la calle Sánchez de Bustamante esquina Av. Las Heras, en el barrio de Recoleta, CABA, en el período de agosto a mayo del año 2017.
- La “Residencia Marsella” se ubica en el barrio de Recoleta, CABA en la calle French 2613, entre Laprida y Av. Pueyrredón, en la cual viven 50 residentes en el período agosto a mayo 2017.
- La “Residencia Mediger” situada en la calle Juncal 2676, Recoleta, CABA, cuenta con 25 residentes en el período agosto a mayo 2017.

4.5. Tipo de Muestreo

La muestra fue no probabilística o dirigido. De tipo voluntaria y seleccionada por conveniencia. Estuvo conformada por adultos mayores, 2 platos evaluados en el momento del almuerzo en cada residencia.

4.6. Criterios de inclusión

- Adulto mayor institucionalizado que vivan efectivamente en la “Residencia Bustamante”
- Adulto mayor institucionalizados que vivan efectivamente en “Residencia Mediger”
- Adulto mayor institucionalizado que vivan efectivamente en la “Residencia Marsella”
- Adulto mayor que realicen la ingesta del almuerzo en la institución.
- Adulto mayor que acceda voluntariamente a participar del estudio mediante consentimiento informado (Anexo III).

4.7. Criterios de Exclusión

- Residentes que requieran un servicio de atención y de alimentación distinto al evaluado (nutrición enteral y parenteral).

4.8. Criterios de Eliminación

- Adultos mayores que decidan no terminar la encuesta.
- Adultos mayores sin datos referidos de peso en historia clínica.

4.9. Viabilidad

Para realizar dicho estudio se contó con el acceso a los geriátricos, el consentimiento informado (Anexo III) por parte de la población objetivo, el material para evaluar, describir y observar; planillas de registros, tiempo para realizarlo, también el recurso financiero y/o económico, profesionales de apoyo, bibliografía adecuada sobre el tema.

4.10. Hipótesis

Por ser un estudio descriptivo no adquiere hipótesis según Sampieri. (23)

4.11. Instrumento y técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó primeramente la Valoración Global Subjetiva (VGS) a fin de evaluar el estado nutricional de los residentes, clasificándolos en *Estado Nutricional Normal*, *Riesgo de Malnutrición* y *Malnutrición*, según los componentes de la misma como la pérdida del peso corporal, cambios en la alimentación, síntomas gastrointestinales y capacidad funcional. El mismo fue completado junto con el enfermero, nutricionista y/o asistente de cada residencia complementándolo con la revisión de las historias clínicas. (Anexo I)

Para proceder con la evaluación nutricional se solicitó la firma del consentimiento informado por parte de los residentes. (Anexo III)

El (Anexo IV) es un instrumento de recolección primaria y consiste de preguntas cerradas dicotómicas y otras de respuesta múltiple y se basa sobre las características del plato servido a los residentes. Fueron marcadas por el investigador mediante la observación en el momento del almuerzo estipulado por cada residencia. Se observó el primer y último plato servido a fin de apreciar si éste último presentaba pérdida de temperatura desde el momento en el que sale de la cocina y hasta la entregada al residente en su lugar, ya sea el comedor o la habitación. La temperatura se comprobó con la utilización de un termómetro. Características tales como la presentación, creatividad, textura y la relación del volumen de alimento en relación al tamaño del plato junto con el color fueron evaluadas mediante observación. En lo que respecta al sabor, se solicitó una pequeña muestra al responsable de la preparación del menú con la finalidad de ponerse en el lugar de quien recibe el plato servido, lo cual también sirvió para evaluar la temperatura del alimento.

Se observaron las condiciones edilicias de cada establecimiento, el comedor, la cocina, el servicio de mesa en el momento del almuerzo y al personal de cocina en el momento de la manipulación y elaboración de alimentos. (Anexo II) Finalmente se indagó sobre la presencia de un Lic. en Nutrición.

4.12. Variables

DIMENSIÓN	INDICADOR	DEF CONCEPTUAL	VARIABLES	CATEGORÍA	TÉCNICA/ INSTRUMENTO	CLASIFICACIÓN
Adulto Mayor		Grupo etario como Adulto Mayor a las personas de 60 años o más Ref.: OMS	Clasificación del Adulto Mayor	Edad avanzada: 65 a 74 años Anciano: 75 a 89 años Longevo: Mayor a 90 años	Observación/ Entrevista	Privada, cuantitativa, ordinal, continua
	Estado Nutricional (Anexo I)	Valoración Global Subjetiva (VGS) Es utilizada para evaluar riesgo de desnutrición. Ref.: RENAAM, 2016	VGS	A: Buen estado nutricional B: Moderadamente ó sospechosamente mal nutrido C: Severamente mal nutrido Ref.: VGS A: ≥ 24 B: entre 17-23,5 C: <17	Cuestionario estructurado/ entrevista	Privada, cuantitativa, ordinal, continua

Menú		Carta del día donde se relacionan las comidas, postres y bebidas. Ref.: Real Academia Española (RAE)	Personal a cargo del planeamiento del menú	Lic. Nutrición/ Cocinera/ Otro	Observación/ Entrevista	Privada, cualitativa, nominal, policotómica
	Plato Servido (Anexo IV)	Características del plato servido	Conjunto de alimentos que conforman el plato entregado a residentes en el momento de realizar la ingesta de alimentos.	Presentación	Atractivo/ No atractivo	Cuestionario Estructurado/ Observación
Aroma				Agradable/ Desagradable	Privada, cualitativa, ordinal, policotómica	
Temperatura				Caliente/ Tibio/ Frío	Privada, cualitativa, ordinal, policotómica	
Color				Monocolor/ Multicolor	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	
Consistencia				Sólida/ Semisólida/ Blanda	Privada, cualitativa, ordinal, policotómica	

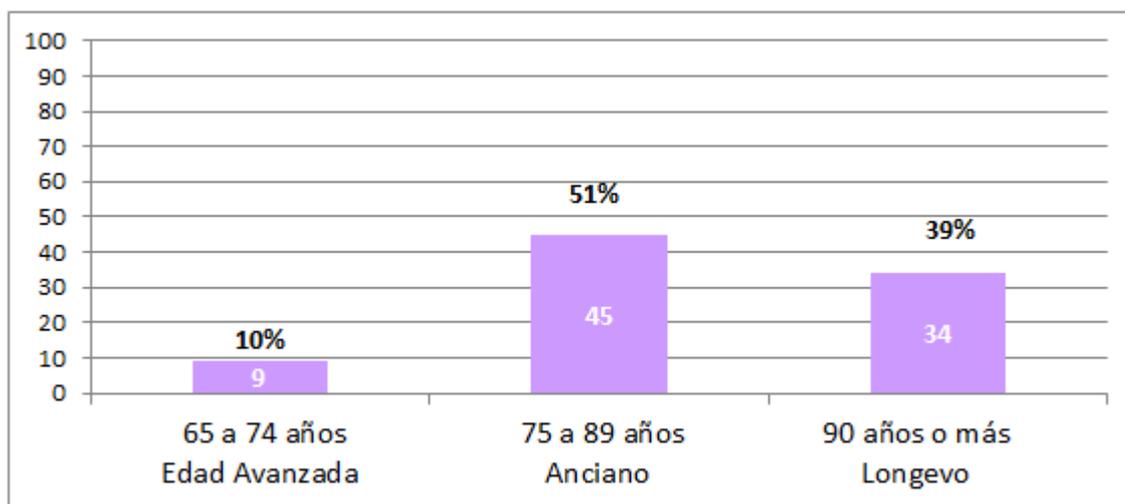
Servicio de alimentación (Anexo II)			Nivel de cocción	Quemado/ a punto/ crudo		Privada, cualitativa, ordinal, policotómica
			Relación del volumen de la comida con respecto al tamaño del plato	Abundante/ acorde/ Escaso		Privada, cualitativa, ordinal, policotómica
			Sabor	Agradable/ Desagradable		Privada, cualitativa, nominal, dicotómica
	Características del comedor	Conjunto de mueblería necesaria que conforma el lugar donde se realiza la ingesta de alimentos en un momento del día determinado.	Presencia de mesas de estructura sólida, lavable e impermeable	Si/ No	Cuestionario Estructurado/ Observación	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica
			Presencia de sillas suficientes y resistentes	Si/ No		
			Presenta artefactos electrónicos prendidos (TV, radio, etc)	Si/ No		
			Limpieza, desinfección	Si/ No		
	Características del servicio de mesa	Conjunto de utilería imprescindibles para poder realizar la ingesta de alimentos	Presenta vajilla, juego completo y suficiente de material permitido y en buen estado	Si/ No		
			Vajilla de plástico	Si/ No		
			Presenta manteles y servilletas adecuadas y suficientes	Si/ No		

	Características del personal	Cantidad y tipo de personal necesario en un servicio de alimentación	Presencia de Lic. en Nutrición	Si/No	Cuestionario Estructurado	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica
			Presencia de personal de cocina suficiente y adecuado	Si/ No		
			Adecuada vestimenta del personal	Si/ No		
			Presencia de camareros suficientes	Si/ No		
			Implementación de normas de higiene en los procedimientos	Si/ No		
	Características de la cocina	Conjunto de elementos y equipamientos necesarios para la producción del alimento	Presencia de batería de cocina suficiente y adecuada	Si/ No		
			Presencia de balanza de alimentos	Si/ No		
			Presencia de procesadora y licuadora	Si/ No		
			Presencia de unidades de frío adecuadas	Si/ No		
			Presencia de despensa de secos	Si/ No		
			Higiene de estructura física, instalaciones, equipamiento	Si/ No		

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La muestra utilizada en este trabajo de investigación, inicialmente quedó conformada por 95 adultos mayores, tras aplicar los criterios de exclusión, resultó en 89 personas. La muestra estuvo compuesta por un total de 78 mujeres y 11 hombres. La edad promedio de la población evaluada fue de 85,8 años, con un desvío estándar de 8,25 y un rango de 60-104 años. (Gráfico 4)

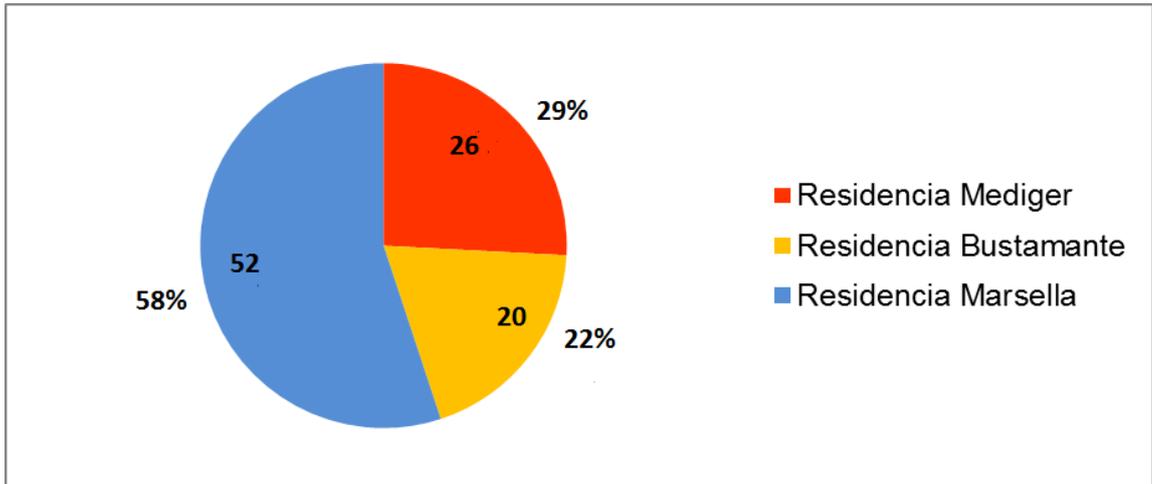
Gráfico 4: Distribución de los residentes según edad en % (n) que residían en Residencia Mediger, Residencia Bustamante y Residencia Marsella en período agosto a mayo 2017.



Fuente: Elaboración propia

Se pudo apreciar que la muestra (n=89) fue mayor principalmente en la “Residencia Marsella”, con un 58%, 52 adultos mayores de sexo femenino. Continúa la “Residencia Mediger” con 26 residentes en total expresándose en un 26%, con 10 de sexo masculino y 19 femenino y en último lugar, se encuentra la “Residencia Bustamante” con 20 residentes, 22%, entre ellos 16 son de sexo femenino y 7 masculino. (Gráfico 5)

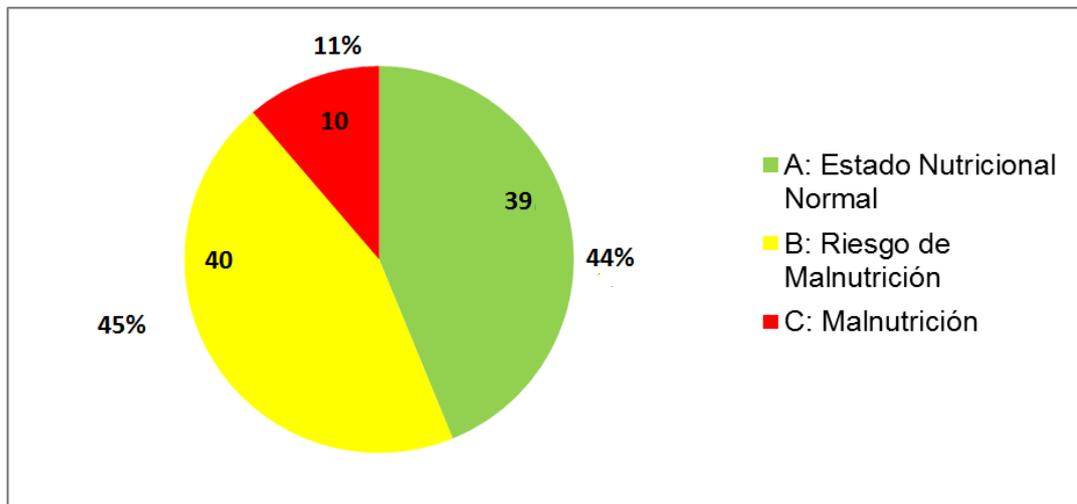
Gráfico 5: Composición de la muestra según residencia en % (n)



Fuente: Elaboración propia

Se observó que de los 89 residentes, el 56% manifestó riesgo de malnutrición y desnutrición según VGS. (Gráfico 6)

Gráfico 6: Distribución de la muestra según estado nutricional medido con VGS (n=89).



Fuente: Elaboración propia

Tabla 3: Descripción variables de la Valoración Global Subjetiva

VGS					
PESO	ALIMENTACION		ACTIVIDAD COTIDIANA	DIFICILTAD PARA ALIMENTARSE	EXPLORACION FISICA
	Con respecto hace 1 mes	Tipos de Alimentos	En el último mes		
Peso actual (kg)	Come más	Dieta normal	Normal	Falta apetito	Pérdida Tejido Adiposo
		Pocos sólidos		Menos de lo habitual	
Peso hace 3 meses (kg)	Come igual	Sólo líquidos	Sin ganas de nada		Estreñimiento
		Preparados nutricionales		Pasa más de la mitad del día sentado/Acostado	Diarrea
Peso hace 3 meses (kg)	Come menos	Preparados nutricionales	Pasa más de la mitad del día sentado/Acostado		Alimentos sin sabor
				Sabor desagradable	
				Dificultad para tragar	Úlceras
				Problemas dentales	
Dolor	Fiebre				
Depresión					

Fuente: Elaboración propia

En Residencia Mediger y Residencia Bustamante se presentaron mayores porcentajes de adultos mayores con malnutrición mientras que en Residencia Marsella se observó a más de la mitad de los adultos mayores demuestra un estado nutricional normal. (Tabla 4)

Tabla 4: Distribución de la muestra según estado nutricional según VGS en cada

VGS	Residencia Mediger		Residencia Bustamante		Residencia Marsella		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado Nutricional Normal	9	39	5	29	25	51	39	120
Riesgo Malnutrición	10	43	9	53	21	43	40	139
Malnutrición	4	17	3	18	3	6	10	41
	23	100	17	100	49	100		

institucion (n=89)

Fuente: Elaboración propia

Al clasificar según edad, en el grupo etario de 75 a 89 años, predominaron 20 adultos mayores con riesgo de malnutrición representados en un 50% y 5 residentes con malnutrición, un 50%. (Tabla 5)

Tabla 5: Composición de la muestra según edad y estado nutricional según VGS en % (n)

	VGS					
	A		B		C	
	n	%	n	%	n	%
65 a 74 años	5	13	3	8	1	10
75 a 89 años	20	51	20	50	5	50
mayor a 90 años	13	33	17	43	4	40
	39	97	40	100	10	100

Fuente: Elaboración propia

Al analizar la presencia de Licenciado en Nutrición se puede observar que la “Residencia Bustamante” con mayor porcentaje de muestra en diagnóstico B y C es la que presentó ausencia de un profesional en el área. La tabla 5 refleja porcentualmente a la muestra con diagnóstico nutricional B y C, *Riesgo de malnutrición y malnutrición*; permitiendo analizar la importancia de la presencia del Lic. en Nutrición en las instituciones. (Tabla 6)

Tabla 6: Distribución porcentual de la muestra según riesgo nutricional según VGS y presencia de Lic. en Nutrición (n=89)

	Riesgo/ Malnutridos	Presencia de Lic. en Nutrición
Residencia Mediger	60%	Si
Residencia Bustamante	70%	No
Residencia Marsella	48%	Si

F
Fuente:
Elaboración

propia

Ambos platos servidos, tanto el primero como el último en cada residencia coincidieron en sus resultados. La Residencia Mediger y Marsella presentaron mayores características organolépticas positivas. Sin embargo, en las tres residencias la relación del volumen de comida con respecto al tamaño del plato fue escaso. (Tabla 7, 8 y 9).

Tabla 7: Características del plato servido en Residencia Mediger.

Residencia Mediger	
Presentación	Atractivo
Aroma	Agradable
Temperatura	Tibio
Color	Multicolor
Consistencia	Todas
Nivel de cocción	A punto
Relación del volumen comida/ tamaño del plato	Escaso
Sabor	Agradable

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8: Características del plato servido en Residencia Bustamante.

Residencia Bustamante	
Presentación	No Atractivo
Aroma	Agradable
Temperatura	Tibio
Color	Monocolor
Consistencia	Semisólida y blanda
Nivel de cocción	A punto
Relación del volumen comida/ tamaño del plato	Escaso
Sabor	Agradable

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9: Características del plato servido en Residencia Marsella

Residencia Marsella	
Presentación	Atractivo
Aroma	Agradable
Temperatura	Tibio
<i>Color</i>	Multicolor
<i>Consistencia</i>	Todas
<i>Nivel de cocción</i>	A punto
Relación del volumen comida/ tamaño del plato	Escaso
Sabor	Agradable

Fuente: Elaboración propia

Se observó que en las tres residencias se cumplían adecuadamente las características del comedor, cumpliendo con la cantidad adecuada de sillas para los residentes, disponiendo de mesas de material adecuado, lavable y resistente y presentando una correcta limpieza y desinfección del lugar. (Tabla 10)

Tabla 10: Distribución de la muestra según características del comedor (n=3)

COMEDOR	RESIDENCIA		
	Mediger	Bustamante	Marsella
Sillas suficientes y resistentes	SI	SI	SI
Presenta artefactos electrónicos	SI	SI	SI
Mesas de estructura sólida, lavable e impermeable	SI	SI	SI
Limpieza y desinfección	SI	SI	SI

Fuente: Elaboración propia

Se destacó la ausencia del servicio de mantelería en Residencia Bustamante. (Tabla 11)

Tabla 11: Distribución de la muestra según características del servicio de mesa (n=3)

Fuente: Elaboración propia

SERVICIO DE MESA	RESIDENCIA		
	Mediger	Bustamante	Marsella
Presenta vajilla de plástico	SI	SI	SI
Presenta manteles y servilletas	SI	NO	SI
Presenta vajilla con juego completo, suficiente de material permitido y en buen estado	SI	SI	SI

La Residencia Bustamante no presentó el adecuado y suficiente personal de cocina con su vestimenta apropiada, no hubo presencia de un Lic. en Nutrición ni se implementaron las correctas normas de higiene en los procedimientos dentro del servicio de alimentación, específicamente en el área de la cocina. Mientras que en la Residencia Mediger y Marsella, únicamente se destacó negativamente la insuficiente cantidad de camareros. (Tabla 12)

Tabla 12: Distribución de la muestra según el personal y sus características (n=3)

PERSONAL	RESIDENCIA		
	Mediger	Bustamante	Marsella
Personal de cocina suficiente y adecuado	SI	NO	SI
Adecuada vestimenta del personal	SI	NO	SI
Presencia de Lic. en Nutrición	SI	NO	SI
Presencia de camareros suficientes	NO	SI	NO
Implementación de normas de higiene en los procedimientos	SI	NO	SI

Fuente: Elaboración propia

Únicamente la Residencia Bustamante no contó con artefactos de cocina tales como licuadora y procesadora así como unidades de frío adecuadas en la área. (Tabla 13)

Tabla 13: Distribución de la muestra según características de la cocina (n=3)

COCINA	RESIDENCIA		
	Mediger	Bustamante	Marsella
Presencia de balanza de alimentos	SI	SI	SI
Presencia de procesadora y licuadora	SI	NO	SI
Presencia de batería de cocina suficiente y adecuada	SI	SI	SI
Presencia de unidades de frío adecuadas	SI	NO	SI
Presencia de despensa de secos	SI	SI	SI
Higiene de estructura física, instalaciones y equipamiento	SI	SI	SI

Fuente: Elaboración propia

Si bien se pudieron observar semejanzas entre las tres residencias, las diferencias que presentaron no son de menor importancia, pues dichas discrepancias se vieron reflejadas en el estado nutricional de los residentes. En relación a la presentación del plato se puede observar que en la Residencia Bustamante, el diagnóstico de VGS, B y C es proporcionalmente mayor al porcentaje de las residencias restantes.

Tabla 14: Composición de la muestra según características del plato servido y estado nutricional según VGS (n=89)

	PLATO SERVIDO		VGS					
			A		B		C	
	Presentación	Color	N	%	N	%	N	%
Residencia Mediger	Atractivo	Multicolor	9	23%	10	25%	4	40%
Residencia Bustamante	No atractivo	Monocolor	5	13%	9	23%	3	30%
Residencia Marsella	Atractivo	Multicolor	25	64%	21	52%	3	30%

Fuente: Elaboración propia

6. DISCUSIÓN

Guardando relación con lo que se sostiene el estudio de *“Evaluación del Estado Nutricional en Adultos Mayores Residentes de un Hogar de Ancianos”* en el año 2015, a medida que avanza la edad, las personas mayores tienen mayor prevalencia a estar malnutridas o de encontrarse en riesgo, se observó que la misma en pacientes institucionalizados aumentaba en aquellos de mayor edad, 75 años en adelante. La prevalencia de Malnutrición de la población fue del 40% y el Riesgo de Malnutrición fue del 10%, cifras opuestas a otros estudios cuyos resultados fueron del 14% y 58% respectivamente y solo el 39% presentó Estado Nutricional Normal. (Duárez T.M, Di Stéfano F, Rossi M.L, Leal M, Mariñansky C, Lavanda I, Carrazana C., 2015)

Acorde a la investigación realizada en Cuba, dentro de los grupos de edades se acentúa la presencia de adultos mayores de 80 a 99 años, destacándose las mujeres ante la muestra masculina, habiendo una amplia cantidad poblacional superando los 90 años. No se presentaron casos de sobrepeso u obesidad aunque el 39% se encuentra con un estado nutricional normal. (Abreu Viamontes C, Burgos Bencomo Y y col., 2008)

A partir del hallazgo en esta investigación, se contrastan los datos con el estudio chileno cuya muestra se constituía por 172 residentes institucionalizados de ambos sexos, cuya media fue de 78,5 predominando un 59% el sexo femenino. El estado nutricional de los mismos fue de 32% para Riesgo y Desnutrición. También otros estudios realizados en Chile en 1988 en centros de atención institucional de la ciudad de Santiago, se demostró que según el indicador peso/talla el 57,6% presentaba malnutrición por déficit y exceso. (Barrón Pavón V, Gallegos Pereira J y col. 2001)

Si se compara con la situación que vive Europa, coincide en la prevalencia del riesgo nutricional en adultos mayores junto con el predominio de población femenina, siendo menor el porcentaje de diagnóstico nutricional agravado, y es acorde con lo que en este estudio se halla.

7. CONCLUSIÓN

Al momento de observar las distintas residencias se destacó en primer lugar la presencia de un Lic. en Nutrición, sin embargo, a pesar de la figura de un profesional, es imprescindible prestar atención a la calidad del lugar que los rodea.

La muestra femenina predominaba sobre la masculina, tanto en número como en un mejor estado nutricional. Si bien las residencias se diferenciaron una de otra en lo que respecta a la condición edilicia, ya sea en poseer más o menos espacio o superficie destinada para diferentes funciones, yoga, kinesiología o área de recreación y terapia, en las tres se observó la presencia de mesas y sillas sólidas de material que permitía su fácil lavado y, la vajilla que si bien es de plástico, no es descartable.

Se pudo destacar la importancia de una buena presentación a la hora de servir un plato, teniendo en cuenta que a los adultos mayores les genera mayor satisfacción y apetito cuando un plato tiene variedad en color, forma, sabor o aroma.

A su vez fue imprescindible la presencia de instrumentos de cocina en su totalidad los cuales eran indispensables para aquellos que presentaron problemas deglutorios o alguna imposibilidad para masticar el alimento, tales como procesadora o licuadora. Se observó personal capacitado y eficiente en Residencia Mediger y Marsella, utilizando vestimenta adecuada e implementando las normas de higiene correspondientes a la hora de manipular alimentos. A pesar de la insuficiente cantidad de camareras no se registraron alteraciones organolépticas, tanto visibles como de temperatura.

Independientemente de la calidad de los servicios mencionados, la mayoría de los adultos mayores, a medida que su estadía se prolonga, comienzan a demostrar menos interés por lo que sucede a su alrededor e incluso, a perder no sólo el apetito, sino la alegría, el ánimo y la voluntad, viéndose afectada su vida emocional y social, pues tienden a alejarse de las personas con las que comparten la mayoría de las actividades y conviven día a día.

Este trabajo puede abrir camino a nuevas investigaciones a fin de comparar un avance y mejoría en el tema, pudiéndolo analizar más en detalle y profundidad y sobre todo, asegurarnos que los adultos mayores se encuentren y se sientan cuidados y protegidos.

8. LIMITACIONES

A la hora de ingresar a cada institución geriátrica, el personal presente brindó una grata y cálida bienvenida ofreciendo toda la ayuda necesaria para poder realizar la investigación sin ningún inconveniente. Al transcurrir las horas y/o los días, debido a que cada institución fue visitada en más de una ocasión, el personal se limitó a brindar la ayuda solicitada. En algunas residencias no se pudo encontrar al personal requerido y responsable, ya sea enfermero, asistente o nutricionista para poder realizar la VGS así como tampoco la disposición de las historias clínicas en su totalidad y mucho menos brindar un recorrido por toda la institución para poder evaluar las condiciones edilicias o la cocina en profundidad. Primeramente la investigación se pensó realizar en cuatro instituciones geriátricas pero finalmente se pudo acceder a tres, ya que en la restante, en reiteradas oportunidades que me he acercado para solicitar el permiso, ya sea el encargado o dueño, nunca se encontraba en ese momento, por lo tanto, el tamaño de la muestra se encontró reducido.

Por otra parte, a la hora de buscar respuestas sobre los menús, ingredientes y cantidades de la receta a realizar ese día con el fin de evaluar si los requerimientos nutricionales se encontraban cubiertos, hubo poca o directamente no hubo buena predisposición del personal de cocina para brindar dicha información, pues se notaba incomodidad por parte de ellos, por lo tanto y decepcionantemente, hubo que omitir dicha inquietud. Al notar que, tanto el personal encargado como quienes cumplen sus funciones laborales tanto de cocina, enfermería o asistencia geriátrica, presentaban distancia y no un espíritu de ayuda, hubo que evaluar y limitarse a observar dos platos distintos en sólo dos días, aunque de todos modos la muestra sigue siendo mínima, hubo que optar por la opción más viable a fin de realizar la investigación. Es por tal motivo que el presente estudio se limitó a investigar y conocer la calidad del servicio de alimentación de los establecimientos, las características del plato servido y el estado nutricional de adulto mayor.

9. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Milán Calenti, J.C. Gerontología y Geriatria, Valoración e intervención. 1ª ed., Editorial Médica Panamericana; 2011. Capítulo 1
2. Martinez, H., Mitchell, M.E, Aguirre C. G, Manual de Medicina Preventiva y Social I, Capítulo V: Salud y Adulto Mayor, [Artículo en Internet] Argentina: Universidad Nacional de Córdoba; 2013 [consultado en abril 2017]. Disponible en: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>
3. Sanhueza Parra M. Castro, Castro Salas M, Merino Escobar J.M, Adultos Mayores Funcionales: Un nuevo concepto en salud. Ciencia y Enfermería [Artículo en Internet] Chile: 2005; 11(3). [consultado en abril 2017] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004
4. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) [Sitio Web], Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, Serie B Nº 2 [consultado en abril 2017]. Disponible en: http://www.estadistica.sanluis.gov.ar/estadisticaWeb/Contenido/Pagina148/File/LIBRO/censo2010_tomo1.pdf
5. Ministerio de Salud de la Nación [Sitio Web]: Mensajes y gráfica de las Guías Alimentarias para la Población Argentina; Buenos Aires: 2016 [consultado en abril de 2017].

Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/component/content/article/9-informacion-ciudadanos/482-mensajes-y-grafica-de-las-guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina>

6. FAGRAN, Federación Argentina de Graduados en Nutrición, REENAM: Reunión Nacional de Alimentación del Adulto Mayor, [consultado en mayo del 2017] Disponible en: <http://www.fagran.org.ar/descarga/2RENAAM-docFinal1611yAnexos.pdf>
7. Gil Gregorio P, Ramos Cordero P, Cuesta Triana F, Mañas Martínez M. C, Cuenllas Díaz A, Carmona Álvarez C. Nutrición en el Anciano: Guía de buena práctica clínica en geriatría. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Madrid: Nestlé Health Science, 2013
8. Cifuentes Reyes P. Adulto Mayor Institucionalizado. [Artículo en Internet] Chile 2005. [consultado en abril 2017]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/176/tesis.pdf;jsessionid=DAD6A2A1D44A0322C8D136BD39F75CE8?sequence=1>
9. Torresani M.E, Somoza M.I. Lineamiento para el Cuidado Nutricional, 3ª ed., Argentina: Eudeba; 2009. p.79- 126
10. Sanhueza Parra M. Castro, Castro Salas M, Merino Escobar J.M, Adultos Mayores Funcionales: Un nuevo concepto en salud. Ciencia y Enfermería [Artículo en Internet] Chile: 2005; 11(3) [consultado en abril de 2017] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004
11. Bolet Astoviza M., Socarrás Suárez M.M,. La Alimentación Y Nutrición De Las Personas Mayores De 60 Años. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2009; 8(1). [consultado en abril 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000100020&script=sci_arttext&tlng=pt
12. Guerra O., Arias B, Fernández Duarte J, Castellanos Carmenatte, T, González de la Paz J.E. Afecciones Digestivas Más Frecuentes En El Adulto Mayor. [Artículo en Internet]. Medisan. Cuba 2009-2010; 14(4). [consultado en abril 2017] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000400012&script=sci_arttext&tlng=en
13. De Luis D., Aller R., Izaola R. Menú De Textura Modificada Y Su Utilidad En Pacientes Con Situaciones De Riesgo Nutricional. [Artículo en Internet]. Nutr Hosp. 2014; 29(4):751-759. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v29n4/06revision02.pdf>

14. [Sitio Web], España: 3ª Edad [consultado en abril del 2017]. Disponible en: <http://www.tercera-edad.org/residencias>
15. [Sitio Web], Madrid: Residencias Tercera Edad, 2009 [consultado en abril del 2017]. Disponible en: <http://residenciasterceraedad.es/2009/07/tipos-de-residencias-tercera-edad>
16. Clasificación de instituciones geriátricas. Ordenanza 6287/2011, nº 203-2012 , (28/03/2012). Disponible en: <https://www.rosario.gov.ar/web/gobierno/desarrollo-social/adultos-mayores/control-de-instituciones-geriatricas>
17. Duárez T.M, Di Stefano F, Rossi M.L, Leal M, Mariñansky C, Lavanda I, Carrazana C. Evaluación Del Estado Nutricional En Adultos Mayores Residentes De Un Hogar De Ancianos. Revista Electrónica de Biomedicina [Artículo en Internet] Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; 2015, 1:9-15. [consultado en abril del 2017] Disponible en: <http://biomed.uninet.edu/2015/n1/suarez.html>
18. [consultado en abril del 2017] Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2012/estadisticas_demograficas_2012.pdf
19. Barrón Pavón V, Gallegos Pereira J, Mardones A.A, Martínez López M. Análisis de la alimentación de adultos mayores residentes en centros institucionalizados urbanos de la VIII Región. [Artículo en Internet] Chile; 2001. [consultado en abril del 2017] Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p19.1.htm>
20. Abreu Viamontes C, Burgos Bencomo Y, Cañizares Inojosa D, Viamontes Cardoso A. Estado Nutricional En Adultos Mayores. Revista Archivo Médico de Camagüey [Artículo en Internet] Cuba; 2008, 12 (5). [consultado en abril de 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500005
21. Cardona Arango D, Segura Cardona A, Garzón Duque M, Segura Cardona A, Cano Sierra S. Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. [Artículo en Internet]. Rio de Janeiro; 2016, 19(1). [consultado en abril 2017].

Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000100071&lng=en&tlng=en

22. SENPE (Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral), SEGG (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología), Valoración Nutricional en el Anciano: Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición. España; Novartis, Medical Nutrition.
23. Sampieri, R, Fernández, C, Baptista, P, Metodología de la investigación (4ta. ed.). D.F., México: McGraw Hill. [consultado en abril 2017].

10. ANEXOS

VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA

VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA

Por favor, conteste al siguiente formulario escribiendo los datos que se le piden o señalando la opción más apropiada.

Nombre y Apellidos _____	Edad _____ años	Fecha / /
--------------------------	-----------------	-----------

PESO actual _____ kg Peso hace 3 meses _____ kg	DIFICULTADES PARA ALIMENTARSE: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta era Sí, señale cuál/cuales de los siguientes problemas presenta: <input type="checkbox"/> falta de apetito <input type="checkbox"/> ganas de vomitar <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> estreñimiento <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> olores desagradables <input type="checkbox"/> los alimentos no tiene sabor <input type="checkbox"/> sabores desagradables <input type="checkbox"/> me siento lleno enseguida <input type="checkbox"/> dificultad para tragar <input type="checkbox"/> problemas dentales <input type="checkbox"/> dolor. ¿Dónde _____ _____ <input type="checkbox"/> depresión <input type="checkbox"/> problemas económicos
ALIMENTACIÓN respecto hace 1 mes: <input type="checkbox"/> como más <input type="checkbox"/> como igual <input type="checkbox"/> como menos Tipo de alimentos: <input type="checkbox"/> dieta normal <input type="checkbox"/> pocos sólidos <input type="checkbox"/> sólo líquidos <input type="checkbox"/> sólo preparados nutricionales <input type="checkbox"/> muy poco	
ACTIVIDAD COTIDIANA en el último mes: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> menor de lo habitual <input type="checkbox"/> sin ganas de nada <input type="checkbox"/> paso más de la mitad del día en cama o sentado	
ENFERMEDADES: _____ _____ TRATAMIENTO ONCOLÓGICO: _____ _____ OTROS TRATAMIENTOS: _____ _____	EXPLORACIÓN FÍSICA: Pérdida de tejido adiposo: <input type="checkbox"/> Sí. Grado _____ <input type="checkbox"/> No Pérdida de masa muscular <input type="checkbox"/> Sí. Grado _____ <input type="checkbox"/> No Edemas y/o ascitis: <input type="checkbox"/> Sí. Grado _____ <input type="checkbox"/> No Úlceras por presión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ALBUMINA antes De tratamiento oncológico: _____ g/dl PREALBÚMINA tras el tratamiento oncológico: _____ mg/dl	

DATO CLÍNICO	A	B	C
Pérdida de peso	< 5%	5-10%	>10%
Alimentación	Normal	deterioro leve-moderado	deterioro grave
Impedimentos para la ingesta oral	No	leves-moderados	graves
Mucositis	No	leve-moderado	grave
Deterioro de la actividad	No	> 65	> 65
Edad	≤ 65	No	Sí
Úlceras por presión	No	leve/moderada	elevada
Fiebre/corticoides TMO	No	leve/moderada	elevada
Pérdida adiposa	NO	leve/moderada	elevada
Pérdida muscular	NO	leve/moderada	elevada
Edemas/ascitis	NO	leve/moderados	importantes
Albumina (previa al tto.)	> 3,5	3,0-3,5	< 3,0
Prealbumina (tras tto.)	> 18	15-18	< 15

VALORACIÓN FINAL A: Buen estado nutricional B: Malnutrición moderada o riesgo de malnutrición C: Malnutrición grave

10.2. ANEXO II

CUESTIONARIO ESTRUCTURADO DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

	SI	NO
COMEDOR		
Presencia de mesas de estructura sólida, lavable e impermeable		
Presencia de sillas suficientes y resistentes		
Presenta artefactos electrónicos prendidos en el momento de la ingesta (TV, radio		
Limpieza y desinfección		
SERVICIO DE MESA		
Presenta vajilla, juego completo y suficiente de material permitido y en buen estado		
Vajilla de plástico		
Presenta manteles y servilletas adecuadas y suficientes		
PERSONAL		
Presencia de Lic. en Nutrición		
Presencia de personal de cocina suficiente y adecuado		
Adecuada vestimenta del personal		
Presencia de camareros suficientes		
Implementación de normas de higiene en los procedimientos		
COCINA		
Presencia de batería de cocina suficiente y adecuada		
Presencia de balanza de alimentos		
Presencia de procesadora y licuadora		
Presencia de unidades de frío adecuadas		
Presencia de despensa de secos		
Higiene de estructura física, instalaciones, equipamiento		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar de manera voluntaria con derecho de retirarme en el momento que desee, del estudio realizado por Gisela Borelli quien me ha invitado a participar en su investigación para obtener el título de Licenciada en Nutrición otorgado por la Universidad ISALUD. La misma tiene como objetivo conocer el diagnóstico nutricional de los participantes.

Entiendo que mi participación será tomada con total privacidad y confidencialidad y, que los resultados de este estudio, pueden ser publicados con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.

Firma:

10.4. ANEXO IV

CUESTIONARIO ESTRUCTURADO DEL PLATO ALIMENTARIO SERVIDO

CARACTERÍSTICAS	MARCAR OPCION CORRECTA		
<i>REQ. ENERGÉTICOS</i>	Suficiente	Insuficiente	
<i>PRESENTACIÓN</i>	Atractivo	No atractivo	
<i>CREATIVIDAD</i>	Original	Poco original	
<i>AROMA</i>	Agradable	Desagradable	
<i>TEMPERATURA</i>	Caliente	Tibio	Frío
<i>COLOR</i>	Monocolor		Multicolor
<i>CONSISTENCIA</i>	Sólida	Semisólida	Blanda
<i>NIVEL DE COCCIÓN</i>	Quemado	A punto	Crudo
<i>RELACIÓN VOLUMEN/ PLATO</i>	Abundante	Acorde	Escaso
<i>SABOR</i>	Agradable		Desagradable