



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
EXTENSIÓN CHONE

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
LICENCIADAS EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

TEMA:

“TRATAMIENTO DIETÉTICO Y ESTADO NUTRICIONAL DE
LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL PROYECTO
CHONE INCLUYENTE DEL CANTÓN CHONE”

AUTORAS:

CORNEJO ZAMBRANO LILIA INÉS
ZAMBRANO GARCÍA MARIA ELISA

TUTORA:

Lic. ELSA CASTILLO.

CHONE-MANABÍ- ECUADOR

2015

Chone, junio del 2015

Lic. Elsa Castillo Bravo Docente de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí extensión Chone, en calidad de director del trabajo de titulación.

CERTIFICO:

Que el presente TRABAJO DE TITULACIÓN con el tema: “TRATAMIENTO DIETÉTICO Y ESTADO NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL PROYECTO CHONE INCLUYENTE DEL CANTÓN CHONE” ha sido exhaustivamente revisado en varias sesiones de trabajo, se encuentra listo para su presentación y apto para su defensa.

Las opiniones y conceptos vertidos en este Trabajo de Titulación es fruto del trabajo, perseverancia y originalidad de sus autoras: Lilia Inés Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García, siendo de su exclusiva responsabilidad.

.....
Licda. Elsa Castillo Bravo

Chone, junio del 2015

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

La responsabilidad de las opiniones, investigaciones, resultados, conclusiones y recomendaciones presentados en este proyecto de titulación, es exclusividad de sus autoras.

Cornejo Zambrano Lilia Inés

Zambrano García María Elisa



**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
EXTENSIÓN CHONE**

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

**PREVIO A LA INCORPORACIÓN DE
LICENCIADAS EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe del Trabajo de Titulación sobre el tema: “TRATAMIENTO DIETÉTICO Y ESTADO NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL PROYECTO CHONE INCLUYENTE DEL CANTÓN CHONE”, elaborado por las egresadas **Lilia Inés Cornejo Zambrano** y **María Elisa Zambrano García** de la Carrera de Nutrición y Dietética.

Chone, junio del 2015

.....
Dr. Víctor Jama Zambrano. Mgs
DECANO

.....
Lcda. Elsa Castillo Bravo
DIRECTORA DEL
TRABAJO DE TITULACION

.....
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....
SECRETARIA

Dedicatoria

Siempre he pensado que la perseverancia, la voluntad, el esfuerzo y sobre todo la dedicación para llegar a una meta propuesta, van de la mano con personas indispensables en nuestras vidas que nos dan alas para seguir adelante, y que mejor gesto si no es dedicándoles mis logros.

Antes que todo tengo que dedicar este esfuerzo a nuestro Padre Celestial que día a día me muestra su infinito amor con actos llenos de fe, amor y esperanza.

En primer lugar dedico esta meta a mi madre, por toda su tenacidad y lucha para darme siempre lo mejor, por todo el valor que tuvo al asumir y cumplir dos roles protagónicos a lo largo de mi vida, tus palabras de aliento, y por tu amor incansable, que es el que me ha impulsado para lograr este objetivo. TE AMO MADRE.

A mis hermanos, a Edison que aunque hoy ya no estés físicamente con nosotros yo sé lo orgulloso y contento que estuvieras por este nuevo logro que alcance, a Katy que con sus consejos y apoyo me ha ayudado afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida y a Yorly que aunque tengamos nuestras diferencias y casi nunca estemos de acuerdo en nada, siempre prevalece nuestro lazo de hermanos.

A dos hombres muy especiales en mi vida al hombre que me dio la vida, mi padre, que a pesar de nuestra distancia, tu apoyo y cariño también fueron y seguirán siendo muy significativos en mi vida. Y al hombre que me brinda su amor todos los días a Alex por ese apoyo incondicional y fundamental en mi vida.

A mis pequeños consentidos, mis sobrinos que también han sido mi motivo para seguir de pie y mostrarme como ejemplo. Así mismo a mis cuñados modelos de esfuerzo, constancia y sabiduría.

A todos ustedes va dedicado esta nueva y magnífica meta que acabo de cumplir, por ser más que un motivo ser mi inspiración.

Lilia

Dedicatoria

A mi familia... por ser mi principal soporte, los que me brindaron su apoyo y estabilidad emocional y económica.

A todas las personas que me ayudaron y confiaron en mí.

A todos ellos...dedico este trabajo y la meta que estoy alcanzando.

María Elisa

Agradecimiento

Es bien sabido que para lograr ser una persona ejemplar moral y profesionalmente es importante tener valores, reconocer nuestros propios errores y virtudes, y saber ser agradecido con las personas que se encuentran apoyándonos en nuestro camino es por esto que...

Agradezco a Dios por aun despertar cada mañana y por las magníficas personas que ha puesto en mi vida.

A mi madre gracias, sabiendo que esta palabra y este papel son muy cortos para poder agradecer todas las cosas maravillosas que has hecho y seguirás haciendo por mí, destaco tu paciencia, tu amor infinito, tu compañía, tus consejos, y sobre todo tu apoyo en este triunfo y varias etapas de mi vida GRACIAS MADRE

A mis hermanos parte fundamental de mis logros, gracias por sus consejos y por apoyarme incondicionalmente a lo largo de toda mi vida porque nada sería igual sin ustedes.

Gracias a quienes me ilustraron sabiamente con sus altos conocimientos y por la entrega a su profesión.

A mi compañera de tesis gracias por haber sido paciente, y constante porque a pesar de nuestros desacuerdos, logramos nuestro objetivo.

Y por último y no menos importante gracias a todas esas personas que no he podido nombrar pero que fueron parte de mi vida y fieles testigos de este esfuerzo durante esta etapa que con uno u otro consejo o tan solo una palabra ayudaron a forjarme como mejor persona y en la profesional que me he convertido. GRACIAS INFINITAS A TODOS.

Lilia

Agradecimiento

Primero dar gracias a Dios, por el privilegio de poder estudiar, por iluminar mi mente y fortalecer mi corazón y especialmente por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el período de estudio.

A mis padres quienes siempre han querido mi bienestar y superación, siendo mi fuente de apoyo en todo momento y quienes se merecen todos los logros que obtenga a lo largo de mi vida.

A mis hermanos, sobrinos y a mi familia en general quienes me motivaron a ser mejor persona y profesional, estando junto a mí en días difíciles y también felices.

A mi compañera de tesis por acompañarme en este recorrido.

Y a los que entregaron parte de sus conocimientos durante todo este tiempo de estudio.

María Elisa

INDICE

	Paginas
Portada.....	i
Certificación del Tutor.....	ii
Declaración de autoría.....	iii
Aprobación del tribunal de grado	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vii
Índice general.....	ix
1. Introducción.....	1
2. Planteamiento del problema.....	3
2.1. Contextos.....	3
2.1.1. Contexto Macro.....	3
2.1.2. Contexto Meso.....	4
2.1.3. Contexto Micro.....	4
2.2. Formulación del Problema.....	5
2.3. Delimitación del problema.....	5
2.3.1. Campo.....	5
2.3.2. Área.....	5
2.3.3. Aspecto.....	5
2.3.4. Problema	5
2.3.5. Delimitación espacial.....	5
2.3.6. Delimitación temporal.....	5
2.4. Interrogantes de la investigación.....	5
3. Justificación.....	6
4. Objetivos.....	7
4.1. Objetivo general.....	7
4.2. Objetivos específicos.....	7
Capítulo I	
5. Marco teórico.....	8
5.1. Tratamiento dietético.....	8
5.1.1. Alimentación equilibrada.....	8
5.1.2. Nutrientes.....	9

5.1.3. Los alimentos.....	13
5.1.4. Grupos de alimentos.....	15
5.1.5. Intercambios de alimentos.....	18
5.1.6. Dietas terapéuticas.....	20
5.1.7. Tipos de dietas.....	20
5.1.8. Tratamiento dietético en la discapacidad.....	28
5.1.9. Alimentación en las personas con discapacidad física.....	29
5.1.10. Alimentación en discapacidad física asociada con parálisis cerebral.....	30
5.2. Estado nutricional.....	35
5.2.1. Valoración del estado nutricional.....	35
5.2.2. Consideraciones especiales de la valoración nutricional en los pacientes con discapacidad.....	36
5.2.3. Historia clínica y dietética.....	37
5.2.3.1. Datos personales.....	38
5.2.3.2. Antropometría.....	39
5.2.3.3. Anamnesis.....	48
5.2.3.4. Diagnóstico nutricional.....	51
5.2.4. Factores que alteran el estado nutricional.....	52
5.2.4.1. Factores biológicos.....	52
5.2.4.2. Factores ambientales	55
CAPÍTULO II	
6. Hipótesis.....	56
6.1. Variables.....	56
6.1.1. Variable Independiente.....	56
6.1.2. Variable Dependiente.....	56
6.1.3. Término de relación.....	56
CAPÍTULO III	
7. Metodología.....	57
7.1. Tipo de Investigación.....	57
7.2. Nivel de investigación.....	57
7.3. Métodos de investigación.....	57

7.4. Técnicas de recolección de información.....	58
7.5. Población y Muestra.....	58
7.5.1. Población.....	58
7.5.2. Muestra.....	58
8. Marco Administrativo.....	59
8.1. Recursos Humanos.....	59
8.2. Recursos Financieros.....	59

CAPITULO IV

9. Resultados obtenidos y análisis de datos.....	60
10. Comprobación de hipótesis.....	80

CAPITULO V

11. Conclusiones.....	81
12. Recomendaciones.....	82
13. Bibliografía.....	83
14. Web grafía.....	85
15. Anexos.....	86

1. INTRODUCCION

El tratamiento dietético son las necesidades nutricionales para un individuo normal. En este se toma en cuenta la cantidad, textura y calidad de los alimentos, para prevenir o tratar patologías o trastornos alimentarios que se presentan en una persona, este régimen debe ser individualizado debido a que varía según la talla, peso, edad y actividad física.

El estado nutricional es la situación en la que se encuentra un individuo en relación a la ingestión y el gasto energético, este nos mostrará si la persona cubre sus requerimientos diarios de energía. El estado nutricional se evalúa mediante indicadores antropométricos, bioquímicos y clínicos, el resultado de estos ayudarán a diagnosticar si el paciente se encuentra en un estado de obesidad, sobrepeso, bajo peso, o peso normal.

La discapacidad presenta una relación entre las particularidades del organismo humano, generalmente abarca las deficiencias y las limitaciones de las actividades que afectarán a la estructura o buen funcionamiento del cuerpo, a la ejecución de tareas diarias y poder participar de diversos escenarios vitales.

Los individuos con discapacidad generalmente poseen un incorrecto estado nutricional debido a que la ingesta de nutrimentos es desproporcionada y por ello el diagnóstico puede ser desnutrición u obesidad. Las principales causas de esta problemática son la dependencia en la adquisición de alimentos y las patologías que se relacionan a la discapacidad.

En el **capítulo I** de este trabajo constará el marco teórico el cual nos detalla la temática fundamental de la investigación que trata sobre el Tratamiento Dietético con sus subtemas: Alimentación Equilibrada, Los alimentos, Intercambios de alimentos, Tipos de dietas y Alimentación en la Discapacidad; y el Estado Nutricional con sus subtemas: Valoración del estado nutricional, Historia clínica,

Antropometría, Diagnostico nutricional y Factores que alteran el estado nutricional. En este capítulo se expondrán los antecedentes, importancia y posibles problemáticas que aparecen en los temas.

En el **capítulo II** se presentará la hipótesis El tratamiento dietético incide en el estado nutricional de las personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente del cantón Chone, las variables de la investigación, la variable independiente: tratamiento dietético y la variable dependiente: estado nutricional y el término de relación.

En el **capítulo III** se expondrá la metodología con los tipos, niveles y métodos de investigación, las técnicas que fueron utilizadas para la recolección de la información, la población y muestra; además del marco administrativo con los recursos humanos y financieros que se emplearon.

El siguiente trabajo se realizó con personas con discapacidad del “Proyecto Chone Incluyente” una idea que nace del Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Chone en convenio con el Ministerio de Inclusión Económica y Social y el Gobierno Provincial de Manabí.

En el **capítulo IV** se detallan las tabulaciones de los resultados obtenidos mediante las técnicas de recolección de información, es decir de la encuesta que se le aplicó a los familiares o cuidadores de las personas con discapacidad y a los técnicos que laboran en el proyecto Chone Incluyente, así mismo de la entrevista a la coordinadora del Proyecto Chone Incluyente; todos estos datos con su respectivo análisis e interpretación. Finalizando este capítulo con la comprobación de la hipótesis planteada.

En el **capítulo V** están plasmadas las conclusiones y recomendaciones elaboradas por las investigadoras en base a todo el trabajo investigativo y los datos obtenidos, además se encuentra la bibliografía, webgrafía y anexos del trabajo de titulación.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. CONTEXTOS

2.1.1. Contexto Macro.-“De la población mundial, se estima que en el 2010 más de mil millones de individuos presentan algún tipo de discapacidad, lo que corresponde aproximadamente al 15% de la población. Siendo esta cantidad superior a las estimaciones que en los años de 1970 brindó la Organización Mundial de la Salud. Según la Encuesta Mundial de Salud las personas con 15 años y más presentan una discapacidad lo que afecta a cerca de 785 millones de personas (15,6%). Existen otros datos como los del proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad que estiman una cifra aproximada a los 975 millones (19,4%).

El informe mundial sobre la discapacidad, aparte de las cifras mencionadas invita a tomar medidas a todas las partes interesadas (incluyendo en este grupo a los gobiernos, organizaciones de la población con discapacidad, y a las organizaciones de la sociedad civil) a actuar en la creación de entornos adecuados, a iniciar servicios de rehabilitación y de apoyo, además de la inclusión a la sociedad creando políticas y programas a favor de dicha población.”¹

“En Chile existen un 12.9% de personas con discapacidad, siendo la discapacidad física la que se presenta con mayor porcentaje. Esta situación posee adversidades en la alimentación, debido a la forma para obtener y preparar los alimentos. Se realizó un estudio con los beneficiarios del Programa de ayudas Técnicas Municipal de la comuna de Temuco, siendo la población de 28 personas en edades de 22 a 64 años con un porcentaje mayor de 70% de discapacidad física y nivel socioeconómico bajo, con el fin de conocer la situación nutricional. Los resultados revelaron que el 71.4% del grupo poseen una ingesta calórica excesiva. Consumen excesos de carbohidratos y bajo consumo de vitaminas, minerales, fibra y agua.”²

¹ www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

² www.med.ufro.cl/nutricionydietetica/Resumenes%20Proyectos%20Tesis

2.1.2 Contexto meso.- En Ecuador, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) implementó procesos para prevenir, promocionar, diagnosticar y tratar la salud de las personas con discapacidad mediante los artículos interinstitucionales y el fomento de prácticas en los centros de atención, con esto se busca promover la cultura de la prevención de la discapacidad en colaboradores de servicios de salud y la población en general, y así prevenir patologías que incapaciten al individuo a través de programas de salud pública encaminadas al diagnóstico a tiempo y a la atención de la discapacidad a lo largo de la vida. Además se implementó un plan en el cual los usuarios de los servicios MIES tengan un control de la salud, estableciendo capacitaciones de la prevención de salud orientadas a las familias de personas con discapacidad o encargadas del cuidado de los mismos.³

2.1.3 Contexto micro.- A pesar de la importancia que tiene la nutrición en el estilo de vida de los individuos y mucho más en grupos vulnerables como lo son las personas con discapacidad, en el Cantón Chone no existen programas y datos nutricionales que se manejen para mejorar el estilo de vida de los mismos, mediante una equilibrada y variada alimentación tanto en porciones como en los grupos de alimentos, puesto que al haber una nutrición correcta se aumentará la inmunidad y reducirá la vulnerabilidad para contraer enfermedades.

El Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Chone mediante el Patronato de Acción Social creó el Proyecto Chone Incluyente que tiene como propósito la promoción, inclusión, prevención y la salud integral de los niños y adultos con discapacidades, sin embargo este no consta de un profesional de nutrición que evalúe, oriente y les dé un respectivo seguimiento nutricional a este grupo de personas. Dentro de este proyecto los técnicos visitan a los beneficiarios brindándoles terapias físicas, capacitaciones, clases de motivación e integración a los padres o cuidadores. Las personas beneficiadas de este programa habitan en sectores urbano-marginales y rurales del cantón Chone.

³ <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Inclusiva-para-personas-con-discapacidad.pdf>

2.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.

¿Cómo el tratamiento dietético incide en el estado nutricional de las personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente del cantón Chone en el segundo semestre del 2014?

2.3. DELIMITACION DEL PROBLEMA.

2.3.1. Campo de estudio.- Salud

2.3.2. Área.- Alimentación

2.3.3. Aspecto: a) Tratamiento Dietético b) Estado Nutricional

2.3.4. Problema.- El estado nutricional es un indicador determinante en la salud integral, sobre todo cuando se tiene alguna patología o discapacidad implicada que pueda afectar la integración óptima con la sociedad, por ello se debe trabajar con grupos vulnerables, como lo son las personas con discapacidad que integran el Proyecto Chone Incluyente de la ciudad de Chone.

2.3.5. Delimitación espacial.- Se llevó a cabo en el Proyecto Chone Incluyente.

2.3.6. Delimitación temporal.- Se realizó en el segundo semestre del año 2014.

2.4 INTERROGANTES DE LA INVESTIGACION.

- ¿Cuál es el tratamiento dietético para personas con discapacidad?
- ¿Cuáles son los factores que alteran el estado nutricional de las personas con discapacidad?
- ¿Cuáles son los parámetros para evaluar a las personas con discapacidad?
- ¿Cómo el tratamiento dietético mejora el estado nutricional de las personas con discapacidad?

3. JUSTIFICACION

El presente trabajo investigativo sustenta su **importancia** ya que se realizó con un grupo vulnerable en la salud, alimentación, educación y en la integración de la sociedad, como son las personas con discapacidad que integran el “Proyecto Chone Incluyente” de la ciudad de Chone.

El **interés** de este proyecto se determina porque representa un aporte nutricional para los encargados de la alimentación de las personas con discapacidad, además de representar relevancia en la sociedad a los proyectos de este tipo ya que va en conjunción con las políticas de Estado relacionadas a la atención a las personas con necesidades especiales.

Así mismo, este proyecto **beneficia** a las personas con discapacidad que integran el proyecto Chone Incluyente, porque les permite mejorar el estado nutricional mediante un tratamiento dietético individualizado, además como beneficiaria indirecta la familia de los mismos y los investigadores que podrán por medio de la recogida de información argumentar y respaldar su proceso investigativo.

En cuanto a la investigación, esta ayuda a cumplir las aspiraciones de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí extensión Chone, enfocando que sus futuros profesionales se integren con la comunidad aplicando los conocimientos adquiridos en la carrera de Nutrición y Dietética durante el tiempo de estudios, mediante intervenciones y colaboraciones para el desarrollo sustentable y el mejoramiento de las condiciones de vida de los y las habitantes de Chone y Manabí.

Además, la **factibilidad** se fortalece gracias a la colaboración de la Coordinadora del Proyecto y los técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente, quienes nos facilitaron la información y datos importantes de las familias intervenidas, además se contó con los recursos necesarios para trabajar durante el proceso de la investigación.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia del tratamiento dietético en el estado nutricional de las personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente del cantón Chone, en el segundo semestre del 2014.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los parámetros para elaborar el tratamiento dietético.
- Analizar los factores que alteran el estado nutricional de las personas con discapacidad.
- Aplicar la valoración antropométrica y nutricional a las personas con discapacidad.
- Indicar los tratamientos dietéticos de acuerdo al estado nutricional de las personas con discapacidad.

CAPITULO I

5. MARCO TEORICO

5.1. TRATAMIENTO DIETÉTICO

El Tratamiento dietético consiste en un plan alimentario que aporte todos los nutrimentos esenciales, adaptado a las diferentes patologías o trastornos que presente la persona evaluada. Se toma en cuenta el valor energético, la cantidad, y las propiedades de los nutrientes además la textura conveniente sea esta solida o liquida.

Se ha estudiado mucho sobre la prevención y la intervención de las discapacidades cuando se muestra un problema en la alimentación, siendo la terapia nutricional médica un elemento importante para prevenir e intervenir en las complicaciones nutricionales que se presenten.

5.1.1. Alimentación equilibrada.- Con el pasar de los años han ido evolucionando las orientaciones dietéticas tanto en el conocimiento de la composición de los alimentos como en el efecto fisiológico que originan en el cuerpo. Dichas orientaciones dietéticas tienen como base estudios científicos en nutrición y en ciencias que estudian los alimentos, lo que ha permitido que se implanten reglas de una alimentación sana de acuerdo a criterios que se pueden expresar de dos formas: “ingestas recomendadas” o “estándares nutricionales”.

El estado fisiológico, las necesidades básicas, la actividad física que realice y el medio externo en el habita son componentes que sumados ayudaran a conocer las necesidades nutricionales de cada individuo. Es recomendable respetar los equilibrios de las proporciones de los estudios de las necesidades nutricionales que se rigen a factores de eficacia alimentaria y de interrelaciones. Por ejemplo el equilibrio determinado entre energía y carbohidratos (55-60%) energía y grasas

(25-30%), energía y proteínas (12-15%), fosforo/calcio, potasio/sodio, glúcidos/tiamina, entre otros.

Por ello, sería ideal no solo cubrir los aportes de hidratos de carbono, dejando a un lado los requerimientos vitamínicos o proteicos. Con esto se trata de explicar que en todo momento debe existir un equilibrio en los grupos de nutrientes, inclusive puede ser más relevante que compensar el valor total de un solo nutrimento.

La población con mayor vulnerabilidad nutricional son: las mujeres en gestación, las lactantes, los niños y los adultos mayores por lo que en estas etapas los requerimientos energéticos, proteicos y vitamínicos deben ser de mayor prioridad e interés para la salud, por el desarrollo físico y mental de los mismos.

5.1.2. Nutrientes.- La palabra nutrientes se define como el/los elementos de un alimento necesarias para que el organismo lleve a cabo el buen funcionamiento y correcto estado de salud. Los nutrientes según sus compuestos se clasifican en los siguientes: lípidos, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua; a continuación se citara cada uno de ellos con sus respectivas funciones que realizan en el organismo.

a) Lípidos

Desde el punto de vista bioquímico los lípidos son una combinación de moléculas compuestas por: átomos de carbono, hidrogeno y oxígeno. Son solubles en disolventes orgánicos como el benceno y el éter e insolubles en agua. Su clasificación está dada en tres grupos: triglicéridos, esteroides como el colesterol y fosfolípidos como la lecitina. En los alimentos encontramos a los triglicéridos en mayor cantidad. Las grasas son una combinación de varios ácidos grasos los cuales se clasifican en dos grupos: saturados e insaturados.

En los ácidos grasos saturados se hallan los alimentos de origen animal como: manteca, carnes grasas, piel del animal, embutidos, y ciertos aceite como el de coco

y el de palma, y los ácidos grasos insaturados los encontramos en productos de origen vegetal como: el aceite de oliva, aceite de maíz, aceite de girasol, aceite de canola y frutos secos como nueces, almendras y avellanas.

Los lípidos organizan realizan funciones esenciales en el organismo como: la función de reserva energética, estructural, biocatalizadora, térmica, transportadora. Como principal característica de este nutriente tenemos que es la principal fuente calórica del organismo, se aporta 9 kcal por cada gramo que se consume de alimento.

b) Carbohidratos

En la estructura bioquímica de este nutriente la autora (**Velázquez, (2006) Fundamentos de alimentación saludable, pág. 5**) explica que: “Los carbohidratos están formados por moléculas de carbono, hidrogeno y oxígeno. Este nutriente se clasifica en tres grupos: los azúcares o también llamados carbohidratos simples (monosacáridos, disacáridos y alcoholes azucarados), los oligosacáridos (malto-oligosacáridos y otros) y los carbohidratos polisacáridos o complejos (celulosa y almidones).

Los alimentos que pertenecen al grupo de los monosacáridos son: el azúcar, los lácteos y las frutas, los disacáridos esta en ciertas verduras y la malta y en los polisacáridos se encuentran los almidones y fibra como: el plátano, arroz, maíz, la yuca, panes, las arvejas y leguminosas como la lenteja y frejoles. Este nutriente aporta 4 kcal por un gramo de carbohidrato.

Como primordial función de los hidratos de carbono es ser la principal fuente de energía al cuerpo humano priorizando al sistema nervioso y al cerebro, una dieta que no aporte carbohidratos al organismo puede causar lipolisis, pérdida masiva de sodio, formación de cuerpos cetónicos y aumenta el catabolismo proteico. Llevando a consecuencias más graves como a la hipotensión y deshidratación.

c) Proteínas

Las proteínas presentan en su estructura bioquímica moléculas de carbono, hidrogeno, oxígeno y nitrógeno constituido por cadenas de aminoácidos: esenciales y no esenciales. Además puede estar conformada por otros minerales como el fosforo, el hierro, el azufre y el cobalto. La proteína corporal forma parte de los sistemas enzimáticos e inmune, es importante en el papel estructural de los tejidos y para la síntesis en el organismo, esto dependerá de la cantidad de aminoácidos esenciales de la alimentación y las kilocalorías totales del consumo diario.

Las fuentes de las proteínas se dividen en dos: las de origen animal y las de origen vegetal. Dentro de las fuentes de proteínas animal se encuentran las carnes rojas (res, cerdo y cordero), carnes blancas (pollo, pescado y pavo), productos lácteos (leche, yogurt y queso) y huevo; en las fuentes de proteínas vegetal se encuentran, las leguminosas (garbanzos, frejoles secos, lentejas y soya) y frutos secos (almendras, nueces, avellanas, pasas).

Las proteínas se deben de obtener por medio de los alimentos ya que estas son de gran importancia por determinar la forma y estructura de cada una de las células y orientan la mayor parte de los procesos vitales. La principal función de las proteínas es de carácter estructural y funcional, además de cumplir otras funciones biológicas como son: plasmáticas, reguladora, inmune, plástica, regulación genética, equilibrio acido-base y homeostasis. Este nutriente también aporta 4kcal por cada gramo de proteínas.

d) Vitaminas

Las vitaminas son micronutrientes esenciales, no calóricos, su estructura química está compuesta por carbono, hidrogeno, oxígeno, nitrógeno, fósforos y otros elementos químicos como el zinc, calcio y magnesio en pequeñas cantidades. Estas

se obtienen en una gran diversidad de alimento siendo su principal fuentes dietéticas las frutas y verduras.

La principal función es facilitar muchas reacciones químicas como la liberación de energía de los carbohidratos, proteínas y grasas. Se requieren en dosis pequeñas. Las vitaminas se clasifican en liposolubles e hidrosolubles estas se encuentran en todos los alimentos tanto de origen animal como de origen vegetal, a excepción de la vitamina B ya que esta solo se encontrara en los alimentos de origen animal.

e) Los minerales

Los minerales son sustancias inorgánicas que se encuentran tanto en los alimentos como en el organismo de forma iónica. De los 40 minerales que existen se ha comprobado que solo 15 son principales para la vida. Los minerales se clasifican en relación con la cantidad que necesita el organismo: macrominerales y microminerales. Cuando las cantidades diarias en el adulto son mayores de 100 mg los llamamos macrominerales. Los microminerales a su vez se subdividen en dos grupos: los minerales cuyas necesidades oscilan entre 1 y 100mg/d y el otro grupo cuyos requerimientos de minerales son menores de 1 mg/d.

Los minerales se obtienen de los alimentos, a pesar de que no son energéticos son necesarios para el organismo ya que cumplen diversas funciones importantes como el equilibrio de los líquidos corporales y la participación en numerosos procesos metabólicos. Su principal fuente alimenticia es las frutas y verduras

f) Agua

El agua es el componente principal para la vida, su función en el organismo es vital, ya que gran parte de las estructuras de las células, los órganos y los tejidos están conformados de agua, interviene en la regularización de la temperatura corporal, ejerce como medio de transporte de los nutrientes en el plasma. Esta se

encuentra ampliamente distribuida en los alimentos; las frutas y verduras están compuesta por alrededor del 95% de agua en su peso, y mientras que el 50% en queso y carne.

La ingesta de agua debe ser apta para conservar el equilibrio de ingreso y gasto, para el autor **(Gil (2010) Tratado de Nutrición, pág. 42)** “La pérdida de agua corporal en un 10% puede causar graves trastornos en los tejidos, órganos y/o sistemas; y si la pérdida logra el 20% puede provocar la muerte del individuo. El aporte de agua posee tres orígenes:

- Agua que procede de los alimentos (1200ml aproximadamente)
- Agua endógena, la cual se libera en las reacciones metabólicas (300-400ml)
- Agua que proviene de los líquidos o bebidas que se consumen diariamente, estas además de aportar importantes minerales representa la parte aplicable del porcentaje diario.”

5.1.3. Los alimentos.- Por la palabra alimentos se entiende como los productos sólidos o líquidos que son consumidos por el ser humano con finalidades física y psicológicas, la física en cargándose de normalizar el ritmo del metabolismo y conservar las funciones fisiológicas; y la finalidad psicológica proporcionará un efecto de saciedad y gratificación.

a) Clasificación de los alimentos

Existen diversas clasificaciones de los alimentos; en la siguiente cita los autores **(Salas-Salvado, Bonada y otros (2000) nutrición y dietética clínica, pág. 17)** refieren: “Por ejemplo: se pueden clasificar a partir del punto de vista biológico en alimentos de origen animal o vegetal según la procedencia. También se los puede clasificar según criterios económicos y de acuerdo con el sistema de obtención, estos pueden ser los productos de origen agrícola, los de procedencia marina y los

que se obtienen de la ganadería. A esta postura se le puede sumar el costo de cada producto, estrechamente ligados a las técnicas de crianza y/o producción.

Cuando la clasificación es desde un punto de vista tecnológico se toma en cuenta el grado de dificultad de la intervención en el que están sometidos los alimentos o el producto final de los mismos. Según la Organización Mundial de Salud (OMS) los alimentos se clasifican en primarios, secundarios o terciarios. Dentro de los alimentos primarios se encuentran las frutas, cereales, leche y el pescado fresco. Los alimentos secundarios incluyen mantequilla, zumo de fruta, harina, aceite, pescado en salazón. Los denominados terciario son los productos lácteos como el yogurt o queso, las pastas o pan, margarina, atún en aceite, mermelada. Existen alimentos que al momento de la elaboración pierden la capacidad para ser reconocidos por un origen único, estos alimentos son llamados cuarteciario. Entre ellos tenemos: jalea de frutas, productos de pastelería y bollería, mayonesa, helados, etc.

Desde el punto de vista nutricional se clasifica a los alimentos de acuerdo al nutriente que predomine. En ciertos alimentos es difícil la elección por un nutriente específico debido a que en su composición poseen variados nutrientes. Citando un ejemplo tenemos a las leguminosas, las cuales tienen un contenido alto en carbohidratos (polisacáridos) por ello tradicionalmente se las ha clasificado en los alimentos que aportan energía, sin embargo en otras clasificaciones se las hallan en el grupo de los alimentos que aportan proteínas, igualándolas al grupo de las carnes, cuando nutricionalmente es más pequeño el contenido biológico de la proteína en relación de los carbohidratos.

La clasificación de los diversos alimentos se debe al interés de poderlos precisar en grupos nutricionalmente parecidos y así establecer igualdades nutricionales en los diferentes alimentos del mismo grupo. Existen otras organizaciones que también ofrecen su clasificación de los alimentos. La Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (FAO) los agrupa en tres grupos: los cuales

puedan resguardar la función de dar energía, contener elementos que ayuden para la plasticidad o la inclusión de materiales para la correcta regulación orgánica. Otra de las opciones es la de la agrupación de los alimentos en básicos, complementarios y superfluos con el fin de que se creen prioridades y se pueda mantener una frecuencia de alimentos con consumo saludable.”

5.1.4. Grupos de alimentos.- Con la finalidad de poder facilitar la elaboración de dietas se han planteado a los en diferentes grupos alimenticios según su origen, que variados afirmaran una alimentación adecuada, por lo cual se cita en los siguientes párrafos los diferentes grupos de alimentos conformados por los cereales, cárnicos, frutas, verduras, leguminosas, azúcares y grasas.

a) Cereales

La principal función de este grupo es aportar energía por medio de los hidratos de carbono, estos alimentos cumplen un rol importante dentro de la dieta, por lo que, en los niños deben ser consumidos en las cinco comidas, mientras, que en los adultos se debe consumir en las tres comidas principales. Estos alimentos son: el pan, el arroz, el plátano, los fideos, las harinas, los cereales, entre otros.

La principal característica de este grupo es que los hidratos de carbono complejos se encuentran en forma de almidón. La elaboración de estos se lo realiza a partir de harinas poco refinadas, además que es considerable la cantidad de fibra dietética que aportan estos alimentos. Sin olvidar que este grupo también posee cantidades importantes de proteínas en forma de aminoácidos, vitaminas principalmente del grupo b y sales minerales.

b) Hortalizas y frutas

Este grupo de alimentos, se caracterizan por su alto contenido en agua, vitaminas y minerales, además de poseer fibra dietética. Por su bajo contenido en glúcidos

(siendo más bajos estos en verduras), son muy recomendadas consumirlas en la dieta diaria con una ración en cada comida, ya sea de forma crudas o cocidas.

Ser alimentos reguladores es su principal función en el organismo. Uno de los mayores problemas es el corto tiempo de su vida útil, especialmente en las frutas, requiriendo mayor cuidado en su conservación y no exceder los minutos de cocción para evitar la pérdida de las propiedades nutritivas como vitaminas, minerales y fibra.

c) Productos lácteos

“Según el Codex Alimentarius, se entiende por producto lácteo al producto que se obtiene de cualquier fabricación de la leche, puede incluir aditivos alimentarios y otros ingredientes que pueden ser necesarios para elaborar dicho derivado lácteo. La variedad de los productos lácteos puede variar dependiendo de cada región y de países debido a su clima, además de factores como las tecnologías para la elaboración de la leche y sus derivados, los hábitos alimenticios, las situaciones culturales y sociales y las demandas de compradores-vendedores.”⁴

Los productos lácteos son la leche, el queso y el yogurt, la principal característica nutricional de este grupo de alimentos es ser el grupo más completos en su contenido ya que poseen todos los nutrientes, estos están conformados por: proteínas de alto valor biológico, vitaminas y minerales como la vitamina D .y el calcio y el carbohidrato (lactosa). La grasa de estos alimentos posee ácidos grasos de cadenas cortas y medias por lo cual facilita la digestión.

En los derivados lácteos como el yogurt, hay que tener presente que la flora intestinal es regulada por los microorganismos que aparecen de esta fermentación. Además se debe tener en cuenta en casos de personas con sobrepeso y patologías (esteatosis hepáticas, enfermedades cardíacas, hiperlipidemias) se debe reemplazar la leche entera por leches descremadas.

⁴ http://www.fao.org/agriculture/dairy-gateway/leche-y-productos-lacteos/es/#.VU05_fl_Oko

d) Carnes

La palabra carne se refiere a un tipo de tejido muscular que proviene de los animales estas se clasifican en carnes rojas que suelen ser carnes grasas (res y cerdo) y las carnes blancas que su contenido en grasa es inferior que las rojas (aves y pescado). Este grupo de alimentos poseen proteínas de alto valor biológico, minerales y oligoelementos importantes como el hierro que se encuentra en altos porcentajes y vitaminas del grupo B. las carnes cumplen un papel importante nutricionalmente en el equilibrio de los omnívoros, consumiendo siempre las cantidades adecuadas para cada individuo y escogiendo las carnes menos grasas, ya que este es otro elemento que se encuentra en grandes cantidades en muchos de los alimentos de este grupo. Por tal motivo se recomienda un consumo mayor de carnes blancas en relación al consumo de carnes rojas.

e) Leguminosas

Las leguminosas o legumbres son semillas comestibles o granos secos que salen de una vaina, por sus propiedades nutrimentales son consideradas recomendables consumirlas en la alimentación, en su composición contienen un alto porcentaje de proteínas y de carbohidratos, además de fibra dietética, minerales y vitaminas en un menor porcentaje.

Las leguminosas son un sustituto del grupo de los cárnicos porque contienen proteínas incluso superior a este grupo, sin embargo es inferior el valor biológico de proteínas. Dentro de este grupo alimenticio se encuentran las lentejas, la soya, los garbanzos, los frejol seco, habas secas, arveja, las judías y los guisantes.

f) Grasas

Este grupo es un elemento lipídico, que contiene un alto valor energético, está compuesto por ácidos grasos esenciales para el organismo. Se los utiliza para aliñar los alimentos y a su vez como componente de cocción, este grupo de alimentos debe

tener un consumo medido. Debido a su alto contenido en ácidos grasos los frutos oleaginosos o también llamados frutos secos se incluyen muchas veces en este grupo. Además poseen en su composición nutricional cantidades significativas de carbohidratos, proteínas, sales minerales y vitaminas. Su contenido en agua es bajo y alto en grasas, por ello se los denomina alimentos de alta densidad nutricional y energética.

“Las grasas son un grupo de nutriente que se adquiere de los alimentos. Aunque el consumo de algunas grasas (aceites vegetales, frutos oleaginosos) es fundamental se debe tener cuidado con las cantidades debido a que comer demasiado puede ser perjudicial. Las grasas, al igual que los carbohidratos, le dan al cuerpo la energía necesaria para realizar las labores diarias. Cuando se realiza ejercicios el cuerpo utiliza las calorías de los hidratos de carbono y grasas que se ha consumido en la alimentación. Este grupo ayuda al mantenimiento de la piel y a conservar el cabello saludable, además ayuda a la absorción de las vitaminas A,D,E,K y vitaminas liposolubles.”⁵

g) Azúcares

Este grupo contiene principalmente sacarosa en un 99,5% el cual es un carbohidrato formado por glucosa y fructosa, dentro de la función que realiza es brindar energía al cuerpo, no obstante se deben consumir en moderación por lo que contienen calorías vacías, es decir que aportan calorías en la dieta, mas no, los nutrientes esenciales necesarios para el organismo. En este grupo de alimentos podemos encontrar los que son: las bollerías, dulces o caramelos, helados, pastelerías y otros.

5.1.5. Intercambio de alimentos.- Es un sistema el cual nos permite crear y diseñar menús por la afinidad de cada individuo, mediante el intercambio de alimentos. Esto se da según la función y composición de sus nutrientes específicos de cada grupo de alimentos y por el valor calórico que presenten los mismos, es decir, se

⁵ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000104.htm>

reemplaza un alimento por otro del mismo grupo de nutrientes que contengan. A continuación se presenta un esquema del intercambio de alimentos.

Grupos de alimentos	Alimentos	Porciones
Lácteos y derivados	Leche, queso y yogurt	1 tz de leche o de yogurt 1 tajada o 45gr de queso
Cereales	Arroz, pan, hojuelas de cereales, fideos o pastas, papas, yuca, plátano	1u de pan 1u pequeña o 90gr de yuca o plátano ½ tz o 90gr de arroz, hojuelas de cereales, o papas ½ tz o 60 gr de fideos
Carnes	Ave, pescado, res, cerdo, huevo o leguminosas (lentejas, garbanzos, arvejas, soya o frejoles secos.)	1u o 60gr de huevo 60-90gr o ½ de tz de carne 30gr o ¼ de tz de leguminosas
Frutas	Piña, sandia, melon, manzana, uva, pera, frutilla, banana, naranja, duraznos, entre otras.	1u o 100-120gr de pera, manzana, banana o naranja. 1 tz o 100-120 gr de piña, sandia, melon, uva o frutilla.
Verduras	Brocoli, coliflor, zanahoria, tomate, repollo, pimiento, pepino, rabanos	1 tz cruda o ½ tz hervidas o 180gr de Brocoli, coliflor, zanahoria, tomate, repollo, pimiento
Grasas y azúcares	Mantecas, aceites, azucar de mesa	1cdta o 5 gr de mantequilla, mayonesa, manteca 1cdta o 5 ml de aceite 1cdta o gr de azúcar

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética

5.1.6. Dietas terapéuticas.- Según (Moreno y otros, (1997) **Diagnóstico y tratamiento en enfermedades metabólicas, pág. 528**)_“Los hábitos alimenticios de cada persona se obtienen en la etapa de la infancia y se enriquecen al transcurrir los años, estos se pueden ver influenciados por las circunstancias en las que los alimentos son ingeridos, el placer y bienestar que el consumo origina, entre otros. Por lo mencionado es de gran importancia conocer en el momento de implantar un plan terapéutico nutricional o régimen terapéutico alimenticio y lograr por parte del paciente la adhesión a la dieta.”

Se entiende por dieta a una alimentación equilibrada dentro de la cual se modifican una o más particularidades de esta, estas pueden ser nutritivas, en cantidades o cualitativamente; además se toma en cuenta algunos aspectos como: las propiedades organolépticas de los alimentos y la elaboración o cocción de los mismos.

Dentro del tratamiento médico de muchas patologías y/o trastornos la dieta cumple un papel relevante. Puede ser el único tratamiento en muchos casos clínicos, en otros casos se acompaña con medicamentos y métodos terapéuticos que darán paso a una mejora o curación de la enfermedad. Las dietas se pueden suministrar por diferentes medios como son: oral, enteral y parenteral

5.1.7. Tipos de dieta.- Entre las dietas que ilustran esta investigación se consideran las siguientes:

a) Dieta líquida

Esta dieta se caracteriza por estar constituida por alimentos líquidos, sin embargo podrán incluirse materias alimenticias emulsionadas o disueltas. Este tipo de dieta se le prescribe a los pacientes pre o postquirúrgicos, o a las personas con enfermedades digestivas, o problemas de masticación; Este régimen se lo realiza en

ciclos cortos de 2 a 4 horas, y 5 veces al día cuando la consistencia de la dieta es más espesa.

Tiene como principales objetivos facilitar el reinicio de la alimentación en las diferentes situaciones patológicas o en los pacientes pre o postquirúrgicos y saciar la sed que presente el paciente evitando la deshidratación de la cual este pueda ser víctima; sus características principales son: suprimir la masticación, aligerar la digestión y dejar escasos residuos gástricos lo que permitirá a los pacientes una rápida recuperación.

Se debe tener en cuenta que en este tipo de dieta existe una serie de inconvenientes entre los primordiales se encuentra que es una dieta hipocalórica y nutricionalmente no está bien equilibrada. Este tipo de dieta también la utiliza como método para bajar de peso, no obstante, están restringidas en los niños, adolescentes, personas con patologías como diabetes, con hipotensión y depresivas.

En el siguiente cuadro se muestran los diferentes grupos de alimentos y la preparación que se debe adaptar a dieta líquida.

Dieta líquida		
Grupo de alimentos	Permitidos	No permitidos
Lácteos y derivados	Leche descremada Yogurt natural	Queso Leche entera
Carnes	Caldos de pollo, pavo y pescado	Caldos de carnes de carnes res y cerdo
Cereales	Coladas de avena, maíz, arroz y plátano	
Frutas	Jugos naturales preferibles frutas cocidas pasados por el colador	Jugos de frutas acidas limón, naranja, toronja

Grasa y azúcares	Azucar y miel en moderación	Aceites, mantequillas
Nota: se permiten consumir bebidas como infusiones, tè o gelatinas debido a la deshidratación que pueda sufrir las personas a las que se les aplica esta dieta, también esta lista puede variar, dependiendo que otra complicación del paciente o por el motivo que haya ingresado en este regimen.		

Elaborado por: Lilia Comejo Zambrano y María Elisa Zambrano García egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética

b) Dieta blanda

Esta dieta se diferencia por la textura de sus alimentos que son mucha más suaves al momento de su preparación en relación a una dieta general, es indicada en pacientes postquirúrgicos o con diferentes patologías o alteraciones gastrointestinales y en personas que estén atravesando un proceso de realimentación. Se debe hacer como mínimo 5 comidas en el día.

La dieta blanda es aquella que se da con una dieta intermedia entre la dieta líquida y la dieta general, por lo que se la emplea como un régimen de transición. Entre las características que presentan están las siguientes: ser baja en grasa, condimentos y fibra dietética, sus porciones tienen que ser pequeñas y los alimentos deben ser previamente cocidos.

Los objetivos específicos en los que se basa principalmente esta dieta son:

- Ser de fácil digestión,
- De fácil masticación
- No estimular la secreción gástrica

Es decir que esta dieta ayudara al aparato digestivo a no sobrecargarlo. Esta dieta al igual que la dieta normal es completa en cuanto a sus nutrientes ningún alimento su única diferencia es la modificación de sus texturas en los alimentos.

Dieta blanda		
Grupo de alimentos	Permitidos	No permitidos
Lácteos y derivados	Leche descremada Queso fresco Yogurt	Quesos grasos o viejos Leche entera
Carnes	Carnes magra pollo, pavo y pescado blanco todas picadas, molidas y al vapor Huevo hervido	Carnes grasas res, cerdo y también vísceras y embutidos. Huevo frito
Cereales	Arroz, fideos, papas, maíz, yuca	Producto de bollería Pastelerías
Frutas y verduras	Jugos naturales preferibles frutas cocidas Frutas en compotas Frutas maduras Frutas y verduras cocidas, todas excepto las no permitidas	frutas ácidas limón, naranja, toronja Verduras flatulentas repollo, coliflor y cebolla Verduras y frutas crudas
Grasa y azúcares	Azúcar, flan y miel en moderación Aceite de oliva y mantequilla de origen vegetal en moderación	Aceites, mantequillas y mantecas de origen animal Mayonesa y natas Chocolate
Nota: no se permiten utilizar condimentos artificiales.		

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética

c) Dieta general

La dieta general o también llamada dieta basal consiste en realizar un plan de dieta equilibrada y variada, en esta dieta no se realiza ningún tipo de modificaciones en cuanto a sus nutrientes, preparaciones o cocción y textura, otra características es que se deben realizar 5 comidas: 3 principales y 2 intermedias; con una distribución el 55-60% en hidratos de carbono, grasas del 28-30% y proteínas del 12-15% Desde el punto de vista médico se la prescribe a pacientes sano o a pacientes que no requieran un cambio especial en la dieta.

GRUPOS DE ALIMENTOS	PERMITIDOS	CON MODERACIÓN
Todos <ul style="list-style-type: none">• Cereales• Cárnicos• Leguminosas• Lácteos y Derivados• Frutas• Verduras• Azúcares en moderación• Grasas en moderación	Todos excepto los que están en la lista de moderación	Alimentos ricos en grasas, azúcar y sal. Aceites, mantequillas, embutidos y enlatados Azúcar simple y alimentos que la contenga bollería, pastelería, mermeladas y dulces.
Nota: Todos los alimentos se podrán consumir en este tipo de dieta siempre en las porciones indicadas, variando todos los grupos de alimentos y porciones recomendadas		

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

d) Dieta hiposódica

La dieta hiposódica puede ser una dieta general o blanda, limitando o disminuyendo el porcentaje de sodio diario, la cantidad de sodio recomendada es de 3 a 4 gramos en el día, sin embargo en la alimentación actual existe un sobrecargo en la cantidad indicada, llegando a contener porcentajes que oscilan de entre 8 a 15 gramos por día.

El sodio ingerido en la alimentación proviene de 3 orígenes: el que se encuentra en los alimentos a través de su composición, el que se le añade a los alimentos en las preparaciones o cocciones y el que se agrega en la mesa ahora de comer; por ello en este tipo de dieta se debe tener en cuenta e intervenir en los 3 aspectos mencionados.

El régimen alimenticio bajo en sodio se lo prescribe para pacientes que presentan estados en los que hay retención hídrica debido a su enfermedad, este suele ser el caso de pacientes con insuficiencia renal, neuropatías con edema, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o cirrosis hepática.

Lo que se debe tomar en cuenta en este tipo de régimen es la restricción de sodio (sal) en las comidas. Generalmente las limitaciones en la cantidad de sodio son más tolerables en alimentos de origen animal (proteínas animales) por ejemplo: carnes blancas y rojas, pescados y huevos, mientras que en los que predomina los carbohidratos como legumbres y verduras poseen menos tolerancia. Los procedimientos para la conservación no son recomendados en este tipo de dietas por las altas cantidades de sodio que se utiliza, se aconseja comprar los alimentos frescos y el consumo rápido de los mismos.

Para la elaboración de una dieta con restricciones en sodio es indispensable conocer las cantidades de sal que tienen los alimentos. En este tipo de plan alimentario se pueden emplear diferentes condimentos y especias naturales para sazonar la

alimentación y evitar lo insipido que le resulta al paciente una dieta baja en sal. Entre las especias y condimentos tenemos: el ajo, la pimienta dulce, el laurel, el romero, la hierbabuena, el clavo de olor, el azafrán, el tomillo o el comino.

Dieta hiposódica		
Grupo de alimentos	Permitidos	No permitidos
Lácteos y derivados	Leche y yogurt Queso fresco sin sal	Quesos salados, grasos o viejos
Carnes	Res, cerdo, pollo, pavo y pescado todo tipo de vapor con sal en moderación Huevo Leguminosas	Carnes ahumadas Embutidos y enlatados Mariscos
Cereales	Todos a excepción de la listas no permitidas	Producto de bollería y pastelerías Enlatados o en sobres
Frutas y verduras	Todos a excepción de los de la lista de no permitidos	Enlatados Embasados Aceitunas y frutas secas
Grasa y azúcares	Aceite de oliva y mantequilla de origen vegetal en moderación	Aceites, mantequillas y mantecas de origen animal, mayonesa
Nota: se debe revisar las etiquetas en los productos, para evitar los altos en sodio.		

Elaborado por: Lilia Comejo Zambrano y María Elisa Zambrano García egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética

e) Dieta hipocalórica

La dieta hipocalórica es aquella donde el aporte de calorías es inferior que el de una dieta normal. La finalidad de este régimen es originar un balance calórico negativo, por tanto serán los alimentos que posean más hidratos de carbono o lípidos de rápida absorción y mayor solubilidad los que deben limitarse o reducirse de la alimentación, estas suelen prescribirse para personas que presenten ciertas patologías como: sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión y dislipidemias. Estas no deben ser aplicadas a persona que se encuentren con un peso normal o con un bajo peso.

Según: **(Equipo vértice, (2005), Dietética y manipulación de los alimentos, pág. 2 y 207)** “Aunque existan diversos diseños dietéticos para llevar estas dietas hipocalóricas a la práctica, son dos las guías básicas para el establecimiento de este tipo de régimen: la disminución equilibrada de sus diferentes constituyentes y la disminución específica desbalanceada de uno a varios de ellos.

Para llevar a cabo la práctica de este régimen existen diversos métodos en cuanto a la disminución calórica equilibrada. La variedad radica en la combinación de los alimentos y de esta manera lograr que se consuma las mismas cantidades de calorías diarias y por otro lado llevar una dieta disgregada o discontinua en la cual exista variabilidad en los alimentos en días fijos.

Por ello las diversas dietas tendrán en común los siguientes puntos:

- Disminuida cuantitativamente
- Grasas e hidratos de carbonos especialmente reducidos.
- Aporte de proteínas apto.
- Vitaminas y minerales en cantidades satisfactorias.”

Grupo de alimentos	Permitidos	Con moderación	Contraindicados
Todos <ul style="list-style-type: none"> • Cereales • Cárnicos • Leguminosas • Lácteos y Derivados • Frutas • Verduras • Azúcares en moderación • Grasas en moderación 	Todos excepto los que estan en la lista de moderación y contraindicados	Alimentos ricos en grasas y sal. Aceites, mantequillas, embutidos y enlatados	Azúcar simple y productos que los contengan (dulces o caramelos, gelatina) Chocolate Frutas en almibar Pasteleria Mermeladas

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética

5.1.8. Tratamiento dietético en la discapacidad.- Según (Mahan Kathleen, Escott-stump Sylvia, (Krause Dietoterapia), Edición 12. Pág. 1171-1172).

“Se debe reconocer y tener en cuenta que las discapacidades no constituyen un estado patológico y que pueden presentarse en las personas de cualquier edad, raza o situación socioeconómica. Los trastornos cromosómicos, trastornos metabólicos, defectos de nacimientos, anomalías fetales e incluso accidentes pueden ser la causa de que un individuo presente discapacidad.

El individuo con discapacidad presenta diversos problemas de nutrición, entre los cuales: la incapacidad de ganar peso, el retraso en el crecimiento, el sobrepeso, los trastornos metabólicos, los problemas a la hora de alimentarse (por falta de piezas dentales, inmovilidad de la mandíbula, posturas, etc.), el estreñimiento, interacciones entre fármacos-nutrientes y problemas renales.

Se considera cuatro áreas para diseñar el plan de la terapia medica nutricional: entre ellas la evaluación de nutrición (valoración antropométrica, valoración bioquímica, anamnesis dietética, preguntas de la alimentación como conducta y costumbres de la alimentación, problemas orales motores), el diagnóstico nutricional el cual consiste en identificar los problemas encontrados, la intervención nutricional y llevar el correcto seguimiento y evaluación del paciente.”

La discapacidad se muestra de distintas formas, por ello se debe reconocer el tipo de alteración y como interfiere en el estado nutricional. Se debe tomar en cuenta que las personas con discapacidad poseen diferentes estados que los imposibilitan para poder ejecutar actividades afines con su alimentación, donde necesitaran la ayuda de familiares u otro. Este grupo de personas presentan problemas en la digestión de los alimentos siendo la causa principal la inmovilidad o deficiencia metabólica, esto contribuye a que aparezcan variaciones en el estado nutricional, que pueden ser desde constipación o lo opuesto diarrea, además hay un aumento en los valores lipídicos del cuerpo que conllevan a un estado nutricional en sobrepeso y/o obesidad.

5.1.9. Alimentación en las personas con discapacidad física.- La alimentación en la discapacidad deber ser una alimentación básica, adaptada a cada individuo según sus necesidades nutricionales y sobretodo físicas, por lo que muchos de ellos presentan problemas en su masticación, deglución, digestión y absorción de los nutrientes, cuando esto ocurre se debería tener una alimentación con preparaciones y texturas blandas, siempre tomando en cuenta que deben ser equilibrada y variada en cuanto a nutrientes y los diferentes grupos de alimentos respectivamente. Por todo ello se debe realizar una guía de régimen alimentario idóneo para estas personas.

a) Dieta general más fibra

Este tipo de dieta consiste en una alimentación equilibrada y variada con todos sus nutrientes incorporando más fibra dietética en su alimentación, esto se da debido a

su inactividad y los problemas de estreñimiento que generalmente se presentan en estas personas. Este tipo de dieta se la prescribe a personas con discapacidad física que no presenten otro trastorno o patología asociada.

Alimentos en la dieta general más fibra				
Lácteos y derivados	Carnes	Cereales	Frutas y verduras	Grasa y azúcares
Todos	Todos incluyendo las leguminosas por su alto contenido en fibra dietética.	Todos en especial los alimentos integrales. Pan, tostadas, arroz, galletas entre otros.	Todos Preferibles consumir las frutas con cáscaras que es mayormente donde se encuentra la fibra.	Todos con moderación

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética

5.1.10. Alimentación en discapacidad física asociada con parálisis cerebral.-

La parálisis cerebral es un trastorno complejo que afecta el control y coordinación motora, se puede presentar de diferentes formas y grados. Las personas con parálisis cerebral presentan diversos problemas nutricionales como: un inadecuado estado nutricional (desnutrición o sobrepeso), incapacidad de crecimiento, deficiencia de vitaminas y minerales (hierro, calcio, zinc), estreñimiento (causado por la falta de actividad física y un consumo bajo en líquidos y fibra).

La nutrición y las enfermedades neurológicas pueden relacionarse en dos sentidos, en cuanto al tratamiento o la enfermedad neurológica en sí pueden tener un compromiso global nutricional o de nutrimentos determinados, o que el avance de

la patología neurológica y la respuesta al tratamiento se vean afectadas por las alteraciones nutricionales.

La parálisis cerebral se le domina a la alteración constante de la postura y el progreso de la movilidad, lo que ocasiona que el paciente limite la actividad, esta puede ser causada por afecciones que ocurrieron en el desarrollo cerebral del feto o en transcurso de la edad temprana (menores de 3 años, generalmente). Las personas con esta patología están acompañadas de alteraciones a nivel cognitivo, de la percepción, de los sentidos, además de afectar la comunicación y la conducta, esto suele ocurrir por cuadros epilépticos o problemas secundarios en el musculo esquelético.

Cuando se realiza una alimentación adecuada en estos pacientes se busca conservar en perfectas condiciones el sistema inmunológico, el sistema nervioso, las funciones del miocardio y la musculatura respiratoria, además de que exista un adecuado estado cognitivo, rápida curación de heridas, cicatrices y escaras.

La alimentación en personas con parálisis cerebral al igual que en un individuo normal debe ser equilibrada y variada, según los requerimientos de energía corporal y los problemas y/o desordenes nutricionales que se pueden presentar tales como la desnutrición leve, moderada o crónica, sobrepeso u obesidad. Si la composición de la dieta no llega a ser totalmente equilibrada y variada se recomienda complementar la alimentación con algún suplemento multivitamínico con minerales.

a) “Evaluación nutricional en parálisis cerebral

“La evaluación nutricional representa uno de los principales inconvenientes en pacientes con parálisis cerebral debido a las características especiales y propias de este grupo. La anamnesis nutricional debe ser muy detallada tomando en cuenta aspectos que permitan al nutricionista-dietista encontrar y considerar las dificultades y posibles alteraciones. Se debe valorar lo siguiente: evaluación del

consumo de los alimentos las porciones, estado, textura de los mismos (líquidos, semisólidos o sólidos), si realiza la alimentación por vía oral o usa una vía sustitutiva (sondas: nasogástricas o nasoyeyunal, ostomías: gastrostomías), además si depende de algún familiar o cuidador para poder alimentarse, las posturas, si realiza una buena deglución de los alimentos, el tiempo que dura la alimentación, la ingesta de fármacos y frecuencia de defecación

La composición corporal de las personas con parálisis cerebral suele ser diferente al de una persona sana; la masa muscular, la densidad ósea y la masa grasa es más reducida, poseen menor desarrollo, por ello el patrón de crecimiento tampoco será igual. Las personas que presentan un peor estado nutricional son las cuales el grado de discapacidad motora es superior y si existe un gran tiempo de evolución el incremento y el peso tendrán mayor responsabilidad. En cuanto a la etapa de pubertad el inicio y el término también varían, siendo el comienzo de la etapa antes y el final después en relación a un puberal normal, lo que explica el porcentaje de masa grasa del cuerpo en este grupo.

Existen muchos factores que van a intervenir en la reducción de la densidad ósea entre ellos se encuentran: daño neurológico con más profundidad, presentan menos discapacidad motora fina, sedentarismo, menor actividad física (y esto conlleva a que exista menor exposición a los rayos solares que activan la vitamina D), problemas para la alimentación, ingerir fármacos (anticonvulsivos), consumo insuficiente de la vitamina D y calcio.

La obtención de las medidas antropométricas (peso y talla o longitud) resulta difícil en este grupo, debido a la postura, la masa muscular y la motricidad de los mismos; la mayoría de las personas no logran mantener una postura erguida e inclusive permanecer sentados. Sumando a esto la conducta que muchos adquieren al momento de querer realizarles la evaluación. Por estos motivos a las personas con parálisis cerebral se les aplican las medidas antropométricas alternativas, las cuales

permiten medir las extremidades de las personas sin necesidad de mantener una posición erguida.”⁶

A continuación se citan consejos importantes que se deben tomar en cuenta en este trastorno: ofrecer raciones pequeñas de alimentos durante el día (5-6 comidas), utilizar utensilios adecuados, establecer un horario establecido de 30 minutos aproximadamente en las comidas, adaptar posturas correctas durante la alimentación

b) Dieta blanda mecánica

La dieta blanda mecánica consiste en la modificación de la textura de los alimentos con el objetivo de poder brindar una fácil masticación y/o digestión. Como principales características de este régimen dietético se pueden citar las siguientes: la dieta debe ser variada y equilibrada en cuanto a sus nutrientes y selección de alimentos y texturas blandas; adaptando cada plan alimentario al tipo y grado de parálisis cerebral.

A pesar de que la textura de los alimentos será modificada no siempre se debe recurrir a brindar líquidos o alimentos totalmente licuados o de forma de triturados sino tratar de favorecer la masticación mediante texturas semisólidas o entre blandas para evitar la atrofia de los músculos en estos pacientes.

ALIMENTOS PERMITIDOS EN LA DIETA BLANDA MECÁNICA				
LÁCTEOS Y DERIVADOS	CARNES	CEREALES	FRUTAS Y VERDURAS	GRASA Y AZÚCARES

⁶ http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000200002

<p>Se admiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leche fresca, • Quesos frescos, • Requesón. <p>Siempre y cuando no existan ni alergias ni intolerancias</p>	<p>Carnes magras picadas o guisadas, pescado, huevos cocidos.</p> <p>Leguminosas todas las variedades de granos en menestras.</p>	<p>Arroz, fideos papas, pan de molde y pan tostado o galletas (generalmente remojados en la leche)</p>	<p>Se admiten todas las frutas, que sean maduras, en compotas, batidos o puré</p> <p>Verduras pueden consumirse cocidas enteras o en puré.</p>	<p>Grasas de origen vegetal aceite de oliva, girasol, maíz.</p> <p>Azúcares.- dulces, repostería, gelatinas,</p>
---	---	--	---	--

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética

ALIMENTOS NO PERMITIDOS EN LA DIETA BLANDA MECÁNICA				
LÁCTEOS Y DERIVADOS	CARNES	CEREALES	FRUTAS Y VERDURAS	GRASA Y AZÚCARES
<p>Quesos grasos viejos</p> <p>Leche entera</p>	<p>Las carnes en cocciones estofadas</p> <p>Leguminosas granos semicocidos o crudos</p>	<p>Producto de bollería</p> <p>Pastelería</p>	<p>Frutas frutas verdes, en pedazos grandes o enteras</p> <p>Verduras. Verduras crudas.</p>	<p>Aceites, Mantequillas y mantecas de origen animal</p> <p>Mayonesa</p> <p>Natas</p> <p>Chocolate</p>

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

5.2. ESTADO NUTRICIONAL

“El estado nutricional es la situación en la que se encuentra un individuo en relación sus ingestas fisiológicas de energía y de nutrientes. El consumo real de alimentos dependerá del consumo de nutrientes, la situación económica, conducta alimentaria, situación emocional, influencias culturales, los efectos de diversos estados patológicos, apetito y la capacidad de consumir y absorber nutrientes son algunos de los diferentes factores por los que será influenciado. Y también requerimientos de nutrientes que se ven afectados por distintos factores tales como el stress fisiológico que incluyen infecciones, procesos patológicos agudos y crónicos o procesos vitales y muy normales como el desarrollo del crecimiento o las etapas del embarazo.”⁷

Cuando la cantidad de nutrientes que se ingiere son las indicadas para cubrir los requerimientos diarios de energía, se consigue un adecuado estado nutricional. Lo que permite un buen desarrollo y crecimiento, manteniendo un correcto estado de salud, evitando patologías que se puedan presentar con un estado nutricional inadecuado y permitiendo poder realizar las actividades diarias.

Por ello la valoración del estado nutricional debe ser parte fundamental de la evaluación de salud de cualquier paciente, por lo que un estado nutricional insuficiente puede ser la causa de patologías o incluso la muerte. Al realizar una correcta valoración contribuye a tener elementos diagnósticos de gran importancia que servirán en el tratamiento nutricional de los pacientes.

5.2.1. Valoración del estado nutricional.- Según (Mahan Kathleen, Escott-stump Sylvia, (Krause Dietoterapia), Edición 12, Pág. 390) “Una valoración nutricional debe ser realizada de una manera objetiva por parte de un nutricionista profesional el cual debe utilizar los siguientes parámetros: antecedentes personales, psicosociales, farmacológicos, bioquímicos y antropométricos, necesarios como un

⁷ <http://sancyd.es/comedores/discapitados/recomendaciones.nutricional.php>

diagnostico exhaustivo. El objetivo de esta es obtener información adecuada con la que elaborar un juicio nutricional para el estado de nutrición.”

“No simplificar en extremo y conocer sus limitaciones, es parte de la utilidad si se considera seriamente este procedimiento. Su práctica requiere un adecuado programa de capacitación y cuando menos:

- Forma de registrar la información sobre técnicas de preparación de los alimentos.
- Temporalidad del estudio de la evaluación
- Periodo de la encuesta (prospectiva, transversal o retrospectiva)
- Conceptos de los mecanismos que se utilizaran dentro del proceso (raciones, tazas, cucharadas, gramos)

Según **(Kaufer y Pérez (2008), nutriología médica, pág. 750-751)** Una evaluación dietética es más útil para evaluar a una población que para un individuo, porque no permite hacer un diagnóstico del estado nutricional, más si orienta sobre el riesgo de presentar en futuro algunas alteraciones de riesgo. En el caso de individuos, la información que proporciona es más cualitativa que cuantitativa.”

5.2.2. Consideraciones especiales de la valoración nutricional en los pacientes discapacitados.- “Hay determinados cambios en la composición corporal que son considerados en la valoración nutricional en los pacientes discapacitados, aquellos cambios que presentan este grupo son los que pueden alterar la interpretación de las medidas antropométricas obtenidas con los métodos de valoración antes descritos. Existen diversas investigaciones sobre este tema, en mayores porcentajes sobre pacientes con lesiones en la medula espinal. Pueden servir de apoyo los cambios fisiológicos en estos pacientes para el estudio de más discapacidades físicas.

En cuanto a los estudios de composición corporal realizados mediante la técnica de DEXA, potasio corporal total o agua tratada, han mostrado que estos pacientes tienen una mayor proporción de masa grasa corporal en comparación con sujetos sanos de la misma edad y sexo y esta proporción aumenta a medida que aumenta la discapacidad. Este aumento de grasa corporal se produce especialmente en el compartimento intramuscular y se ha detectado un mayor depósito en los miembros paralizados. A causa del incremento en el porcentaje de grasa corporal entre las personas con discapacidad física, la medición del peso corporal o el cálculo del IMC pueden subestimar su grado de adiposidad. Por ello se ha sugerido que el nivel de IMC para la obesidad debe ser inferior entre las personas discapacitadas.

También se ha encontrado una disminución de la masa magra corporal, compatible con la disminución en el gasto energético en reposo detectado en estos pacientes. Por tanto, son necesarias más investigaciones que determinen métodos seguros para clasificar el estado nutricional teniendo en cuenta estas diferencias en la composición corporal.”⁸

5.2.3. Historia clínica y dietética.- Según estos autores (**Astiasarán, Lasheras y otros (2003), Alimentos y Nutrición en la práctica sanitaria, pág. 465**) “En la actualidad existen evidencias crecientes de que existe una relación entre la alimentación, el estado de nutrición y esperanza de vida de la población, por lo que el análisis de la ingesta de energías y nutrientes es imprescindible en la valoración del estado nutricional de un individuo o grupos de individuos.”

Es un instrumento esencial de recolección de datos dietéticos y clínicos, se realiza mediante una entrevista personal o grupal aplicando un cuestionario o encuesta individual, se lleva a cabo por un profesional diplomado en la especialidad de nutrición y dietética. Se caracteriza principalmente por ser un instrumento de gran importancia que al aplicarse actúa como base para comprender el resultado de la evaluación del estado nutricional.

⁸ <http://sancyd.es/comedores/discapacitados/recomendaciones.nutricional.php>

La historia clínica y dietética tienen los siguientes objetivos: establecer las prácticas alimentarias, reconocer las porciones y variedad de alimentos que se consumen, reconocer los factores de riesgo nutricional y obtener información sobre aspectos que puedan interferir en el estado nutricional como: enfermedades u operaciones quirúrgicas, aspectos sociales y medicamentos. Este instrumento cuenta con diferentes dificultades entre las cuales se encuentran: no conocer claramente las cantidades de alimentos que ingiere el entrevistado, influenciar en las respuestas obtenidas del cuestionario (omitir o agregar) y no resulta tan eficaz poder aplicarlas en personas o pacientes que no tengan un régimen alimentario correctamente establecido.

La historia clínica y dietética deberá incluir la siguiente información y/o datos como: datos personales, datos antropométricos, antecedentes patológicos personales y familiares, antecedentes ginecológicos, estilo de vida, frecuencia de alimentos y recordatorio de 24 horas. Con estas interrogantes se llegará al respectivo diagnóstico nutricional.

5.2.3.1 Datos personales

Este parámetro nos sirve para poder iniciar una historia dietética, pues permitirá identificar, localizar o contactar al paciente, en el cual se incluyen básicamente los siguientes datos personales como los son: nombres y apellidos, edad, sexo, cédula de ciudadanía, dirección, teléfono, grupo étnico, religión, nivel de estudio, estado civil y número de hijos.

b) Datos sociales

Los datos sociales también pueden asociarse con el estado nutricional. La comprensión de las variedades culturales es esencial durante la aplicación de la entrevista para satisfacer las necesidades de los diferentes grupos de pacientes. A continuación se explicará los datos que más repercuten sobre un correcto estado de nutrición:

Grupos étnicos. Son los que según su etnia pueden presentar algunas patologías en relación a otra etnia por ejemplo: el grupo de personas con piel blanca tienen más predisposición a sufrir problemas dermatológicos al contrario a la población de tez morena que aunque si presenten problemas en la piel las cifras son inferiores.

Religión. Este ítem es importante debido a que existe en muchos grupos religiosos la exclusión de ciertos productos alimentarios por ejemplo: los cárnicos (pollo, pavo, pescado, marisco, carne de res, carne de cerdo, y además los huevos) y productos lácteos, por ello se debe tomar en cuenta si la persona entrevistada pertenece a alguna religión en especifica.

Ocupación. Puesto que dependiendo del trabajo que emplee, se conocerá el tiempo que le dé a sus comidas y el gasto energético que realice diariamente; nivel de estudio, este nos permitirá condicionar la orientación dietética que se le brinde, por ejemplo si el paciente entrevistado no posee ningún nivel de estudio las recomendaciones que se utilizaran deben ser fácil comprensión.

Estado civil. Con esta información podremos conocer quién es él encargado de realizar las compras y preparar los alimentos en el hogar, y si la alimentación la consume en compañía de su familia o solo/a. Es imprescindible establecer vínculos con los pacientes de diversas costumbres y culturas para conseguir resultados positivos.

5.2.3.2. Antropometría

De acuerdo con la siguiente cita interpretaremos cuan beneficiario será este punto Según (Mahan Kathleen, Escott-stump Sylvia, (Krause Dietoterapia), Edición 12, Pág. 398-399) “La antropometría consiste en la obtención de medidas físicas de un sujeto y en relacionarlas con los modelos que refleja el crecimiento y desarrollo del individuo. Estas medidas físicas son otro componente de la valoración de la

nutrición y son útiles para evaluar la nutrición excesiva o insuficiente. Pueden usarse para vigilar los efectos de la intervención nutricional.

Los datos antropométricos son más útiles cuando reflejan medidas precisas y se registran a lo largo de un tiempo. Las medidas útiles son: la talla, el peso, el espesor del pliegue cutáneo, y las medidas de las cinturas, la circunferencia y la longitud de la cabeza suelen medirse en los niños. El peso al nacer y los factores étnicos, familiares y ambientales influyen en estos parámetros y deben tenerse en cuenta cuando se evalúa las medidas antropométricas.”

Para la interpretación de los resultados se deben tener en cuenta los índices, debido a que no serviría de nada conocer el peso corporal si no existe un vínculo con la edad, estatura o sexo de la persona que se va evaluar. Así se puede citar el índice de masa corporal que es una relación entre el peso corporal y la estatura

a) Medidas Antropométricas

Según **(Zoila Rosa Marín Rodríguez (2000),(pag.216), elementos de nutrición humana, 2reim de la 1 ed.)** “Las medidas antropométricas es la información obtenida del paciente o la población seleccionada mediante la antropometría. Generalmente se toma el peso y la talla, sin embargo existen más medidas antropométricas; dan datos sobre la parte del cuerpo o del tejido que evalúa, existiendo un resultado diferente de cada una de ellas.

El personal de salud conoce todas las técnicas, mas no las utilizan todas, por lo que las que más son las siguientes: (C.C.) o circunferencia cefálica del niño recién nacido, (C.B.) o circunferencia del brazo, (P.C.) pliegues cutáneos, diámetro o anchuras de hombros y longitud del lactante. Las medidas antropométricas más comunes son: diámetro cefálico, longitud del lactante, estatura, peso; y entre estas, las más utilizadas son el peso y la estatura o talla.”

- **Peso**

Es el principal indicador de la masa total corporal se obtiene de manera fácil. Esta masa puede estar dividida en 2 grupos, uno es la masa lipídica y el otro la masa libre de esta, las alteraciones que sufran estos 2 grupos se manifestara en el peso, este ayudara principalmente a los niños para seguir su desarrollo y crecimiento o en personas que lleven un régimen alimenticio especial como las que realizan deportes, o por salud. Esta medida se obtendrá con el sujeto en posición erguida, descalzo, y con ropa muy ligera; el material que se utilizara para realizar la medición será una báscula mecánica o digital que debe estar colocada en una superficie plana y calibrada en cero en la cual el sujeto tendrá que colocarse en el centro de esta sin moverse.

- **Talla**

La talla es el parámetro principal para la evaluación del crecimiento sin embargo presenta insensibilidad a las carencias nutricionales en comparación al peso, porque solo existe un cambio en la talla cuando hay alteraciones nutricionales como sobrepeso, obesidad o desnutrición ya sea leve, moderada o grave y principalmente en los niños, esta es la medida que proporciona la estatura del cuerpo y la longitud de los huesos.

El sujeto debe valorarse en bipedestación, descalzo, con los talones unidos, piernas rectas, en los lactantes y niños menores de 2 años la obtención de la longitud del cuerpo será en posición decúbito supino, el material que se utiliza es el tallímetro o estadímetro, que puede ser movable o no, se colocara en una pared plana y en el caso de niños el tablero sobre una superficie plana.

- **Índices Antropométricos**

Los índices antropométricos son el resultado de 2 o más medidas debido a que una medida por sí sola no refleja ningún resultado. Sirven para analizar e interpretar las

medidas corporales y posteriormente determinar un diagnóstico de salud o de nutrición, algunos de los índices más utilizados son: peso/talla (IMC), peso/edad y talla/edad.

- **Índice de masa corporal (peso/talla o IMC)**

El índice de masa corporal es el más utilizado en el campo de la nutrición, sirve para diagnosticar el estado nutricional de un individuo, que nos ayudara a conocer existe un exceso o deficiencia de peso en relación a su talla, este índice resulta de la combinación de 2 medidas antropométricas el peso actual dividido por la talla al cuadrado.

Tabla del IMC según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

CLASIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) SEGÚN LAS NORMAS DE LA OMS		
CLASIFICACIÓN	IMC	
	DESDE	HASTA
Desnutrición severa	<16	<16
Desnutrición moderada	16	16.99
Desnutrición leve	17	18.49
Normal	18.50	24.99
Sobrepeso	25	25
Pre-obesidad	25	29.99
Obesidad	30	30
Obesidad I	30	34.99
Obesidad II	35	39.99
Obesidad III	>40	>40

Fuente: Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética.

b) Indicadores Antropométricos

Según (Zuversa y Haua (2009), **Manual de antropometría para la evaluación nutricional del adulto. pág. 23/24**) “El término indicador establece el uso y la aplicación de los índices. El indicador se construye a partir de los índices, por lo que los indicadores se referirán al tamaño corporal o a la composición corporal. Basado en lo anterior, los indicadores antropométricos se clasifican de acuerdo con los objetivos de su utilización, de la siguiente forma: identificar individuos en riesgo, lo que puede reflejar riesgos pasados o predecir riesgos futuros; seleccionar individuos o poblaciones para intervención y evaluar el efecto de cambio.

Entre los diversos tipos de indicadores, se debe seleccionar los que reflejen de manera adecuada el fenómeno que queremos evaluar. Considerando que los métodos tienen diferentes grados de sensibilidad y especificidad, en la práctica clínica la condición inicial y la evaluación del cambio deberán realizarse a través de la aplicación simultánea de varios indicadores (por lo menos 2).

Los indicadores deben ser comparados contra datos de referencia, los cuales se refieren a los datos analizados y agrupados con el fin de realizar comparaciones de poblaciones, a partir de los cuales no se pueden efectuar inferencias sobre las diferencias encontradas. Sin embargo, los estándares ofrecen la noción de normas u objetivo deseable, por lo que involucra un valor sobre cual el individuo realizara un juicio acerca de la condición del individuo.”

c) Antropometría en personas con discapacidad

La Organización Mundial de la Salud recomienda el empleo de la antropometría como un método ajustable que se realiza mediante técnicas concretas definidas por diferentes escritores. Sin embargo, para la toma de mediciones antropométricas indispensables se requiere adoptar posiciones antropométricas que para el caso de las personas con discapacidad no siempre son posibles. Por ello, en estos casos se

necesita aplicar técnicas alternativas que favorezcan a la evaluación de un mejor estado nutricional.

c) Medidas antropométricas alternativas

“Para la mayoría de los pacientes la talla y el peso son medidas fáciles de obtener. Sin embargo, para otros pacientes que padecen patologías que limitan su habilidad para mantenerse en posición vertical se hace necesario utilizar medidas alternativas que nos permitan estimar la talla y el peso del paciente. Aunque en la mayoría de los estudios previos la talla y el peso estimado con medidas alternativas han mostrado una alta correlación con las medidas directas, es indudable que existe un margen de error inherente al proceso de estimar la talla o el peso a través de medidas indirectas.”⁹

- **Talla o estimación de talla**

- a) **“Técnica Longitud de la rodilla maléolo externo. (LRM)**

Fase de alistamiento

- Ubicar el adulto o adulta de forma cómoda, (sentado o acostado) dejando las piernas totalmente flexionadas en ángulo de 90° y descansando los pies sobre una superficie lisa. Las puntas de los dedos deben estar orientadas hacia arriba.

Fase practica

- Ubicar el extremo inicial de la cinta métrica a la altura del epicóndilo externo del fémur teniendo como referencia 5 cm aproximadamente por detrás del borde superior de la rótula.

⁹ <http://www.sancyd.es/luis/tablas/99032.pdf>

- La cinta debe descender permaneciendo paralela a lo largo de la tibia y pasar sobre el maléolo externo, punto anatómico donde se procede a realizar la lectura.
- La medición antropométrica deben realizarse por lo menos dos veces, para verificar la precisión de la medida, si se encuentra variación superior a 0.5cm debe proceder a repetirla.

Fase de análisis y registro de datos

De acuerdo a las mediciones antropométricas realizadas, calcule la talla o estatura estimada utilizando para ello la siguiente ecuación descrita por Arango y Zamora (1995):

- Hombre (cm) = $(LRM \times 1,121) - (0,117 \times \text{edad años}) + 119,6$
- Mujer (cm) = $(LRM \times 1,263) - (0,159 \times \text{edad años}) + 107,7$

b) Técnica semibrazada o media envergadura.

Fase de alistamiento

- Ubicar el adulto o adulta de forma cómoda, en supinación o decúbito dorsal, con uno de los brazos extendido al lado, a la altura de los hombros con las palmas de las manos, mirando al frente. La muñeca y mano debe permanecer rectas.

Fase de práctica

- Medir la distancia entre el punto medio de la horquilla esternal y el extremo del dedo medio.

Fase de análisis y registro de datos

Multiplique el dato obtenido de la semibrazada por dos (*2), para obtener la talla.

- **Estimación del peso corporal a través de medidas alternativas**

c) Circunferencia del brazo (CB):

Fase de alistamiento y práctica

- Ubique al adulto o adulta en supinación o decúbito dorsal, con el antebrazo flexionado por encima del cuerpo, formando un ángulo de 90° y con la palma hacia abajo. El brazo debe quedar paralelo al tronco.
- Palpe la esquina superior de la escapula hasta localizar el vértice del acromio. Mida con una cinta métrica desde este punto anatómico hasta el borde inferior del olecranon, por debajo del codo.
- Calcule el punto medio y márquelo, usando para ello el lápiz demográfico o un lapicero.
- Extienda el brazo del sujeto a lo largo del cuerpo, con la palma hacia arriba. No obstante, el brazo debe permanecer un poco elevado, permitiendo el paso de la cinta métrica.
- Rodee el brazo con el metro sobre el punto medio que fue marcado. ”¹⁰

Fase de análisis

- “CB < 25 cm corresponde a un IMC < 20.5

¹⁰http://intranetsdis.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2.3_proc_mis_prestacion_servicios_sociales/6_PrestaSer_DocAso_GestionInteLocal_INSTRUCTIVO_VALORACION_PERSONAS_CON_DISCAPACIDA_jun2012.PDF

- Si CB es >32.0 cm, el IMC es probablemente >30 kg/m² “¹¹

d) “Peso estimado según sexo, edad, circunferencia del brazo (CB) y altura rodilla (AR)¹

Fase de alistamiento y práctica

- Ubicar el adulto o adulta de forma cómoda, (sentado o acostado, según posibilidad del adulto-a) dejando las piernas totalmente flexionadas en ángulo de 90° y descansando los pies sobre una superficie lisa. Las puntas de los dedos deben estar orientadas hacia arriba.
- El extremo inicial de la cinta métrica se ubica a la altura del epicóndilo externo del fémur teniendo como referencia 5 cm aproximadamente por detrás del borde superior de la rótula. La cinta debe descender y pasar sobre el maléolo externo, permaneciendo paralela a lo largo de la tibia hasta llegar al borde inferior del pie, lugar donde se procede a realizar la lectura.
- La medición antropométrica deben realizarse por lo menos dos veces, para verificar la precisión de la medida.”¹²

Fase de análisis

- “MUJER DE 19 - 59 AÑOS: $(AR \times 1.01) + (CB \times 2.81) - 66.04$
- MUJER DE 60 - 80 AÑOS: $(AR \times 1.09) + (CB \times 2.68) - 65.51$
- VARON DE 19 - 59 AÑOS: $(AR \times 1.19) + (CB \times 3.21) - 86.82$

¹¹ www.sancyd.es/luis/tablas/99032.pdf

¹² http://intranetsdis.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2.3_proc_mis_prestacion_servicios_sociales/6_PrestaSer_DocAso_GestionInteLocal_INSTRUCTIVO_VALORACION_PERSONAS_CON_DISCAPACIDA_jun2012.PDF

- VARON DE 60 – 80 AÑOS: $(AR \times 1.10) + (CB \times 3.07) - 75.81$

AR = altura rodilla

A = edad

CB = circunferencia del brazo”¹³

5.2.3.3. Anamnesis

Según (Soriano del Castillo, (2011), **nutrición básica humana, pág. 315-316**).

“La anamnesis está constituida por los datos proporcionados por el paciente sobre su ambiente y el inicio de la enfermedad hasta el momento que comienza la exploración, y es la base fundamental e insustituible de la historia clínica dietética. Es la parte del examen clínico a la que nunca se debe escatimar tiempo y que exige una gran capacidad de comunicación y observación. Representa una dimensión integral del sujeto y no únicamente una enumeración de datos relacionados entre sí. Esta historia de paciente constituye una herramienta que debe ser única y acumulativa para cada paciente. El dietista con el fin de pautar una alimentación adecuada tanto para un individuo o buen estado de salud, como para aquel que necesite un plan de alimentación terapéutico debe realizar una exhaustiva anamnesis.” A continuación se citara la información detallando de manera precisa sobre la forma en que generalmente se divide la anamnesis.

a) Anamnesis medica

Según (MAHAN Kathleen, ESCOTT-STUMP Sylvia, **Krause Dietoterapia, Edición 12, Pag 391-395**) “La anamnesis médica suele incluir la siguiente información: síntoma principal, enfermedades pasadas y actuales, salud actual, alergias intervenciones quirúrgicas pasadas o recientes, antecedentes familiares de enfermedades, datos psico-sociales y una revisión de los problemas (por sistemas

¹³ <http://www.sancyd.es/luis/tablas/99032.pdf>

corporales) desde la perspectiva del paciente. Estos datos suelen proporcionar mucha información sobre los problemas relacionados con la salud.

El consumo de alcohol y fármacos, el aumento de las necesidades metabólicas, el aumento de las pérdidas nutricionales, las enfermedades crónicas, las intervenciones quirúrgicas importantes o las enfermedades recientes, la enfermedad o intervención quirúrgica del aparato digestivo y la pérdida de peso significativa reciente contribuyen a la malnutrición.

En los pacientes mayores se recomienda una revisión adicional para detectar el deterioro mental, estreñimiento o incontinencia, mala visión o audición, reacciones lentas, enfermedades en órganos importantes, efectos de fármacos con o sin recetas o incapacidades físicas.”

b) Anamnesis farmacológica

Según (MAHAN Kathleen, ESCOTT-STUMP Sylvia, Krause Dietoterapia, Edición 12, Pag 395) “Los alimentos y los fármacos interactúan de muchas formas que afectan el estado de la nutrición y la eficacia del tratamiento farmacológico; por ello la anamnesis farmacológica es una parte importante de cualquier valoración de la nutrición. Los efectos del tratamiento farmacológico pueden alterarse por alimentos específicos y el momento de consumo del alimento y las comidas, el uso de hierbas medicinales también puede alterar los efectos de los medicamentos.”

c) Anamnesis nutricional o dietética

Según (MAHAN Kathleen, ESCOTT-STUMP Sylvia, Krause Dietoterapia, Edición 12, Pag 395) “Una anamnesis dietética es quizá el mejor modo de obtener información sobre la ingestión dietética, y se requiere a una revisión de los patrones usuales de ingestión de alimentos y las variables de selección de alimentos que dictan la ingestión de los alimentos.”

- **Cuestionario de frecuencia de los alimentos**

Este paso servirá para obtener la repetición o frecuencia de los alimentos es decir con que frecuencias se consume al día, a la semana o al mes ciertos alimentos, si bien parece un paso algo difícil esto es lo contrario, ya que existe una tabla que organiza los alimentos en grupos que contengan los mismos nutrientes haciendo de esto una manera más fácil y practica de obtener y valorar la frecuencia. Es una forma general de obtener la selección alimentaria habitual que realiza cada individuo.

- **Recuerdo de las 24 horas previas**

Este paso es más explícito, puesto que requiere obligatoriamente recordar la cantidad y los alimentos específicos que se consumieron las 24 horas antes de la entrevista, además se requiere el horario, para obtener los intervalos con lo que regularmente realizan sus comidas. Existen diversas complicaciones en este paso que interfieren en la obtención de los datos, entre los más relacionados están:

- 1) la falta de memoria que impide que el sujeto recuerde explícitamente las cantidades y los alimentos consumidos.
- 2) El problema de determinar si el día que se recuerda no es más que un menú al azar por comidas típicas o habituales del paciente
- 3) Exagerar o minimizar las cantidades de comida y no indicar tipos de alimentos altos en calorías.

Esto pasos es una manera de estimar la alimentación de los pacientes, es decir cruzar la información de ambos pasos servirá para cuestionar o afirmar la información entregada por los pacientes. El uso concurrente del cuestionario y de la anamnesis permitirá descubrir la veracidad de los datos.

5.2.3.4. Diagnóstico Nutricional

Según (MAHAN Kathleen, ESCOTT-STUMP Sylvia, Krause Dietoterapia, Edición 12, pag 1175) “ Identificación de problemas.- Luego de haber aplicado todos los parámetros de evaluación en una historia clínica nutricional, se debe efectuar una relación entre los problemas presentes en el paciente y su posible diagnóstico y tratamiento nutricional, la que debe incluir aspectos como el tipo de alimentación, alimentos permitidos y no permitidos, la cual varía dependiendo de los factores de riesgos presentes en los pacientes (patologías presentes, intolerancias, problemas gastrointestinales, utilización de fármacos, entre otros).

a) Intervenciones

Luego de aplicar la historia clínica nutricional al paciente, se debe tomar en cuenta el grado de compromiso del mismo para el comienzo de la intervención nutricional, la cual debe ser acompañada por el apoyo del núcleo familiar y los amigos. Esto es imprescindible para que el tratamiento nutricional pueda tener el efecto positivo deseado.

Las intervenciones nutricionales deben poseer un acumulo de percepciones que son recopiladas a través de la historia clínica del paciente, necesarias para poder aplicar un tratamiento nutricional efectivo individualizados para los requerimientos calóricos del paciente. En varias ocasiones la terapia nutricional no es suficiente para mejorar la salud integral del individuo, por lo que debe ser acompañado por un tratamiento médico para reducir riesgos de las patologías presentes. Además la intervención de los miembros de la familia es importante ya que ayudan a que el tratamiento pueda alcanzar los niveles deseados de recuperación terapéutica. Tener en cuenta: situación familiar, el nivel educativo de la familia o persona a cargo de estos pacientes, situación económica de la persona en cuestión o personas d su entorno, posibles complicaciones en cuanto a lingüística se refiere, ambiente en el

que vive el paciente, el modo de afrontamiento de la enfermedad del paciente y la aplicación del tratamiento de qué manera se lleva a cabo de parte de la familia.”

5.2.4. Factores que alteran el estado nutricional de la persona con discapacidad.- Se entiende por factores a todo suceso que ocasiona un cambio o la evolución de alguna situación, este es el que ayuda a que se logren resultados definitivos, al caer sobre el trabajo de la transición o transformación. Son un grupo de componentes que pueden provocar una variación en el estado nutricional de las personas con discapacidad, la cual generalmente provocan desfases en la conducta alimentaria del paciente.

Existen diversos factores que inciden en el estado de nutrición y en el comportamiento alimentario, se han propuesto diversas clasificaciones de estos factores, a continuación hemos escogido una cita donde el autor propone la siguiente clasificación: factores biológicos y factores ambientales

5.2.4.1 Factores biológicos

Según (Amate (2006), Discapacidad: lo que todos debemos saber, pág. 63-64)

“Son un grupo de elementos que son componentes esenciales en la estructura de nuestro cuerpo. Los componentes hereditarios imponen particularidades de origen biológico básicos que pueden favorecer a la predisposición en la aparición de patologías (diabetes mellitus, enfermedades coronarias, intolerancias, cáncer, entre otras), además de problemas mentales. Los factores de origen metabólico de madurez, desarrollo y degeneración pueden elevar sus factores de riesgos. Entre estos factores y las personas existe una estrecha relación que puede desencadenar un sin número de patologías, las cuales pueden desarrollarse y afectar la salud de los mismos, hasta poder terminar en alguna discapacidad.”

Existen varios y diferentes tipos de problemas fisiológicos que influyen en el estado nutricional de las personas con discapacidad, en la siguiente cita el autor realizara

un resumen importante, detallando y explicando el principal problema fisiológico dentro de este factor, lo cual nos dará una idea más explícita de qué manera esta interviene en el estado nutricional de este grupo personas.

a) Problemas de alimentación

Según (MAHAN Kathleen, ESCOTT-STUMP Sylvia, Krause Dietoterapia, Edición 12, Pag 1174 y 1175). Las personas con discapacidades tanto en la niñez como en la adultez pueden presentar dificultades en el momento de la ingestión de los alimentos debido a su dificultad de realizar un proceso digestivo correcto. Las dificultades de la nutrición de estos pacientes se dan dado debido a que el paciente con discapacidad tiene dificultad a la digestión de los alimentos, ya que existe una disfunción neuromotor, además de desarrollo de ciertas destrezas finas y gruesas, problemas psicológicos, dificultades orales motoras, cuestiones sensoriales, resistencia táctil y postintubación.

Una alimentación deficiente puede provocar un sin número de consecuencias para el organismo como un peso actual deficiente, inadecuado crecimiento y desarrollo, deficiente sistema inmunológico, deficiencia de los macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y lípidos) y micronutrientes (vitaminas y minerales), problemas dentarios, entre otros. Se valoran estos problemas alimentarios mediante el conocimiento del modelo estándar de la alimentación y de los componentes físicos y biológicos de la boca y faringe.

Estos problemas de alimentación tal vez no parezcan de relevancia sin embargo asociados a temas como la discapacidad hay que tenerlos presentes y también conocer e informarse como se pueden clasificar. “Los problemas de la alimentación se clasifican normalmente como orales-motores, posturales, conductuales y de comer solos. Los problemas orales-motores incluyen la lactación, la succión, la deglución y la masticación. También comprenden problemas de integración sensomotora y problemas para comer solos.”

El nivel de desarrollo, posiblemente tardío puede ser uno de los principales componentes de los problemas orales motores. Cuando los mecanismos neuromotores normales estándares son desproporcionados, afectan el equilibrio y la estructura de la función oral-motor y por ende influirá en los diferentes procesos digestivos es así como se puede conceptualizar los problemas orales motores.

La postura de estos pacientes al momento de alimentarse también es parte de su desarrollo motor, con el equilibrio corporal comenzando con la estabilidad desde su cabeza hasta llegar al correcto ángulo de las piernas rectas. Regularmente esta es una de las obstáculos de las personas con pc (parálisis cerebral), sd (síndrome de Down) o trisomía 21 y mielomeningocele o también llamada espina bífida. A esto se suma que sin una postura adecuada el problema oral-motor que presente el paciente será un asunto difícil de corregir.

Comer solos es un acto que toda persona normal puede realizar sin embargo en los casos de personas con discapacidad este acto se ve afectado por su enfermedad, en algunos casos de severidad hay niños que requieren la ayuda de otra persona para poder llevar a cabo esta acción, en otros casos donde los pacientes son de menor gravedad, profesionales en dietética y terapeutas son los encargados de llevar un entrenamiento a estos para así poder realizar esta acción, requiriendo de una instrumentación especial para comer como cucharas, platos, vasos y baberos.

Los problemas conductuales son producidos en ocasiones por diversos problemas de salud y médicos dependiendo de la alimentación. No ser completamente autónomos para realizar acciones como su alimentación puede causar una conducta negativa. La influencia de aspectos ambientales también pueden afectar la alimentación en estos pacientes, podemos resumir este aspecto en el lugar donde se alimenta el paciente, las porciones de la comida o la frecuencia con la que se entretiene mientras come. Hay datos investigativos donde se estima que el 40% se sitúan los problemas de alimentación, mientras que la atención sanitaria que requieren se encuentra en un 70% y un 80% presentan un desarrollo retrasado.

5.2.4.2. Factores ambientales

Son percepciones de origen social y físico de los individuos, de los que su poder de modificación es mínimo. Los aspectos de origen social se pueden relacionar con el estilo de vida, nivel cultural, aspectos económicos, entre otros, por lo que se lo llega resumir en factor socioeconómico. Además la idiosincrasia del país de origen del paciente es un factor determinante en el desarrollo de patologías y discapacidades vinculadas con ese tipo de región.

Además existen otros factores ambientales secundarios los recursos obtenidos, nivel escolar, servicios básicos (vivienda, agua, luz) pueden aumentar o reducir los factores de riesgos de la población. Generalmente las personas con bajos recursos económicos son las que tienen mayor probabilidad de riesgos patológicos, debido a ciertas carencias presentes (servicios básicos, falta de conocimiento, falta de medidas de prevención, entre otras).

Asimismo la interacción del núcleo familiar es un factor preponderante de riesgo, en diversos estudios se ha comprobado que una familia con problemas afecta de manera directa la salud integral de los mismos. En relación de estos factores de riesgos con las personas con discapacidades se acentúan mucho más debido a la falta de equidad, como la falta de inclusión, las actitudes y valores del círculo social, y las desventajas hacia estos pacientes, que se pueden observar en el medio que se desarrollan.

Las decisiones y la rutina personal de las personas que cuidan a los pacientes con discapacidad, están influenciadas por estos factores, que tienen origen generalmente en el medio que los rodea entre los cuales se puede destacar: la contaminación del ambiente, del agua y de alimentación (productos químicos, gases tóxicos, aguas residuales y basura), estrés, estilo de vida (tabaquismo, alcoholismo), disfuncionalidad familiar, insalubridad en el hogar y trabajo y productos industrializados que entre componentes posee sustancias contaminantes.

CAPÍTULO II

6. HIPÓTESIS

El tratamiento dietético incide en el estado nutricional de las personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente del cantón Chone, en el segundo semestre del 2014.

6.1. VARIABLES

6.1.2. Variable independiente

- Tratamiento dietético

6.1.3. Variable dependiente

- Estado Nutricional

6.1.4. Termino de relación

- Incide

CAPÍTULO III

7. METODOLOGÍA

7.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.- la investigación aplicada fue bibliográfica-documental porque ayudó en el transcurso de la recolección, elección, clasificación, y estudio de la información conseguida. Esta investigación se utilizó como base para la realización de la tesis.

Además se empleó una investigación de campo que permitió conseguir nuevos conocimientos en el campo de la realidad social, se realizó en el lugar donde se encuentra el objeto de estudio, se obtuvieron datos mucho más principales y confiables sobre la verdadera situación, por lo que fue más factible su reconocimiento, modificación y análisis.

7.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.- Se utilizó el **nivel exploratorio** que permitió entrar en un tema ignorado, sirvió para conocer y familiarizarse con el problema, para así obtener información y datos que llevaran a cabo una investigación más completa, ya que es un tema con muy poca información, esto sirvió para perfeccionar y/o iniciar a dar forma a la hipótesis. Se aplicó el **nivel analítico** para explicar el problema y luego analizar cuidadosamente la información recogida mediante las técnicas de investigación utilizadas en esta investigación. Este nivel analítico permitió a las investigadoras establecer las causas del problema para buscar las posibles soluciones.

7.3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.- Los métodos que se manejaron en la investigación fueron el **método analítico** porque analizó cada parte de la información que se recolectó, este método permitió conocer minuciosamente el objeto de estudio y observar las causas y su naturaleza, con lo cual se pudo presentar, hacer semejanzas, percibir mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías dentro de la investigación.

Esta investigación también recurrió al **método inductivo** porque utilizó el razonamiento para obtener conclusiones que parten de hechos particulares aceptados como legítimos, para llegar a conclusiones, cuya aplicación sea de carácter general. Este se inició con un estudio individual de los hechos y se formula conclusiones universales que se postulan como leyes, principios o fundamentos de una teoría. Conjuntamente se empleó el método deductivo, pues, un método formal, es decir, un método que afecta a la forma de los razonamientos, no al contenido así se investigó los hechos desconocidos y se pudo llegar a los hechos conocidos sacando conclusiones de las hipótesis que deben confrontarse con los hechos. Este fue un método riguroso pero no proporcionó información nueva

7.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Entre las técnicas que se utilizaron para recopilar los datos de esta investigación fueron las siguientes: una encuesta que se empleó a los familiares o cuidadores de las personas con discapacidad y una encuesta aplicada a los técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente, una entrevista dirigida a la coordinadora del Proyecto Chone Incluyente y una ficha de evaluación nutricional que se aplicó a las personas con discapacidad.

7.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

7.5.1. Población.- El total de la población que integran el proyecto Chone Incluyente lo conforman 350 personas con diferentes discapacidades como son intelectuales, físicas y sensoriales, por lo tanto para esta investigación se han considerado a 35 personas con discapacidades físicas, más 7 técnicos que laboran en el Proyecto y 1 coordinadora.

7.5.2. Muestra.- La muestra que se estudió dentro de la investigación estuvo constituida por el 100% de la población escogida, la misma que consta de 43 integrantes, 35 personas con discapacidad física del proyecto Chone Incluyente, 1 coordinador y 7 técnicos que laboran dentro del proyecto.

8. MARCO ADMINISTRATIVO

8.1. Recursos humanos

- Investigadoras
 - Lilia Inés Cornejo Zambrano
 - María Elisa Zambrano García
- Tutora
 - Licenciada Elsa Castillo Bravo
- Personas con discapacidad
- Familiares o cuidadores
- Técnicos
- Coordinador

8.2. Recursos financieros

DENOMINACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Resma de papel	6,00	24,00
Cartulina	0,30	8,00
Fomix	1,00	8,00
Carpetas plásticas	1,60	20,00
Marcadores	0,50	5,00
Lapiceros	0,50	5,00
Corrector	1,25	5,00
Lápiz	0,50	5,00
Borrador para lápiz	0,25	2,50
Materiales tecnológicos	Varios	350,00
Materiales de oficina	Varios	43,00
Fotocopias	0,03	5,00
Transporte y alimentación	Varios	750,00
TOTAL		1225,50

CAPITULO IV

9. RESULTADOS OBTENIDOS Y ANÁLISIS DE DATOS

9.1. ENCUESTA DIRIGIDA A FAMILIARES O CUIDADORES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE INTEGRAN EL PROYECTO CHONE INCLUYENTE

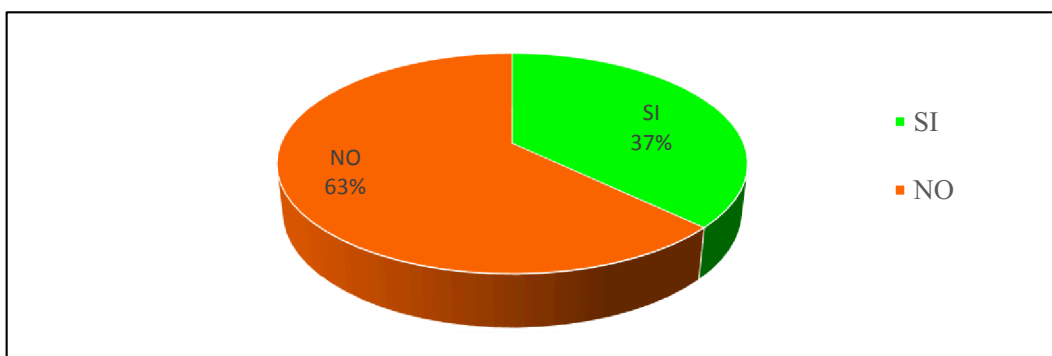
1. ¿Ha recibido orientación sobre la alimentación que debe dar a personas con discapacidad?

Tabla N°1

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	37%
No	22	63%
Total	35	100%

Fuente: Encuestas a familiares o cuidadores de personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente
Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García

Gráfico N°1



Análisis e interpretación

Según los datos obtenidos, los familiares o cuidadores en su mayoría indican que ellos no han recibido ninguna orientación sobre la alimentación que se debe dar a personas con discapacidad, seguido en porcentajes por los que informan que si la han recibido. Esto muestra que la mayoría de familiares o cuidadores desconocen sobre las pautas o recomendaciones dietéticas para las personas con discapacidad.

2. ¿Conoce sobre el tipo de dieta que deben consumir las personas con discapacidad?

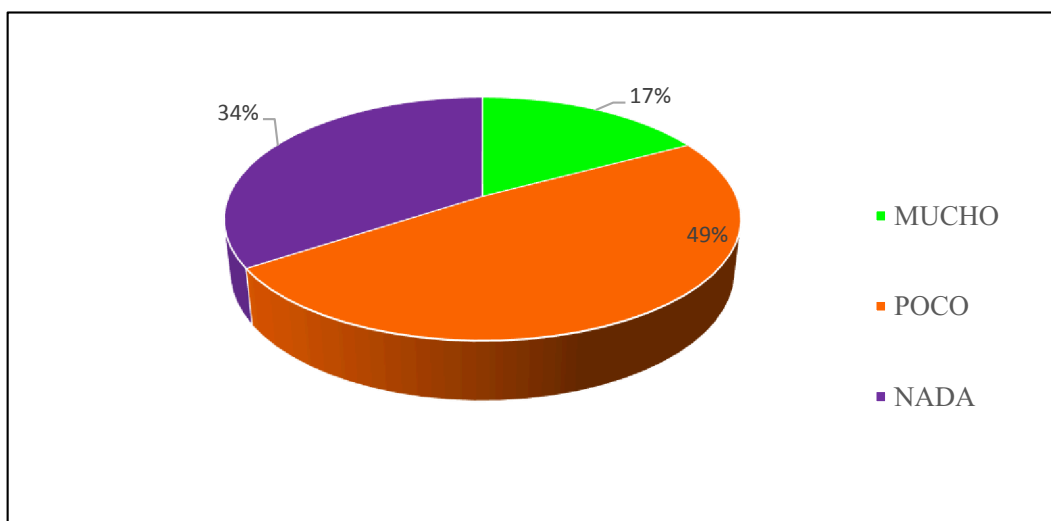
Tabla N°2

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Mucho	6	17%
Poco	17	49%
Nada	12	34%
TOTAL	35	100%

Fuente: Encuestas a familiares o cuidadores de personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García

Gráfico N°2



Análisis e interpretación

Una vez que se tabularon los datos de los encuestas, la mayor parte de los encuestados mencionan que conocen poco sobre el tipo de dieta que deben consumir las personas con discapacidad, seguido de los que no conocen nada sobre estas dietas y un mínimo de ellos que afirmó que si conoce mucho sobre esta alimentación ya que si han asistido a capacitaciones sobre esta temática.

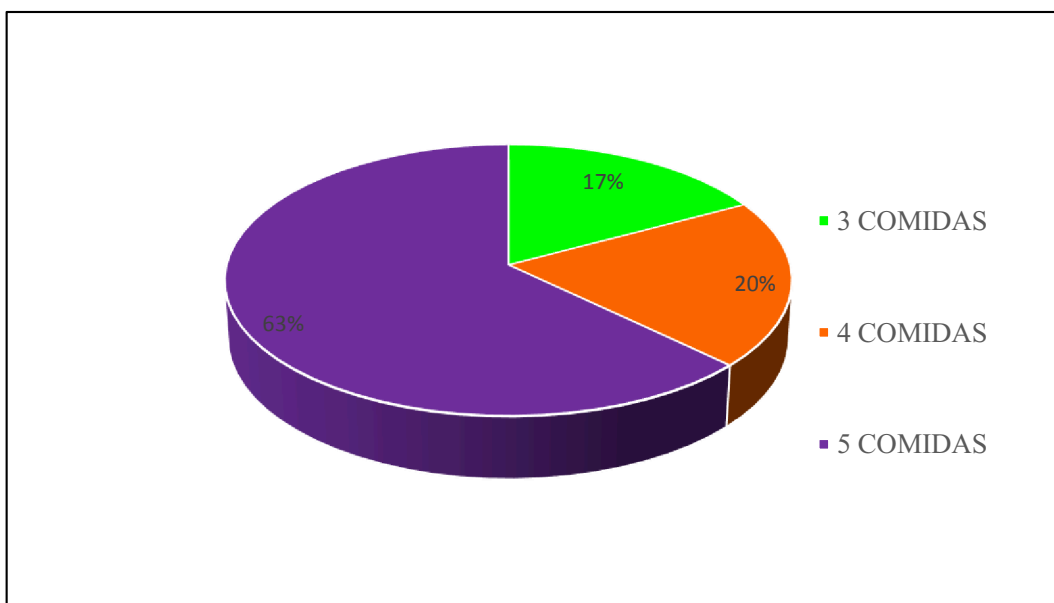
3. ¿Cuántas comidas consume diariamente la persona con discapacidad?

Tabla N°3

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
3 comidas	6	17%
4 comidas	7	20%
5 comidas	22	63%
TOTAL	35	100%

Fuente: Encuestas a familiares o cuidadores de personas con discapacidad del Proyecto Chone Inuyente
Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano

Gráfico N°3



Análisis e interpretación

De acuerdo a las tablas de porcentajes se observa que la mayoría de las personas con discapacidad realizan 5 comidas en el día: tres comidas principales y dos refrigerios, seguido en menores porcentajes por los que consumen 4 y 3 tres comidas principales diarias.

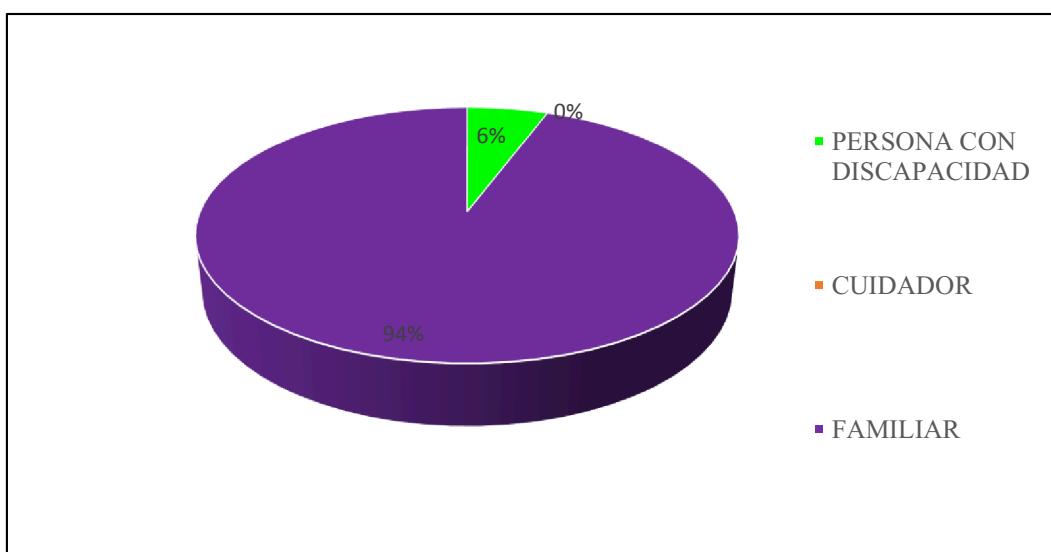
4. ¿Quién prepara la alimentación?

Tabla N°4

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Persona con discapacidad	2	6%
Cuidador	0	0%
Familiar	33	94%
TOTAL	35	100%

Fuente: Encuestas a familiares o cuidadores de personas con discapacidad del Proyecto Chone Inuyente
Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano

Gráfico N°4



Análisis e interpretación

De acuerdo a lo que se muestra en el cuadro y gráfico la mayoría de quienes preparan la alimentación en el hogar son los familiares de las personas con discapacidad, y un mínimo manifiesta que son las personas con discapacidad y no se observa que los que preparan la alimentación sean cuidadores de los mismos. Por lo tanto se puede decir que en la mayoría de los hogares de las personas con discapacidad los encargados de la alimentación son sus familiares.

4. ¿Qué grupo de alimentos consume más en la dieta la persona con discapacidad?

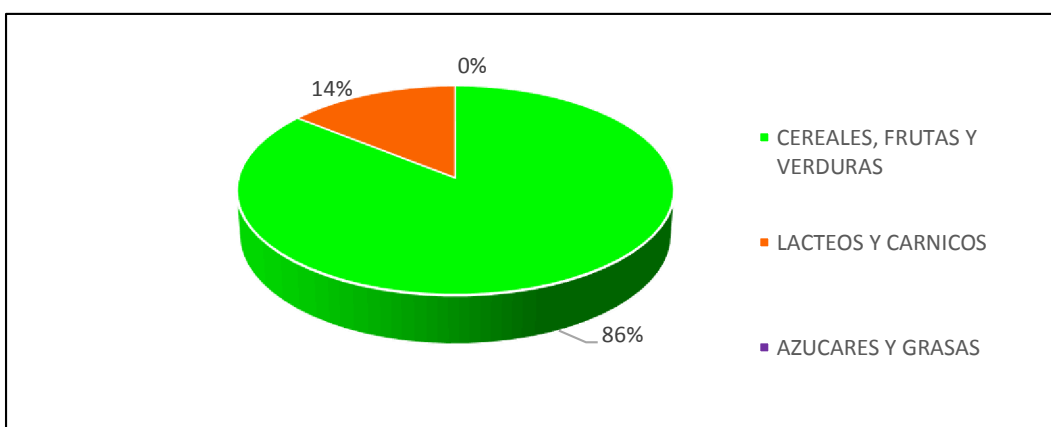
Tabla N°5

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Cereales, frutas y verduras	30	86%
Lácteos y cárnicos	5	14%
Azúcares y grasas	0	0%
TOTAL	35	100%

Fuente: Encuestas a familiares o cuidadores de personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano

Gráfico N°5



Análisis e interpretación

La gráfica refleja que el mayor número de las personas encuestadas consumen más en su dieta los siguientes grupo de alimentos: los cereales, las frutas y verduras, seguido de los que refieren que consumen más los lácteos y los cárnicos y no se observa que el grupo de los azúcares y grasas sean consumidos. Por lo tanto se demuestra que las personas con discapacidad no llevan una dieta equilibrada y variada.

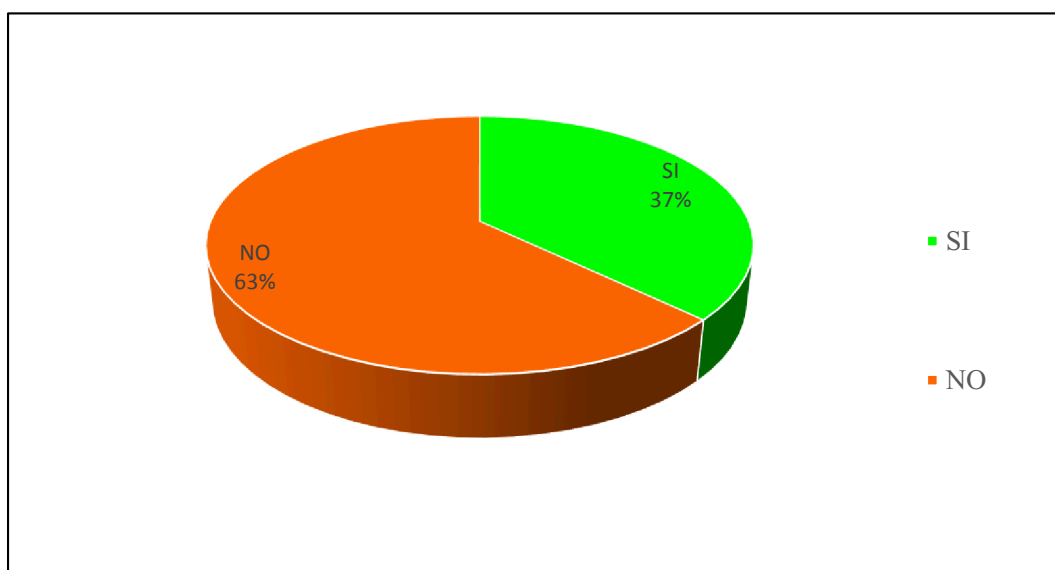
6. ¿La persona con discapacidad toma algún suplemento nutricional?

Tabla N°6

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	37%
No	22	63%
Total	35	100%

Fuente: Encuestas a familiares o cuidadores de personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente
Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano

Gráfico N°6



Análisis e interpretación

De acuerdo a los porcentajes que se reflejan en el cuadro y gráfica la mayor parte de las personas con discapacidad no toman ningún suplemento nutricional mientras que un menor número de ellos si lo hace. Por lo tanto esto refleja que la mayoría de las personas con discapacidad no complementan su alimentación con un suplemento nutricional como vitaminas y formulas enriquecidas con nutrientes (minerales, carbohidratos, proteínas, vitaminas).

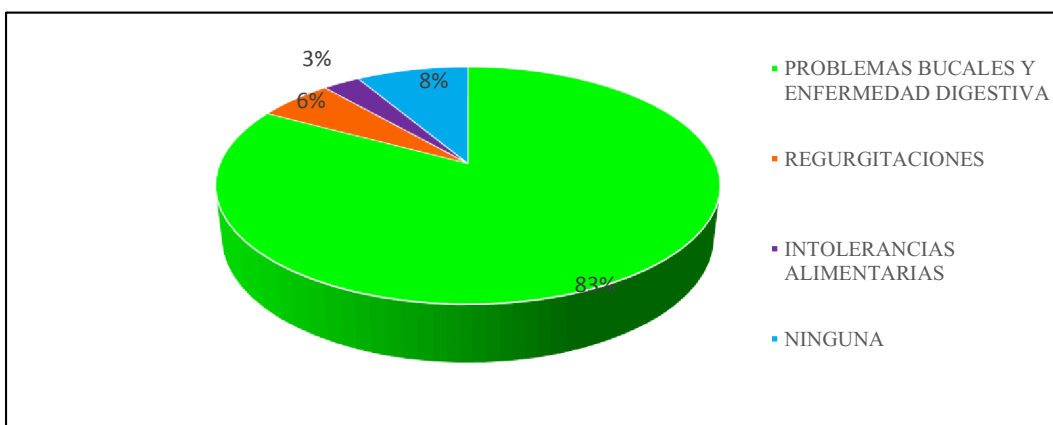
7. ¿Cual de los siguientes problemas presenta la persona con discapacidad?

Tabla N°7

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Problemas bucales y enfermedad digestiva	29	83%
Regurgitaciones	2	6%
Intolerancias alimentarias	1	3%
Ninguna	3	8%
TOTAL	35	100%

Fuente: Encuestas a familiares o cuidadores de personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente
Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano

Gráfico N°7



Análisis e interpretación

De acuerdo a los porcentajes la mayoría de las personas encuestadas escogieron problemas bucales y enfermedades digestivas como los problemas que presentan las personas con discapacidad, seguidos en mínimos porcentajes por los que indican que no tienen ningún problema, luego los que escogen las regurgitaciones y las intolerancias alimentarias. Esto indica que el mayor porcentaje de personas con discapacidad presentan problemas bucales como dificultades en la masticación por falta de piezas dentales o movimiento de la mandíbula y enfermedades digestivas como gastritis y estreñimiento que afectaran significativamente en el bienestar y estado nutricional de los mismos.

8. ¿Cual de estos factores cree usted que influyen en el estado nutricional ?

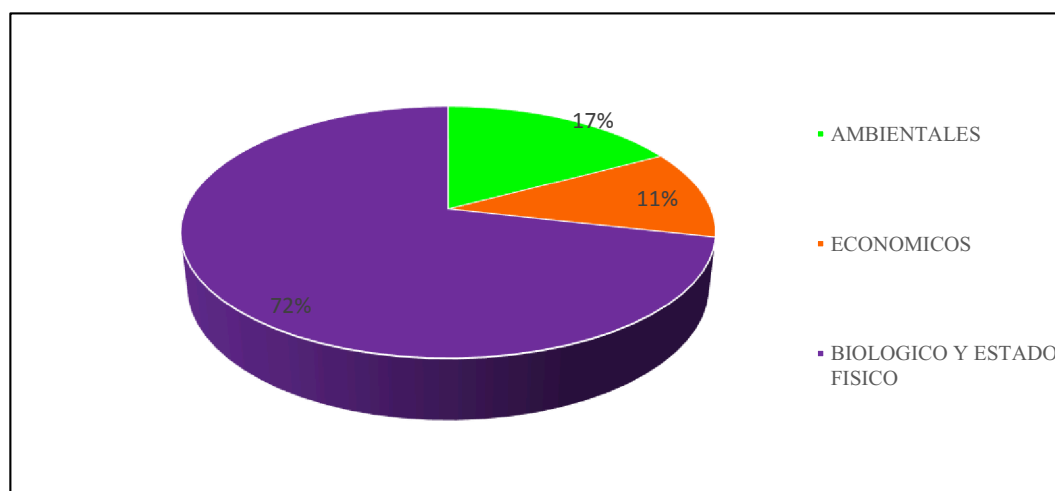
Tabla N°8

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ambientales	4	11%
Económicos	1	3%
Físicos y biológicos	25	72%
TOTAL	35	100%

Fuente: Encuestas a familiares o cuidadores de personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano

Gráfico N°8



Analisis e interpretación

De acuerdo a los datos tabulados se observa que la mayoría de la población que se encuestó respondieron que los factores físicos y biológicos son los que influyen en el estado nutricional de las personas con discapacidad, y en menores porcentajes los encuestados afirman que el factor ambiental y el factor económico. Esto nos muestra que la mayor parte de la población encuestada manifiesta que el estado nutricional de las personas con discapacidad lo pueden influenciar el factor biológico como enfermedades y el estado físico de los mismos.

9.2. Encuesta dirigida a los técnicos que laboran en el proyecto Chone incluyente del Cantón Chone.

1. ¿Qué tipo de discapacidad presenta más la población que usted atiende?

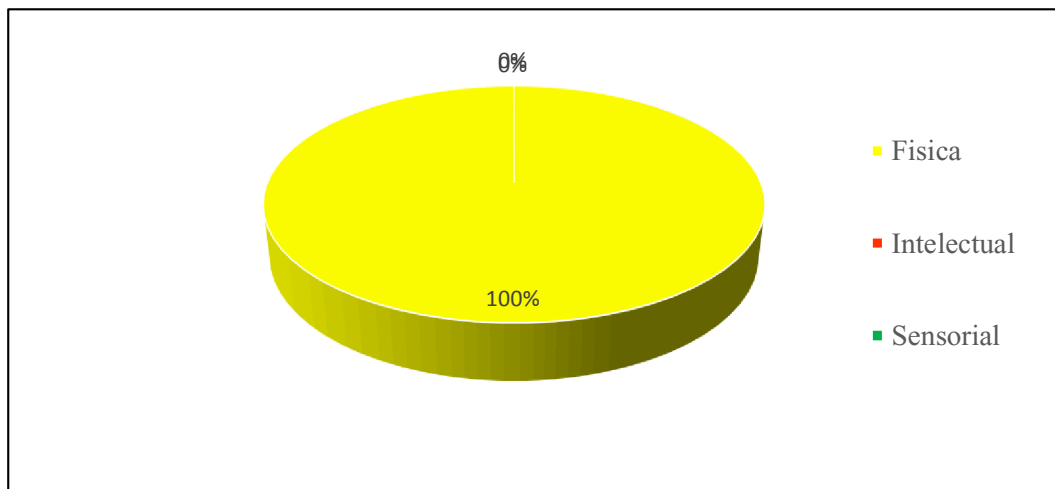
Tabla N°9

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Física	7	100%
Intelectual	0	0%
Sensorial	0	0%
Total	7	100%

Fuente: Técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García

Gráfico N° 9



Análisis e interpretación de resultados

De acuerdo a lo que se muestra en la tabla y grafica la totalidad de los técnicos eligió la opción de discapacidad física, mientras las otras dos opciones no fueron seleccionadas por ninguno de ellos. Por ello podemos decir que la mayoría de la población que atienden los técnicos del proyecto Chone Incluyente presenta discapacidad física.

2. ¿Por cuál de las siguientes entidades ha recibido capacitaciones de nutrición?

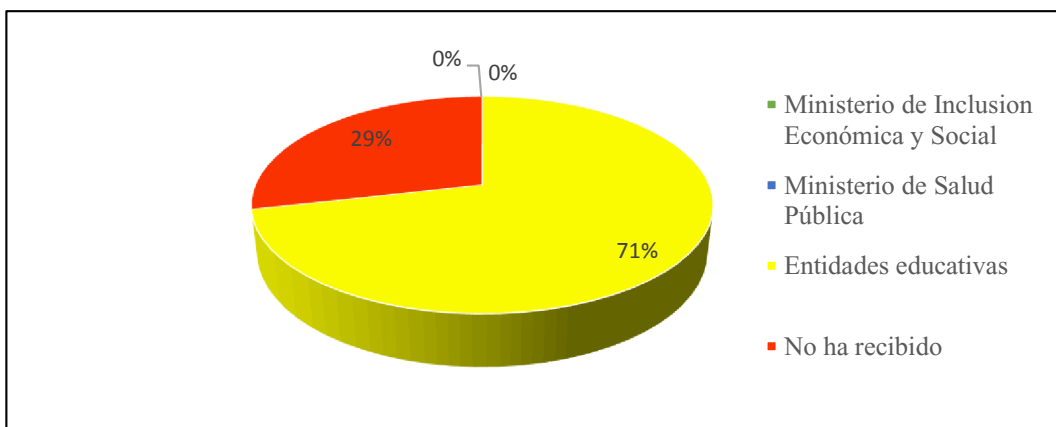
Tabla N°10

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ministerio de Inclusión Económica y Social	0	0%
Ministerio de Salud Pública	0	0%
Entidades educativas	5	71%
No ha recibido	2	29%
Total	7	100%

Fuente: Técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García

Gráfico N°10



Análisis e interpretación de resultados

Según se observa la mayor parte de los encuestados han recibido capacitaciones nutricionales por parte de entidades educativas, mientras que un mínimo de ellos indica no haber recibido capacitaciones; mientras que las opciones del Ministerio de Inclusión Económica y Social y el Ministerio de Salud Pública no fueron escogidas. Esto nos indica que las capacitaciones nutricionales que han recibido se las han brindado las entidades educativas como la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí extensión Chone.

3. ¿Ha recibido alguna capacitación específica sobre nutrición en discapacidad

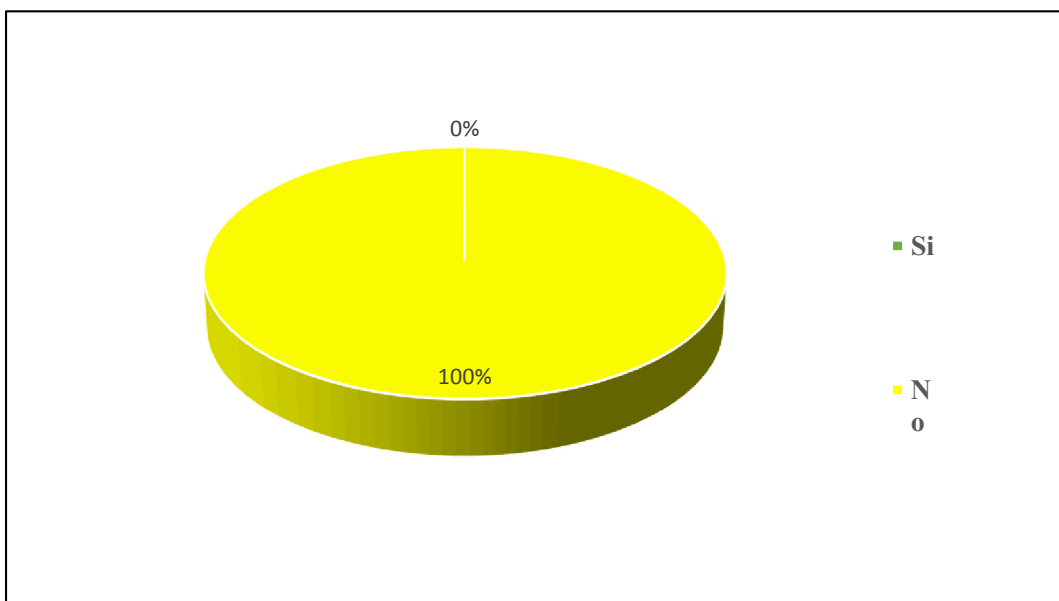
Tabla N°11

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	7	100%
Total	7	100%

Fuente: Técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García

Gráfico N°11



Análisis e interpretación de resultados

Como se observa en el gráfico los encuestados señalan en su totalidad la opción no, lo que indica que ninguno de ellos ha recibido una capacitación específica sobre la nutrición en discapacidad, que es el grupo determinado con el cual trabajan. Por lo cual se puede señalar que las capacitaciones que han recibido han sido de temas generales de nutrición

4. ¿Cuál de los siguientes problemas presenta más la población que usted atiende?

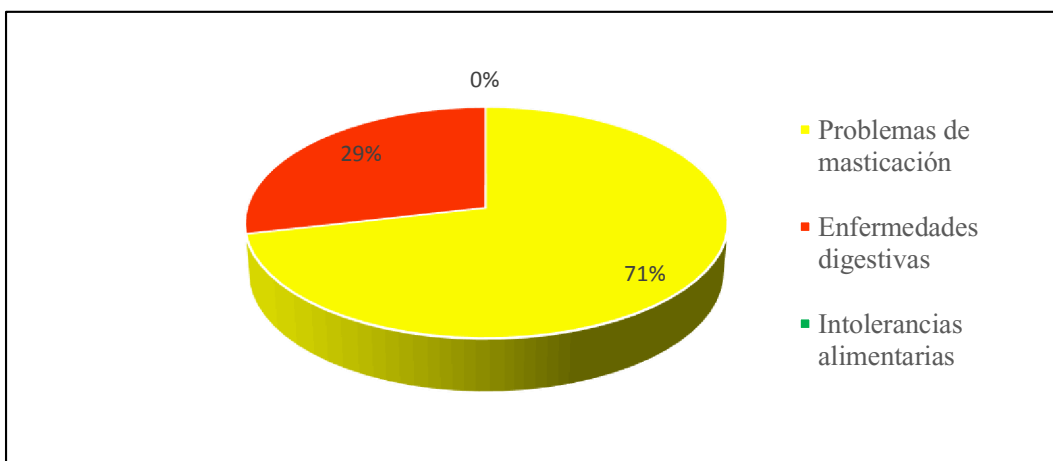
Tabla N°12

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Problemas de masticación	5	71%
Enfermedades digestivas	2	29%
Intolerancias alimentarias	0	0%
Total	7	100%

Fuente: Técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García

Grafico N°12



Análisis e interpretación de resultados

Según los porcentajes que muestra la tabla la mayoría de los encuestados refiere que la mayor parte del grupo de personas con discapacidad que atiende presentan problemas de masticación, seguidos de quienes indican que padecen de enfermedades digestivas y ninguno optó por intolerancias alimentarias. Lo que demuestra que el mayor problema que presentan las personas con discapacidad en cuanto a alimentación son los problemas de masticación esto debido a la falta de piezas dentales, poco movimiento de la mandíbula o la atrofia de los músculos de la cara.

5. Considera que los hábitos alimentarios influyen en el estado nutricional de las personas con discapacidad

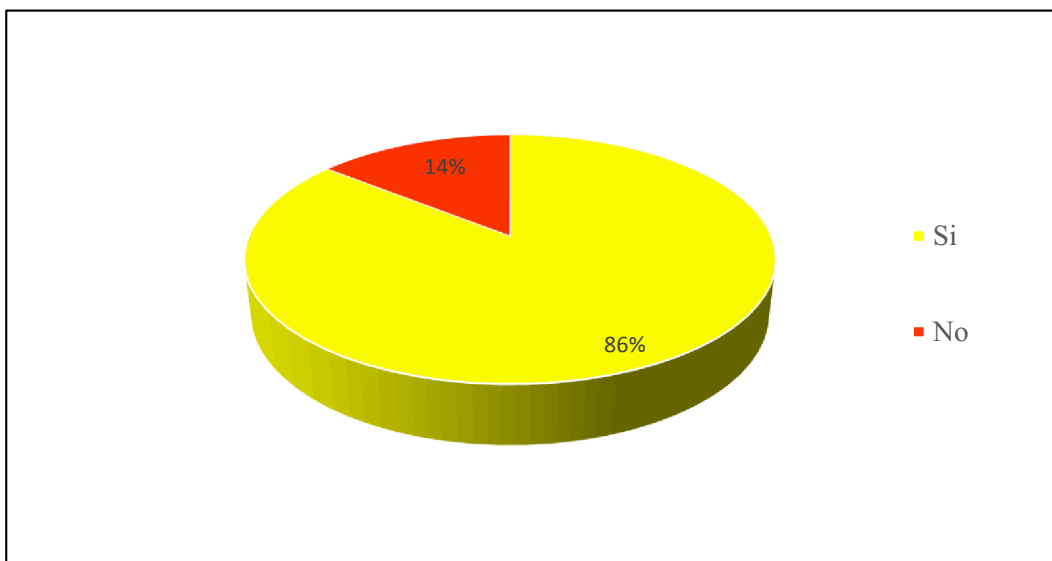
Tabla N°13

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	86%
No	1	14%
Total	7	100%

Fuente: Técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García

Gráfico N°13



Análisis e interpretación de resultados

Una vez que se tabularon los datos la tabla y gráfico muestran que la mayoría de los técnicos encuestados refieren que los hábitos alimentarios de las personas con discapacidad si van a influir en el estado nutricional ya sean de forma positiva o negativa. Por otro lado otro grafico minutarario señala que los hábitos alimentarios no tienen mayor influencia en el estado nutricional de este grupo de personas.

6. Según su opinión que factores afectan el estado nutricional de las personas con discapacidad?

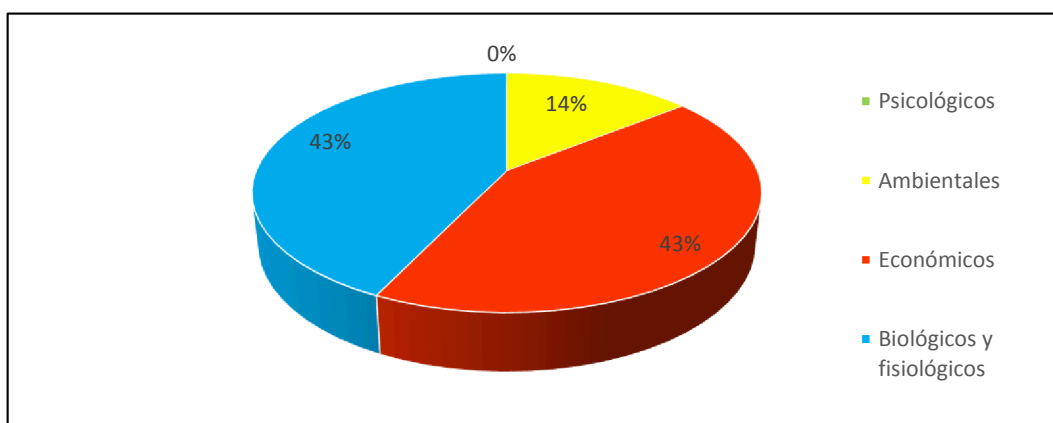
Tabla N°14

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Psicológicos	0	0%
Ambientales	1	14%
Económicos	3	43%
Biológicos y fisiológicos	3	43%
Total	7	100%

Fuente: Técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García

Gráfico N°14



Análisis e interpretación de resultados

Los porcentajes muestran que la mayoría de la población que se encuestó respondió con igual porcentaje en dos alternativas los factores fisiológicos, biológicos y económicos como los que influyen en el estado nutricional de las personas con discapacidad, mientras que un mínimo manifestó que el factor ambiental, y ninguno considero al factor psicologico. Esto nos muestra que la mayor parte de la poblacion encuestada manifiesta que el estado nutricional de las personas con discapacidad lo pueden influenciar el factor fisiologico y biologico como enfermedades y el estado fisico de los mismos.

7. ¿Lleva usted un control de la alimentación en las personas con discapacidad?

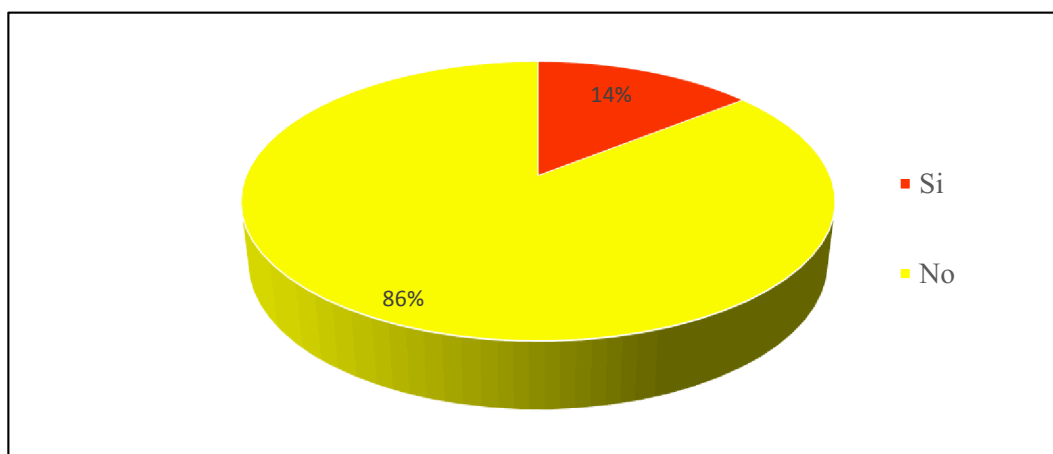
Tabla N°15

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	14%
No	6	86%
Total	7	100%

Fuente: Técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García

Gráfico N°15



Análisis e interpretación de resultados

Los datos muestran como resultado se obtiene que el mayor de los técnicos no realiza supervisión o control de la alimentación diaria de este grupo de personas que conforman el proyecto, y por el contrario un mínimo de ellos si lleva un control con el familiar encargado de la preparación de los alimentos y de la persona con discapacidad.

8. ¿Con que frecuencia realiza un control del estado nutricional en las personas con discapacidad?

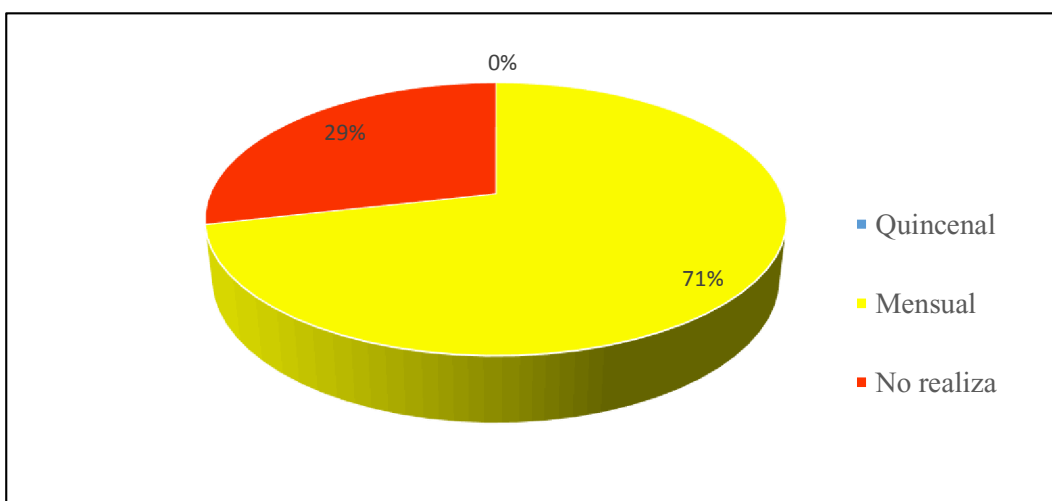
Tabla N°16

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Quincenal	0	0%
Mensual	5	29%
No realiza	2	0%
Total	7	100%

Fuente: Técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García

Gráfico N°16



Análisis e interpretación de resultados

La tabla y grafica demuestran que la opción con mayor porcentaje seleccionada es un control mensual, seguida en porcentajes menores que los encuestados no cumplen con el control del estado nutricional y ninguno de los técnicos efectúa el control quincenalmente. Esto indica que los técnicos llevan un control mensual del estado nutricional que generalmente lo realizan los doctores de las unidades médicas.

9.3.1. Evaluación nutricional aplicada a las personas con discapacidad que integran el proyecto Chone incluyente

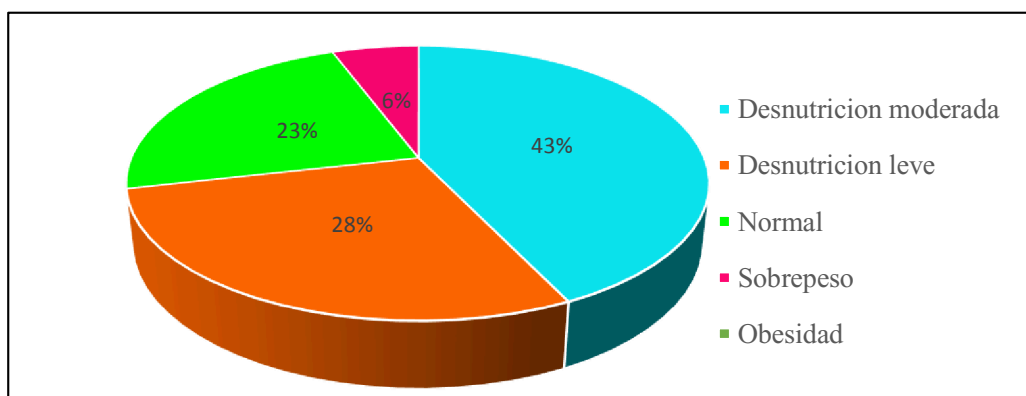
9.2.3. Estado nutricional de las personas con discapacidad en la primer visita

Tabla N°17

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición moderada	15	40%
Desnutrición leve	10	26%
Normal	8	21%
Sobrepeso	2	13%
Obesidad	0	0%
Total	35	100%

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García

Gráfico N°17



Análisis e interpretación

Según la evaluación la mayoría de la población presenta una desnutrición moderada, luego siguen los porcentajes que indican desnutrición leve, estado nutricional normal y los que se encuentran con sobrepeso. Por lo tanto el estado nutricional con mayor prevalencia es de desnutrición moderada, seguido por la desnutrición leve lo que nos indica que no están llevando una nutrición equilibrada tanto en nutrientes y porciones.

9.3.2. Estado nutricional de las personas con discapacidad en la segunda visita

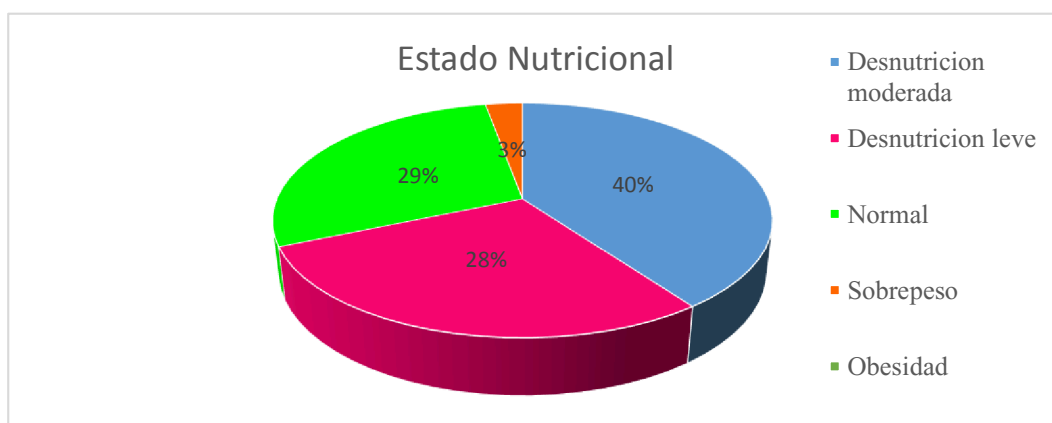
Tabla N°18

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición moderada	14	40%
Desnutrición leve	10	29%
Normal	10	28%
Sobrepeso	1	3%
Obesidad	0	0%
Total	35	100%

Fuente: Técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente

Elaborado por: Lilia Cornejo Zambrano y María Elisa Zambrano García

Gráfico N°18



Análisis e interpretación

De acuerdo a los datos obtenidos de la evaluación a la población investigada en su mayoría presenta desnutrición moderada, luego con igual porcentajes consta la desnutrición leve y un estado nutricional normal, además con mínimo porcentaje se encuentra el sobrepeso. Por lo cual el estado nutricional con mayor prevalencia es de desnutrición moderada, seguido por la desnutrición leve lo que nos indica que no están llevando una nutrición equilibrada tanto en nutrientes y porciones.

9.4. ENTREVISTA A LA COORDINADORA DEL PROYECTO CHONE INCLUYENTE DE LA CIUDAD DE CHONE

La entrevista se efectuó a la coordinadora del Proyecto Chone Incluyente del Cantón Chone Sra. Jovita Esperanza Rodríguez Pazmiño, la coordinadora manifiesta que le parece importante este tipo de investigaciones hacia el proyecto que dirige y un gran aporte hacia la población de nuestro Cantón, destacando la labor que hace la universidad con sus estudiantes al desarrollo del pueblo mediante las practicas comunitarias, internados en las diferentes entidades, fundaciones y proyectos de la ciudad Chone y las investigaciones científicas como tesis o proyectos.

La coordinadora indica que dentro del proyecto existen una población 350 personas con discapacidad, presentando en su mayor porcentaje discapacidad física que se encuentran distribuidos en las zonas rurales, urbanas y urbanas marginales del Cantón Chone.

La coordinadora afirma que la nutrición es importante para el buen funcionamiento, desarrollo y crecimiento del cuerpo humano tanto para personas con un estado nutricional normal, con discapacidad o patologías, que esta a su vez es la base del buen vivir de cada individuo.

Además cree que la discapacidad si afecta en la alimentación de la personas ya que existe inmovilidad de la mandíbula, falta de piezas dentales, descoordinación involuntaria de movimiento en piernas, brazos, dedos y cabeza, también la incorrecta postura de la columna vertebral y mal proceso digestivo, todo esto ocasionando que afecte al estado nutricional de estas personas.

Igualmente considera que existen diversos factores tales como el factor social, económico, cultural, fisiológico y ambiental que pueden coadyuvar al deterioro del estado nutricional, el mismo que dará paso a otras enfermedades que se encuentran

arraigadas en nuestro medio por costumbres alimenticias ancestrales y por falta de información de cómo prevenirlas o sobrellevarlas.

De la misma manera agrega la falta de conocimientos específicos sobre la nutrición en la discapacidad, sin embargo comenta que ha recibido capacitaciones y talleres de nutrición general por parte de los estudiantes internos de la carrera de nutrición y dietética de la universidad laica Eloy Alfaro de Manabí y conocimientos por experiencias vividas en su profesión y diario vivir.

Al culminar esta entrevista la coordinadora nos da una conclusión muy sugestiva, explicando de la siguiente forma; actualmente no disponemos de un profesional de nutrición por lo que es difícil seguir un control de la alimentación y del estado nutricional de las personas con discapacidad, cuando se desconoce información y datos relevantes y específicos sobre esta área en este grupo de personas, por lo cual estas personas encuentran este tipo de información solo cuando acuden a una casa de salud, además recalco la importancia que se le debería tener para poder intervenir en los mismos.

10. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

La hipótesis planteada en la investigación es “El tratamiento dietético incide en el estado nutricional de las personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente del cantón Chone en el segundo semestre del 2014”, se ha buscado comprobarla durante la investigación.

Es así que en la encuesta aplicada a los familiares o cuidadores de las personas con discapacidad, la tabla N^o 1 nos indica que el 63% de los encuestados no han recibido orientación alguna sobre la alimentación que deben llevar las personas con discapacidad y esto se asemeja en la tabla N^o 2 donde el 49% afirmaron que poseen pocos conocimientos sobre la alimentación de este grupo. Así mismo la pregunta de la tabla N^o 5 nos muestra que el 86% de las personas con discapacidad consumen más en su dieta diaria los grupos de alimentos de cereales, frutas y verduras, mientras que los grupos de alimentos de lácteos, cárnicos, azúcares y grasas se encuentran relevados de su dieta diaria.

En las encuestas aplicadas a los técnicos y la entrevista dirigida a la coordinadora del proyecto Chone incluyente, ellos manifestaron no poseer los conocimientos específicos sobre nutrición en discapacidad y temas relacionados como patologías que los afecten, solo conocimientos básicos de nutrición y alimentación en general.

Adicional a estos datos mediante una historia clínica se evaluó el estado nutricional de las personas con discapacidad del proyecto Chone incluyente mostrando en la tabla que el 40% y 26% de ellos poseen desnutrición moderada y leve respectivamente y que el 13% presenta un estado de sobrepeso.

Una vez que se obtuvieron los resultados de las encuestas, la entrevista y la evaluación nutricional comparados con los objetivos y las interrogantes, se ha podido comprobar que la hipótesis planteada en la presente investigación es POSITIVA.

CAPITULO V

11. CONCLUSIONES

Los familiares o cuidadores de las personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente del Cantón Chone, poseen pocos conocimientos sobre los parametros de como realizar un tratamiento dietetico adecuado en personas con discapacidad, agregando que no han recibido capacitaciones u orientaciones sobre este tema de parte de los responsables del proyecto.

Ademas de los erroneos habitos alimenticios existen factores que alteran el estado nutricional de las personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente del Cantón Chone, como es su discapacidad física, y otros fisiologicos como problemas bucales y enfermedades digestivas, asi mismo el factor ambiental que tiene gran impacto al momento de elegir y consumir los alimentos.

En las evaluaciones antropometrica aplicadas mediante una historia clinica nutricional, se reflejo un desajuste en el peso corporal de las personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente del Cantón Chone, mostrando estados de desnutrición y sobrepeso, los cuales conllevan y complica a las patologias asociadas.

Una vez que se obtuvieron los datos se procedio a realizar un tratamiento dietetico nutricional individualizado según la discapacidad física y patologias asociadas teniendo una acogida aceptable por parte de los familiares o cuidadores, notandose que el tratamiento dietetico si influyo en el estado nutricional de las personas con discapacidad.

12. RECOMENDACIONES

Realizar capacitaciones y/o talleres que ayuden a la orientación de los familiares o cuidadores de las personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente del Cantón Chone, sobre como tener una correcta nutrición en personas con discapacidad. Para así poder tener un mejor estilo de vida.

Incluir todos los grupos de alimentos en la dieta diaria, y así exista un equilibrio nutricional en cuanto a los nutrientes, no solo de la persona con discapacidad sino también en la alimentación de la familia, porque en muchos casos es la misma preparación de los alimentos para todos.

Complementar la alimentación de las personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente del Cantón Chone, mediante suplementos nutricionales como vitaminas, multivitamínicos y fórmulas lácteas enriquecidas indicadas para cada necesidad o patologías.

Acondicionar el lugar o espacio y el ambiente de la persona con discapacidad para que al momento de la alimentación sea un momento agradable y exista mayor complicaciones en la ingestión de los alimentos. Además llevar controles médicos y terapias físicas que ayuden a tratar y prevenir los problemas fisiológicos que se puedan presentar.

Continuar las recomendaciones brindadas y con el tratamiento alimentario asignado, y así mediante estas guías seguir mejorando los hábitos alimenticios con el fin de obtener un adecuado estado nutricional y estilo de vida de la persona con discapacidad y toda la familia.

Implementar en el Proyecto Chone Incluyente del Cantón Chone una asistencia nutricional que aporte beneficios tales como: capacitar a las personas que laboran en el proyecto y las familias o cuidadores de las personas con discapacidad y además para que exista seguimientos y controles sobre el estado nutricional de los mismos.

13. BIBLIOGRAFIA

- MAHAN Kathleen, Escott-Stump Sylvia,(2009). **Krause Dietoterapia**, Edición 12, Barcelona España, editorial Elsevier-Masson: Saunder, Mosby, Harcourt Brace
- Jordi Salas-Salvadó, Anna Bonada, Roser Trallero, M Engracia Saló y Rosa Burgos (2000). **Nutrición y dietética clínica**, 2^{da} edición, España. Editorial Elsevier Masson
- Gladys Velázquez, (2006). **Fundamentos de alimentación saludable**, 1^{era} edición, Colombia, Editorial Universidad de Antioquia.
- Ángel Gil. (2010). **Tratado de Nutrición**, 2^{da} edición, Madrid España. Editorial Médica Panamericana.
- B. Moreno Esteban, M. A. Gallardo Fernández y M. López de la Torre Casares (1997), **Diagnóstico y tratamiento en enfermedades metabólicas**, Madrid España , Editorial Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Equipo Vértice, (2005). **Dietética y manipulación de los alimentos**. Málaga España. Editorial Vértice
- Esther Casanueva, Martha Kaufer, Ana Bertha Pérez y Pedro Arroyo, (2008), **nutriología médica**. 3^{era} edición, México. Editorial Médica Panamericana.
- Iciar Astiasarán, Berta Lasheras, Arturo H. Ariño y Alfredo Martínez Hernández, (2003), **Alimentos y Nutrición en la práctica sanitaria**. Madrid España, Editorial Ediciones Díaz de Santos, S.A.

- Araceli Zuversa Fernández y Karime Haua Navarro (2009), **Manual de antropometría para la evaluación nutricional del adulto.** , 1^{era} edición, México. Editorial Universidad Iberoamericana de la salud
- Miguel Soriano del Castillo,(2011), **nutrición básica humana.** España. Editorial Universitat de Valencia.
- E. Alicia Amate (2006), **Discapacidad: lo que todos debemos saber.** Washington, D.C. Editorial Organización Panamericana de la salud.
- Zoila Rosa Marín Rodríguez (2000). **Elementos de nutrición humana,** San José-Costa Rica. 2reim de la 1 ed. Editorial EUNED.

14. WEBGRAFIA

- www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- www.med.ufro.cl/nutricionydietetica/Resumenes%20Proyectos%20Tesis
- <http://www.chone.gob.ec/index.php?gc=2&v=70sv4zyjM5w>
- <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Inclusiva-para-personas-con-discapacidad.pdf>
- http://intranetsdis.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2.3_proc_mis_prestacion_servicios_sociales/6_PrestaSer_DocAso_GestionInteLocal_INSTRUMENTIVO_VALORACION_PERSONAS_CON_DISCAPACIDA_jun2012.PDF
- <http://www.sancyd.es/luis/tablas/99032.pd>

15. ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS 1

Propuesta

1. Tema

Capacitaciones nutricionales a los técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente del Cantón Chone sobre nutrición en discapacidad y patologías asociadas

2. Introducción

Hasta el último tercio del siglo XX, los factores de origen genético y congénito se consideraban las principales causas de las discapacidades mentales y los accidentes como principales determinantes de las discapacidades físicas, pero en la actualidad sabemos que la dieta tiene una influencia decisiva

La discapacidad se presenta de diferentes formas, ya sea mental, física, síquica, visual y auditiva, siendo necesario identificar la clase de alteración y cómo afecta el estado de nutrición. La dieta individual de cada depende de múltiples factores propios de la persona como son la edad, grado de discapacidad, estado general de la salud, y factores de riesgo económicos, psicológicos, sociales, y funcionales.

Aunado a las necesidades de nutrición específicas, es necesario reflexionar que las personas discapacitadas presentan diversas condiciones que los inhabilitan para realizar actividades de la vida diaria relacionadas con su alimentación, donde se requiere la asistencia de otros. Igualmente el individuo requerirá apoyo para llevarse a la boca los alimentos; muchos presentan problemas para masticar, deglutir, digerir y absorber todos los nutrimentos, lo que indica la necesidad de una orientación para el plan de alimentación adecuado.

Las investigadoras proponen una capacitación dirigida a los técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente del Cantón Chone, en la cual se planteara los beneficios de tener una adecuada nutrición específica en la discapacidad, los

problemas de alimentación que se presentan como asistirlos nutricionalmente y las patologías que puedan presentarse. Con las correctas técnicas, recursos y métodos a utilizarse en su desarrollo genere conocimientos.

3. Justificación

La nutrición y alimentación adecuada es vital para mantenerse sanos. Y a través de una dieta correcta tiene que satisfacer en forma simultánea necesidades biológicas, psicológicas y sociales que son igualmente importantes. El estado de nutrición es un indicador determinante en la función del organismo, la calidad de vida, incluyendo una vida sana, sobre todo cuando se tiene algún padecimiento o incapacidad involucrada.

Es de importancia esta propuesta debido a que dotara de conocimientos a los técnicos para que los mismos puedan compartirlos y ayudar nutricionalmente a la población de personas con discapacidad en conjunto con los familiares o cuidadores a los cuales asisten dentro del Proyecto Chone Incluyente del Cantón Chone donde laboran.

Mediante este trabajo se beneficiaran de manera directa a los técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente del Cantón Chone, e indirectamente a los familiares o cuidadores y personas con discapacidad, porque los técnicos brindaran los conocimientos que obtuvieron de las capacitaciones y así mejorara el estilo de vida de esta población.

Por todo lo mencionado creemos que es conveniente y muy significativo el planteamiento de esta propuesta ya que se ayudara indirectamente a un grupo muy vulnerable de la sociedad, con temas específicos sobre su discapacidad y las patologías que se asocian a la misma.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Impartir las Capacitaciones Nutricionales a los técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente del Cantón Chone sobre nutrición en discapacidad y patologías

Asociadas.

4.2. Objetivos Específicos

- Aplicar los métodos, técnicas y recursos adecuados para brindar las capacitaciones.
- Concientizar a los técnicos sobre la importancia de la nutrición en discapacidad y patologías asociadas.
- Comprobar mediante actividades los conocimientos adquiridos de las capacitaciones brindadas.

5. Contenido

- Nutrición en discapacidad
- Alimentos permitidos y no permitidos en la discapacidad
- Problemas de alimentación en la discapacidad
- Factores que influyen en el estado nutricional
- Principales patologías asociadas a la discapacidad
- Alimentos permitidos y no permitidos en las patologías asociadas a la discapacidad

6. Ubicación sectorial

Esta propuesta se refiere a capacitaciones nutricionales a los técnicos que laboran en el Proyecto Chone Incluyente las mismas que se llevaran a cabo en el Cantón Chone Provincia de Manabí.

7. Estructura de las estrategias aplicadas

7.1. Métodos

Método científico

Nos permite explicar los fenómenos del problema, establecer relaciones con los hechos y para obtener conocimientos. A través de este método se trabaja de forma planificada en la búsqueda de soluciones y su aplicación

Método analítico

Nos permite analizar el problema y la solución, descomponiéndolo en sus partes para observar las causas, naturaleza y efectos. A través de este método podemos conocer más el objeto de estudio y establecer las alternativas adecuadas de solución.

7.2. Técnicas

Técnicas de exposición

Permite lograr los objetivos relacionados con el aprendizaje de un determinado tema, en la que un especialista imparte oralmente sus conocimientos y los asistentes pueden reflexionar sobre lo que escuchan. Se utilizan materiales didácticos como pizarrón, grabadoras, material audiovisual, maquetas, fotografías, power point, etc.

Técnica de debate

Permite la interrelación entre expositor y asistentes sobre los temas, contestar preguntas que el expositor formula, y posteriormente aclarar aquellos aspectos que no hayan sido comprendidos. Se logra una retroalimentación del tema con argumentaciones lógicas, en pro o en contra de una tesis. Además ayuda a desarrollar la agilidad mental y la capacidad de argumentar lógicamente.

8. Recursos

8.1. Recursos humanos

- Investigador (a) o investigadores
- Tutora
- Técnicos
- Coordinadora

8.2 Recursos Financieros

Materiales tecnológicos

- Computadora
- Impresora
- Infocus
- Internet

Materiales de oficina

- Hojas
- Lapiceros
- Lápiz
- Borrador
- Papelotes
- Cartulinas
- Marcadores

9. Cronograma

Actividades	Semanas							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Diseño de la capacitación	x							
Preparación de temas	x							
Definición de fecha y lugar		x						
Convocatoria a los técnicos a las capacitaciones		x						
Elaboración de materiales para las capacitaciones			x					
Realización de la capacitación				x				
Evaluación de la capacitación				x				
Realización de la capacitación					x			
Evaluación de la capacitación					x			
Realización de la capacitación						x		
Evaluación de la capacitación						x		
Realización de la capacitación							X	
Evaluación de la capacitación							X	
Entrega de certificados de asistencia								x
Entrega de informe al coordinador del proyecto								x

10. Bibliografía

http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/2971/Nutricion_y_discapacidad.pdf?sequence=1

<http://www.uia.mx/actividades/nuestracom/05/nc156/10.html>

ANEXO 2

FOTOS



Capacitación a los familiares o cuidadores de las personas con discapacidad.



Encuestas aplicadas a familiares o cuidadores de las personas con discapacidad



Toma de medidas antropométricas



Toma de medidas de antropométricas



Toma de presión arterial

ANEXO 3

Encuestas



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ EXTENSIÓN CHONE

ENCUESTA DIRIGIDA A FAMILIARES O CUIDADORES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE INTEGRAN EL PROYECTO CHONE INCLUYENTE DE LA CIUDAD DE CHONE.

OBJETIVO: Determinar la incidencia del tratamiento dietético en el estado nutricional de las personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente del cantón Chone.

INSTRUCCIONES: Marque con una X la respuesta que usted crea correcta.

1. Ha recibido orientación sobre la alimentación que debe dar a personas con discapacidad?

Si ()

No ()

2. Conoce sobre el tipo de dieta que deben consumir las personas con discapacidad?

Mucho ()

Poco ()

Nada ()

3. Cuantas comidas consume diariamente la persona con discapacidad?

3 ()

4 ()

5 ()

4. Quien prepara la alimentación

Persona con discapacidad ()

Cuidador ()

Familiar ()

5. Qué grupo de alimentos consume más en la dieta la persona con discapacidad?

- Cereales ()
- Cárnicos ()
- Lácteos y derivados ()
- Frutas ()
- Verduras ()
- Azucares ()
- Grasa ()

6. La persona con discapacidad toma algún suplemento nutricional?

- Si ()
- No ()

7.Cuál de los siguientes problemas presenta la persona con discapacidad?

- Problemas bucales ()
- Regurgitaciones ()
- Enfermedad digestiva ()
- Intolerancias alimentarias ()
- Ninguna ()

8.Cuál de estos factores cree usted que influyen en el estado nutricional?

- Ambientales ()
- Económicos ()
- Físicos y Biológicos ()

ANEXO 4

Encuesta



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ EXTENSIÓN CHONE

ENCUESTA A LOS TECNICOS QUE LABORAN EN EL PROYECTO CHONE INCLUYENTE DE LA CIUDAD DE CHONE

OBJETIVO: Determinar la incidencia del tratamiento dietético en el estado nutricional de las personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente del cantón Chone en los meses de junio a diciembre del año 2014.

NOMBRE:

INSTRUCCIONES: sírvase a responder según crea conveniente las interrogantes.

1. Qué tipo de discapacidad presenta más la población que usted atiende?

- Física ()
Intelectual ()
Sensorial ()

2. Por cuál de las siguientes entidades ha recibido capacitaciones de nutrición?

- Ministerio de Inclusión Económica y Social ()
Ministerio de Salud Pública ()
Entidades educativas ()
No ha recibido ()

3. Ha recibido alguna capacitación específica sobre nutrición en discapacidad

- Si ()
No ()

4.Cuál de los siguientes problemas presenta más la población que usted asiste?

- Problemas de masticación ()
Enfermedades digestivas ()
Intolerancias alimentarias ()

5. Considera que los hábitos alimentarios influyen en el estado nutricional de las personas con discapacidad

Si ()

No ()

6. Según su opinión que factores afectan el estado nutricional de las personas con discapacidad?

Psicológicos ()

Ambientales ()

Económicos ()

Biológicos y fisiológicos ()

7. Lleva usted un control de la alimentación en las personas con discapacidad?

Si ()

No ()

8. Con que frecuencia realiza un control del estado nutricional en las personas con discapacidad?

Quincenal ()

Mensual ()

No realiza ()

ANEXO 5

Entrevista



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ EXTENSIÓN CHONE

ENTREVISTA A LA COORDINADORA DEL PROYECTO CHONE INCLUYENTE DE LA CIUDAD DE CHONE

OBJETIVO: Determinar la incidencia del tratamiento dietético en el estado nutricional de las personas con discapacidad del Proyecto Chone Incluyente del cantón Chone en los meses de junio a diciembre del año 2014.

INSTRUCCIONES: sírvase a responder según crea conveniente las interrogantes.

- 1. Qué tipo de discapacidad presenta más la población que usted atiende?**
- 2. De qué manera cree usted que la discapacidad ha afectado más en la alimentación de estas personas?**
- 3. Según su opinión que factores afectan el estado nutricional de las personas con discapacidad?**
- 4. Por parte de quien(es) o entidades ha recibido capacitaciones de nutrición en discapacidad?**
- 5. Lleva usted un control de la alimentación en las personas con discapacidad? Si es afirmativa como es el control**

HISTORIA CLÍNICA NUTRICIONAL NIÑO(A)

Datos generales

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: F M Teléfono: _____

Dirección: _____

Motivo de consulta: _____ Fecha de la consulta: _____

Indicadores antropométricos

Peso actual: _____ kg _____ lb Peso ideal: _____ kg _____ lb

Talla: _____ cm _____ m² IMC: _____

Perímetro cefálico: _____ Estado nutricional: _____

Examen físico

Porcentaje de discapacidad: _____

Enfermedad de base: _____

Signos

Síntomas

Estado general

Estilo de vida

Actividad:

Sedentaria ligera moderada extrema

Servicios básicos:

Luz agua potable teléfono internet

Medicamentos o suplementos:

Indicadores dietéticos

Anamnesis alimentaria

Desayuno	
Hora:	
Alimento	cantidad

Media mañana	
Hora:	
Alimento	cantidad

Almuerzo	
Hora:	
Alimento	cantidad

Media tarde	
Hora:	
Alimento	cantidad

Merienda	
Hora:	
Alimento	cantidad

Cena o antes de antes de dormir	
Hora:	
Alimento	cantidad

Lista de alimentos:

Aditivos alimentarios si no

Tipo de preparación:

Fritos Asado Al vapor Estofados Otros

Frecuencia de alimentos

	Diario	Semanal	Mensual
Leche y derivados			
Pan y cereales			
Frutas			
Legumbres y verduras			
Granos			
Carnes			
Grasas y aceites			
Azucares			
Agua			

Diagnóstico

HISTORIA CLINICA NUTRICIONAL ADULTO

Datos generales

Nombres y apellidos: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: F M

Dirección: _____

Religión: _____

N° de teléfono: _____ N° C.I.: _____

Nivel de estudio: primario secundario superior ninguno

Estado civil: soltero casado divorciado viudo unión libre

Grupo étnico: mestizo blanco negro mulato

Ocupación: _____ N° de hijos: _____

Motivo de consulta: _____ Fecha de consulta: _____

Indicadores antropométricos

Peso: _____ kg _____ lb Talla: _____ m _____ m²

Peso ideal: _____ kg _____ lb

IMC: _____ % EN: _____

ICC C: _____ C: _____ CC: _____ PA: _____

Indicadores clínicos

Antecedente patológico personal

Antecedente patológico familiar

Estilo de vida

Porcentaje de discapacidad:

Actividad:

Sedentaria ligera moderada extrema

Alcohol: Si no a veces

Frecuencia _____

Tabaco: Si no a veces

Frecuencia _____

Drogas y medicamentos

Cuales: _____

Frecuencia _____

Servicios básicos:

Luz agua potable teléfono internet

Indicadores dietéticos

Anamnesis alimentaria

Desayuno	
Hora:	
Alimento	Cantidad

Media mañana	
Hora:	
Alimento	cantidad

Almuerzo	
Hora:	
Alimento	cantidad

Media tarde	
Hora:	
Alimento	cantidad

Merienda	
Hora:	
Alimento	cantidad

Cena o antes de antes de dormir	
Hora:	
Alimento	cantidad

Lista de alimentos:

Aditivos alimentarios si no

Tipo de preparación:

Fritos Asado Al vapor Estofados Otros

Frecuencia de alimentos

	Diario	Semanal	Mensual
Leche y derivados			
Pan y cereales			
Frutas			
Legumbres y verduras			
Granos			
Carnes			
Grasas y aceites			
Azucares			
Agua			

Diagnóstico

EJEMPLO DE MENU

DESAYUNO:

- Pan de molde
- Huevo hervido
- Jugo de tomate de árbol

MEDIA MAÑANA

- Colada de quaker
- Puré de pera

ALMUERZO

- Caldo de pollo con zanahoria y quinua
- Arroz
- Jugo de naranjilla(hervida)

MEDIA TARDE

- Arroz con leche
- Uva

MERIENDA

- Puré de papa con queso
- Jugo de manzana



UNIVERSIDAD
LAICA ELOY
ALFARO DE MANABÍ



NUTRICION EN LA DISCAPACIDAD



Carrera de
Nutrición y Dietética
Responsables

Lilia Inés Cornejo Zambrano
María Elisa Zambrano García





INTRODUCCION

La discapacidad se presenta de diferentes formas, siendo necesario identificar la clase de alteración y cómo afecta el estado nutricional. Se debe reflexionar que las personas discapacitadas presentan diversas condiciones que los inhabilitan para realizar actividades relacionadas con su alimentación, donde se requiere la asistencia de otros.



NUTRICION EN LA DISCAPACIDAD

La nutrición debe ser una alimentación básica adaptada y sus ventajas para personas con problemas para masticar, deglutir, digerir y absorber todos los nutrientes, lo que indica la necesidad de una orientación para el plan de alimentación adecuado.

Tiene que ser una alimentación muy homogénea en cuanto al triturado, libre de cuerpos duros o extraños, equilibrada en cuanto a composición de nutrientes y variada con todos los grupos de alimentos.



ALIMENTOS SEGÚN SU FUNCIÓN



ALIMENTOS CONSTRUCTORES

Contienen proteínas se encargan de construir o formar los tejidos de nuestro cuerpo y nos permiten reparar las partes que han sido dañadas.

- CARNE, PESCADO, POLLO
- HUEVOS LEGUMINOSAS
- LECHE Y derivados

ALIMENTOS ENERGÉTICOS

Proporcionan una dosis extra de vitalidad cuando parece que el cuerpo se ha quedado sin combustible para seguir adelante

- PAN Y CEREALES
- AZÚCAR Y DULCES
- GRASAS Y ACEITES

ALIMENTOS REGULADORES

Son los encargados de mantener el buen funcionamiento del cuerpo, además previenen enfermedades. Contiene las vitaminas, minerales, agua y fibra

- FRUTAS, VERDURAS, LECHE Y derivados

TIPO DE DIETA EN PCI



Dieta blanda. - La dieta blanda consiste en modificar la textura o la consistencia de los alimentos para facilitar la masticación o la digestión, debe ser una dieta variada, equilibrada y con una selección de alimentos y texturas blandas.

EJEMPLO DE MENU

DESAYUNO:

- Pan integral
- Huevo hervido
- Jugo de tomate de árbol

MEDIA MAÑANA

- Pera
- Galletas
- Queso

ALMUERZO

- Pescado al vapor
- Arroz
- Menestra de frejol verde
- Ensalada de rábano
- Jugo de naranjilla

MEDIA TARDE

- Yogurt
- Manzana
- tostaditas

MERIENDA

- Arroz
- Menestra de lenteja
- Ensalada de lechuga
- frutillas



UNIVERSIDAD
LAICA ELOY
ALFARO DE MANABÍ



NUTRICION EN LA DISCAPACIDAD



Carrera de
Nutrición y Dietética

Responsables

Lilia Inés Cornejo Zambrano

María Elisa Zambrano García





La discapacidad se presenta de diferentes formas, siendo necesario identificar la clase de alteración y cómo afecta el estado nutricional. Se debe reflexionar que las personas discapacitadas presentan diversas condiciones que los inhabilitan para realizar actividades relacionadas con su alimentación, donde se requiere la asistencia de otros.



La nutrición debe ser una alimentación básica adaptada y sus ventajas para personas con problemas para masticar, deglutir, digerir y absorber todos los nutrimentos, lo que indica la necesidad de una orientación para el plan de alimentación adecuado.

Tiene que ser una alimentación muy homogénea en cuanto al triturado, libre de cuerpos duros o extraños, equilibrada en cuanto a composición de nutrientes y variada con todos los grupos de alimentos.

ALIMENTOS SEGÚN SU FUNCIÓN



ALIMENTOS CONSTRUCTORES

Contienen proteínas se encargan de construir o formar los tejidos de nuestro cuerpo y nos permiten reparar las partes que han sido dañadas.

- CARNE, PESCADO, POLLO
- HUEVOS LEGUMINOSAS
- LECHE Y derivados

ALIMENTOS ENERGÉTICOS

Proporcionan una dosis extra de vitalidad cuando parece que el cuerpo se ha quedado sin combustible para seguir adelante

- PAN Y CEREALES
- AZÚCAR Y DULCES
- GRASAS Y ACEITES

ALIMENTOS REGULADORES

Son los encargados de mantener el buen funcionamiento del cuerpo, además previenen enfermedades. Contiene las vitaminas, minerales, agua y fibra

- FRUTAS, VERDURAS, LECHE Y derivados

DIETA EQUILIBRADA



Una dieta equilibrada es aquella formada por los alimentos que aportan una cantidad adecuada de todos y cada uno de los nutrientes que necesitamos para tener una salud óptima. La dieta ha de ser variada consumiendo sobre todo productos frescos y de temporada.

