



CAPÍTULO II

Marco Teórico

2.1 Antecedentes Históricos.

2.1.1 En la antigüedad

Según González, en las sociedades primitivas se respetaba a los ancianos si es que eran lúcidos y fuertes, pero se deshacían de ellos en el momento que se convertían en una carga; a la mayoría los abandonaban para que murieran de hambre o frío.

La condición del anciano en las sociedades primitivas depende del contexto social; el rechazo de la comunidad será más precipitado según la cantidad de recursos que ésta posea.

Dependiendo del sentido que los hombres den a su existencia, y del sistema de valores que posean, se le otorgará un valor a la vejez (González, 2000).

En esta sociedad menciona González que la administración se conformaba de gente que ganaba su reputación y calificación a través de los años, siendo así que en los puestos



más altos se encontraban formados por los ancianos. Todo hogar tenía que obedecer al hombre más anciano, pues la cultura solicitaba más experiencia que fortaleza.

A la muerte del patriarca, el hijo mayor es quien adquiría este estatus. En el náo teísmo la meta suprema del hombre es la búsqueda de larga vida, es una disciplina nacional; por lo que la vejez se considera como la vida en su forma suprema (González, 2000).

González establece en su libro que el papel de los ancianos en la Grecia antigua era la de consejeros del rey, y que varias veces eran ellos los que impartían justicia; a la vejez se le atribuía la sabiduría. Al paso de los años comienza a presentarse la oligarquía, la vejez era símbolo de calificación pero no necesariamente símbolo de amor o respeto. Las personas ancianas poseían el nivel social más elevado.

En Roma se respetaba a los ricos, entre los cuales existía una gran cantidad de ancianos. Al igual que Grecia, Roma estaba gobernada por una oligarquía.

Si un joven deseaba casarse era necesario el consentimiento del padre, y del abuelo si es que vivía aún, lo que muestra que el patriarca conserva hasta su muerte la autoridad sobre la familia (González, 2000).



Tanto en la Edad Media como en el Renacimiento los ancianos ricos eran respetados y se sentían orgullosos de su vejez, muchos se encuentran representados en pinturas. Profesiones como la escritura y la historia se realizaban con personas que oscilaban entre los 60 y 80 años, por lo que la mayor parte de las crónicas y obras históricas de los últimos siglos de la Edad Media, fueron escritas por personas de edad muy avanzada (González, 2000).

Según el autor, durante el siglo XVIII el niño empieza a jugar un papel más importante dentro de la familia, y los ancianos toman una importancia particular porque simbolizan la unidad y la pertenencia de esta unidad, esto adquiere importancia, sobre todo, por la herencia de riquezas, cuya acumulación es la base del capitalismo. Se inclina el siglo a beneficiar a los débiles, a los ancianos y al infante.

En el siglo XIX, las transformaciones fueron en general negativas para los ancianos, cuya condición fue sumamente cruel sobre todo en la segunda mitad del siglo, pues los ancianos al no tener la fuerza para seguir cultivando la tierra, y sin haber ahorrado para el pago de agricultores, se encontraban a merced de sus hijos, éstos, que vivían al borde de la miseria, no podían mantener gente inútil, por lo que generalmente los abandonaban en los asilos (González, 2000).



En México a diferencia de otros países, la concepción de ancianidad se nutre de su pasado prehispánico, así como de elementos culturales aportados por los conquistadores y de las influencias que pernean a las sociedades modernas. Sin embargo los rigores y el ritmo de la vida moderna que se agudizan en el medio urbano, contribuyen injustamente a marginar a los ancianos y a volverlos una especie de mal necesario.

En tiempo de los aztecas, nos dice González, que se respetaba a los ancianos, de hecho el padre de todos los dioses se llamaba Huehuetēotl, de huehue que quiere decir viejo y de teotl que significa dios.

Existía también el tecuhtli o abuelo, que eran personas que se distinguían por su valentía o por el cumplimiento de sus deberes religiosos.

Los maestros de ceremonias sublimes eran siempre ancianos. Los calpulli tenía como autoridades el consejo de ancianos, llamado huehues; esta junta de ancianos estaba provista de jurisdicción civil y criminal, así como de la toma de decisiones de las cuestiones clave que afectaban a la comunidad. Estos huehues representaban el poder legislativo(2000).

Para el nombramiento del hueytlatoani o monarca asistían los senadores o tecuhtlatoque, los ancianos y soldados viejos.



Los viejos del barrio, llamados calpulhuehuetque, ocupaban un aposición importante en las ceremonias religiosas también el jefe del barrio era consultado en todos los asuntos de importancia.

Los mercaderes viejos gozaban de autoridad y participaban en las ceremonias de los mercaderes de forma comparable a los viejos del barrio y los soldados viejos.

Cuando un hombre que se casaba recibía directamente del clan una parcela o de lo contrario tomaba posesión de la de su padre, si es que éste era muy anciano para trabajarla.

Los ancianos de una u otra forma tenía una autoridad para la comunidad y eran conservados dentro de la familia (González, 2000).

Bajo la influencia occidental traída por los españoles, empezó a diluirse el concepto de veneración asignado a la ancianidad, que sobrevivió refugiado en áreas culturales marginadas de los grupos étnicos que resistieron el impacto aculturador y en su lugar se incorporaron valores que condujeron a la sociedad no solo a eludir su responsabilidad ante los individuos de edad avanzada, sino hasta generar actitudes de rechazo y abuso. Sin embargo en las zonas rurales del país se conservan el respeto y veneración al anciano. Estos en muchos casos continúan ejerciendo funciones de jefe de familia bajo cuya responsabilidad se desarrolla la vida social.



En el México antiguo, desde edad temprana se fomentaba el respeto al anciano, cuya participación era importante en la relación familiar, en la vida religiosa y política.

2.1.2 En la actualidad

Durante el siglo XX, el continuo envejecimiento de la población provoca que ésta cree nuevas formas para su mantenimiento.

Conforme las personas tengan mayor desgaste físico y mental tenga en el trabajo, más rápido es el proceso de envejecimiento biológico, y entre más importancia educativa y simbólica se poseen, será mayor el proceso de devaluación social de la persona al envejecer.

En países árabes el mandamiento de “Honrarás a tu padre y madre” continua viviendo, por lo que las personas mayores son respetadas y guardadas dentro de la familia. Se le concede una plaza de honor y se le sigue dando la misma importancia que tenía dentro de la familia cuando era más joven. La persona que decide dejar a sus padres en una institución es mal visto (González, 2000).

En Brasil por tradición las familias son patriarcados y el viejo tiene un ascendiente sobre todos aun cuando éste ya no trabaje, viviendo las familias de tres a cuatro



generaciones juntas. En las grandes ciudades como Sao Pablo o Río de Janeiro, la costumbre de tener a los viejos en casa es poco común.

Aquí en nuestro país las familias se conservan unidas, y son ellas las que se encargan de las personas mayores, siendo muy pocas las que eligen internar a sus viejos en asilos o casas de asistencia.

Para el año 2050 según las proyecciones basadas en el crecimiento demográfico, México se encontrará en el segundo lugar dentro de los primeros 10 países de Latinoamérica y el Caribe con mayor número de personas de 60 años y más.

En países en vías de desarrollo encontramos características comunes con respecto a la vejez, tales como:

- Claramente son los viejos los que poseen el saber, las competencias o la propiedad.
- Ejercen un gran control sobre el futuro de los jóvenes.
- Tienen la capacidad de transmitir y guardar ciertas tradiciones religiosas, familiares.

Uno de los problemas que enfrentan estos países, es que los gobiernos no se ocupan lo suficiente de las tendencias demográficas.

En Holanda se realizó un uso de departamentos agrupados, llamados Cantou, donde



viven personas de edad, con problemas mentales de senilidad y que con una guía o conductora, llevan a cabo las actividades cotidianas; como vestirse, lavarse, etc.

En Estados Unidos de América desde 1977 se empezaron a construir villas para personas de edad, donde se consideran cuatro tipos de principios para conservar el equilibrio residente-medio:

- Mantenimiento, utilidad y cantidad de servicios médicos; se estableció un programa de tratamiento individual para cada residente.
- Política social, organización y relación residente-director, tanto los habitantes como el director trabajan simultáneamente para la dirección de las villas.
- Esquema de costos-beneficios, donde se establecen modelos para permitir a las personas de edad conservar sus recursos financieros.
- Concepción de edificios adaptada a la del medio físico-geográfico.

La vivienda, el equipamiento urbano (salud, recreación, cultura, la vialidad y el transporte) son servicios que nunca fueron pensados para ellos.



2.2 *Administración de los asilos*

Cuando hablamos de hogares de ancianos o asilos nos referimos a un modelo institucional que aparece en Europa en el Siglo XVI destinado a albergar locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos. A través del tiempo ha sido un recurso que la sociedad instrumentó para dar respuesta a diversos problemas planteados por la población de adultos mayores. Actualmente los asilos continúan formando parte del imaginario popular como uno de los destinos fatales de los longevos, existen propuestas alternativas a la institucionalización que dan soluciones más adecuadas a las necesidades de estos. Contrariando la mitología popular, que fija como inevitable el destino de los mayores reclusos en instituciones, las cifras indican que no llega al 1,5% la población mayor de sesenta años que se encuentra en hogares, en México. Recién a mediados de este siglo incorporan el concepto de rehabilitación y a partir de la década de los ochenta se comienza a pensar en términos de promoción de la salud (Cifuentes, 1992).

El último cuarto de siglo muestra un incremento sustantivo en la cantidad de hogares de ancianos y en la institucionalización de estos.

El imaginario popular, investigaciones, informes, artículos periodísticos, notas en medios de comunicación y trabajo profesional en dichas instituciones, me permite afirmar que la atención que allí reciben los ancianos es altamente deficiente. Esta situación, más que a problemas económicos, se debe a la falta de conocimientos,



capacidades y estrategias que posibiliten brindar un buen servicio. El desafío es gestionar eficazmente estas instituciones, pasar de la concepción asilar a la concepción de promoción de la salud. Lograr hogares donde los residentes se conviertan en “protagonistas”, donde encuentren sentido a su existencia, que puedan generar proyectos, sentirse bien y vivir con la dignidad que merece todo ser humano (Miller, 1998).

2.2.1. Clasificación para la Administración del Servicio en los asilos

La Gerontological Society (1978), identificó cuatro grupos para poder realizar la administración adecuada del cuidado médico en las personas de la tercera edad: el intacto, el mínimo deteriorado, deteriorado moderado y deteriorado seriamente.

1. La categoría de “deteriorados seriamente” abarca a gente generalmente en los sus últimos años 70 y más viejo, quienes están en condiciones múltiples avanzadas tales como óseo artritis, enfermedad de Parkinson, parálisis, y enfermedad vascular cerebral. Una alta incidencia de la confusión, desorientación, depresión, y de desórdenes del comportamiento también se presentan. Para la mayor parte de los deteriorados seriamente, han perdido la capacidad para el cuidado de uno mismo y de la ayuda de la misma familia, incluso cuando están disponibles, no son adecuados los cuidados a las necesidades que este requiere. El cuidado a largo plazo continuo y comprensivo es por lo tanto requerido en clínicas de reposo u hospitales.



2. Los “deteriorados moderados” están típicamente en los mediados 70 años o más viejos. No son más autosuficientes; aunque no están postrados en cama, pueden ser afligidos por las mismas condiciones que el grupo anterior. Algunos pudieron también haber sufrido pérdida de movimientos, paro cardíaco, y amputaciones ligeras así como deterioros visuales y de oído. También exhiben pérdida y confusión de la memoria. Mientras que la mayoría de los individuos en este grupo pueden tomar el cuidado de algunas de sus necesidades, deben ser colocados bajo el cuidado y supervisión médico o en un ambiente protegido.
3. Los "mínimo deteriorados" tienden a ser personas en sus últimos años 60 y principios de los años 70. Sus enfermedades pueden ser agudas y pueden causar restricciones temporales de la actividad. Las debilitaciones crónicas son, sin embargo, leves y no impiden la continuidad de la forma de vida. Hay muestras de la progresiva incapacidad que avanza debido al corazón y los desórdenes circulatorios, artritis, y los defectos visuales. La falta de memoria ocasional, mientras que es no seria en sí mismo, puede provocar ansiedad y timidez. Aunque estos individuos pueden tomar el cuidado de sí mismos, pueden también beneficiarse de servicios preventivos de la comunidad.
4. Los "ancianos intactos" se encuentran en el grupo más joven, su rango es de principios a finales de los años 60. Tienen limitaciones funcionales mínimas esporádicas y son completamente capaces de resolver todas sus necesidades. Los problemas importantes se relacionan con la



transición del retiro y la reducción posible en el estándar de vivir. Los servicios necesarios son asegurar la continuidad de intereses, la prevención del aplazamiento del inicio de inhabilidades, y el enriquecimiento de la vida

2.2.2. Funcionamiento Institucional

Para el desarrollo e implantación administrativa de cualquier empresa en toda la variedad de ramos, debe tomarse en cuenta lo siguiente:

- 1.- Planeación: Seleccionar misiones, objetivos y las acciones para alcanzarlos.
- 2.- Organización: Identificar y clasificar las actividades requeridas para lograr sus objetivos y asignarlas a las personas adecuadas para llevarlas a cabo.
- 3.- Dirección: Influir sobre las personas a través de la motivación, el liderazgo y la comunicación para lograr que contribuyan a las metas de la organización del grupo.
- 4.- Control: La medición y la corrección del desempeño con el fin de asegurar que se cumplan los objetivos de la empresa y los planes diseñados para alcanzarlos.

Además de tomar en consideración los puntos anteriores básicos de la administración, se requiere elaborar un proyecto de inversión del producto o empresa que se desee comercializar o crear, puesto que este nos indicara si es factible o no su



realización a través del estudio e investigación del mercado, un estudio técnico, un estudio económico junto con su evaluación y un análisis y administración del riesgo.

Surge el interrogante acerca de si la gestión de esas instituciones, pueden encausarse en forma armónica, estable o su dinámica funcional se asemeja más a secuencias de equilibrios y desequilibrios. Desde la perspectiva del desarrollo humano, el envejecer es universal, la manera de hacerlo es propia de cada sujeto, es decir que la uniformidad en la generación de los diferentes servicios, el tratar a los mayores como iguales, significa un reduccionismo que, no solo, no contempla la diversidad y heterogeneidad de las personas, sino que en la mayoría de los casos termina volviendo rígidas las normas institucionales y empobreciendo la calidad de servicio. Referirse a instituciones implica la presencia de normas y algún grado de organización. La falta de las mismas en nombre del respeto a la individualidad tampoco es conducente, por que generarían un estado de anarquía, que repercutiría negativamente en los residentes. El desafío es lograr la contención y seguridad institucional, respetando las individualidades de sus integrantes, es procurar el desarrollo de las potencialidades, sin obligar a participar de actividades que no resulten placenteras, son conciliar intereses entre residentes, personal y directivos, es favorecer la comunicación tolerando las diferencias (Bauleo, 1992).

La diversidad de situaciones que se presentan en los hogares, las diferentes demandas y expectativas de los residentes, sus familiares y amigos, del personal de atención directa, de profesionales y los directivos, demandan una actitud de construcción constante de la armonía institucional, que en el devenir implica pasar de



equilibrios a desequilibrios y así sucesivamente. Debe considerarse que estas instituciones se encuentran en un contexto en el cual son consideradas muchas veces las cosas que tienen elevada visibilidad: pisos limpios, pintura impecable, orden, alimentación abundante, mucho más que las que tienen baja visibilidad: un trato cordial, calidad alimenticia, ocupación y preocupación por los residentes, respeto por la singularidad, etc. Estas situaciones donde no siempre está clarificado qué es lo importante de lo accesorio, dificultan muchas veces el accionar habitual.

2.2.3. Recursos humanos con los que debe contar un asilo

Es usual, observar opiniones diferentes acerca de que profesión o que profesional debe estar al frente de los establecimientos dirigidos a personas de edad, dando por hecho que el ser profesional, garantiza, la capacidad y el conocimiento necesario sobre el tema todavía los estudios sobre envejecimiento son optativos en algunas carreras. Lo importante es requerir para la dirección de estos establecimientos, personal con capacitación específica y conocimientos del tema, si se pretende iniciar una transformación institucional, la claridad sobre las posibilidades del envejecimiento los conocimientos sobre instituciones saludables e inteligentes (Monk, 1992). Si la particularidad institucional, se asienta sobre el mantenimiento y promoción de aspectos del desarrollo vital, cultural y espiritual, seguramente la dirección estará en manos de un profesional de esa orientación, si la concepción es la medicación de la vejez, la dirección será médica. En la poca legislación existente, sobre habilitación de los asilos, se requiere personal médico, enfermería, trabajadores sociales, psicólogos,



nutricionistas (Mishara, 1986). Las remuneraciones ocupan un lugar muy importante en el pago a las tareas del personal, en todos sus niveles, pero también es importante favorecer la capacitación, asistencia a eventos de la especialidad, aliento y estímulo a las iniciativas, y reconocimiento de los adelantos y aprendizajes, sobre todo en los niveles del personal que permanece más tiempo en el hogar. Es habitual que los profesionales, especialistas, profesores, asistan regularmente a cursos, y seminarios, y que también tengan otros trabajos u ocupaciones, que significan un ritmo de entrada y salida de las instituciones diferente de quienes están ocho o diez horas en forma permanente. Para los primeros tomar distancia y reflexionar sobre su trabajo, es más fácil que para los segundos, que habitualmente es el personal de atención directa, con menor calificación y quien pasa más tiempo en contacto con los residentes.

2.2.3.1 Papel del nutriólogo en la Administración de Comedores.

El nutriólogo, dentro de una institución como una residencia geriátrica, tiene diversas tareas como administrar de forma efectiva y eficiente el servicio de alimentos que se presentan a los internos y al personal que labora dentro de la misma, además de supervisar que se lleven a cabo las prácticas de higiene correctas, que los alimentos que se ofrecen sean agradables y atractivos al paladar de los comensales (Romero, 2000).

2.2.3.2 Organización de la Comunidad, Planeamiento Social y Estrategias del Empowerment

El trabajo social en general, y en detalle con los ancianos, se ha practicado sobre todo en áreas urbanas, pero las áreas rurales han estado ganando la atención de dueños de



residencias geriátricas. Un porcentaje de la población más vieja de los Estados Unidos vive y continuará viviendo en zonas metropolitanas o urbanizadas de América, sobre todo en sus áreas suburbanas. La alta incidencia de dueños de residencias geriátricas entre la población de adultos mayores es más probable que continúe dentro de los próximos veinte años. Esta tendencia según el autor refleja el fuerte deseo de los adultos mayores para experimentar las ventajas materiales, simbólicas y emocionales de un asilo (Golant, 1984).

2.3. Alimentación de la tercera edad

Según datos de la OMS los alimentos que consume la gente, en toda su variedad cultural, definen en gran medida la salud, el crecimiento y el desarrollo de las personas. Los comportamientos de riesgo, como el consumo de tabaco y la inactividad física, modifican el resultado para bien o para mal. Todo ello se inscribe en un ambiente social, cultural, político y económico que puede agravar la salud de las poblaciones a menos que se tomen medidas enérgicas para hacer que el ambiente sea favorable para la salud.

En los países desarrollados, el estatus socioeconómico bajo se asocia a un riesgo mayor de enfermedades cardiovasculares y diabetes. Al igual que en los países industrializados prósperos, parece haber un predominio inicial de las enfermedades cardiovasculares entre los grupos de más alto nivel socioeconómico, por ejemplo en China. Se presume que las enfermedades se desplazarán progresivamente a los sectores más desfavorecidos de la sociedad.



Hay tres aspectos fundamentales relacionados con las enfermedades crónicas en la última parte del ciclo de vida:

1. La mayoría de las enfermedades crónicas se manifiestan en esta última etapa de la vida;
2. La modificación de los factores de riesgo y la adopción de comportamientos favorables a la salud, como el ejercicio y las dietas saludables, reportan beneficios absolutos para los individuos y las poblaciones de edad avanzada;
3. Es preciso maximizar la salud evitando o retrasando las discapacidades prevenibles. Junto con las transiciones sociales y de la morbilidad, se ha producido un cambio demográfico importante (Organización Mundial para la Salud, 2003).

Mejor salud, esperanza de vida más larga, son algunas las ventajas que se obtienen de dietas y de la nutrición mejoradas. Los avances en el conocimiento de la nutrición y su uso durante décadas recientes han desempeñado un papel muy importante en la reducción del número de las muertes infantiles y maternas, muertes de enfermedades infecciosas, particularmente entre niños, y en ampliar la esperanza de vida.



Las ventajas significativas posibles gracias al conocimiento de las necesidades del alimento. Los beneficios viables pueden desarrollarse en aliviar problemas de salud relacionados con la nutrición del individuo:

- *Los problemas de salud importantes están relacionados con la dieta.* Sobretudo de los problemas de salud inferiores que conducían a la muerte en los Estados Unidos se podían modificar por mejoras en dieta.
- *El verdadero potencial de dieta mejorada es preventivo.* La evidencia existente es inadecuada para estimar ventajas de dietas mejoradas en términos de la salud. La mayoría de los nutriólogos y de los médicos piensan que el verdadero potencial de una dieta mejorada es preventivo pues puede diferir o modificar el desarrollo de un estado de la enfermedad de modo que no se convierta en una condición crítica.
- *Las ventajas son para todas las personas.* Las ventajas de una mejor nutrición, hecha posible por dietas mejoradas, está disponibles para la población entera. Cada segmento de la edad, del sexo, étnico, económico, y geográfico se beneficiaría.
- *Las contribuciones por enfermedades importantes son gama larga.* Las predicciones del grado al cual la dieta se puede implicar en el desarrollo de varios problemas de salud han sido basadas en el conocimiento actual de accesos metabólicos de alimentos, pero sobre todo de caminos metabólicos anormales por las personas en etapas avanzadas de la



enfermedad. Hay poco que entender de cuando o de porqué ocurre este cambio metabólico. El cuerpo humano es un mecanismo complejo y muy adaptable. Para la mayoría de los procesos metabólicos esenciales los patrones alternos que existen se pueden utilizar en respuesta psicológica, dieta, u otra tensión. Con frecuencia, una serie de ajustes ocurre y el último resultado no llega a ser evidente durante mucho tiempo, incluso años, tal como cuando un metabolismo acumula colesterol. El ajuste temprano de la dieta podía prevenir el desarrollo de efectos de largo alcance indeseables. Los cambios de menor importancia en los hábitos de la dieta y del alimento instituidos en una edad temprana pudieron evitar la necesidad de adoptar cambios importantes, difícil de quitar más adelante en vida.

En nuestro país existe poca información relacionada con aspectos nutricionales en personas de la tercera edad. En la Encuesta Urbana de Alimentación en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México realizada en hombres y mujeres de sesenta años y más, residentes del Distrito Federal y con capacidad de valerse por sí mismo; fueron estudiados 100 sujetos, 54 mujeres y 46 hombres; la edad promedio en las primeras fue de 64 años y en los segundos de 67 años. El valor promedio de energía ingerida/24 h fue en las mujeres de 1166 kcal y en los hombres de 1583 kcal. Sólo el 7.4% de las mujeres y el 8.7% de los hombres reportaron una ingestión de energía igual o mayor a la recomendación internacional para este grupo de edad. En relación a los alimentos que con más frecuencia consumieron los sujetos estudiados, se observó que éstos eran de costo bajo o medio, y aún cuando el pollo fue consumido con cierta frecuencia dentro de



la población, eran incluidas, principalmente porciones escasas (Ávila, 1995). Es sabido que las fuentes de proteínas animales son de alto costo y ello se reflejó en el estudio, ya que una proporción grande de la población se inclinó hacia un mayor consumo de verduras y cereales. Se observó que la ingestión de alimentos de un gran porcentaje de las personas era menor a la acostumbrada, debido a situaciones extraordinarias o inesperadas que habían alterado su patrón de consumo diario usual durante la entrevista acerca de sus hábitos dietarios. Habitualmente las causa que alteran la ingestión de los alimentos de los ancianos implican principalmente los siguientes factores:

1. Sociales, (pobreza, ignorancia, aislamiento, abandono familiar)
2. Psicológicos (estados depresivos, soledad, luto, demencia)
3. Dentales (pérdida de órganos dentarios, caries dental, enfermedad parodontal, edad y estado de la prótesis dental)
4. Funciones sensoriales disminuidas
5. Enfermedades diversas
6. Incapacidad para alimentarse por sí mismos. La falta de ayuda en la compra de sus alimentos y la preparación posterior de los mismos, en algunos ancianos también agrava el problema. En los individuos que viven solos, la falta de socialización durante las comidas igualmente incrementa el déficit dietario.

Igualmente, existen varias razones por las cuales es importante conocer el tipo de alimentos que consume un individuo, un caso es el que representa el consumo de frutas y verduras que merecen una atención especial. Estos alimentos son fuentes ricas



de vitaminas y minerales tales como: carotenos, vitaminas A, E y C, y potasio. Algunos de estos micro nutrientes tienen propiedades antioxidantes y pueden tener un papel protector contra los radicales libres oxidativos, los cuales parece ser que se hallan implicados en el mecanismo de lesiones artero escleróticas y actualmente se han hallado evidencias que revelan que el daño de los radicales libres puede también ser importante en otras enfermedades como: cáncer, enfermedad de Parkinson y de Alzheimer. Por lo tanto, es importante conocer los patrones dietarios y de la selección e ingestión de alimentos de los ancianos, para detectar posibles riesgos nutricionales para planear y evaluar las recomendaciones nutricionales aplicables a este grupo de población (Velázquez, 2003).

Según Arzac (1985) una persona sana que alcanza la vejez no requiere una dieta diferente de la que necesitaba cuando era joven, con la salvedad de un ajuste en el aporte energético por la disminución de la actividad física.

A la fecha, las recomendaciones de nutrición para los ancianos no han quedado perfectamente definidas, si bien todo parece indicar que en esencia no son diferentes de las que se hacen a los adultos de 20 a 40 años. Probablemente la única modificación importante provenga de las necesidades energéticas del anciano, que se ven reducidas debido a que su metabolismo basal se encuentra disminuido y a resultas de una menor actividad física.

Para asignar las necesidades nutricias es útil considerar los siguientes puntos: edad, sexo, talla, ocupación, actividad física, medio ambiente, equilibrio hormonal y tipo de padecimientos, en caso de que existan.



Las satisfacción de las necesidades dependen más de la cantidad de alimentos que se consume que de la composición de la dieta (cuando ésta es variada) y esa cantidad es determinada fundamentalmente por la actividad física. Hay que tener en cuenta que las personas de edad avanzada son en general conservadoras y obstinadas, no aceptan con facilidad llevar a cabo un régimen dietético o introducir modificaciones en su alimentación.

Diversos estudios llevados a cabo por la Organización de las Naciones Unidas y la Organización de la Agricultura y la Alimentación (FAO) han demostrado que a partir de los 25 años las necesidades energéticas disminuyen aproximadamente en un 7.5 por ciento cada década. El requerimiento energético se calcula sobre la base del tamaño y la composición del cuerpo, la actividad física, la temperatura ambiente y el sexo.

Las variaciones encontradas en las necesidades energéticas de gente que cuenta entre 50 y 70 años muestran que hay que ordenar y determinar con mayor exactitud los requerimientos energéticos totales de los ancianos. Esto se logra conociendo la forma en que emplean su tiempo y averiguando hasta qué grado son capaces de ahorrar o consumir energía de acuerdo con su actividad física.

Si el anciano tiene un peso excesivo o si, a la inversa, presenta desnutrición, la dieta deberá variar en función de cada caso. El obeso es por lo general sedentario y conserva un gran apetito como medio de satisfacción, mientras que el desnutrido



soporta un difícil digestión, ya sea por la existencia de una lesión bien definida o de un problema crónico de baja ingestión(Arzac, 1985).

2.3.1 Hidratos de Carbono

Arzac (1985) menciona que el fin de la alimentación es satisfacer el apetito y obtener suficiente energía para las necesidades del organismo, en este último aspecto, la fuente más abundante y económica está constituida por los hidratos de carbono, que deben suministrar del 40 al 50 por ciento del valor energético de una dieta. Los hidratos de carbono son nutrimentos en cierto modo protectores, ya que en determinados momentos evitan que las proteínas sean utilizadas con fines energéticos.

La obesidad y la diabetes contraindican la ingestión de cantidades normales de hidratos de carbono, sea cual sea su clase. Debe evitarse la hipoglucemia funcional del anciano, que se manifiesta unas horas después del consumo de hidratos de carbono de fácil digestión y cuya presencia hay que sospechar cuando el paciente geriátrico se queja de fatiga, mareos y sudoración profunda. Para resolver este problema bastará cambiar las comidas, haciéndolas menos abundantes pero más frecuentes, y aumentar el consumo de proteínas y grasas(Arzac, 1985).

2.3.2 Lípidos

Según el autor los triglicéridos deben constituir alrededor del 25 por ciento del valor energético de la dieta del anciano, sumando un total de 60 a 80 gramos diarios. Los



lípidos son fuente de energía, vehículo de vitaminas liposolubles, y de ácidos grasos indispensables, pero en la senectud debe evitarse consumirlos en exceso, sobre todo tratándose de grasas de origen animal, ya que en esa época de la vida hay una mayor incidencia de enfermedades degenerativas como arteriosclerosis, colecistitis, cirrosis hepática, hepatitis. Es necesario que la cantidad y la calidad de los lípidos que se ingieren sean las adecuadas.

Son preferibles las dietas con bajo contenido de ácidos grasos saturados y colesterol, así como con predominio de grasas de origen vegetal. Sin embargo esto no debe tomarse al pie de la letra. El aceite de pescado constituye una excepción dentro de los aceites de origen animal, pues contiene esencialmente ácidos grasos no saturados. En los ancianos la absorción de lípidos es algo lenta, así como disminuye el tiempo de coagulación pudiendo sobrevenir trombosis intra vascular y hay mayor lentitud en la velocidad de la circulación (Arzac, 1985).

2.3.3 Proteínas

Arzac nos dice que los requerimientos de proteínas dependen del tamaño del cuerpo, de su composición y del consumo de energía. Mientras en los jóvenes la función primordial de estas sustancias es favorecer el crecimiento, en los ancianos su misión es reponer tejidos. No obstante la necesidades de proteínas en la senectud son prácticamente iguales a las de los adultos jóvenes: de 0.9 a 1.0 gramos diarios por cada kilo de peso.



El aporte inadecuado de proteínas, o el aprovechamiento deficiente de las mismas, produce desnutrición proteínica que se manifiesta con pérdida de peso, fatiga, irritabilidad, cambios de personalidad, disminución de la resistencia al “estrés”, retardo en la cicatrización de las heridas, etc. Algunas de las manifestaciones originadas por la desnutrición proteínica son insuficiencia hepática, edemas y sensibilidad a las infecciones (Arzac, 1985).

2.3.4 Vitaminas

Las dosis necesarias de estos nutrimentos cambian con la edad, aun cuando no se han establecido con exactitud los topes mínimos y máximos. Se considera, sin embargo, que éstos no difieren mucho de los aconsejados para los adultos jóvenes.

Los niveles de algunas vitaminas como la A, la C, la tiamina y la riboflavina pueden ser bajos sin presentar manifestaciones clínicas.

Es frecuente que los pacientes sedentarios de edad avanzada reciban un suplemento de vitamina D, así se previene la osteomalacia y la fragilidad ósea aunque siempre será más recomendable que reciban diariamente algunos minutos de sol (Arzac, 1985).

2.3.5 Nutrimentos inorgánicos



Los nutrimentos inorgánicos están ampliamente distribuidos en los alimentos. Las deficiencias de hierro pueden deberse a dietas inadecuadas, acidez gástrica, así como a defectos en la absorción comunes en la senilidad. Es factible suplir esas carencias con la ingestión de hígado, carne magra, huevo, vegetales verdes, trigo entero, pasas, duraznos y chabacanos. Estos alimentos tienen cobre y cobalto, que aumentan la utilización del hierro. Las cantidades grandes de calcio no mejoraran la salud de los ancianos y en cambio pueden producirles cálculos. En cuanto al sodio, su consumo no debe suspenderse ni restringirse a menos que haya hipertensión arterial o insuficiencia renal crónica.

Los requerimientos de agua varían de acuerdo con la dieta, la humedad y la temperatura ambiente. Las necesidades están dadas por la sed del adulto mayor y el aporte de líquido debe ser libre. Es necesario aumentarlo en la deshidratación y restringirlo ante la insuficiencia renal crónica y aguda, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardiaca congestiva o en el edema agudo pulmonar y el edema generalizado (Arzac, 1985).

2.3.5 Selección de los Alimentos

La selección eficiente de los alimentos es esencial a la nutrición mejorada. Es posible que los individuos seleccionen dietas adecuadas disponibles si se le proporciona la información y la motivación necesaria. Los hábitos apropiados de comer necesitan ser establecidos pronto en vida. El alimento proporciona una variedad de satisfacciones además de su valor nutricional, así cambiar en hábitos alimenticios no es fácil de hacer



o de mantener. Muy poco se sabe del papel de factores fisiológicos y emocionales en hábitos alimenticios que se convierten y cómo pueden ser utilizados para realizar y mantener cambios dietéticos recomendados. Un conocimiento mejor de estas relaciones asistiría a diseñar combinaciones del alimento, a seleccionar y a desarrollar los alimentos que serían fácilmente aceptables y realizarían cambios dietéticos deseables, posibles y fáciles. Las ventajas de la selección mejorada del alimento se reflejan en una salud, un bienestar y una parte de mejora en general en las ventajas de la modificación de los problemas de salud. También hay satisfacciones personales de la libertad para elegir los alimentos que les gusten y no requieren oposición de hábitos establecidos del alimento y de costumbres sociales (Eshbach,1993).

2.4. Administración de Cocinas

El servicio de restauración de una residencia geriátrica es aquel que se responsabiliza de la preparación y distribución de la alimentación a los residentes. Es indiscutible que la alimentación constituye un valor de suma importancia tanto para el anciano, como para los familiares y allegados a la hora de decidirse por uno u otro centro, por lo que no es raro que se solicite "echar un vistazo" e incluso probar la comida que se ofrece en la residencia, ateniéndose no sólo a criterios de calidad y cantidad, sino también a la forma de ser servida y su presentación (Vidal, 2005).

La alimentación que se ofrecía hace años en los asilos siempre fue concebida como un servicio más que se ofrecía al residente, un servicio que además, resultaba complejo, y por lo general, con bajo grado de satisfacción. Pero afortunadamente esta idea ha evolucionado y los gestores son cada vez más conscientes de que éste es uno de



los puntos fuertes en el que se apoya la imagen de la residencia y la calidad de vida de sus mayores. Un servicio que, según cifras manejadas por la Federación Nacional de Centros y Servicios de Mayores (FSM), supone para el centro un costo de entre el 5 y el 10% dependiendo del tipo de centro (Muñoz, 2001).

En la actualidad cualquier residencia con cocina propia o servicio concedido debería estar en condiciones de poder ofrecer: posibilidad de escoger el menú; equilibrio en los aspectos nutricionales; cantidad de alimentos suficiente y variada; presentación esmerada cuidando los detalles (se juega con el factor de la inapetencia); condimentación estimulante, incluso en dietas; horarios de servicio en consonancia con las costumbres del país; puntualidad en el servicio de comedor y entrega en habitaciones, y, por supuesto, en el segundo caso, a temperaturas adecuadas (Muñoz, 2001). Los anteriores parámetros son contemplados por los técnicos y expertos en nutrición como básicos para que el servicio de alimentación de una residencia sea el adecuado, teniendo en cuenta que aún cumpliéndose en su totalidad, si el residente no consume su comida, está claro que se están desperdiciando recursos. Consecuencia de todo lo anterior es que la gestión y administración de este servicio vaya adquiriendo una complejidad en la que es imprescindible una mayor optimización de estos recursos (conocimientos, compras, proceso, plantillas, presupuestos, equipos). Por ello no es de extrañar que hoy en día, numerosos gestores geriátricos se planteen el outsourcing del servicio de alimentación. Esta circunstancia se produce sobre todo en el caso de las grandes compañías, responsables de varios centros, y de residencias de gran tamaño, que aunque garantizan la existencia de una cocina propia al cliente, delegan en la empresa de restauración la dirección, las compras y gestión de proveedores, personal, planificación de menús, formación, controles higiénico-sanitarios, etc. No por eso las



pequeñas o medianas empresas deben de quedarse al margen de estas posibilidades ya que existen el en mercado global del catering y la restauración empresas de gestión integral que le ofrecen las mismas posibilidades que las empresas de gran tamaño o multinacionales (Muñoz, 2001).

También es importante que la empresa de restauración cuente con un departamento de Dietética y Nutrición para que en colaboración con el equipo médico de la residencia, pueda trabajar en la composición de menús, el control y atención del estado de nutrición de los residentes (Vidal, 2005).

2.4.1 Manejo Higiénico de Alimentos

Recepción.

El lugar de recepción, es un área física en donde llegan los insumos por medio del proveedor, donde deben de pasar por un proceso que controle la calidad para poder ingresar como parte de la materia prima para la preparación de alimentos de la institución, en caso de ser perecederos se identifican los alimentos si son de calidad en cuanto al tamaño, maduración y frescura; en el caso contrario de los alimentos no perecederos, se debe identificar si existen latas abolladas, envases abiertos o que los productos ya estén caducados.

Respecto a las especificaciones de compra, se debe pesar el alimento en una báscula y se compara con la nota de requisición, con el fin de comparar el requerimiento hecho contra lo que el proveedor esta entregando; si no coinciden, se debe de regresar la



mercancía que el proveedor está dando. En esta área es donde se inicia el proceso del servicio de alimentos y es donde se debe prestar mucha atención ya que se pueden presentar mermas, extravíos o contaminación, ya sea física, química o biológica (Eshbach, 1993).

Almacenamiento.

El almacén es el área en donde se ubican los alimentos durante determinado tiempo. Si los alimentos no se almacenan en un lugar higiénico, con las temperaturas adecuadas de acuerdo a su naturaleza pueden llegar a sufrir contaminación física, química o biológica, lo que ocasionaría un factor de riesgo de enfermedades causadas por los alimentos al consumirlos. El almacén esta dividido en dos partes: la de alimentos perecederos y la de alimentos no perecederos (Eshbach, 1993).

Es importante llevar a cabo el sistema PEPS (primeras entradas, primeras salidas) el cual funciona colocando los alimentos en los estantes según su fecha de caducidad, para usar primero los alimentos más viejos. Se deben de almacenar los productos que tengan la fecha de caducidad más cercana enfrente de los productos con fecha más lejana. Una vez almacenados correctamente se usan primero los que están al frente. Se debe revisar las fechas de caducidad con frecuencia, y desechar los alimentos que se hayan pasado (Nacional Food Safety Education, 2003).

Producción.

La cocina en un servicio de alimentos debe estar dividida en dos partes: cocina en frío y cocina en caliente. La finalidad de que exista esta división es impedir que se desarrolle la contaminación cruzada.



En la cocina fría se preparan alimentos que no requieren cocción como las ensaladas, fruta, emparedados, etc.

En la cocina caliente se preparan alimentos que requieren de algún tratamiento térmico como las sopas, guisados, etc. Es aquí donde se encuentran estufas, marmitas, freidoras y cacerolas (Cañizal, 1996).

Servicio.

El comedor es el área donde los comensales van a ingerir los alimentos, este lugar debe estar limpio, contar con mesas, sillas, ventilación, iluminación y ser agradable a la vista.

Al terminar la preparación de los alimentos, se deben colocar las porciones de los alimentos en los platos correspondientes para que posteriormente se pongan en las charolas que serán entregadas a cada uno de los adultos mayores.

Es muy importante que las charolas que contienen dietas especiales se distingan de las demás para no servir alimentos que no deben ser consumidos por algunas personas, para esto se recomienda el uso de tarjetas de colores:

- Amarillo: Dieta para diabéticos
- Naranja: Dieta baja en grasas
- Blanco: Dieta blanda
- Verde: Dieta molida
- Rosa: Dieta normal
- Azul: Dieta hiposódica



Se deberán colocar las tarjetas en un lugar visible de la charola y se proporcionará a cada adulto mayor según el padecimiento (Romero, 2002).

2.5 Outsourcing

La búsqueda de la calidad, a todos los niveles, suele convertirse en el objetivo principal de cualquier empresa de servicios, sea cual sea su sector. A través de la especialización se consigue, hoy en día, mejorar cualquiera de las áreas que componen un proyecto de asistencia integral dirigido a persona de la 3ª edad. Por ello se persiste todo un conjunto de argumentos a favor del outsourcing del servicio de alimentación y gestión de la cocina (Latorre, 1999).

Precisamente, gracias a la aparición en el sector de las grandes compañías de geriátricos, el outsourcing en la hotelería y restauración está experimentando un importante incremento, básicamente porque las empresas especializadas ofrecen menús a precios competitivos, sin duda atractivos para las direcciones de los centros, llegando a ofrecer en ocasiones valores añadidos, como la cobertura de servicios complementarios o la financiación necesaria para la renovación de equipos e instalaciones. También es cierto que la comida transportada o catering ha sido la más clara alternativa para los pequeños centros que carecen de cocina, y para aquellas instituciones sociales que asisten a los ancianos en sus domicilios. La alternativa de dejar en concesión este servicio, bien en el caso de la comida transportada o de la elaboración in situ reporta para la dirección de los geriátricos un número considerable de ventajas a tener en cuenta. Ventajas que esgrimen las empresas especializadas en su



oferta y que han sido contrastadas por los expertos y responsables de los centros que han optado por este sistema: Entre otras destacan:

- Corresponsabilidad del servicio.
- Mayor dedicación y más tiempo de la dirección de la residencia a los temas básicos geriátricos.
- Respuesta inmediata a la solución de ciertos problemas.
- Costos fijos.
- Mayor capacidad de compra.
- Menos personal propio y mejor aprovechamiento de los recursos humanos (formación continua y reciclaje).
- Mayor flexibilidad en servicios y adscripción de personal.
- Aporte de nuevas tecnologías.
- Exigencias al proveedor en temas de calidad.
- Menores pérdidas desconocidas.
- Menores inversiones y, por tanto, menores amortizaciones.
- Dificultad para cumplir una normativa cada vez más compleja (medio ambiente, prevención de riesgos laborales, dietética y nutrición.)
- Mayor autocontrol y control de la normativa higiénico-sanitaria en el tratamiento y manipulación de los alimentos.

Y los beneficios que se pueden encontrar a través del outsourcing para el plan alimenticio de residencias geriátricas son:



- Planificación y elaboración del menú a lo largo de los 365 días del año. Elaboración de un dossier de dieta-terapia que sirva de soporte documental al personal de cocina.
- Diseño mensual 7 propuestas de menú: normal, hiposódica, hipocalórica (bajo en azúcares y en grasas) de fácil deglución, de fácil masticación, y de fácil digestión.
- Aprovechar los conocimientos del sector, para mejorar la organización de la cocina o garantizar el cumplimiento de los protocolos vigentes en materia de seguridad alimenticia.
- Desde el punto de vista organizativo se evita toda la gestión de compra, selección de proveedores, diseño de los menús, de la dirección del personal de cocina, gestión de bajas y otros temas administrativos de cocina, permitiendo canalizar sus esfuerzos en atender su actividad asistencial.
- La garantía del aseguramiento de la calidad en el servicio de cocina gracias a:
 - Una dirección especializada y profesional.
 - Planificación de platos y elaboración profesional de los menús (con especial preocupación por el equilibrio dietético y nutricional).
 - Implementación, desarrollo y seguimiento del HACCP (Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control), así como desarrollo de planes de limpieza e higiene específicos para su cocina.
 - Control bacteriológico de alimentos y superficies.



-
- Proyectos y modificaciones de instalaciones considerando la relación productividad-costo y en base a la normativa higiénico-sanitaria vigente (Vidal, 2005).