



**Universidad de Concepción del Uruguay  
Facultad de Ciencias Agrarias - Centro Regional Rosario**

**Licenciatura en Nutrición**

**“HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTADO NUTRICIONAL  
DE ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A DOS  
CENTROS DE JUBILADOS Y PENSIONADOS DE LA  
CIUDAD DE FIRMAT DURANTE LOS MESES  
DE ENERO Y FEBRERO DE 2016”**



Tesina presentada para completar los requisitos  
del plan de estudios de la Licenciatura en Nutrición

**Alumna: VAGHI, DÉBORA**

**Directora: Lic. Salomé Russo - Mat. 495**

**Rosario - Febrero 2017**

---

*“Las opiniones expresadas por la autora de esta Tesina no representan necesariamente los criterios de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias Agrarias de la Universidad de Concepción del Uruguay”.*

## AGRADECIMIENTOS

- Agradezco a mi Directora de tesina, Lic. Salomé Russo, por su generosidad al guiarme en este trabajo, compartiendo su tiempo y sus conocimientos.
- A la Sra. Nanci Fenocchi Jefa de la Agencia de Pami Firmat y al Lic. Sergio Cataneo, quienes colaboraron de forma incondicional en el desarrollo de este trabajo.
- A los adultos mayores que participaron con entusiasmo e interés compartiendo sus experiencias.
- A la Lic. Ariana Dávila, por su aporte profesional.
- A mi familia y amigos.



---

## DEDICATORIAS

A los abuelos de mi familia, y de manera especial al abuelo Edgardo.



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen.....	7
1. Introducción .....	9
2. Justificación .....	11
3. Revisión de antecedentes .....	13
4. Problema .....	17
5. Objetivos	
5.1. Objetivo general .....	18
5.2. Objetivos específicos .....	18
6. Marco teórico	
6.1. Adulto mayor .....	19
6.2. Envejecimiento: conceptos y características.....	20
6.3. Aspectos demográficos del envejecimiento .....	20
6.4. Aspectos fisiológicos asociados al envejecimiento	
6.4.1. Cambios que afectan los tiempos de la nutrición .....	22
6.4.2. Cambios en la composición corporal .....	24
6.4.3. Cambios en el sistema cardiovascular .....	25
6.4.4. Cambios en el sistema inmunitario .....	25
6.4.5. Cambios en el sistema nervioso .....	26
6.5. Aspectos psicológicos del envejecimiento .....	26
6.6. Aspectos sociales del envejecimiento.....	26
6.7. Patologías prevalentes en el adulto mayor .....	27
6.7.1. Malnutrición en el adulto mayor .....	29
6.8. Polifarmacia en el adulto mayor .....	32



6.9. Valoración geriátrica integral y Valoración del estado nutricional.....	33
6.10. Nutrición en adultos mayores	
6.10.1. Ingestas recomendadas.....	39
6.10.2. Alimentos protectores .....	44
6.10.3. Suplementos nutricionales y alimentos fortificados .....	45
6.11. Estilo de vida relacionado con la salud .....	46
6.11.1. Componentes del estilo de vida relacionado con la salud .....	47
6.12. Alimentación y hábitos alimentarios saludables .....	48
6.13. Pautas alimentarias y de estilo de vida para mejorar el estado nutricional de los adultos mayores.....	50
6.14. Nuevas Guías Alimentarias para la Población Argentina .....	52
6.15. Nuevo concepto de envejecimiento: Envejecimiento activo y saludable ..	53
7. Material y métodos	
7.1. Tipo de investigación y diseño .....	55
7.2. Unidad de análisis .....	55
7.3. Población.....	55
7.4. Muestra .....	55
7.5. Variables: identificación, definición y operacionalización .....	56
7.6. Instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	63
7.7. Criterio ético para la realización del trabajo de campo .....	67
7.8. Análisis de los datos .....	67
8. Referente empírico.....	69
9. Resultados .....	72
10. Discusión .....	94



---

11. Conclusión .....	100
12. Recomendaciones .....	103
13. Fuentes de consulta	
13.1. Fuentes Bibliográficas .....	105
13.2. Fuentes de Internet.....	106
13.3. Otras Fuentes.....	109
Anexos.....	111

## RESUMEN

**Introducción:** De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la esperanza de vida de los adultos mayores ha aumentado en los últimos años debido a una mejora en las condiciones sanitarias, sociales y económicas, produciendo un envejecimiento de la población. Un diagnóstico temprano de problemas nutricionales de los adultos mayores, conseguirá mejorar su calidad de vida al disminuir la probabilidad de aparición de patologías asociadas a la nutrición y por lo tanto evitar el riesgo de necesitar su institucionalización y/o hospitalización extendiendo así su autonomía independientemente logrando un envejecer activo y saludable.

El objetivo de este trabajo fue determinar si los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores promueven un envejecimiento activo y saludable.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, con diseño de corte transversal realizado en 2 centros de jubilados y pensionados de la ciudad de Firmat a partir de una muestra de 50 adultos mayores de ambos sexos, de 60 años o más, durante los meses de Enero y Febrero de 2016.

**Resultados:** Los adultos mayores, poseen hábitos alimentarios que se alejan de las recomendaciones establecidas en las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA). El estado nutricional del 50% de la población, se encuentra fuera del rango considerado normal, presentando sobrepeso y obesidad. El 94% de la población posee riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares o crónico-degenerativas, de acuerdo a los datos antropométricos registrados.

**Conclusión:** Las condiciones observadas, no promueven un envejecimiento activo y saludable en los adultos mayores, y de no realizar una intervención a corto plazo,



podrían agravarse e intensificarse con el tiempo, causando mayor dependencia de los mismos, modificando la forma y el ritmo de envejecer.

**Palabras clave:** adulto mayor, hábitos alimentarios, estilo de vida, estado nutricional, envejecimiento activo.

## 1. INTRODUCCIÓN

El incremento de la esperanza de vida, el deseo de mantener una buena salud, funcionalidad y una máxima calidad de vida en edades avanzadas, constituye una prioridad en las personas mayores. Los hábitos alimentarios y el estado nutricional tienen gran influencia en la prevención y/o tratamiento de diversas enfermedades que afectan a este grupo.

La longevidad depende principalmente del estilo de vida y en menor parte de la genética, del acceso a la atención médica de alta calidad y de factores ambientales como la contaminación entre otros. (Brown, 2006)

Los hábitos alimentarios considerados dentro del estilo de vida, adquieren particular relevancia en el caso de los adultos mayores, por su vulnerabilidad expresada en los cambios metabólicos y orgánicos, producidos durante el proceso de envejecimiento, y también por la aparición de factores de riesgo asociados a la malnutrición, que además de físicos, pueden ser psicológicos y socioculturales.

Entre otros cambios, pueden señalarse: la pérdida de piezas dentarias, la aparición de patologías del aparato digestivo, muchas causadas por los numerosos medicamentos a los que están expuestos limitando la absorción de nutrientes, o bien, la presencia de otras afecciones como el dolor y las enfermedades psicosomáticas, como la ansiedad y depresión, que pueden dar origen a obesidad y anorexia del envejecimiento.

Otra dificultad que muchos deben enfrentar, es la soledad en que viven, con limitaciones físicas para disponer de alimentos frescos, que cubran sus gustos y necesidades con la frecuencia adecuada. (Alpers, Stenson y Bier, 2003).

Las costumbres y preferencias establecidas en los hábitos alimentarios de los

adultos mayores, han sido consolidadas con el paso de los años, transformándose en parte de la misma persona, y resultando en ocasiones, difícilmente modificables a esta edad.

En general, no es necesario ni beneficioso modificar estos hábitos de raíz y por completo. Pero revisarlos con atención e incorporar pequeños cambios dirigidos a conservar la salud y mejorar el bienestar y la calidad de vida, resultará esencialmente beneficioso también, en esta etapa.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esperanza de vida de los adultos mayores ha aumentado en los últimos años, debido a una mejora de las condiciones sanitarias, sociales y económicas.

Estos avances, han llevado a un envejecimiento de la población, pudiendo afirmar que en estas condiciones favorables, al adulto mayor aún le quedan muchos años de vida. (2014).

Por ello desde el lugar de futuro profesional de la salud se debe estar atento a afrontar esta nueva situación, tanto a nivel preventivo como paliativo, para que los adultos mayores puedan mantener una vida saludable e independiente a medida que envejecen.

Las medidas preventivas para disminuir los problemas nutricionales en la vejez, deben comenzar en las etapas tempranas de la vida, sin embargo las modificaciones en el estilo de vida durante esta etapa son significativas y gravitantes a posteriori. Además, no hay dudas de que un buen estado nutricional contribuye también a mejorar la capacidad de recuperación de diversos padecimientos. (Gutiérrez-Robledo, Ruiz-Arregui y Velázquez, 2008).

Con este trabajo se pretende destacar la importancia de los equipos multidisciplinarios de atención primaria (centros de salud, consultorios externos, hospitales, centros comunitarios ) integrados también por los licenciados en nutrición con el fin de detectar precozmente problemas nutricionales y desarrollar programas que promuevan la valoración nutricional como una prueba diagnóstica más del ámbito sanitario.

Un diagnóstico temprano de problemas nutricionales en los adultos mayores

conseguirá mejorar su calidad de vida al disminuir la probabilidad de aparición de patologías asociadas a la nutrición y por lo tanto evitar el riesgo de necesitar su institucionalización y/o hospitalización, extendiendo así su autonomía e independencia logrando un envejecimiento activo y saludable.

### 3. REVISION DE ANTECEDENTES

A continuación, se detallan diferentes trabajos de investigación cuyo vínculo en común es la identificación y descripción de hábitos alimentarios, estilo de vida y estado nutricional de adultos mayores, con el fin de promover una intervención nutricional preventiva en dicho grupo etario. Los mismos fueron desarrollados durante los años 2005 y 2013.

En el distrito de Masma Chicche, ubicado en la provincia de Jauja, departamento de Junín, (Perú), se realizó un estudio descriptivo transversal, cuyo objetivo fue determinar el estado nutricional y los factores asociados a malnutrición en el adulto mayor de dicha comunidad.

En el mismo se encuestaron a 72 personas mayores de 60 años y sus resultados permitieron llegar a la siguiente conclusión: “En la comunidad de Masma Chicche, alrededor de la tercera parte de la población tiene malnutrición la que está asociada con el sexo masculino y la presencia de depresión”. (Contreras *et al.*, 2013)

En la ciudad de Buenos Aires, Argentina, se realizó un estudio con el objeto de “Conocer la ingesta de energía, macro y micronutrientes de un grupo de adultos mayores”, residentes en dicha ciudad.

Para ello se utilizó un cuestionario cuantitativo de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA), en 100 adultos de ambos sexos, mayores de 65 años, no hospitalizados ni institucionalizados.

Los resultados permitieron arribar a la conclusión que: “El grupo analizado, tiene una dieta desequilibrada, siendo necesario reducir la ingesta energética y de lípidos,

promover el consumo de frutas y vegetales, disminuir la ingesta de sodio y aumentar la de calcio y potasio” (Silva, Slobodianik y Feliú, 2012)

Asimismo, en la provincia de Catamarca, en el marco de una investigación sobre “Alimentación y Estilos de vida en relación a Enfermedades Crónicas no Transmisibles” (ECNT), se llevó a cabo un estudio epidemiológico, descriptivo y transversal, sobre los hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de dicha Provincia.

El objetivo fue describir los hábitos en la población de las regiones este (RE) y oeste (RO) con características socio-productivas diferentes, mediante la construcción de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA) cualitativo, de una serie seleccionada de alimentos protectores y de riesgo, asociados a ECNT. La frecuencia se categorizó en: Nula; Alta; Moderada y Baja.

Se observó que:

*La población de la RO realiza una elección de alimentos más saludables, caracterizada por una mayor variedad y frecuencia de consumo diario de alimentos “protectores” con capacidad antioxidante, que el visto en el colectivo de la RE. Los alimentos de “riesgo”, ricos en carbohidratos simples y grasas saturadas, mostraron frecuencias de consumo similares entre ambas poblaciones. Los resultados no expresarían evidencias suficientes para relacionarlos independientemente con morbimortalidad por ECNT. Además, se ha postulado que los hábitos alimentarios adquiridos durante la infancia persisten en la edad adulta; sin embargo resulta particularmente importante, difundir que los adultos mayores adopten prácticas alimenticias y estilos de vida que minimicen el riesgo adicional de mala salud y potencien las perspectivas de un envejecimiento activo y saludable (Cornatosky, Barrionuevo, Rodríguez y Zeballos, 2009).*

Por otro lado, con el objetivo de describir el estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México, se analizó la información de 5480 adultos mayores de 60 años de edad, de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENCANUT 2006)

cuyos resultados fueron:

*Hasta 40% de los adultos mayores carece de seguridad social y el 2% padece desnutrición; la anemia afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres (34,8 contra 17%). Más de 60% sufre sobrepeso y obesidad; cerca de 25% corresponde a hipertensos diagnosticados por la encuesta y 15 a 20% a diabéticos.*

*Los resultados de este estudio muestran que los adultos mayores en México poseen un estado de salud y nutrición inadecuado, lo cual es urgente atender a fin de optimizar su calidad de vida. (Shamah Levy et al., 2008)*

Otra investigación realizada respecto a la “Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México” permitió arribar a la siguiente conclusión:

*Varios factores determinantes de los síntomas depresivos y del resultado obtenido con la escala de depresión geriátrica de Yesavage (EDG), son similares a los factores que determinan la aparición de trastornos en los hábitos alimentarios de los adultos mayores. La posibilidad de que existan mecanismos etiológicos comunes apunta a que se deben diseñar intervenciones dirigidas a prevenir la aparición y las consecuencias negativas de ambos trastornos. Estos resultados confirman la necesidad de tomar en cuenta los aspectos alimentarios, entre otros, durante el estudio de la depresión en los adultos mayores. (Avila-Funes, Pierre-Garant y Aguilar-Navarro, 2006)*

Finalmente, también puede incluirse dentro de los antecedentes del tema, una investigación realizada en el año 2005, en el municipio de Caldas, departamento de Antioquía (Colombia) denominada “Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud”.

Su objetivo fue indagar sobre dichos procesos, relacionados con la alimentación y nutrición del adulto mayor.

El mismo logró identificar que en la alimentación de los adultos mayores del citado municipio, los hábitos alimentarios que contribuyen a su proceso de mayor fragilidad son: bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de grasa



proveniente principalmente de alimentos fritos.

Por otra parte se pudo constatar que:

*...en algunos participantes, el consumo se ve afectado por el poco acceso a los alimentos, en otros se afecta por su estado de ánimo. Los participantes identifican que el bajo acceso a los alimentos genera hambre y enfermedad y manifiestan que anteriormente había mayor disponibilidad de alimentos por la posibilidad de acceder a ellos por medio de la agricultura. Al llegar a la vejez algunos de ellos se enfrentan al aislamiento familiar lo que dificulta la adquisición de alimentos, viéndose en la necesidad de trabajar para su manutención, buscar redes de apoyo o programas de complementación alimentaria. (Restrepo et al., 2006)*

#### 4. PROBLEMA

Para disfrutar a pleno esta etapa de la vida como adulto mayor, es de vital importancia poseer hábitos alimentarios saludables y un adecuado estado nutricional.

De allí surge el interrogante del trabajo propuesto:

¿Los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores que concurren a los dos centros de jubilados y pensionados de la ciudad de Firmat durante los meses de Enero y Febrero de 2016, promueven un envejecimiento activo y saludable?

## 5. OBJETIVOS

### 5.1. Objetivo general

Determinar si los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores que concurren a los dos centros de jubilados y pensionados de la ciudad de Firmat durante los meses de Enero y Febrero de 2016, promueven un envejecimiento activo y saludable.

### 5.2. Objetivos específicos

- Caracterizar la población según edad, sexo y aspectos socioeconómicos.
- Distinguir hábitos relacionados con la alimentación y evaluar la ingesta dietética a través de la frecuencia de consumo de distintos alimentos.
- Reconocer la percepción que tienen los adultos mayores sobre su apetito habitual y la calidad de su alimentación.
- Reconocer costumbres relacionadas con el estilo de vida, como la actividad física, horas de sueño, consumo de alcohol, tabaquismo y participación social.
- Evaluar el estado nutricional a través de indicadores antropométricos tales como el índice de masa corporal y el perímetro de pantorrilla.
- Identificar riesgo de enfermedad cardiovascular según índice cintura/talla y circunferencia de cintura.
- Identificar enfermedades crónicas no transmisibles y consumo de medicamentos.
- Reconocer asesoramiento de un/a Licenciado/a en nutrición.

## 6. MARCO TEÓRICO

**Palabras clave:** adulto mayor, hábitos alimentarios, estilo de vida, estado nutricional, envejecimiento activo.

### 6.1. Adulto mayor.

El concepto de adulto mayor fue introducido por las Naciones Unidas refiriéndose como tal, a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados, y de 60 para los países en desarrollo.

Cabe destacar que debe distinguirse la edad cronológica, de la edad fisiológica.

La primera, está marcada por el tiempo transcurrido desde el nacimiento, mientras que la segunda es considerada en términos de capacidad funcional<sup>1</sup>. Ambas no siempre coinciden y a veces el estado de salud de la persona, desmiente lo esperado en función de su edad cronológica. (Ruiz –López y Reyes Artacho, 2010, p. 322)

Es por eso que los adultos mayores, constituyen uno de los grupos más heterogéneos de la población, haciéndolos vulnerables a las alteraciones biológicas, psíquicas y sociales que presentan, repercutiendo de gran manera, en sus actividades cotidianas y en la capacidad para alimentarse.

Por otra parte, algunos autores basados en dicha heterogeneidad y al aumento de la esperanza de vida<sup>2</sup> distinguen tres grandes grupos para clasificar a los adultos mayores en:

---

<sup>1</sup> Capacidad funcional: Se estima mediante la evaluación de las capacidades físicas y cognitivas del mayor, para determinar su autonomía o independencia en el ambiente. Evalúa tres componentes: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD); Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD); Marcha y Equilibrio (Schapira, 2001)

<sup>2</sup> Esperanza de vida: Se define como la media de años que se vive, en la práctica, desde el nacimiento o desde una edad concreta (*Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores* FIAPAM, 2014)

- **Ancianos jóvenes:** personas de edades comprendidas entre los 60-74 años. En general, este grupo de población goza de buena salud y de autosuficiencia -es independiente para realizar las actividades de la vida diaria-; es una etapa útil para prevenir la incapacidad.
- **Ancianos:** personas de 75-84 años. La invalidez funcional y la necesidad de ayuda para las tareas domésticas o el transporte suelen ser los cambios más destacables, así como la morbilidad y la mortalidad.
- **Ancianos viejos:** personas de más de 85 años. La fragilidad y la incapacidad son los aspectos más predominantes. (Capo-Pallas, 2002, p.5)

## 6.2. Envejecimiento: concepto y características

Mencionar a las personas mayores es hacer referencia al envejecimiento natural e inevitable del ser humano, el cual es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que van a intervenir conjuntamente factores biológicos, psíquicos, sociales y ambientales.

De acuerdo a Lerotich (2008), la definición más aceptada sobre envejecimiento es aquella que lo considera como “La suma de todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte”.

## 6.3. Aspectos demográficos del envejecimiento

De acuerdo a la información proporcionada por el Departamento de Estadística e Informática Sanitarias de la OMS, la esperanza de vida de las personas mayores sigue en aumento, proyectándose que para el año 2020, los mayores de 60 años superarán en número a los menores de cinco años.

Respecto a la Argentina, la esperanza de vida aumentó un promedio de tres años en el periodo comprendido entre 1990 y 2012.

Dos décadas atrás, los argentinos llegaban a una edad de 73 años, mientras que ahora viven 76, según el nuevo documento. En relación a los sexos, los hombres pasaron de alcanzar los 69 años a los 73, mientras que el incremento en las mujeres fue de 72 a 77 años.

Según los resultados del Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas 2010 publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) se informaron que entre 1970 y 2010, el porcentaje de personas mayores de 65 años pasó del 7 al 10,23%.

Y en lo que respecta a los datos a nivel de la Provincia de Santa Fe, suministrados por el Instituto Provincial de Estadística y Censos (IPEC), revelaron que en el 2011, el 11,8% de la población tenía más de 65 años, superando el 10,2% de la media nacional. También se observó que en el sur provincial, el Índice de Envejecimiento<sup>3</sup> (IE) es mayor, destacándose los departamentos de San Lorenzo, San Martín, Caseros, Iriondo y General López (en donde se encuentra la ciudad de Firmat), seguidos por los departamentos del centro provincial y un bajo nivel de envejecimiento en los del norte. (Socolsky, 2012)

#### **6.4. Aspectos fisiológicos asociados al envejecimiento**

Con el transcurso de los años, ocurren cambios fisiológicos en los distintos órganos y sistemas propios del proceso de envejecimiento, modulados por otros factores detallados anteriormente.

---

<sup>3</sup> Índice de envejecimiento: Mide la cantidad de adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes. Se calcula haciendo la razón entre personas de 60 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, por cien. (CEPAL, 2014)

Los mismos deberán diferenciarse de los procesos patológicos, puesto que la vejez no es una enfermedad.

#### 6.4.1. Cambios que afectan los tiempos de la nutrición

##### a) Primer tiempo de la nutrición: **Alimentación**

El **apetito** en los adultos mayores puede mantenerse inalterable, pero en general disminuye con el tiempo. (Pupi, 2003, p.398)

Las alteraciones en los **órganos de los sentidos** ocasionan menor interés por la comida.

Además en la **cavidad bucal** es común la pérdida de piezas dentarias, la atrofia de la mucosa oral y la reducción del flujo salival con menor secreción de amilasa salival y acidificación del medio, afectando de esta manera, las funciones fisiológicas, digestivas y protectoras.

Por otra parte, en el **esófago**, hay una disminución de la motilidad y de la presión del esfínter esofágico inferior, ocasionando mayor probabilidad de reflujo gastroesofágico.

Las funciones del **estómago** y el **intestino delgado**, también se ven afectadas condicionando la absorción de vitamina B<sub>12</sub>, calcio, hierro, ácido fólico y zinc.

El **páncreas** reduce el nivel de lipasa, alterando la absorción de las grasas y el **hígado** disminuye de tamaño por la reducción del número de hepatocitos, afectando la síntesis proteica, el flujo sanguíneo y su poder regenerativo.

La actividad de la lactasa decrece, produciendo intolerancia a la lactosa (Lerotich, 2008, p.105).

Los hidratos de carbono suelen absorberse en forma más lenta.

##### b) Segundo tiempo de la nutrición: **Metabolismo**

Se evidencia una reducción de la utilización de los nutrientes. A modo de ejemplo, la malabsorción del hierro causa una menor producción de hemoglobina afectando el transporte del oxígeno.

Existe además, un ligero aumento de la glicemia (1mg/dl por década), observándose, desde una intolerancia a la glucosa, hasta una diabetes tipo dos.

Las alteraciones en el metabolismo de los lípidos en sus múltiples expresiones, son sumamente frecuentes en los adultos mayores, contribuyendo a su acumulación en sangre, tejido adiposo y otros tejidos. (Lerotich, 2008, p.107).

Finalmente, se debe reconocer un balance de nitrógeno negativo fisiológico, frecuentemente agravado por la reducción de la ingesta proteica y a la dificultad para la absorción de aminoácidos.

c) Tercer tiempo de la nutrición: **Excreción**

En el **intestino grueso**, se altera la estructura. Sumado a esto, la inmovilidad propia de la persona mayor, algunos fármacos, y la menor ingesta de líquidos entre otros factores, contribuyen al enlentecimiento del tránsito intestinal y a la aparición de constipación y diverticulosis (Lerotich, 2008, p.106).

La **función renal** también se ve afectada por la disminución de su flujo plasmático, la menor tasa de filtrado glomerular: 60 ml/min (VN 90 a 120 ml/min), y la disminución de la síntesis de 1,25 dihidroxicolecalciferol o vitamina D<sub>3</sub>.

Además, el peso del riñón disminuye un 10%, debido al menor número y tamaño de las nefronas. Esto explica la sensibilidad de los ancianos a la ingesta insuficiente de agua y a la frecuente aparición de hipovolemia e hiponatremia, afectándolos tanto la deshidratación como a la excesiva hidratación.



La **piel** se hace cada vez más delgada y las glándulas sebáceas y sudoríparas disminuyen, perdiendo la capacidad de sudoración.

Finalmente los **pulmones**, presentan una disminución en la ventilación de los alveolos y el intercambio de oxígeno y anhídrido carbónico a través de la membrana alveolar. (Lerotich, 2008, p.404)

#### **6.4.2. Cambios en la composición corporal**

La composición corporal sufre progresivas modificaciones a lo largo del tiempo y se profundizan en las últimas décadas de la vida.

El **agua corporal total** disminuye en promedio al 60%, fundamentalmente a expensas del agua intracelular. La menor sensibilidad de los osmorreceptores y receptores de volumen predisponen a la deshidratación.

También se evidencia un aumento y redistribución de la **grasa corporal** en ambos sexos, siendo mayor en mujeres. Esto se debe en gran parte a la disminución de la actividad física y a cambios hormonales. En varones menores de 80 años la masa grasa alcanza el 25-30% y alrededor del 40% en las mujeres. Aumenta el depósito en la región intraabdominal y en la región superior del tronco, disminuyendo en el tejido subcutáneo y en las extremidades. El aumento de la grasa visceral determina un aumento del perímetro de la cintura, con incremento en el desarrollo de factores de riesgo de enfermedades, tales como diabetes, dislipemia, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular.

La disminución de la **masa magra** está relacionada con la pérdida de masa muscular o **sarcopenia** originando menor fuerza muscular que limita la capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, transformándose en un factor de riesgo de padecer alteraciones del equilibrio, de la marcha y caídas.

*“Ninguna de las características del envejecimiento tiene un efecto más dramático sobre el metabolismo basal, la sensibilidad a la insulina, la respiración, la capacidad de desplazamiento, la movilidad y la dependencia que la masa muscular” (Rosemberg, 1992 citado por Lerotich, 2008, p.106)*

La **masa ósea** también disminuye aumentando la prevalencia de fractura de cadera y de mortalidad. Además suelen observarse osteoartritis, que dificultan la adquisición y preparación de alimentos, osteoporosis senil y acortamiento de la columna vertebral, que se manifiesta por la disminución de la talla, afectando la autonomía y la independencia del adulto mayor.

#### **6.4.3. Cambios en el sistema cardiovascular**

Entre los cambios que se producen en el sistema cardiovascular, se destacan la hipertrofia cardíaca, la disminución de la contractilidad del miocardio y una menor perfusión en determinados órganos. Hay una pérdida de elasticidad de los vasos sanguíneos, lo que incrementa la resistencia periférica y contribuye a una mayor prevalencia de hipertensión arterial.

Más del 60% de los mayores de 60 años presentan hipertensión sistólica-diastólica. Además, puede existir un aumento en los niveles de los triglicéridos plasmáticos, debido a una disminución de la actividad de la lipoproteinlipasa, lo que originaría un mayor tiempo de permanencia en sangre de los lípidos tras una ingesta rica en grasa. (Ruiz-López, Reyes-Artacho, 2010, p.327)

#### **6.4.4. Cambios en el sistema inmunitario**

El envejecimiento se asocia con una alteración en la regulación del sistema inmunitario, que conlleva una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas e inflamatorias y de tumores, asociados a una mayor morbilidad y mortalidad. Si bien

otras células del sistema inmunitario se encuentran afectadas, estas alteraciones afectan principalmente a los linfocitos T.

Este hecho está relacionado con la posible deficiencia de determinados micronutrientes como el ácido fólico, las vitaminas B<sub>6</sub>, A, C, E, zinc, y el hierro fundamentales en la inmunocompetencia. (Ruiz-López, Reyes-Artacho, 2010, p. 327).

#### **6.4.5. Cambios en el sistema nervioso**

Los cambios producidos en el sistema nervioso pueden dar lugar a modificaciones en la función motora (marcha y equilibrio), descenso de la percepción sensorial, en el proceso del sueño y en el ciclo vigilia/sueño, así como en los procesos cognitivos y de conducta. (Ruiz-López, Reyes-Artacho, 2010, p.328)

#### **6.5. Aspectos psicológicos del envejecimiento**

Los cambios fisiológicos producidos en el sistema nervioso pueden originar una serie de cambios cognitivos y de conducta del adulto mayor.

Los procesos patológicos más frecuentes son la **depresión** y la **demencia**.

Los estados depresivos se relacionan con un peor estado nutricional, por la pérdida de interés por la comida.

Por otra parte, la demencia, conlleva pérdida de memoria y de las funciones intelectuales, lo que repercute en las actividades cotidianas del individuo y en su relación con el entorno.

#### **6.6. Aspectos sociales del envejecimiento**

El envejecimiento es una etapa que se caracteriza también, por cambios en los ámbitos individual, familiar y social.

Hay un cambio en el papel que desempeña la persona mayor en su familia, pasando de ser un sujeto activo, que contribuye al cuidado de hijos y nietos, a ser un sujeto más pasivo, que necesita de cuidados específicos, sobre todo si presenta problemas de salud. Incluso a veces, debe cambiar su vivienda habitual para vivir con los hijos. La jubilación está relacionada con una disminución de los ingresos económicos y de las relaciones sociales.

También se dispone de mayor tiempo libre y hay que **aprender** a utilizarlo.

Las condiciones socioeconómicas, especialmente la pobreza, son causas de una alimentación inadecuada en muchas personas de edad, así como la soledad, la viudez, la falta de habilidad culinaria, principalmente en el hombre, y la pérdida de interés por la comida. Esto contribuye a que muchos adultos mayores que viven solos, acaben realizando una alimentación monótona, con un número limitado de alimentos, con el consiguiente peligro de incurrir en deficiencias nutricionales.

Además, la capacidad funcional determina su autonomía o independencia en el ambiente que le rodea, condicionando su alimentación.

Situaciones tales en que la persona pueda o no salir de su vivienda a hacer las compras, sea capaz de preparar su comida, pueda alimentarse sola o necesite de algún tipo de ayuda, esté deprimida o tenga algún tipo de deterioro cognitivo, etc., son determinantes en el momento de una intervención nutricional. (Ruiz-López, Reyes-Artacho, 2010, p. 328)

### **6.7. Patologías prevalentes en el adulto mayor**

El colectivo de adultos mayores es el más heterogéneo entre las distintas etapas de la vida. En él coexisten personas sanas y enfermas cuyos cambios fisiológicos e incluso fisiopatológicos se presentan de forma diferente.

Pueden dividirse en cuatro tipologías:

- Individuo Sano /Independiente
- Con Enfermedad Crónica/ Independiente
- Individuo Frágil/ Vulnerable
- Con Enfermedad Crónica/Dependiente para las AVD<sup>4</sup>

Se conoce como **enfermedades crónicas**, a aquellas para las cuales aún no se conoce una solución definitiva, y el éxito terapéutico consiste en tratamientos paliativos para mantener a la persona en un estado funcional, mediante el consumo constante de fármacos. (Durán, et al., 2009)

Las mismas son: hipertensión arterial, diabetes, cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), osteoartrosis, artritis reumatoidea, las enfermedades cardiovasculares, como cardiopatías isquémicas, dislipidemia y las enfermedades cerebrovasculares.

La mayoría de los adultos mayores convive con alguna dolencia crónica. (Pérez-Llamas y Carbajal-Azcona, 2013 p.74)

La hipertensión arterial, una las patologías más comunes, se convierte en un factor de riesgo para desarrollar otras, como la enfermedad coronaria, accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio y enfermedad renal.

La diabetes y sus complicaciones (retinopatías, enfermedades cardiovasculares y renales), asociadas a la EPOC son otras de las patologías que originan más muertes en este grupo etario. (Durán *et al.*, 2009)

---

<sup>4</sup> Las actividades de la vida diaria (AVD) son un conjunto de tareas o conductas que una persona realiza de forma diaria y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su entorno y cumplir su rol o roles dentro de la sociedad

Es importante resaltar que la alimentación, constituye un aspecto fundamental en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas.

### **6.7.1. Malnutrición en el adulto mayor**

Con el aumento de la edad, las personas mayores demuestran una disminución de la ingesta media de la mayoría de los nutrientes, observándose en consecuencia estados de malnutrición.

A partir del año 2006, la OMS comenzó a incluir dentro del término malnutrición, tanto a la desnutrición como a la sobrealimentación.

De acuerdo a Bertini (2006) malnutrición es "una condición fisiológica anormal causada por deficiencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de calorías, proteínas u otros nutrientes"; "... es necesario redefinir el concepto para que englobe la infraalimentación, pero también la sobrealimentación"; "...y si se quiere controlar la epidemia creciente de las enfermedades crónicas es necesario luchar con urgencia contra la malnutrición en el mundo, tanto por exceso como por defecto".

Por su parte, De la Mata (2008) afirma que "Se consideran como forma de presentación clínica posible del estado de malnutrición: la interacción de las palabras: carencias, excesos y desequilibrios y las interrelaciones de las palabras energía, proteínas y otros nutrientes".

#### **✦ Malnutrición por defecto: anorexia del envejecimiento y desnutrición**

Generalmente, la **anorexia del envejecimiento** es secundaria a las siguientes causas: sequedad de la mucosa oral, enfermedades neurológicas, dietas restrictivas, depresión, aislamiento, fármacos, entre otras.

"La presencia de anorexia debe considerarse como un síntoma de alarma".

(Lerotich, 2008, p.108)

Cuando la anorexia se convierte en un problema patológico origina una serie de cambios a nivel neuro-endócrino, dando lugar a una pérdida de peso involuntaria seguida de desnutrición.<sup>5</sup> (Chavez, citado por Ortiz-Escoriza, Aguilera-Gazquez y Hernandez-Guerrero, 2014 p.143)

La **desnutrición** es la causa más frecuente de malnutrición en los adultos mayores.

El solo hecho de ser anciano, aumenta el riesgo de padecer desnutrición y si a esto se le suman comorbilidades e internación, el riesgo se duplica. (Lerotich, 2008, p.108)

Los ancianos desnutridos, son más frágiles<sup>6</sup>, tienen retrasos en la cicatrización de heridas, aumento del riesgo de padecer úlceras por presión e infecciones intrahospitalarias. Además poseen deterioro en la función muscular, disminución de la masa ósea y anemias, incrementando el riesgo de mortalidad.

La **fragilidad nutricional** se refiere a la discapacidad que sobreviene en la persona mayor como consecuencia de esa rápida e involuntaria pérdida de peso.

Por esta causa, es importante prevenir la desnutrición, y diagnosticarla tempranamente, realizando una correcta valoración del estado nutricional (VEN).

#### ➤ **Malnutrición por exceso: obesidad y sobrepeso**

---

<sup>5</sup> Desnutrición: estado de deficiencia calórica, proteica o de otros nutrientes específicos que producen un cambio cuantificable en la función corporal y se asocian con un empeoramiento en la evolución de las enfermedades.

<sup>6</sup> La fragilidad constituye un estado fisiológico de vulnerabilidad frente al estrés. El adulto mayor frágil es víctima de un deterioro en cascada cuando se lo somete a procedimientos de intervención, o de manera espontánea cuando debe enfrentar un padecimiento agudo. La compensación, a través de la puesta en marcha de la reserva funcional está muy limitada.

De acuerdo a la definición de la OMS (2012) “el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”.

Valenzuela, (2007) la define como “enfermedad crónica, de origen multifactorial, caracterizada por un incremento anormal de la grasa corporal, que conlleva riesgos para la salud (comorbilidades)”.

El aumento de la masa grasa relacionado con la edad, en su mayoría, es causado por la disminución en el gasto energético, secundario al descenso en la tasa metabólica basal, así como la reducción en la actividad física, entre otros factores.

Si esta condición se combina con una ingestión calórica estable o aumentada, da como resultado una acumulación gradual de grasa.

El diagnóstico de obesidad, puede realizarse a través del índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cadera, índice cintura talla, circunferencia de cintura, y diámetro sagital del tronco.

Debe tenerse en cuenta que los cambios en la composición corporal propias del envejecimiento, podrían subestimar la obesidad basada en el IMC.

Además, el sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de dependencia por deterioro de la capacidad física y cognitiva y es también síntoma de fragilidad del anciano.

En cuanto a **obesidad sarcopénica**, Garcia-Zenón y Villalobos-Silva (2012) señalan:

*“...la pérdida de masa muscular, en conjunto con el incremento en la prevalencia de obesidad en ancianos, ha recibido el término de “obesidad sarcopénica”, una combinación de exceso de grasa corporal y reducción de la masa o fuerza muscular.*



*Los ancianos con sarcopenia y obesidad tienen peor función física y discapacidad que quienes tienen sarcopenia y no son obesos” (p.158).*

### 6.8. Polifarmacia en el adulto mayor

Entre los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor se encuentra la polifarmacia. La presencia de varias enfermedades y dolencias, lleva en ocasiones a una prescripción excesiva por parte del médico, o a una automedicación por el propio paciente, con un elevado número de fármacos, a lo que se denomina polifarmacia.

La **polifarmacia** puede ser definida como el consumo concomitante y regular de cuatro o más medicamentos. De acuerdo a la OMS, se toma como referencia la administración simultánea de más de tres fármacos, no incluyendo vitaminas ni suplementos alimenticios. (Serra-Urra y Meliz, 2013).

Este elevado consumo de fármacos muchas veces crónico, puede comprometer la biodisponibilidad de los nutrientes debido a los efectos adversos y a las interacciones fármaco-nutriente, afectando la ingesta y el estado nutricional.

Algunas de las acciones resultantes son:

- Laxantes: la absorción de nutrientes y electrolitos disminuida.
- Diuréticos: excreción de potasio incrementada
- Tetraciclinas: absorción de calcio disminuidas.
- Cefalosporinas: gentamina clorafenico: Metabolismo proteico y vitaminas D y K alterados.
- Anticonvulsivantes (por ej. fenitoina, metrotexato) absorción y metabolismo de ácido fólico alterado. (Barrera-Sotolongo y Osorio-León, 2007)

## 6.9. Valoración geriátrica integral y valoración del estado nutricional

De acuerdo a Serra-Reixach y Cuesta-Triana (s.f.)

*La **valoración geriátrica integral** (VGI) es un procedimiento diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que pretende cuantificar los problemas médicos y la capacidad funcional y psicosocial del individuo anciano con la intención de elaborar un plan integral de tratamiento y seguimiento a largo plazo (p.44)*

Al tener un componente multidisciplinario, permite iniciar un tratamiento completo, basado en la opinión de diferentes profesionales de la salud como enfermeros, médicos, trabajadores sociales, licenciados en nutrición, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos y neurólogos, logrando de esta manera una mayor precisión diagnóstica.

La **valoración del estado nutricional** (VEN), formaría parte de este esquema con el objetivo de completar el plan de tratamiento integral

El **estado nutricional** es la situación en la que se encuentra una persona en relación a la ingesta y a las adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. (Kathleen-Mahan y Escott-Stump, 2001, p.386).

La VEN es la metodología que se utiliza para determinar el estado nutricional de un individuo.

La capacidad para identificar a las personas ancianas en riesgo nutricional, establecer la existencia de malnutrición, y cuantificar el grado de esta para determinar las estrategias de intervención nutricional que conduzcan a una mejoría del estado de salud del anciano, son objetivos que se tienen en cuenta a la hora de seleccionar instrumentos que sean útiles para la valoración nutricional (Iraizoz, 2009).

Los métodos utilizados para la VEN incluyen: anamnesis alimentaria y cálculo de la ingesta, el examen físico-clínico, parámetros antropométricos, parámetros bioquímicos, y métodos complementarios.

#### **a) Anamnesis alimentaria y cálculo de la ingesta**

En muchas patologías, especialmente las ECNT, el análisis de la ingesta es prioritario, ya que en su mayoría, existe una relación entre la dieta y el desarrollo de las mismas.

La anamnesis alimentaria permite evaluar si la ingesta dietética de la persona cumple con las condiciones de un régimen normal (suficiente, completo, armónico y adecuado). También brinda información cualitativa sobre gustos o rechazos alimentarios, tipos de alimentación, de preparaciones utilizadas; e información semicuantitativa sobre la frecuencia y cantidad de consumo por grupo de alimentos o nutrientes.

Los métodos para valorar las ingestas dietéticas, varían de acuerdo al objetivo de estudio, ya sea conocer la ingesta habitual, determinar los orígenes de una carencia, establecer la relación entre el estado nutricional y la ingesta o evaluar los efectos de la ingesta frente a una patología nutricional.

Los mismos pueden ser **prospectivos** o **retrospectivos**:

Los primeros, analizan las ingestas del momento actual. Se obtiene la información del tamaño y frecuencia de las ingestas a medida que estas se van realizando. El modelo típico es el registro de 24 horas que puede realizarse un solo día o repetirse por periodos de tiempo acordados.

Los métodos retrospectivos brindan información sobre los alimentos consumidos durante un periodo de tiempo determinado. Los más utilizados son: historia dietética,

recordatorio de 24 horas y el cuestionario de frecuencia de consumo alimentario (CFCA).

El CFCA puede ser cualitativo o semicuantitativo, en el caso de incluir el tamaño de las porciones.

Las respuestas obtenidas pueden ser utilizadas para categorizar a las personas de acuerdo al consumo usual de nutrientes, alimentos o grupos de alimentos, y cuando se incluye el tamaño de las porciones, pueden categorizarse de acuerdo a la ingesta de nutrientes.

### **b) Examen físico-clínico**

Consta de una inspección que se basa en la observación focalizada del paciente.

Se realiza una valoración global subjetiva o exploración físico-clínica, sobre el aspecto general del paciente, sin olvidar los antecedentes familiares y patologías entre otros aspectos.

En los ancianos también es recomendable una revisión más detallada para detectar deterioro mental, deficiencia visual o en la audición, lentitud en las reacciones, y condiciones socio-económicas.

### **c) Datos antropométricos**

Son mediciones, técnicas y fórmulas orientadas a obtener datos de las masas corporales que permiten conocer aspectos relevantes de la composición corporal.

Son métodos prácticos, sencillos, de bajo costo y no invasivos que estiman de forma indirecta el estado nutricional y la composición corporal. No deben considerarse de forma aislada, ni de manera categórica.

Las medidas antropométricas más utilizadas en la evaluación nutricional son: el peso y la talla, a partir de los cuales se calcula el índice de masa corporal (IMC). También son de utilidad los perímetros corporales y los pliegues cutáneos.

#### ➤ **Peso corporal**

El peso es un valor relativo que tomado aisladamente carece de utilidad y son sus variaciones en el tiempo las que aportan un mayor interés.

La pérdida involuntaria de peso expresada como porcentaje de pérdida de peso en un determinado periodo de tiempo cobra gran relevancia para identificar desnutrición. Ver anexo I

**% Pérdida de peso = [Peso habitual (kg) – peso actual (kg)/peso habitual] x100**

#### ➤ **Talla de pie o estatura**

Esta medida, junto con el peso constituye una de las mediciones corporales más utilizadas debido a la sencillez y facilidad de su registro.

La talla puede estar influenciada por cambios propios del esqueleto que determinan, durante el envejecimiento y aún en fases previas, una paulatina disminución de la misma, estimándose la pérdida de 1 centímetro por década y que se manifiesta por lo general a partir de los 50 años y es progresiva.

El **IMC** o índice de Quetelet, es la relación entre el peso (Kg.) y la talla al cuadrado (m<sup>2</sup>).

$$\text{IMC} = \text{kg} / \text{m}^2$$

Este índice permite, clasificar a la población en un estado nutricional determinado.

Los valores extremos de este índice están asociados a un alto riesgo para la salud, ya que indican importantes desviaciones de la normalidad del estado nutricional.

Permite establecer un diagnóstico nutricional dando una idea global del individuo sin

discriminar entre masa magra y masa grasa.

En ancianos, valores bajos de IMC se relacionan no sólo con un aumento de la mortalidad, sino también con una disminución de la eficiencia y la capacidad de trabajo físico (incluidas las recreativas y domésticas). Por otra parte, valores elevados de IMC suponen un aumento de riesgo de ser obeso.

Los puntos de corte para establecer la normalidad del estado nutricional de ancianos se detallan en el anexo II

➤ **Pliegues subcutáneos**

Esta medición, valora la cantidad de tejido adiposo subcutáneo. Ejemplos: pliegue tricpital, subescapular y suprailíaco.

➤ **Perímetro de pantorrilla**

Refleja el estado de la masa muscular en las persona mayores.

➤ **Circunferencia de cintura (CC)**

Constituye una estimación bastante confiable de la grasa visceral en ancianos. Su valor es tan útil como dato aislado como combinado con índices específicos. Como predictor de riesgo ha demostrado ser más específico que los índices de cintura cadera, y cintura muslo y muy similar al diámetro sagital<sup>7</sup> (DS).

Valores de más de 88 cm. en la mujer y 102 cm. en el hombre, indican un exceso de adiposidad y están asociados a un riesgo sustancialmente aumentado de complicaciones metabólicas. Ver anexo III.

El **Índice Cintura Talla (ICT)** se calcula dividiendo el perímetro de la cintura en cm por la estatura en cm. Se consideran normales valores hasta 0,5. Un índice por

---

<sup>7</sup> Diámetro sagital: refleja el tejido adiposo intraabdominal, a través de la altura del abdomen en un individuo en decúbito dorsal. Valor de riesgo superior a 25 cm

encima de este valor supondría el comienzo del riesgo metabólico (Brodschi *et al.*, 2014).

#### **d) Parámetros bioquímicos**

Se incluyen entre otros, recuento total de linfocitos, hematocrito, colesterol, micronutrientes y proteínas plasmáticas de transporte sintetizadas por el hígado, como medición indirecta de la masa proteica corporal o muscular. Ver anexo IV.

De todas maneras, su confiabilidad es relativa, ya que pueden estar alterados por diferentes situaciones no relacionadas con el estado nutricional.

La **albúmina sérica** es el marcador más utilizado en la práctica clínica. Sirve para estimar el grado de proteínas viscerales. Sin embargo no es buen indicador de desnutrición precoz.

Valor normal (g/dl): 3,5 - 4

También puede tomarse como referencia el **número total de linfocitos**, ya que el estado nutricional y la inmunidad están muy relacionados.

Valor normal (mm<sup>3</sup>): > 1800

**Colesterol:** en adultos mayores desnutridos el colesterol total y el colesterol LDL disminuyen.

Valor normal (mg/dl): > 180

**Micronutrientes:** hierro, calcio, selenio, vit. B<sub>12</sub> y B<sub>6</sub>

#### **e) Estudios complementarios:**

Algunos ejemplos son: métodos densitométricos, tomografía computada, y resonancia magnética nuclear, entre otros. Cabe destacar que no todos son utilizados en la clínica diaria, por razones ligadas a su accesibilidad práctica y costos.

A la hora de establecer un plan de intervención nutricional es fundamental tener presente la situación funcional del paciente, en especial la capacidad para realizar tareas específicas y la ayuda necesaria para llevarlas a cabo.

## 6.10. Nutrición en adultos mayores

### 6.10.1. Ingestas recomendadas

Existe una gran variabilidad en las ingestas recomendadas (IR) de las personas de edad, pues cuanto mayor es la persona, más complejos son sus requerimientos y mayores las variaciones en la capacidad de ingerir, digerir, absorber y utilizar nutrientes.

Cabe destacar, que dichas recomendaciones nutricionales<sup>8</sup> están formuladas sobre la base de los requerimientos de **adultos sanos**, a pesar de reconocerse la heterogeneidad del colectivo de adultos mayores, cada vez más numeroso, especialmente los de mayor edad, hecho que modifica sustancialmente estos requerimientos. (Arbones *et al.*, 2003)

### Energía

Las necesidades de energía disminuyen con la edad, un 5% por década (unas 300-600 kcal).

Para lograr la adaptación a menores requerimientos de energía, manteniendo un adecuado aporte de macro y micronutrientes, deben incluirse alimentos con alta densidad de nutrientes y desechar los que aporten calorías vacías.

Se han establecido IR medias de 30 kcal/kg de peso corporal por día (RDA, 89) o 1800 Kcal/día y 1300 Kcal/día, para hombres y mujeres respectivamente (NHANES

---

<sup>8</sup> Recomendaciones Dietéticas o Nutricionales: comprenden los niveles promedio de ingesta diaria suficientes para alcanzar los requerimientos del 97 al 98% de los individuos sanos de un determinado grupo biológico



II). Anciano bien nutrido: 30 kcal/día y anciano debilitado o frágil: 35 kcal/día.  
(Lerotich, 2008, p.115)

También pueden estimarse a partir de la tasa metabólica en reposo (TMR) multiplicando por distintos coeficientes según el tipo de actividad física desarrollada, de acuerdo a los distintos métodos: fórmula de Harris-Benedict, o fórmula de la OMS para mayores de 60 años. Ver anexo V.

La ingesta adecuada de energía debe ser aquella que permita realizar una determinada actividad física y mantener el peso en los límites aconsejados.

### **Proteínas**

Las IR de proteínas se han estimado en unos 0,8 g de proteína/Kg. de peso corporal al día.

Las recomendaciones actuales indican que la proteína no debe aportar más del 10-15% de la energía total consumida. Sin embargo, en los ancianos, como la ingesta energética suele ser baja, el aporte calórico de la proteína, teniendo en cuenta las IR en términos absolutos, puede ser mayor (12-17%).

Ancianos sin estrés metabólico: 0,8 - 2 g/Kg. de peso/día. Una mayor ingesta no evitaría la sarcopenia.

Ancianos con estrés metabólico: 1,2 - 1,5 g/Kg. de peso/día

(≥ 60% de alto valor biológico)

Las IR de proteína pueden ser menores en caso de alteraciones hepáticas o renales.

### **Hidratos de carbono**

Se recomienda como en otros grupos de edad, que éstos aporten entre 55-60% del valor calórico total (VCT) principalmente a partir de hidratos de carbono complejos, presentes en cereales, verduras y hortalizas, frutas y leguminosas.

## **Fibra dietética**

Un aporte adecuado de fibra favorece la motilidad y reduce el tiempo de tránsito intestinal, previniendo y mejorando la constipación, tan frecuente en ancianos.

También disminuye el riesgo de diverticulosis y de cáncer de colon, ayuda a controlar el peso y a regular la colesterolemia y glucemia. Se recomienda un consumo de unos 20-35 g/día, en partes iguales entre fibra soluble e insoluble.

## **Lípidos**

Son una fuente concentrada de energía y agente palatable por excelencia. Es importante la elección de la calidad a predominio de ácido oleico, por su propiedad antioxidante y de ácidos grasos poliinsaturados de la familia  $\Omega 3$ , por su efecto antiinflamatorio, antitrombótico, antiarrítmico, hipolipemiante y vasodilatador.

En general, las recomendaciones de grasa de las personas de edad son similares a las del resto de la población:

30-35% del VCT

Ácidos grasos saturados (AGS): 7%

Ácidos grasos monoinsaturados (AGM): 15%

Ácidos grasos poliinsaturados (AGPI): 8%

Relación  $\Omega 6 / \Omega 3 = 5/1$

Colesterol: 300 mg/día

## **Agua**

El agua puede considerarse como un verdadero nutriente, especialmente para las personas mayores, por el riesgo aumentado de padecer deshidratación, alterando el equilibrio hidroelectrolítico.

Parte de los procesos normales de envejecimiento son cambios de los mecanismos homeostáticos con alteración en el balance hidroelectrolítico.

Recomendación 1ml/Kcal o 30ml/Kg. peso actual con un mínimo de 1500 ml.

### **Vitaminas y minerales**

Los requerimientos para las vitaminas y minerales se mantienen similares a los de las personas adultas jóvenes no obstante hay que prestar atención a ciertas vitaminas y minerales debido a que su deficiencia provoca y acelera enfermedades típicas de la tercera edad, ese es el caso de las **vitaminas C y E** las cuales tienen un papel importante como antioxidantes y agentes protectores frente a patologías como cataratas, enfermedades cardiovasculares, cáncer e inmunidad. Un mayor estrés oxidativo puede condicionar mayores necesidades de vitamina E.

**Vitamina A:** los depósitos de retinol en el hígado son normales incluso en ancianos con ingestas bajas. En los alimentos se presenta en dos formas: a) como retinol (vitamina A ya preformada) en los de origen animal y b) carotenos que pueden ser convertidos en retinol en el organismo, pero esta capacidad suele estar disminuida en el anciano. Los carotenos también actúan como antioxidantes y anticancerígenos en el organismo, desempeñando un importante papel preventivo en algunas enfermedades crónicas. El licopeno, pigmento de color rojo (tomate, sandía), se ha relacionado con una menor incidencia de enfermedad cardiovascular y de cáncer de próstata y gastrointestinal. Otro carotenoide, la luteína (acelgas, espinacas, apio, brócoli) es un antioxidante mucho más potente que el betacaroteno y parece actuar como factor de protección en la degeneración macular, muy frecuente en las personas mayores.

**Vitamina D:** con la edad, los depósitos de vitamina D están disminuidos, como consecuencia de una menor eficacia en su síntesis cutánea, menor capacidad de los riñones para activarla, baja exposición al sol y bajas ingestas. Dado que la vitamina D se encuentra en pocos alimentos (pescados y alimentos fortificados, principalmente), un alto porcentaje de los ancianos tienen ingestas muy bajas, que se asocian con una menor absorción y bajos niveles sanguíneos de calcio y una mayor resorción ósea. Las IR se han aumentado hasta 10-15  $\mu\text{g}/\text{día}$  en adultos de 65 años. Para las personas con una limitada exposición al sol y baja ingesta de la vitamina, se recomienda consumir suplementos. (Arbonés *et al*, 2003)

El déficit de la **vitamina B<sub>1</sub>** se da principalmente en las mujeres y también aumenta en personas con riesgo de desnutrición o de insuficiencia cardíaca tratada con diuréticos a largo plazo, o con hepatopatía alcohólica, ya que sus depósitos hepáticos y musculares están disminuidos. Al inicio de la carencia se produce anorexia, irritabilidad, apatía y debilidad generalizada.

El **ácido fólico y la vitamina B<sub>12</sub>** suelen estar disminuidas debido a la atrofia gástrica y la interacción de fármacos como los antiácidos, y el déficit de ambas puede inducir a la aparición de anemia megaloblástica, trastornos neurológicos y enfermedades cardiovasculares.

La **vitamina B<sub>6</sub>** actúa en la síntesis de neurotransmisores, y su déficit ocasiona alteración de la memoria y de la concentración. Esta vitamina junto al ácido fólico y a la vitamina B<sub>12</sub>, están implicados en el metabolismo de la homocisteína. Su déficit aumenta el riesgo de padecer enfermedades coronarias. (Lerotich, 2008 p.116)

En el caso específico de los minerales, es de suma importancia el aporte de **calcio**. Además de la importancia que tiene este mineral para el sistema óseo, hay que

tener en cuenta su papel esencial en la activación de sistemas enzimáticos, en la coagulación sanguínea, la contracción muscular y el transporte a través de membranas. También ayuda a regular el peso corporal, disminuye el riesgo de padecer enfermedades coronarias, ya que participa en la regulación de la tensión arterial, así como de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas. La absorción de este mismo disminuye a medida que avanza la edad, esto puede obedecer a una menor secreción de ácido clorhídrico entre otras causas. También puede deberse a una menor actividad e ingesta de vitamina D, como a una dieta carente en alimentos fuente de este mineral. (Carrera, 2001).

En cuanto al **fósforo**, altas concentraciones del mismo, pueden reducir los niveles plasmáticos de calcio e incrementar la pérdida de masa ósea. (Carbajal *et al*, 2002)

El **zinc** se absorbe a nivel intestinal, a partir de la dieta, y su biodisponibilidad está afectada por la presencia de fitatos, fibra insoluble y proteínas. Su carencia se asocia a deficiencias inmunitarias, dificultad en la cicatrización de las heridas, así como también la pérdida del gusto.

El **selenio** actúa como cofactor en procesos antioxidantes. (Carrera, 2001)

Las necesidades de **hierro** para los adultos mayores son las mismas que para el adulto joven.

La absorción del hierro disminuye con el consumo de antiácidos, té, fitatos y salvado, entre otros.

Las recomendaciones de vitaminas y minerales se expresan en el anexo VI

### **6.10.2. Alimentos protectores.**

Son aquellos que por la cantidad y calidad de macro y micronutrientes que contienen, al ser incorporados en la dieta en cantidades suficientes, protegen al

organismo de una enfermedad por carencia. Su jerarquía está en relación a la cantidad y calidad de los principios nutritivos que contiene. (Lopez y Suarez, 2002, p.15) Ver anexo VII.

### **6.10.3. Suplementos nutricionales y alimentos fortificados.**

Aunque la situación ideal a cualquier edad es que el aporte correcto de vitaminas y minerales se consiga a través de una alimentación completa y equilibrada, en ocasiones este objetivo es difícil de conseguir por razones ya mencionadas.

En este caso puede surgir la conveniencia de completar el aporte de los requerimientos diarios a través de los suplementos (alimentos fortificados o fármacos).

Los **alimentos fortificados**<sup>9</sup>, muy introducidos en el mercado, pueden tener alguna indicación en la edad avanzada cuando se sospeche la posible insuficiencia de aporte de algún micronutriente.

Algunos ejemplos son: leches fortificadas con vitaminas A y D, también con DHA o vitamina B<sub>9</sub> y hierro y yogures extra calcio.

Los mismo sucede con los **suplementos** de micronutrientes o macronutrientes, su administración únicamente está indicada cuando se ha podido detectar un déficit de en la persona. (Foz-Sala, M., 2010 pp.34-35). La misma no debe realizarse de manera indiscriminada y requiere un seguimiento.

Debe hacerse una mención especial a la llamada “terapia natural” utilizada tradicionalmente por los adultos mayores, como terapia alternativa o complementaria

---

<sup>9</sup> Alimentos fortificados: son aquellos a los que se les ha adicionado nutriente/s voluntariamente por la industria alimentaria. (Lopez y Suarez, 2002)

que incluyen hierbas y otros componentes, con propósitos medicinales, presentados en forma de cápsulas, píldoras, té, tinturas, extractos y aceites.

Debe tenerse en cuenta, que al igual que los fármacos, los suplementos de nutrientes y los productos “naturales”, interactúan entre sí (y con los medicamentos); y los efectos secundarios pueden sobrepasar los beneficios deseados. (Brown, 2006, pp.438-440)

### **6.11. Estilo de vida relacionado con la salud**

De la Cruz-Sánchez y Pino-Ortega (2009) definen al estilo de vida saludable como “...un conjunto de patrones de comportamiento relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida”. (p.1)

Puede entenderse como una conducta relacionada con la salud<sup>10</sup>, de carácter consistente como la práctica habitual de actividad física o mantener una alimentación sana.

Además, los hábitos de vida y sus determinantes sobre la salud de las personas, podrían también considerarse como el “conjunto de decisiones de las personas que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control” (De la Cruz-Sánchez y Pino-Ortega, 2009 p.1)

Actualmente, a la idea de que el estilo de vida tiene un carácter fundamentalmente voluntario, se le suman otras variables de índole muy diversa, y es que las conductas habituales y las elecciones están limitadas a las oportunidades vitales que ofrecen el contexto y a las condiciones estructurales de vida.

---

<sup>10</sup> Salud: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 1948)

### 6.11.1. Componentes y determinantes del estilo de vida relacionado con la salud

Son aquellas **conductas habituales** que se ha demostrado, ejercen una influencia en la salud de los individuos como el tipo de alimentación, la cantidad de actividad física, el consumo de alcohol, el tabaquismo, actividades recreativas, actividades laborales, horas de sueño, etc. y sobre las que se harán mayor hincapié.

Las conductas habituales pueden condicionar la salud de los sujetos.

Una alimentación adecuada a las propias necesidades energéticas y la adopción de una dieta equilibrada y variada, se considera como un elemento fundamental para preservar la salud de los individuos.

Otras conductas como el tabaquismo y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, tienen como resultado la aparición de problemas muy diversos de salud.

La práctica de actividad física habitual es, junto a la alimentación saludable, una de las conductas de mayor relevancia para el mantenimiento de la salud.

En cuanto a las variables de contexto que más frecuentemente se abordan en los estudios relacionados con el estilo de vida, encontramos al entorno afectivo próximo y a los aspectos socioeconómicos.

Las relaciones sociales determinan en gran medida, la adopción de nuestras conductas habituales. Es muy frecuente que ciertos hábitos de vida nocivos para la salud se desarrollen en grupo, tal y como el consumo de alcohol y de tabaco.

De la misma forma, la alimentación es un factor determinado por el contexto social, económico y familiar.



Por otra parte, el nivel de ingresos, puede relacionarse con el riesgo de desarrollar ciertas patologías ya que se ha demostrado que los conceptos pobreza y enfermedad están estrechamente vinculados.

Respecto al nivel educativo, se observa que se comporta de forma similar al nivel de ingresos. Ciertas enfermedades son más comunes entre las personas con pocos estudios mientras que otras tienen mayor prevalencia entre aquellos con más formación académica

Residir en un determinado contexto hace que las características del mismo influyan no sólo en la salud, sino en ciertos aspectos del estilo de vida y las relaciones sociales. (De la Cruz-Sánchez, Pino-Ortega, 2009, p. 3)

## **6.12. Alimentación y hábitos alimentarios saludables**

Comer es una conducta elemental e indispensable para la vida.

En el ser humano, la alimentación es el resultado de un aprendizaje que empieza en el nacimiento, continúa en las diferentes etapas de la vida y sufre modificaciones a lo largo del tiempo.

Un **alimento**<sup>11</sup> para considerarse como tal, no solo debe ser biológicamente asimilable por el organismo sino que también debe aceptarse desde un punto de vista cultural. Por lo tanto, cada grupo y cada individuo en sí, tiene una concepción distinta de lo que es un alimento. (Gutiérrez-Robledo, Ruiz-Arregui y Velázquez, 2008 p. 232)

Alimentarse es un acto central de la vida humana no solo en términos biológicos sino también en términos psicoemocionales y socioculturales: "...es estímulo placentero

---

<sup>11</sup> Alimento: Toda sustancia o mezcla de sustancias naturales o elaboradas que ingeridas por el hombre aportan al organismo los materiales y la energía necesaria para los procesos biológicos. Se incluyen sustancias que se ingieren por hábito o costumbre, tengan o no valor nutritivo. (Lopez y Suarez, 2002)

para los sentidos e instrumento de comunicación, y vinculación social”. Por ello también se dice que la alimentación tiene carácter biopsicosocial.

En consecuencia:

***La alimentación** es el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos, mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrientes que necesita así como satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena (Bourges-Rodriguez, 2008, p. 610).*

Los **hábitos alimentarios**, por su parte, constituyen la forma en que un individuo o un grupo humano selecciona, prepara y consume determinados alimentos.

En su configuración intervienen preferencias, gustos, modos de preparación y combinación de alimentos, que provienen del entorno geográfico y económico, en el cual las personas se desenvuelven y del patrón cultural y la tradición que conserva cada familia. Se encuentran influenciados por los estilos de vida, la etapa biológica en la que se encuentran, la publicidad, el marketing (Cromatosky *et al.*, 2009).

Los hábitos son difíciles de modificar, pero no resultan imposibles y es frecuente observar que a lo largo de la vida de las personas se presentan variaciones muy importantes en la forma de alimentarse (Vázquez, 2005).

En conclusión, una **alimentación saludable** debe:

- Aportar la energía y los nutrientes necesarios para evitar deficiencias nutricionales.
- Incluir alimentos que la persona conozca y consuma habitualmente, conservando sus hábitos alimentarios personales.
- Ser palatable, con buena elaboración y presentación gastronómica.
- Ayudar a prevenir las enfermedades.

- Y en el caso concreto de las personas mayores, también debe contribuir en aspectos de relación personal y de espacio lúdico.

### **6.13. Pautas alimentarias y de estilo de vida para mejorar el estado nutricional de los adultos mayores**

- Realizar actividad física acorde con las posibilidades.

Animar a la realización de actividad física a las personas mayores, supone menos riesgos que el de permanecer innecesariamente inactivos. Una actividad física adecuada disminuye la pérdida de masa ósea, disminuye los lípidos sanguíneos, reduce la glicemia y el riesgo de diabetes y mejora el estado cardiovascular. Puede ser una buena estrategia para mantener un buen estado funcional.

En adultos mayores se sugiere como actividad física los desplazamientos como el paseo diario a pie o en bicicleta, que además, aumentan el tiempo de exposición al sol. También pueden realizarse tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados, en el contexto de las actividades diarias familiares y en los centros de jubilados.

Para el mantenimiento del equilibrio y fortalecer la musculatura se sugiere una frecuencia de tres veces por semana. Y deben incluir ejercicios de resistencia, fortalecimiento, equilibrio y flexibilidad (OPS, 2002)

- Prevenir o reducir la obesidad.

No tener sobrepeso disminuye la carga sobre las articulaciones artrósicas, sobre el corazón y los pulmones, y además, reduce el riesgo de accidentes. Para disminuir el peso corporal, el ejercicio regular, supervisado por un profesional, es preferible a la restricción alimentaria. Por lo tanto, es de interés realizar actividad física para

aumentar el gasto de energía y reducir el consumo de alimentos grasos y azúcares simples, si se tienen problemas de hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia.

- Incluir en la dieta alimentos lácteos como fuente de calcio.
- La dieta del adulto mayor debe contener preferentemente alimentos de elevada densidad nutritiva<sup>12</sup>, en la mayor variedad posible y en mayor proporción que en la dieta del individuo adulto, tanto por ser personas con menor apetito como por tener unas menores necesidades de energía.
- Se debe dar un papel prioritario como base de las preparaciones, a las hortalizas y legumbres.
- Consumir alimentos protectores.
- Consumir variedad de frutas y verduras por su gran aporte en fibra, vitaminas y minerales.
- Consumir aceites vegetales preferentemente crudos.
- Consumir pescados, preferentemente azules fuente de ácidos grasos de la serie  $\Omega 3$
- Beber agua a intervalos regulares aunque no se tenga sed. Puede ser agua, jugos, caldos e infusiones. Es aconsejable limitar las bebidas estimulantes, carbonatadas y alcohólicas.
- Moderar el consumo de azúcar y sal.
- Moderar el consumo de alcohol. El hígado de menor tamaño en los ancianos no puede metabolizar tanto alcohol.
- Aumentar el consumo de fibra. Los cereales integrales, frutas, hortalizas y

---

<sup>12</sup> Densidad de nutrientes: Consiste en la relación entre la composición de nutrientes de un alimento con su contenido de energía. Los autores de este método Dr. Hansen y Dra. Wyse, sugieren obtener un valor único de los nutrientes recomendados en relación con un aporte energético constante de 1.000 Kcal.

legumbres contienen pectinas y ligninas (fibras solubles e insolubles) a las que se asocian los aspectos más beneficiosos.

- Mantener una ingesta adecuada de vitamina D y calcio. Particularmente las mujeres, y aquellas personas que, por diversas causas, tengan una vida cotidiana dentro de su casa o que no se expongan al sol de manera regular.

- Elegir alimentos de fácil masticación si es necesario, como huevos, pescados, productos lácteos, arroz, pastas. Se puede probar también con licuados de frutas y sopas de vegetales.

A veces puede ser beneficioso, para facilitar los procesos de deglución y digestión, y favorecer la absorción de los nutrientes, modificar la textura de los alimentos, picándolos o triturándolos.

- Tomar bajos volúmenes de alimentos en cada comida, procurando que las cenas no sean muy abundantes.

- Evitar el tabaco mejora la salud a cualquier edad.

- Disfrutar de las comidas apetitosas y agradables y siempre que sea posible compartir la mesa. La alimentación no es solo una necesidad de ingerir alimentos, también es un momento de comunicación y de disfrute familiar y social.

#### **6.14. Guías Alimentarias para la Población Argentina (2015/2016)**

Las “Guías Alimentarias para la Población Argentina” (GAPA) son un instrumento educativo que adapta los conocimientos científicos sobre requerimientos nutricionales y composición de alimentos, en una herramienta práctica, que a través de 10 mensajes principales acompañados por sus mensajes secundarios y una gráfica que representa el total de la alimentación diaria, busca alentar un mejor perfil

de consumo de alimentos, mejorando los hábitos y promoviendo la salud de toda la población. Ver anexos VIII y IX

Tomar como patrón de referencia para la alimentación del adulto mayor, los mensajes de las guías alimentarias, es la elección ideal.

Debe recordarse que el plan de alimentación correcto, también denominado régimen normal, es el que responde al cumplimiento de las cuatro leyes de la alimentación: cantidad, calidad, armonía y adecuación; siendo posible modificar una de las leyes con fines terapéuticos transformándolo en régimen dietoterápico.

La ley universal que siempre debe cumplirse es la **Ley de la adecuación**, que solo puede lograrse si el plan alimentario administrado, se adapta al individuo que la ingiere, esté sano o enfermo. (López y Suarez, 2002)

#### **6.15. Nuevo concepto de envejecimiento: Envejecimiento activo y saludable.**

De acuerdo a los resultados de los estudios demográficos citados anteriormente, no hay dudas que la sociedad se está acercando a un nuevo modelo, con un claro envejecimiento de la población. Cada vez se vive más y lo que se procura, es que se lo haga con la mejor calidad de vida posible.

El envejecimiento activo surge como una respuesta a estos cambios, pretendiéndose mejorar la calidad y cantidad de años de vida mediante el establecimiento de una serie de hábitos y costumbres en los adultos mayores.

En un primer momento la OMS hablaba de **envejecimiento saludable** (1990), basado únicamente en la salud de las personas, sin tener en cuenta otras circunstancias como la participación social.

Pero a partir del año 2002 se definió **envejecimiento activo** como "...el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de

mejorar la calidad de vida a medida que las persona envejecen.” (FIAPAM, 2012)

Se debe aclarar que el término activo, se refiere a una implicancia en ámbitos sociales, económicos y culturales, y no solo a una capacidad física.

Personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia, pueden ser activos en diferentes entornos.

El objetivo es extender la calidad, productividad y esperanza de vida en todas las personas, teniendo especial relevancia los adultos mayores.

Se debe procurar cuidar la salud lo máximo posible, pero también tener actividad en los ámbitos sociales y culturales. De esta manera, los adultos mayores podrán gozar de una mayor independencia, desarrollo personal y contribución social, participando en la educación de las generaciones más jóvenes, haciendo llegar su experiencia, valores y conocimientos, además de jugar un rol muy importante en sus propias familias, donde cada vez más, deben interactuar con otros miembros, y como sucede en muchos casos, compartir el cuidado de sus nietos.

Para ello, es necesario apoyarse en hábitos de vida saludable y pautas de participación social (OMS, 2002).

Finalmente, en consecuencia a lo expuesto y en relación a la carrera de Licenciatura en Nutrición, este trabajo pretende destacar la importancia de poseer hábitos alimentarios y estilo de vida saludables, junto a un adecuado estado nutricional para favorecer el logro de un envejecimiento activo y saludable.

## 7. MATERIAL Y MÉTODOS

### 7.1. Tipo de investigación y diseño

Se llevó a cabo un estudio de campo en dos centros de jubilados y pensionados de la ciudad de Firmat., analizándose una muestra representativa de adultos mayores de ambos sexos, de 60 años o más, durante el período comprendido entre los meses de Enero y Febrero de 2016.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, con diseño de corte transversal.

Es **observacional**, porque no se manipularon las variables. Se observó a una población con el fin de encontrar tendencias o prevalencias.

Es **descriptivo** porque se buscó definir propiedades y describir características del grupo de análisis.

Y de **corte transversal** porque se estudiaron las variables simultáneamente en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

### 7.2. Unidad de análisis

Adulto mayor.

### 7.3. Población

Adultos mayores de 60 años o más, que concurrieron a los dos centros de jubilados y pensionados de la ciudad de Firmat, en el periodo comprendido entre Enero y Febrero de 2016.

### 7.4. Muestra

La muestra estuvo conformada por personas seleccionadas al azar, de ambos sexos, de 60 años o más, que concurrieron a los dos centros de jubilados y pensionados de la ciudad de Firmat durante los meses de Enero y Febrero de 2016.



El muestreo fue no probabilístico por conveniencia o intencional. (los encuestados/as se seleccionaron porque estuvieron en el lugar correcto y en el tiempo adecuado).

Los adultos mayores que participaron en la investigación cumplieron con cada una de las características señaladas a continuación:

➤ Criterios de inclusión

- a) Tener una edad igual o mayor a 60 años.
- b) Residir en la ciudad de Firmat.
- c) Pertenecer a uno de los dos Centros de jubilados y Pensionados de Firmat.
- d) Aceptar voluntariamente participar del trabajo.

➤ Criterios de exclusión

- a) Estar institucionalizado.
- b) Presentar deterioro cognitivo o imposibilidad de entender el cuestionario

## 7.5. Variables: identificación, definición y operacionalización

➤ Características de la población

Variable: **edad**

Tipo de variable: cuantitativa

Definición conceptual: tiempo que ha vivido un individuo.

Resultado: en años

Categorías:

- a) Ancianos jóvenes (60 – 74 años)
- b) Ancianos (75-84 años)
- c) Ancianos viejos ( $\geq$  85 años)

Variable: **sexo**

Tipo de variable: cualitativa.

Definición conceptual: condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer.

Categorías:

- d) Mujer
- e) Hombre

Variable: **estado civil**

Tipo de variable: cualitativa



Definición conceptual: situación de un individuo determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio, que establece ciertos deberes y derechos.

Categorías:

- a) Soltero
- b) Casado/Pareja
- c) Divorciado
- d) Viudo

Variable: **situación de convivencia**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: situación de un individuo determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos deberes y derechos.

Categorías:

- a) Solo
- b) En pareja
- c) Con hijo/s
- d) Otros

Variable: **situación laboral**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: ocupación remunerada de un individuo.

Categorías:

- a) No posee
- b) Sí posee

Variable: **asistencia alimentaria**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: constituye un beneficio otorgado por el estado, con el fin de mejorar el acceso a alimentos de individuos vulnerables. Puede tratarse de un subsidio, un bolsón de alimentos básicos y/o el servicio de comedor o vianda.

Categorías:

- a) No posee
- b) Sí posee.

- Hábitos alimentarios: constituyen la forma en que un individuo o un grupo humano selecciona, prepara y consume determinados alimentos.

Variable: **realización de las compras de alimentos**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: tarea realizada con el fin de adquirir alimentos para el consumo diario.

Categorías:

- a) Yo
- b) Esposo/a
- c) Otro



Variable: **elaboración de las comidas**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: tarea realizada con el fin de preparar los alimentos para el consumo diario.

Categorías:

- a) Yo
- b) Esposo/a
- c) Otro

Variable: **formas de preparaciones habituales**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: prácticas culinarias utilizadas en la elaboración de las comidas.

Categorías:

- a) Fritura: sí - no
- b) Hervido: sí - no
- c) Horneado: sí - no
- d) Parrilla: sí - no
- e) Vapor: sí - no
- f) Guisado: sí - no
- g) Plancha: sí - no
- h) Otros: sí - no

Variable: **situación de compañía durante las comidas**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: presencia o no de compañía durante las comidas.

Categorías:

- a) No posee
- b) Sí posee

Variable: **comidas diarias**

Tipo de variable: cuantitativa

Definición conceptual: cantidad de comidas realizadas en el día (desayuno, almuerzo, merienda, cena, colaciones)

Categorías:

- a) 2
- b) 3
- c) 4
- d) Más de 4

Variable: **comida más importante del día**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: comida en el que se incluye mayor cantidad y variedad de alimentos.

Categorías:

- a) Desayuno
- b) Almuerzo

- c) Merienda
- d) Cena

Variable: **consumo de alimentos fortificados y/o suplementos dietarios.**

Tipo de variable: cualitativa.

Definición conceptual: alimentos fortificados son aquellos a los que se les ha adicionado nutrientes voluntariamente por la industria alimentaria. Los suplementos dietarios. Los suplementos dietarios son productos especialmente formulados y destinados a suplementar la incorporación de nutrientes en la dieta de personas sanas, que presentan necesidades dietarias básicas no satisfechas o mayores a las habituales. Contienen algunos de los siguientes nutrientes: proteínas, lípidos, aminoácidos, glúcidos o carbohidratos, vitaminas, minerales, fibra dietaria y hierbas.

Categorías:

- a) No consume
- b) Sí consume

Variable: **consumo de agua**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: cantidad de agua que consume un individuo en un día.

1 vaso de agua = 200 ml = 200 cc (cm<sup>3</sup>)

Categorías:

- a) No consume
- b) Menos de 8 vasos
- c) 8 vasos diarios
- d) Más de 8 vasos diarios

Variable: **consumo de infusiones**

Definición: una infusión es una bebida obtenida de las hojas, flores o frutos de diversas hierbas. Se les vierte o se les introduce en agua caliente, sin que ésta llegue al punto de ebullición. Ej. mate, té, café, etc.

Categorías:

- a) No consume
- b) Sí consume

Variable: **consumo de sal de mesa**

Tipo de variable: cualitativa

Definición: agregado de cloruro de sodio en las preparaciones diarias.

Categorías:

- a) No consume
- b) Sí consume

➤ Ingesta dietética: Es el consumo de alimentos de un individuo.

Variable: **frecuencia semanal de consumo de alimentos**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: consumo periódico alimentario de un individuo.

Categorías:



- a) Alta (diaria o > 3 veces/semana)
- b) Moderada (2 o 3 veces/semana)
- c) Baja (1 vez a la semana u ocasional)
- d) Nula (0)

➤ Percepción sobre apetito y alimentación

Variable: **percepción particular sobre apetito habitual**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: sensación del individuo sobre comer los alimentos preparados de una determinada forma o en un determinado contexto.

Categorías:

- a) Aumentado
- b) Normal
- c) Disminuido
- d) Sin apetito

Variable: **percepción particular sobre calidad de alimentación**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: interpretación y evaluación del individuo sobre la calidad de su alimentación

Categorías:

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

➤ Estilo de vida: son aquellas conductas habituales que ejercen una influencia en la salud de los individuos.

Variable: **actividad física**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Abarca el ejercicio, y otras actividades que exijan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

Categorías:

- a) Ninguna
- b) Programada  $\geq 3$  veces por semana
- c) Recreativa
- d) Otros

Variable: **horas de sueño**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: tiempo que dedica un individuo a dormir.

Categorías:

- a) Menos de 8 horas/diarias



- b) 8 horas diarias
- c) Más de 8 horas diarias.

Variable: **consumo de alcohol**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: la ingesta de alcohol implica beber cerveza, vino o licor fuerte.

Categorías:

- a) No consume
- b) Sí consume

Variable: **tabaquismo**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina.

Categorías:

- a) No fuma
- b) Menos de 5 cigarrillos diarios
- c) Más de 5 cigarrillos diarios

Variable: **participación social o comunitaria**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: participación de actividades en talleres recreativos o de oficios.

Categorías:

- a) No participa
- b) Sí participa

- Estado nutricional: El estado nutricional refleja la extensión con que se han cubierto las necesidades fisiológicas de nutrientes de un individuo. Es el equilibrio entre ingestión de nutrientes y necesidades de nutrientes.

**Índice de masa corporal**

Tipo de variable: Cualitativa

Definición conceptual: relación entre el peso y la talla al cuadrado. Permite clasificar a la población en un estado nutricional determinado.

Indicador:  $\text{Peso} / \text{Talla}^2$

Resultado: Peso en Kilogramos. – Talla en metros cuadrados

Categorías:

- a) Desnutrición severa (< 16)
- b) Desnutrición moderada (16 - 16,9)
- c) Desnutrición leve (17 - 18,4)
- d) Peso insuficiente (18,5 - 21,9)
- e) Normopeso (22 - 26,9)
- f) Sobrepeso (27- 29,9)
- g) Obesidad Grado I (30 - 34,9)
- h) Obesidad Grado II (35 - 39,9)
- i) Obesidad Grado III (40 - 49,9)

j) Obesidad Grado IV ( $\geq 50$ )

Variable: **Perímetro de pantorrilla**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: es la circunferencia de la parte más prominente de la pantorrilla. Estima reserva de masa muscular en adultos mayores.

Resultado: en centímetros.

Categorías:

- a) Normal ( $\geq 31$ )
- b) Sarcopenia ( $< 31$ )

- Riesgo de enfermedad cardiovascular: es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir algún trastorno cardíaco, y/o de los vasos sanguíneos, como por ejemplo, hipertensión arterial; cardiopatía coronaria; enfermedad cerebrovascular entre otros, dentro de un determinado plazo de tiempo y esto dependiendo fundamentalmente del número de factores de riesgo que estén presentes en dicho individuo.

Indicador: Índice Cintura/Talla

Categorías:

- a) Normal ( $< 0,5$ )
- b) Riesgo aumentado ( $> 0,5$ )

Indicador: circunferencia de cintura

Categorías:

- a) Normal ( $\text{♂} < 94$ ) ( $\text{♀} < 80$ )
- b) Alto riesgo ( $\text{♂} 94 - 102$ ) ( $\text{♀} 88 - 80$ )
- c) Muy alto riesgo ( $\text{♂} > 102$ ) ( $\text{♀} > 88$ )

- Enfermedades crónicas no transmisibles y consumo de medicamentos

Variable: **padecimiento de patología crónica no transmisible**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, y la diabetes entre otras.

Categorías:

- a) si padece
- b) no padece

Subcategorías de a)

- a) Diabetes: sí - no
- b) Hipertensión arterial: si - no
- c) Dislipemia: sí - no
- d) Hipotiroidismo: sí - no
- e) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): si - no



- f) Hernia de hiato: sí - no
- g) Gota: sí - no
- h) Enfermedad cardiovascular: si - no
- i) Gastritis: sí - no
- j) Artrosis: sí - no
- k) Litiasis biliar: si - no
- l) Constipación: sí - no
- m) Diarrea : sí - no
- n) Diverticulosis: sí - no
- o) Problemas circulatorios: sí - no
- p) Osteoporosis: sí - no
- q) Celiaquía: sí - no
- r) Otros: sí - no

Variable: **consumo de medicamentos**

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: consumo de fármacos prescritos por el médico o automedicación.

Categorías:

- a) No consume
- b) Menos de 3 medicamentos
- c) 3 medicamentos
- d) Más de 3 medicamentos

#### ➤ Consulta profesional

Variable: consulta con Licenciado en Nutrición

Tipo de variable: cualitativa

Definición conceptual: asesoramiento, consejo o información que se otorga sobre una materia de la que se tienen especiales conocimientos.

Categorías:

- a) No consulta/ó
- b) Sí consulta/ó

## 7.6. Instrumentos y técnicas de recolección de datos

a) La recolección de los datos se realizó a través de una encuesta semiestructurada, de elaboración propia. La misma está compuesta por 26 preguntas que fueron respondidas por la muestra y de donde se obtuvieron datos personales (edad, sexo, estado civil, etc.), costumbres relacionadas con la alimentación, tales como las formas de preparaciones, comida más importante del día, compra de alimentos, y



del estilo de vida relacionado con la salud, de cada adulto mayor que participó del estudio.

También se incluyeron preguntas sobre padecimientos de enfermedades crónicas no transmisibles y consumo de medicamentos, entre otras. (Ver anexo X)

b) Para la evaluación de la ingesta dietética se utilizó como herramienta el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA)

El mismo es un método retrospectivo, donde puede estimarse la frecuencia de consumo alimentario de un individuo en un determinado periodo de tiempo pasado.

En el presente trabajo se pretendió evaluar la ingesta habitual mediante datos cualitativos. Es decir que el cuestionario constó de una lista de alimentos de consumo habitual y la frecuencia de consumo semanal a saber: diario o más de tres veces por semana; entre dos y tres veces por semana; una vez por semana u ocasional y nunca (nula)

Diversos estudios han observado que la inclusión en el cuestionario de frecuencia de consumo de la estimación del tamaño de la ración no mejora la validez de los resultados y sí aumenta la complejidad del cuestionario. (Arija-Val y Fernandez Ballart, 2000 p.66).

Se indicó a cada individuo que responda cuál había sido la frecuencia de consumo semanal de los alimentos indicados en el cuestionario durante aproximadamente los últimos 3 meses anteriores a la encuesta. (Ver anexo XI).

c) Los datos antropométricos (talla, peso, circunferencia de cintura y de pantorrilla) se volcaron en la tabla del anexo XII. Los mismos permitieron obtener los indicadores que respondieron a los objetivos específicos, relacionados con la

evaluación del estado nutricional e identificación del riesgo de enfermedad cardiovascular.

- **Talla de pie o estatura.** Es la distancia máxima entre la región plantar y el vértex

Instrumento: medidor de talla o estadiómetro. Escala métrica apoyada sobre un plano vertical y una tabla o plano horizontal dotado de un cursor deslizante para contactar con la parte superior de la cabeza o vértex. Precisión 1 mm.

Técnica: sujeto de pie, descalzo, con el cuerpo erguido en máxima extensión y la cabeza erecta mirando al frente en posición de Francfort (arco orbital inferior deberá estar alineado en un plano horizontal con el trago de la oreja). Se lo ubica de espaldas al altímetro con los talones tocando el plano posterior, con los pies y las rodillas juntas.

En el momento de la medida, el sujeto realiza una inspiración profunda para compensar el acortamiento de los discos intervertebrales.

Se desciende el plano horizontal del altímetro hasta tocar la cabeza en su punta más elevado (vértex)

Resultado: en centímetros (cm).

- **Peso:** es una medición precisa y confiable que expresa la masa corporal total pero no define compartimientos e incluye fluidos.

Instrumento: balanza electrónica portátil. ATMA BA-7603E. Peso Máximo: 150 Kg  
División Mínima: 100 gr. (Error  $\pm$  100 gr.)

Técnica: el sujeto a evaluar se coloca parado en el centro de la balanza, con prendas livianas y descalzo.

Resultado: en kilogramos (Kg.)

Con los resultados anteriormente obtenidos, se definió el:

- **Índice de Masa Corporal** de cada individuo calculado como el peso (en kilogramos) dividido por el cuadrado de la talla (en metros cuadrados)

$$\text{IMC} = (\text{Kg}/\text{m}^2)$$

Los puntos de corte para establecer la normalidad del estado nutricional de ancianos se detallan en el anexo II

- **Perímetros**

Instrumento: Cinta métrica no extensible ni deformable con divisiones de 1 mm.

Técnica: se aplicó la técnica de manos cruzadas, en todas las mediciones de las circunferencias corporales.

- **Perímetro de pantorrilla (PP)**: es considerada una medición sensible para estimar reserva de masa muscular en los ancianos. El punto de corte normal de esta variable es 31 cm. tanto para hombres como para mujeres. Si este valor es inferior, se debe poner mayor atención al estado de nutrición debido a que probablemente las reservas proteicas se encuentren disminuidas.

Técnica: se mide con el individuo sentado, con la pierna doblada formando un ángulo recto y el peso distribuido en los dos miembros. Es la circunferencia máxima de la pantorrilla (su parte más prominente)

Resultado: en centímetros (cm.)

- **Circunferencia de Cintura (CC)**: constituye una estimación de la grasa visceral en ancianos. Los valores asociados a riesgo para la salud, se detallan en el anexo III.

Técnica: Sujeto de pie, con los brazos a los lados del tronco y abdomen relajado. Se coloca la cinta métrica alrededor de la cintura en un plano perpendicular al eje

vertical del cuerpo y se debe ajustar sin comprimir los tejidos. La medida se toma a nivel de la línea axilar media, al final de una expiración normal a nivel del punto medio entre el último arco costal y la cresta iliaca.

Resultado: en centímetros (cm.)

- **Índice Cintura/Talla (IC/T):** cociente entre la cintura y la talla ambos medidos en cm. El punto de corte tanto en hombres como en mujeres es 0,5. Valores aumentados indican riesgos para la salud.

Nota: Cada medición fue realizada por lo menos dos veces, para verificar la precisión de la medida.

Se realizó una prueba piloto a un grupo de 10 personas, teniendo en cuenta los mismos criterios de inclusión y exclusión y que no formaron parte de la muestra, con el fin de evaluar la claridad y pertinencia de la encuesta.

### **7.7. Criterio ético para la realización del trabajo de campo**

Para poder llevar a cabo la investigación, se siguió el siguiente criterio ético:

Pedido de autorización a la Jefa de la Agencia local de Pami, organismo del cual dependen los dos Centros de Jubilados y Pensionados de la ciudad, como así también el consentimiento de cada adulto mayor (Ver anexos XV y XVI)

En lo que respecta a la Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, se respetaron de forma absoluta los derechos de intimidad y de confidencialidad del adulto mayor. .

### **7.8. Análisis de los datos**

Los datos recabados a través de la encuesta fueron codificados y posteriormente cargados en una planilla de datos en Microsoft Excel, para su posterior procesamiento y análisis con el programa estadístico SPSS.

Para el análisis específico de los datos, se trabajó para las variables cualitativas con frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas se calcularon promedios, desvíos, mediana, mínimos y máximos.

Se realizaron gráficos de barras, barras comparativas y de sectores.

## 8. REFERENTE EMPÍRICO

Firmat es una ciudad del departamento General López, Provincia de Santa Fe, República Argentina. Se encuentra sobre la Ruta Nacional 33. Dista 110 km de Rosario, 60 km de Venado Tuerto y 270 km de la ciudad de Santa Fe.



De acuerdo al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 del Nacional INDEC, la ciudad cuenta con 19.917 habitantes.

Por la gran cantidad de fábricas relacionadas al rubro agrícola, está considerada como una de las ciudades con mayor cantidad de industrias en proporción a la cantidad de habitantes en la provincia y además, se destaca la gran proporción de profesionales universitarios por habitante

Firmat cuenta con dos centros de jubilados y pensionados dependientes de la agencia local de Pami (I.N.S.S.J.P.) a cargo de la Sra. Nanci Fenocchi, Jefa de la misma.

Los centros de jubilados constituyen el ámbito natural para el desarrollo de múltiples actividades que permiten la expresión los adultos mayores en todos sus niveles, la

socialización de sus inquietudes, pero su mayor importancia está relacionada con la SOLIDARIDAD. Además, son espacios para la atención primaria de la salud, contención, recreación, esparcimiento e intercambio.

El **“Centro Regional de Jubilados y Pensionados Nacionales de Firmat”**, ubicado en Bv. Colón 866, se dedica a prestar servicios tales como: enfermería, odontología, psiquiatría, entre otros, y a tareas de tipo recreativas, ofreciendo clases de gimnasia, natación, computación y talleres de memoria, teatro, coro, artesanías, etc. a cargo de distintos profesionales.

El **“Centro de Jubilados y Pensionados de la Tercera Edad de Firmat”**, sito en la intersección de las calles Florida y Azopardo, del barrio Fredriksson, además de ofrecer servicios de enfermería y clases de yoga, tango y folklore entre otras, cumple principalmente con funciones sociales:

Dependiendo del Programa Probienestar de Pami, en dicho centro, se realiza mensualmente, la entrega de aproximadamente 80 bolsones de alimentos a los beneficiarios que tienen alguna necesidad nutricional.

Cada mes, el área de nutrición del programa, envía una propuesta de contenido del bolsón elaborado por una nutricionista.

Se distribuyen tres tipos de bolsones:

Bolsón A, Bolsón B y un Bolsón especial para personas con diabetes.

(Ver anexo XIII)

Además, este centro, consta de una cocina y un comedor, en donde se elaboran de lunes a viernes, raciones para más de 30 jubilados que acuden a recibir su almuerzo y viandas para personas mayores imposibilitadas de acercarse hasta el comedor.

Los comensales que participan del comedor y las viandas, reciben también un

“bolsín comedor” mensual, con alimentos no perecederos y frescos, que compensa la falta de servicio del mismo durante los fines de semana y feriados. (Ver anexo XIV)

Cabe destacar que los dos centros, trabajan permanentemente en conjunto, es decir que los beneficiarios, pueden participar en las actividades de ambos.



## 9. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de una encuesta realizada a 50 (n=50) adultos mayores durante los meses de Enero y Febrero de 2016: 25 pertenecen al Centro Regional de Jubilados y Pensionados Nacionales de Firmat, y 25 al Centro de Jubilados y Pensionados de la Tercera Edad de la misma ciudad. Tabla I

Tabla I

Centro de Jubilados	Frecuencia	%
Regional	25	50
De la Tercera Edad	25	50
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

### a) Características de la muestra estudiada

#### Edad:

La edad promedio del total de los adultos mayores entrevistados (n=50) fue de 74,8  $\pm$  6,3 años, con una edad mínima de 61 años y una máxima de 90 años. Tabla II

Tabla II

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
61	90	74,8	6,3

Fuente: Elaboración propia

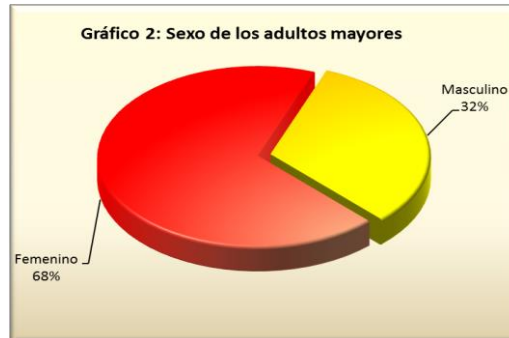
El 48% (n=24) corresponde a ancianos jóvenes, el 46% (n=23) a ancianos y el 6% (n=3) a ancianos viejos. Gráfico 1



Fuente: Tabla III Anexo XVII

Sexo

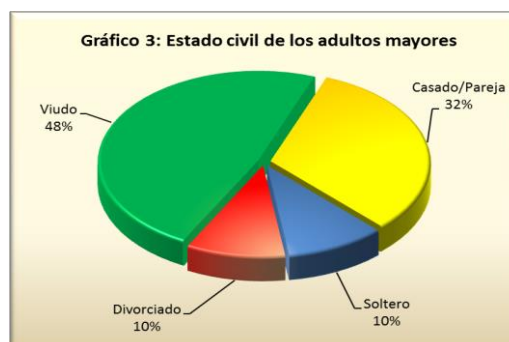
El 68% (n=34) de los entrevistados fueron mujeres y el 32% (n=16) hombres. Gráfico 2



Fuente: Tabla IV Anexo XVII

Estado civil:

Se encontraron 48% (n=24) de viudos, 32% (n=16) de casados/pareja, 10% (n=5) de divorciados y un 10% (n=5) de solteros. Gráfico 3



Fuente: Tabla V Anexo XVII

Situación de convivencia:

El 54% (n=27) del total de los adultos mayores entrevistados, refirió vivir solo, el 32% (n=16) en pareja y el 12% (n=6) convive con sus hijos. Gráfico 4



Fuente: Tabla VI Anexo XVII

Situación laboral:

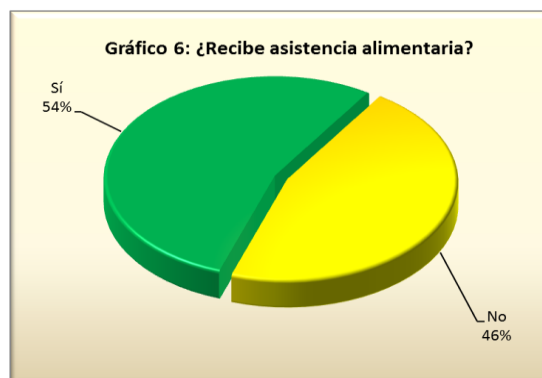
Los resultados mostraron que del total de los adultos mayores entrevistados, el 82% (n=41) no trabaja y el 18% (n=9) si lo hace. Gráfico 5



Fuente: Tabla VII Anexo XVII

Asistencia alimentaria:

Se observó que el 54% (n=27) recibe asistencia alimentaria y el 46% (n=23) no. Gráfico 6



Fuente: Tabla VIII Anexo XVII

**b) Hábitos relacionados con la alimentación**

Realización de las compras de alimentos:

Se registró que el 68% (n=34) del total de los adultos mayores entrevistados (n=50) realizan ellos mismos las compras de los alimentos, mientras que el 18% (n=9) las compras las efectúan "otros", y el 14% (n=7) es el cónyuge quien las realiza.

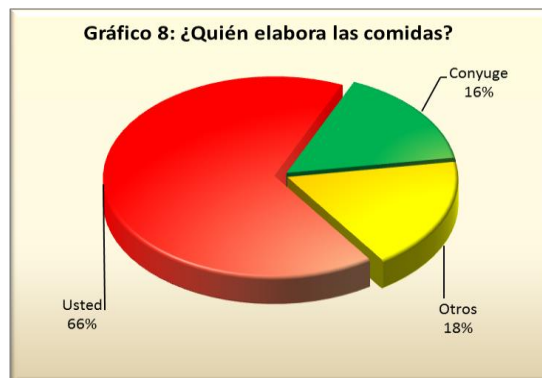
Gráfico 7



Fuente: Tabla IX Anexo XVII

### Elaboración de las comidas:

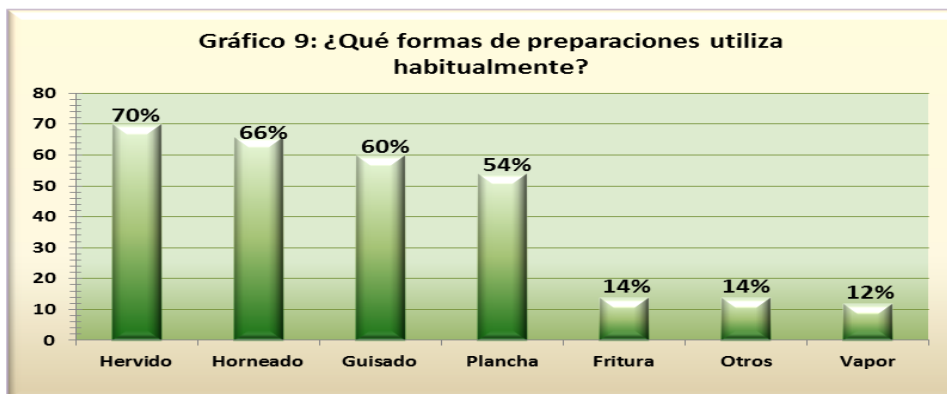
Del total de los adultos mayores entrevistados, el 66% (n=33) refirió ellos mismos elaborar las comidas, el 16% (n=8), está a cargo del cónyuge y en el 18% (n=9) son “otros” quienes las elaboran. Gráfico 8



Fuente: Tabla X Anexo XVII

### Formas de preparaciones habituales:

Las formas de preparaciones de las comidas utilizadas habitualmente fueron: hervido, horneado y guisado. Se registraron un 54% de preparaciones a la plancha, 14% de frituras, igual porcentaje en “otras” preparaciones (14%) y un 12% de preparaciones al vapor. Gráfico 9



Fuente: Tabla XI Anexo XVII

**Nota:** Pregunta de respuesta múltiple sobre 50 encuestados

Situación de compañía durante las comidas:

El 58% (n=29) de los adultos mayores entrevistados refirió tener compañía durante las comidas y el 42% (n=21) no. Gráfico 10

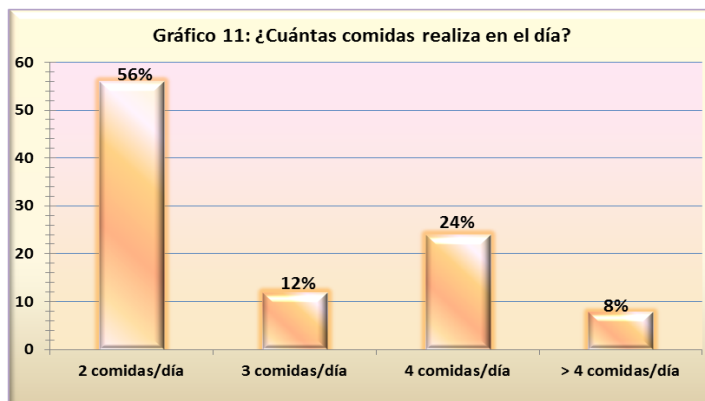


Fuente: Tabla XII Anexo XVII

Comidas diarias:

De los adultos mayores entrevistados, el 56% (n=28), realiza dos comidas diarias, el 24% (n=12) cuatro, el 12% (n=6) tres y el 8% (n=4) más de cuatro comidas diarias.

Gráfico 11



Fuente: Tabla XIII Anexo XVII

Comida más importante del día:

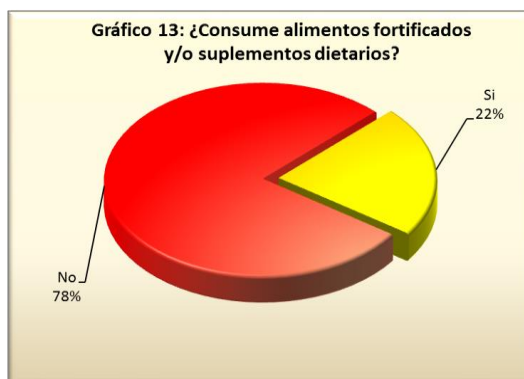
El 84% (n=42) de los adultos mayores entrevistados, consideró su almuerzo como la comida más importante del día, mientras que el 16% (n=8) restante quedó repartido en partes iguales entre la cena y el desayuno. Gráfico 12



Fuente: Tabla XIV Anexo XVII

Consumo de alimentos fortificados y/o suplementos dietarios:

El 78% (n=39) de los adultos mayores entrevistados refirió no consumir alimentos fortificados y/o suplementos dietarios y el 22% (n=11) sí. Gráfico 13



Fuente: Tabla XV Anexo XVII

Consumo de agua:

El 42% (n=21) de los adultos mayores entrevistados consume más de 8 vasos de agua diarios y el 40% (n=20) consume menos de 8 vasos. Un 14% (n=7) consume 8 vasos diarios y el 4% (n=2) no consume agua. Gráfico 14

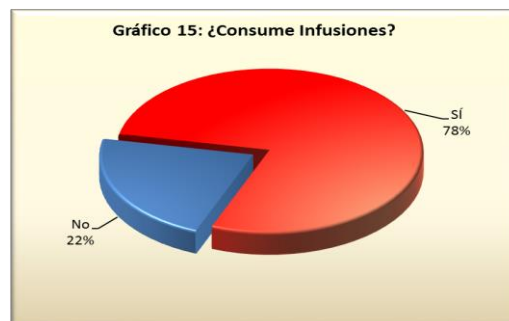


Fuente: Tabla XVI Anexo XVII

### Consumo de infusiones:

El 78% (n=39) de los entrevistados consume infusiones y el 22% (n=11) no lo hace.

Gráfico 15.



Fuente: Tabla XVII Anexo XVIII

### Consumo de sal de mesa:

Se observó que del total de los adultos mayores entrevistados, el 54% (n=27) consume sal de mesa y el 46% restante (n=23) no. Gráfico 16

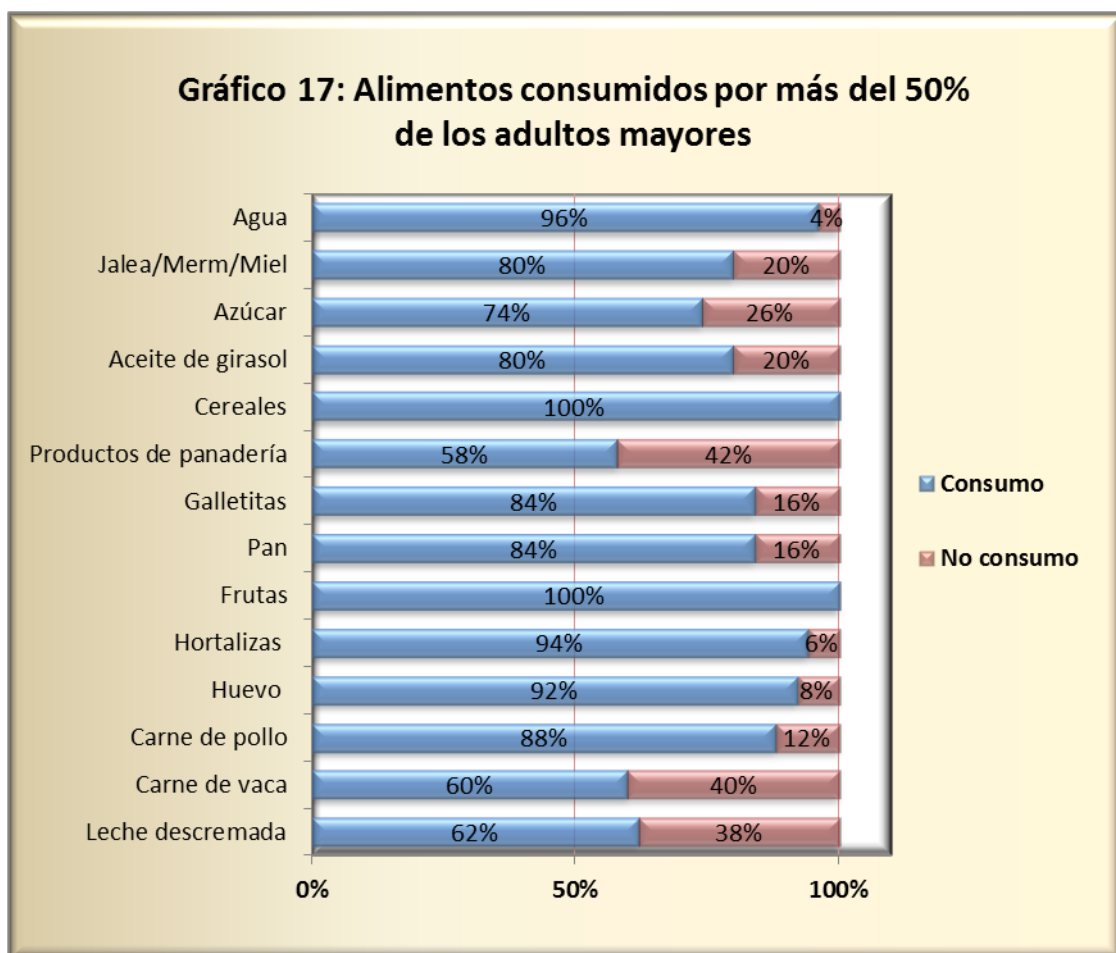


Fuente: Tabla XVIII Anexo XVII

**c) Ingesta dietética**

Consumo de alimentos en general:

Los alimentos consumidos por más del 50% de los adultos mayores entrevistados fueron: leche parcialmente descremada: 62% (n=31), carne de vaca: 60% (n=30), y carne de pollo: 88% (n=44), huevos: 92% (n=46), hortalizas: 94% (n=47), frutas: 100% (n=50), pan: 84% (n=42), galletitas: 84% (n=42), productos de panadería: 58% (n=29), cereales: 100% (n=50), aceite de girasol: 80% (n=40), azúcar: 74% (n=37) y jalea, mermelada o miel 80% (n=40). Gráfico 17



Fuente: Tabla XIX Anexo XVII



Frecuencia de consumo según grupo de alimentos:

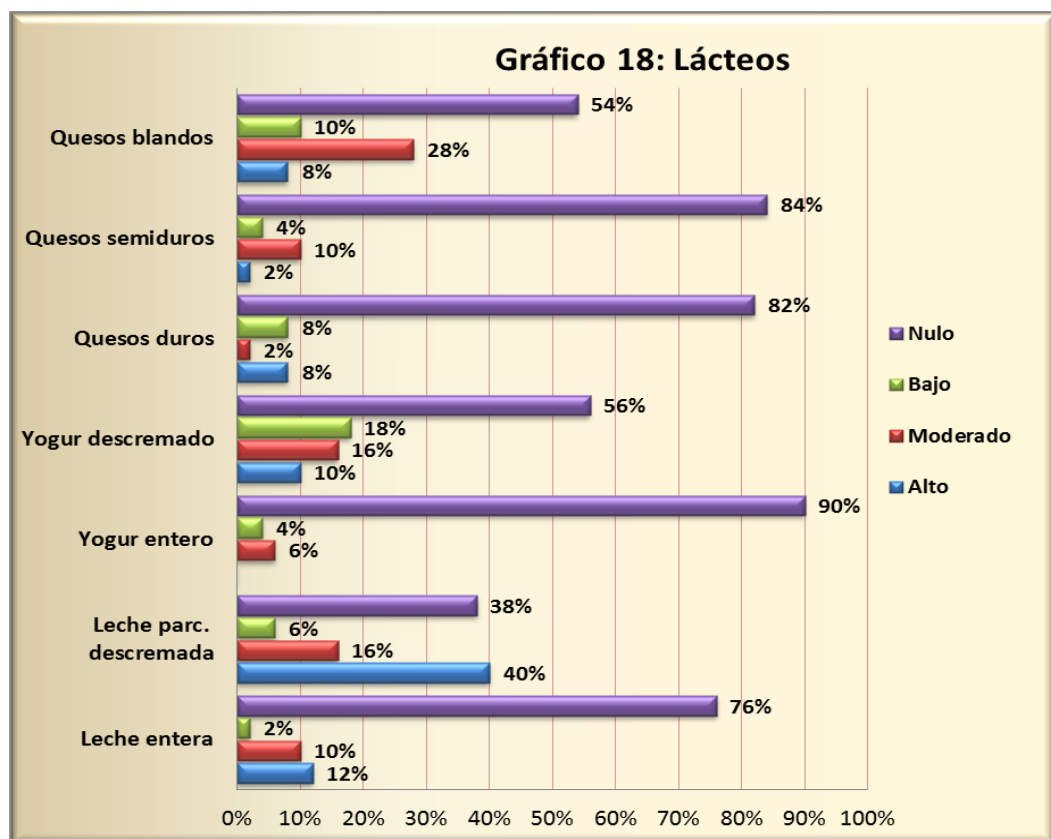
Lácteos:

Se observó: alto consumo (diario o > 3 veces/semana) de leche parcialmente descremada en el 40% (n=20) de los casos y consumo moderado en el 16% (n=8). Los quesos de pasta blanda también son consumidos con frecuencia moderada (2 o 3 veces/semana) en el 28% (n=14) de los casos, respecto a los quesos de pasta semidura (10%) y pasta dura (2%)

Además se registró consumo de moderado a bajo de yogur descremado.

Finalmente se destaca el no consumo de lácteos enteros y quesos en general.

Gráfico 18.



Carnes y Huevo:

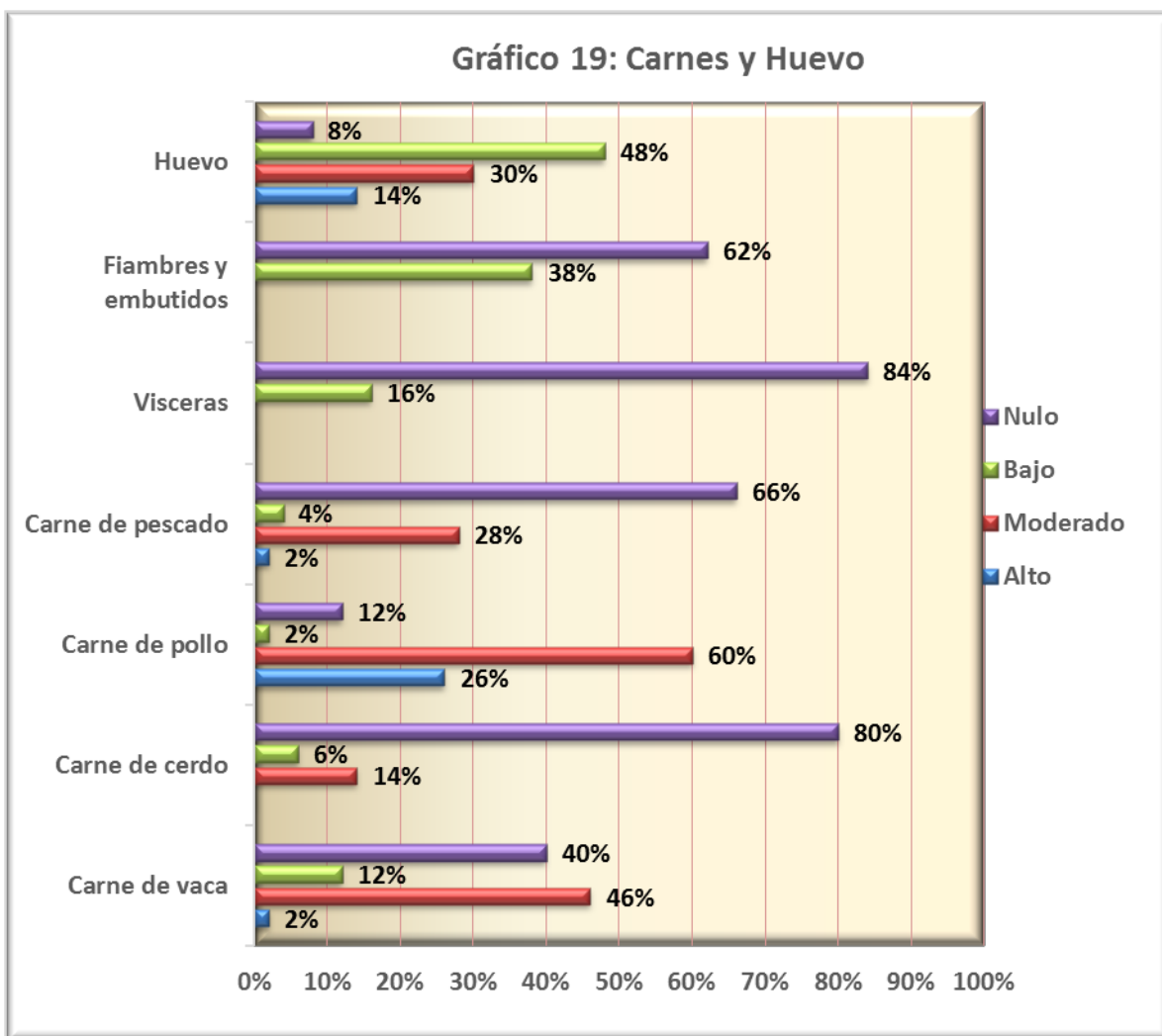
Se observó consumo alto (diario o > 3 veces/semana) y moderado (2 o 3 veces/semana) de carne de pollo con porcentajes del 26% (n=13) y 60% (n=30).

El consumo de carne de vaca es moderado en el 46% (n=23) de los adultos mayores entrevistados.

Respecto al consumo de huevos, el mismo es bajo (1 vez a la semana u ocasional) en el 48% (n=24) de los casos y moderado en el 30% (n=15).

Finalmente se registró consumo nulo de vísceras en el 84% (n=42), de fiambres en el 62% (n=31), carne de cerdo en el 80% (n=40) y de pescado en el 66% (n=33).

Gráfico 19.

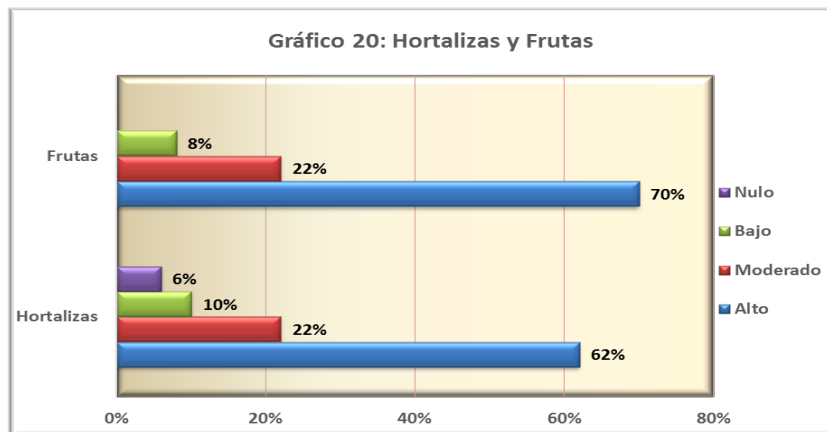


Fuente: Tabla XXI Anexo XVII

### Hortalizas y Frutas:

Del total de los adultos mayores entrevistados (n=50), el 100% refirió consumir frutas y el 94% (n=47) hortalizas, observándose alto consumo (diario o > 3 veces/semana) de las mismas en el 70% (n=35) y 62% (n=31) de los casos respectivamente.

También se encontró consumo moderado, tanto en frutas como en hortalizas con el mismo porcentaje: 22% (n=11). Gráfico 20



Fuente: Tabla XXII Anexo XVII

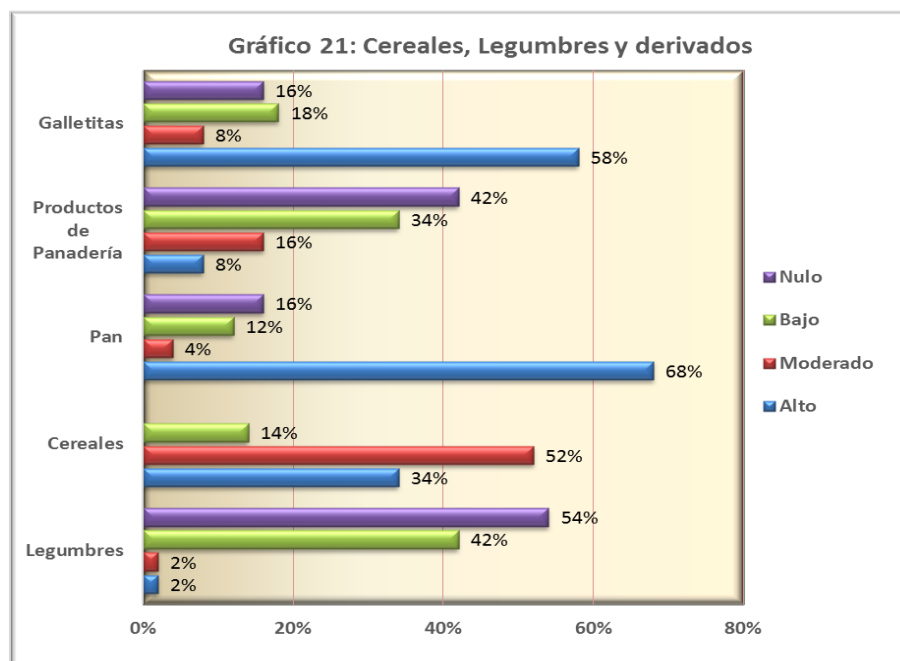
### Cereales, Legumbres y derivados:

Se observó un consumo alto de pan en el 68% (n=34) y de galletitas en el 58% (n=29)

El 100% consume cereales, distribuyendo su consumo en: moderado 52% (n=26), alto 34% (n=17) y bajo 14% (n=7)

El 54% (n=27) no consume legumbres y el 42% (n=21) lo hace con baja frecuencia.

Respecto a los productos de panadería se observó que el 42% (n=21) no los consume y el 34% (n=17) que consume lo hace de manera ocasional. Gráfico 21

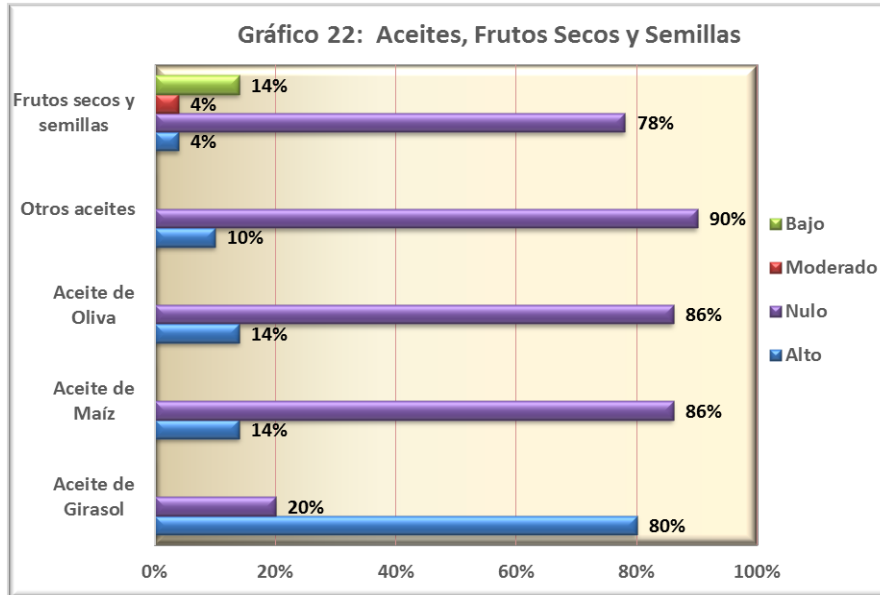


Fuente: Tabla XXIII Anexo XVII

**Aceites, Frutos Secos y Semillas:**

Se observó que el 80% (n=40) de los adultos mayores entrevistados posee un alto consumo (diario o > 3 veces/semana) de aceite de Girasol.

El consumo de frutas y semillas es bajo en un 14% (n=7) y nulo en el 78% (n=39) de los casos. Gráfico 22

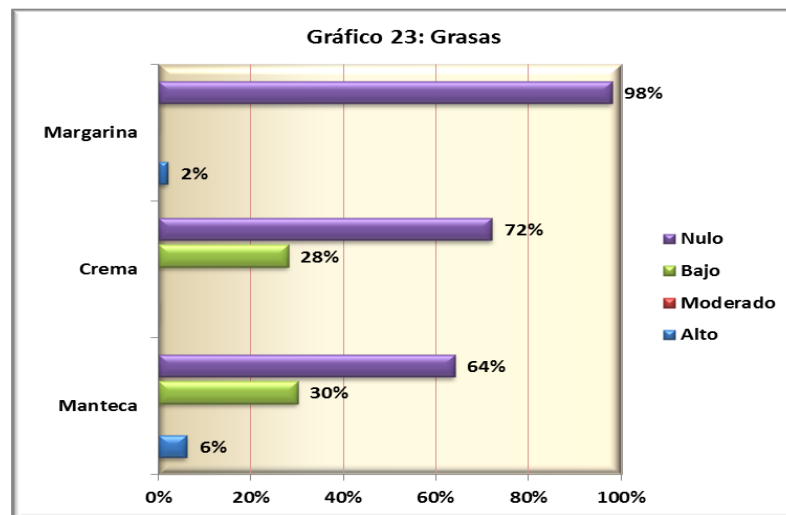


Fuente: Tabla XXIV Anexo XVII

**Opcionales: Grasas**

Se registró bajo consumo de manteca y crema en el 30% (n=15) y 28% (n=14) de los casos respectivamente.

También se observó que el 98% (n=49) no consume margarina. Gráfico 23



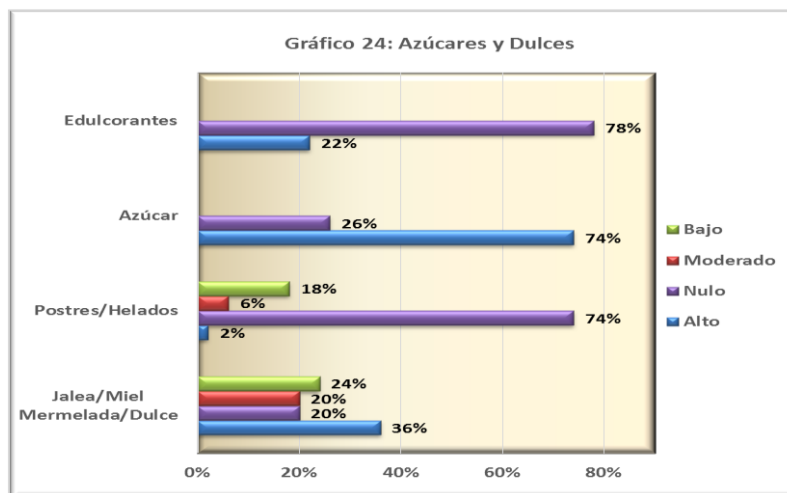
Fuente: Tabla XXV Anexo XVII

Opcionales: Azúcares y Dulces

Se observó que el 74% (n=37) de los adultos mayores entrevistados posee alto consumo de azúcar y solo el 22% (n=11) edulcorantes.

Lo mismo ocurre con el 36% (n=18) que consume jaleas, mermeladas y dulces.

También se observó que el 74% no consume postres y helados y el 18% lo hace con frecuencia baja. Gráfico 24

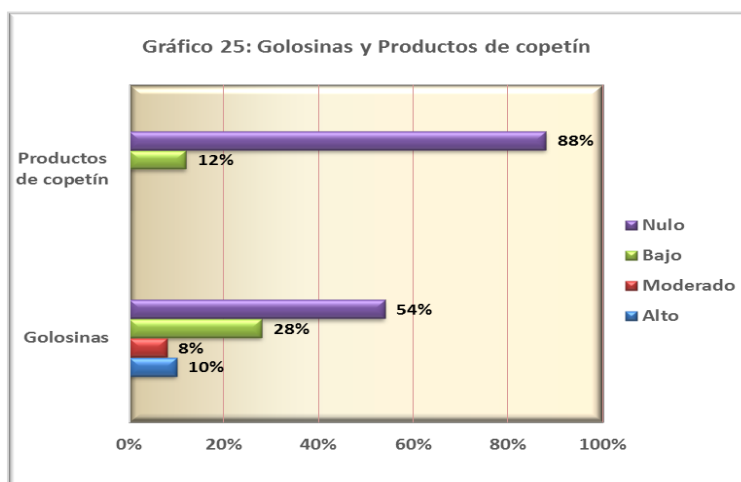


Fuente: Tabla XXVI Anexo XVII

Opcionales: Golosinas y Productos de copetín

Se registró que el 88% (n=44) no consume productos de copetín y el porcentaje restante (12%) lo hace con baja frecuencia (1 vez a la semana u ocasional)

En lo que respecta a las golosinas se observó que el 54% (n=27) no consume, el 28% (n=14) lo hace de manera ocasional, y el resto (18%) posee un consumo de moderado a alto de las mismas. Gráfico 25

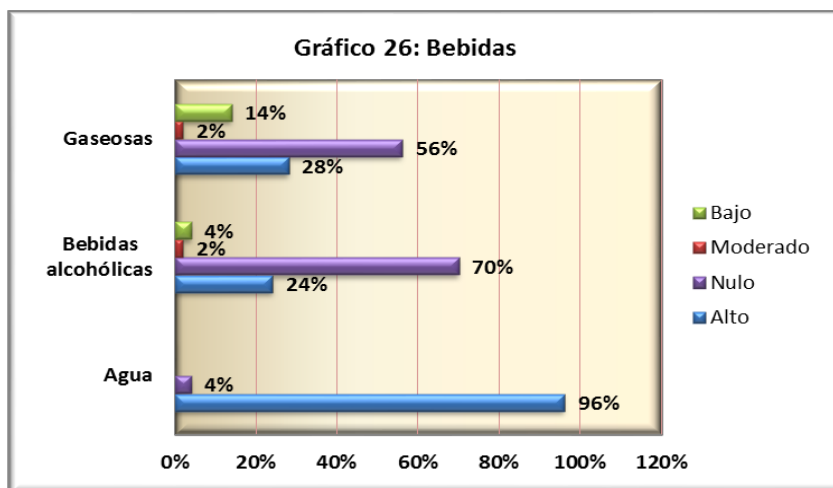


Fuente: Tabla XXVII Anexo XVII

**Bebidas:**

Se observó alto consumo de agua en el 96% (n=48) de los adultos mayores entrevistados, de gaseosas en el 28% (n=14) y de bebidas alcohólicas en el 24% (n=12).

Se registró consumo nulo de alcohol en el 70% (n=35) y de gaseosas en el 56% (n=28) de los entrevistados.



Fuente: Tabla XXVIII Anexo XVII

**d) Percepción de los adultos mayores sobre su apetito habitual y la calidad de su alimentación.**

**Percepción particular sobre apetito habitual:**

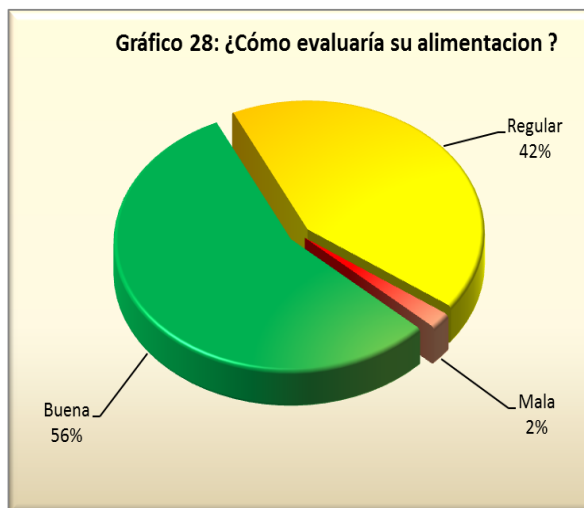
El 70% (n=35) de los adultos mayores entrevistados describió su apetito habitual como normal. El 18% (n=9) refirió poseer su apetito disminuido y el 12% (n=6) aumentado. Ninguno refirió encontrarse “sin apetito”. Gráfico 27



Fuente: Tabla XXIX Anexo XVII

Percepción particular sobre calidad de alimentación:

El 56% (n=28) de los adultos mayores entrevistados consideró su alimentación buena, mientras que el 42% (n=21) evaluó su alimentación como regular. El 2% (n=1) la consideró mala. Gráfico 28



Fuente: Tabla XXX Anexo XVII

**e) Costumbres relacionadas con el estilo de vida**

Actividad física:

El 64 % (n=32) de los entrevistados, refirió realizar actividad física siendo el 42% (n=21) del tipo recreativa y el 22% (n=11) actividad física programada.

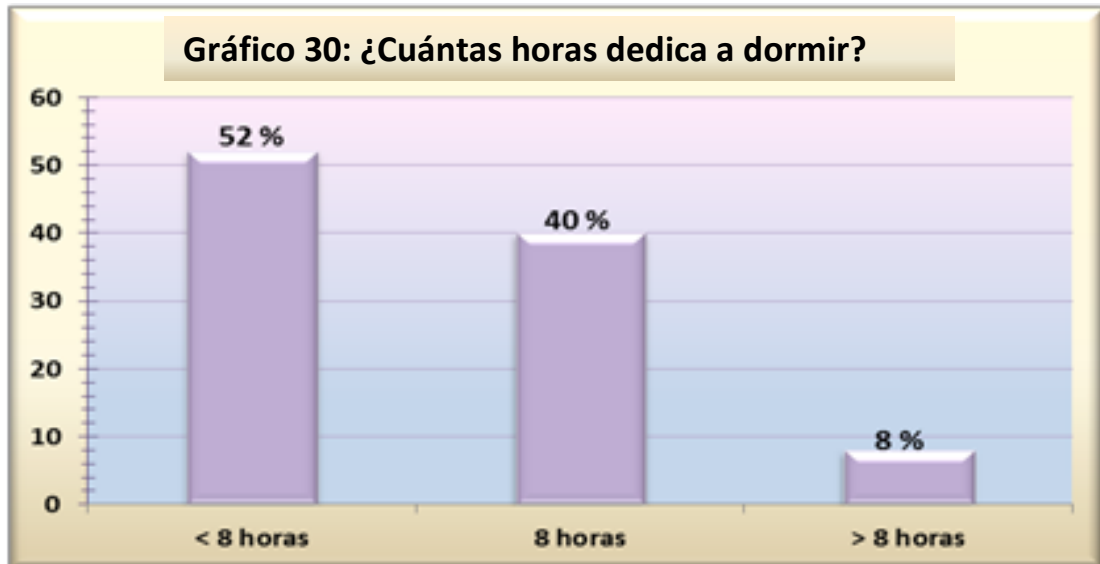
El 36% restante (n=18) no realiza actividad física. Gráfico 29



Fuente: Tabla XXXI Anexo XVII

Horas de sueño:

El 52% (n=26) de los adultos mayores entrevistadas refirió dormir menos de 8 horas, el 40% (n=20) 8 horas y el 8% (n=4) más de 8 horas diarias. Gráfico 30.



Fuente: Tabla XXXII Anexo XVII

Consumo de alcohol:

El 70% (n=35) de los entrevistados refirió no consumir alcohol, mientras que el 30% (n=15) si lo hace. Gráfico 31



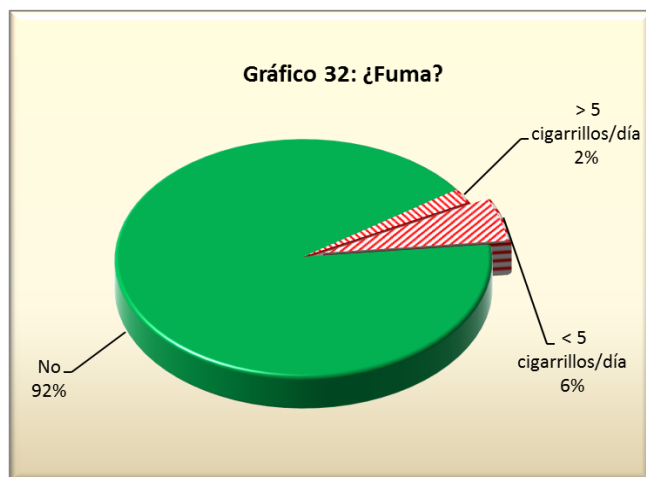
Fuente: Tabla XXXIII Anexo XVII

Tabaquismo:

El 92% (n=46) de los adultos mayores entrevistados refirió no fumar.

Los que lo hacen, el 6% (n=3) fuma menos de 5 cigarrillos diarios y el 2% (n=1) más de 5 cigarrillos diarios. Gráfico 32





Fuente: Tabla XXXIV Anexo XVII

**Participación social o comunitaria:**

Del total de los adultos mayores entrevistados (n=50), el 62% (n=31) refirió participar en algún taller, mientras que el 38% restante (n=19) no lo hace. Gráfico 33



Fuente: Tabla XXXV Anexo XVII

**f) Estado nutricional**

**Índice de Masa Corporal**

El IMC promedio del total de los adultos mayores entrevistados (n=50) es de  $28,8 \pm 6,07$  con una mediana de 26,8. El valor mínimo del IMC observado fue de 20,44 y el máximo de 51,32. Tabla XXXVII

Tabla XXXVII

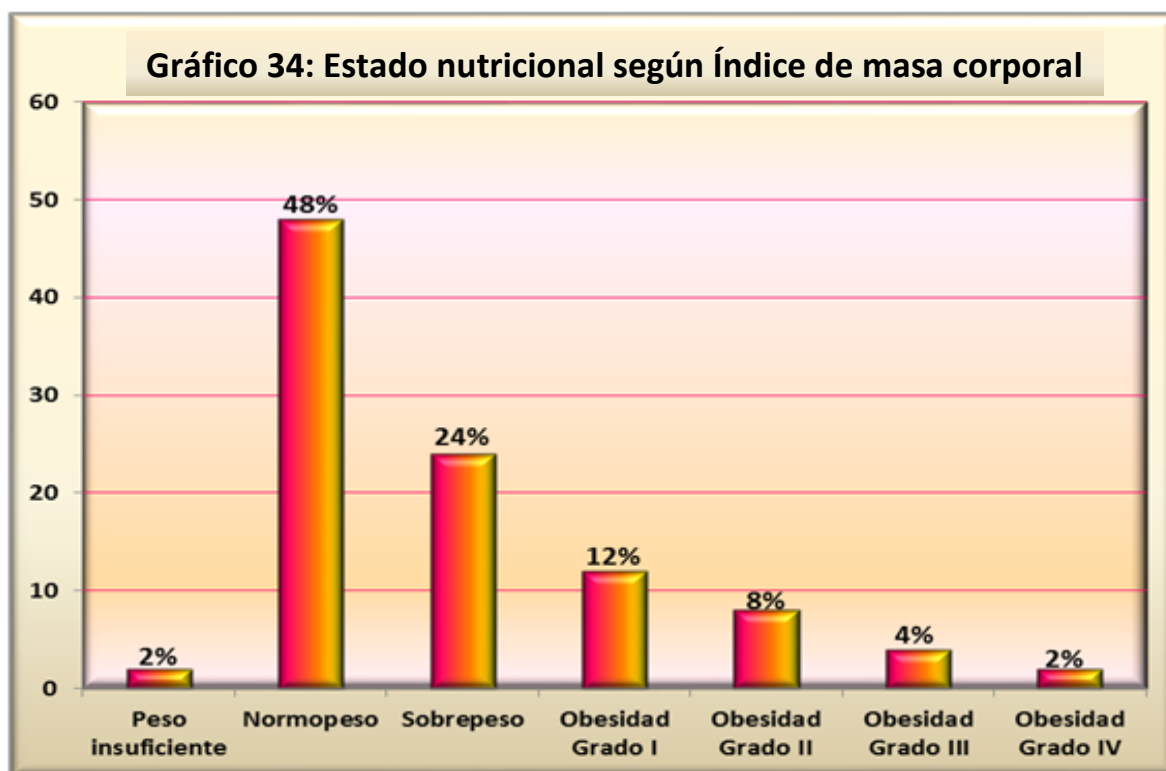
Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Desvío estándar
20,44	51,32	26,8	28,8	6,07

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a los valores registrados sobre el total de los adultos mayores entrevistados (n=50), el 48% (n=24) presentó peso normal, mientras que el 24 % (n=12) sobrepeso.

También se observó un 12% (n=6) con Obesidad Grado I; 8% (n=4) con Obesidad Grado II y un 4% (n=2) con Obesidad Grado III.

Finalmente se registró un 2% (n=1) con Obesidad Grado IV y el mismo valor para peso insuficiente. Gráfico 34



Fuente: Tabla XXXVIII Anexo XVII

Perímetro de pantorrilla:

El perímetro de pantorrilla promedio de los adultos mayores entrevistados fue de  $37,28 \pm 1.91$  cm; con una mediana de 38 cm. El valor mínimo del perímetro de pantorrilla observado fue de 31 cm y el máximo de 41 cm. Tabla XXXIX

Tabla XXXIX

Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Desvío estándar
31	41	38	37,28	1,91

Fuente: Elaboración propia

Se registró que el 98% (n=49) de los adultos mayores entrevistados posee un perímetro de pantorrilla dentro de valores normales y el 2% (n=1) presenta sarcopenia. Gráfico 35



Fuente: Tabla XXXVI Anexo XVII

### g) Riesgo de enfermedad cardiovascular

#### Índice Cintura/Talla (IC/T)

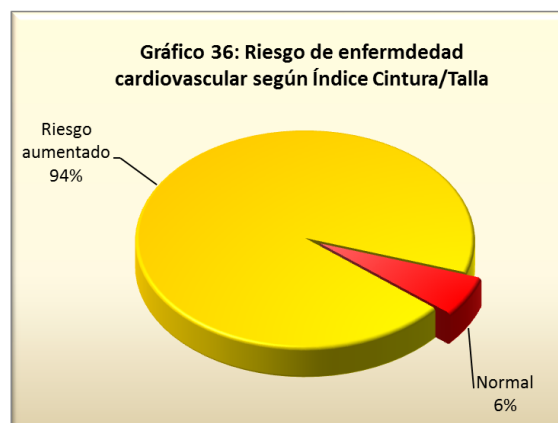
El IC/T promedio de los adultos mayores fue de  $0,62 \pm 0,17$ ; con una mediana de 0,58. El valor mínimo del IC/T observado fue de 0,49 y el máximo de 1,39. Tabla XL

Tabla XL

Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Desvío estándar
0,49	1,39	0,58	0,62	0,17

Fuente: Elaboración propia

Los valores obtenidos de Índice cintura/talla en ambos Centros muestran que el 94% (n=47) de los adultos mayores posee *riesgo aumentado* de padecer enfermedad cardiovascular. Gráfico 36



Fuente: Tabla XLI Anexo XVII

Circunferencia de cintura:

La circunferencia de cintura promedio del total de adultos mayores mujeres (n=34) fue de 104 cm.  $\pm$  30,49 cm; con una mediana de 97 cm y valores mínimo y máximo de 80 cm. y 216 cm respectivamente.

Por otro lado los valores correspondientes al total de adultos mayores hombres (n=16) fueron: promedio de circunferencia de cintura 97,43 cm.  $\pm$  6,19 cm, con una mediana de 95 cm y un valor mínimo de 93 cm y máximo de 113 cm. Tabla XLII

TablaXLII

Sexo	Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Desvío estándar
Mujer	80	216	97	104	30,49
Hombre	93	113	95	97,43	6,19

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a los valores obtenidos del total de los adultos mayores entrevistados (n=50), el 56% (n=28) posee “*muy alto riesgo*” y el 38% (n=19) “*alto riesgo*”. Para la salud. Gráfico 37



Fuente: Tabla X Anexo XVII

De los datos registrados se pudo observar, que el 100% (n=34) de las mujeres encuestadas, posee riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, de las cuales el 73% posee *riesgo muy alto* respecto al porcentaje 18,8% de los hombres para el mismo riesgo. Gráfico 38

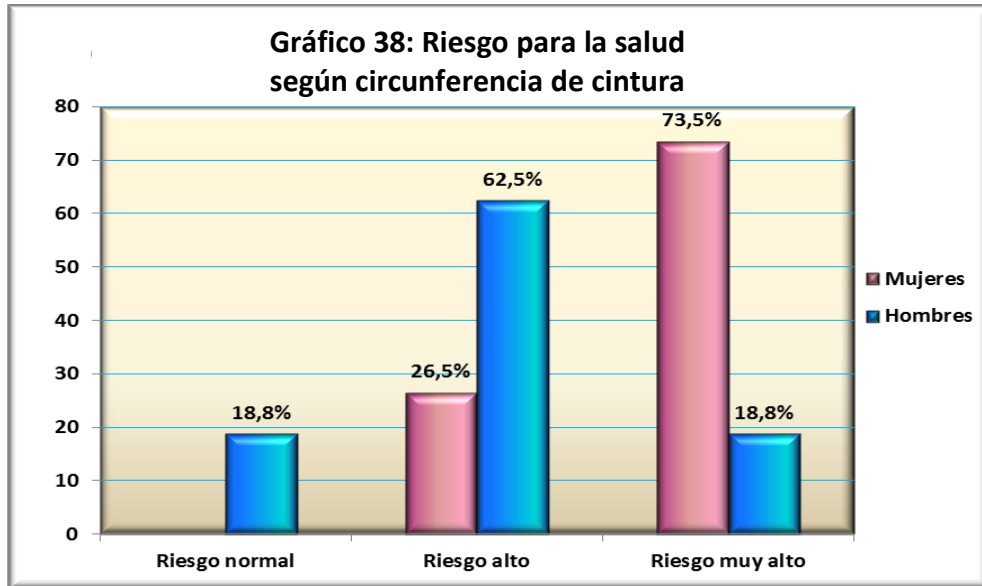


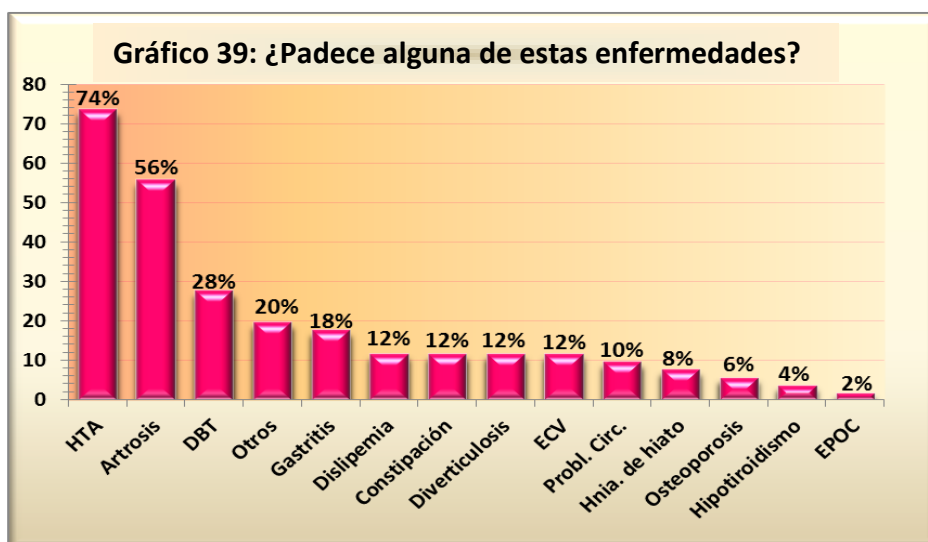
Tabla XLIII Anexo XVII

**h) Patologías crónicas no transmisibles y consumo de medicamentos.**

Padecimiento de patología crónica no transmisible:

Se indagó sobre el padecimiento de patologías crónicas y de ambos Centros la respuesta fue que el 100% presenta algún tipo de patología. Ninguno de los adultos mayores refirió padecer las siguientes patologías: gota, litiasis biliar, diarrea y celiaquía.

Los porcentajes más altos se presentaron en Hipertensión, Artrosis y Diabetes con 74%, 56% y 28% respectivamente. Gráfico 39

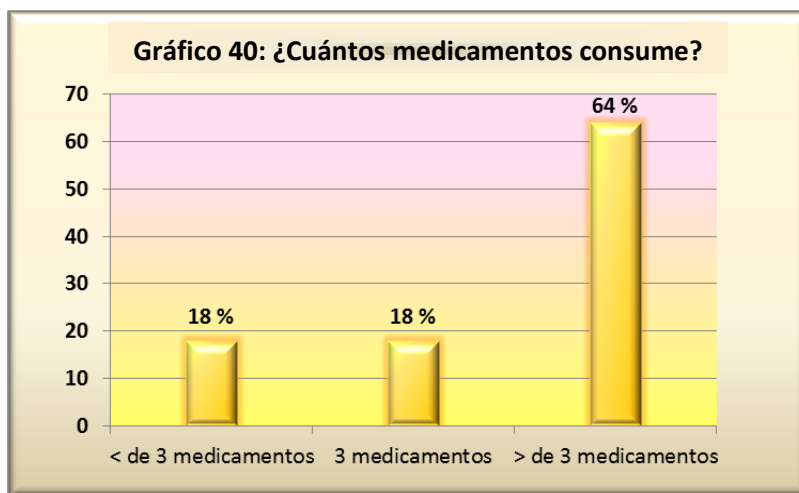


Fuente: Tabla XLIV Anexo XVII

**Nota:** Pregunta de respuesta múltiple sobre 50 encuestados

Consumo de medicamentos:

El total de los adultos mayores entrevistados (n=50), refirió consumir medicamentos. Los porcentajes son los siguientes: el 64% (n=32) consume diariamente más de tres medicamentos, el 18% (n=9) consume 3 medicamentos y el 18% (n=9) restante menos de 3 medicamentos al día. Gráfico 40

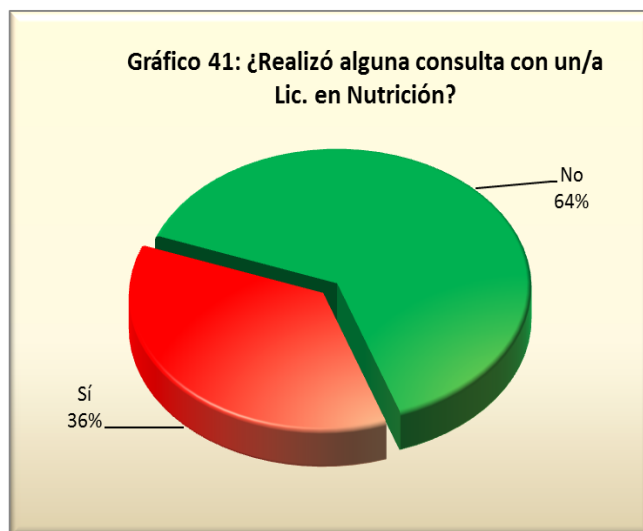


Fuente: Tabla XLV Anexo XVII

**i) Asesoramiento de un/a Licenciado/a en nutrición.**

Consulta profesional:

El 64% (n=32) de los entrevistados no realizó consulta con un/a Lic. en Nutrición. El 36% restante (n=18) refirió haberlo hecho. Gráfico 41



Fuente: Tabla XLVI Anexo XVII

## 10. Discusión

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la esperanza de vida de los adultos mayores ha aumentado en los últimos años debido a una mejora en las condiciones sanitarias, sociales y económicas, produciendo un claro envejecimiento de la población.

Dicha tendencia requiere un abordaje especial, tanto a nivel preventivo como paliativo para conseguir que esta mayor expectativa de vida se acompañe de una mejor calidad de vida, para disfrutar plenamente de esta nueva etapa como adulto mayor.

Una herramienta esencial para preservar la salud, tratarla o incluso recuperarla, es el mantenimiento de hábitos alimentarios saludables y un óptimo estado nutricional que promuevan un envejecimiento activo y saludable.

Por tal motivo en el presente trabajo se planteó el interrogante sobre qué sucede al respecto en un grupo de adultos mayores que concurren a dos Centros de Jubilados de la ciudad de Firmat.

A partir de los resultados obtenidos se analizaron diferentes aspectos relacionados con los hábitos alimentarios, estilo de vida y el estado nutricional de 50 adultos mayores con una edad de igual o mayor a 60 años.

Respecto a las características generales de dicha población, se observó que el porcentaje de participación femenina fue 68% y que la mayoría de los entrevistados (94%), pertenecen a los grupos etarios de “*ancianos jóvenes*” (65-74 años) y “*ancianos*” (75-84 años).

En relación al aspecto socioeconómico de la población se observó: mayoría de viudos (48%); el 54% vive solo; igual porcentaje recibe ayuda alimentaria y el 18% trabaja.

En lo referente a los hábitos relacionados con la alimentación, se destaca que el 68% realiza las compras por sus propios medios y una misma proporción se encarga de elaborar las comidas en su hogar, predominando las preparaciones del tipo casera cuyos métodos de cocción más habituales son: hervido, horneado, guisado y plancha, opciones consideradas saludables si las mismas se preparan de manera adecuada. Si bien este hecho, demuestra autosuficiencia, pueden verse limitados por diferentes causas ya descritas.

Por otra parte, la situación de vivir solo no siempre implica no tener compañía durante las comidas, sin embargo el 42% de los adultos mayores entrevistados refirió comer solo.

Cabe señalar además, que el 54% consume sal, hábito considerado no saludable por ser un factor predisponente al desarrollo de patologías como hipertensión y enfermedad renal, entre otras.

Otros hábitos alimentarios no saludables identificados en esta población, fueron que el 56% realiza solo dos comidas diarias y un porcentaje menor (8%) realiza más de cuatro, implicando un riesgo en el aporte calórico y de nutrientes ya sea por déficit o por exceso.

El análisis de la ingesta alimentaria de la población reveló de bajo a nulo consumo de lácteos en general.

Cabe destacar que solo el 40% de los adultos mayores presentó alto consumo de leche descremada. Se recomienda el consumo diario de lácteos descremados, que



aporten calcio, vitaminas y proteínas de alto valor biológico, con menor aporte de grasas saturadas.

En lo que a alimentos cárnicos se refiere, su consumo es de alto a moderado, preferentemente carne de pollo, seguido de carne vacuna. Debe agregarse que el 66% no consume pescado y el 80% no consume cerdo, dejando en evidencia la escasa variedad en la elección de los distintos tipos de carnes.

Es importante resaltar el escaso consumo de vísceras y fiambres, alimentos considerados no saludables por su alto contenido de sodio, grasas saturadas y colesterol.

Asimismo, aunque el 92% de los encuestados consume huevo, el 48% lo hace con baja frecuencia (1 vez a la semana u ocasional)

Por otra parte, las frutas y hortalizas son consumidas con alta frecuencia semanal, destacando un hábito muy saludable al momento de consumir alimentos fuentes naturales de vitaminas y minerales. Son alimentos protectores con poder antioxidante y con reconocidos beneficios fisiológicos y metabólicos que varían de acuerdo al tipo de fibra que contengan.

Dentro del grupo de cereales, legumbres y derivados se evidenció alto consumo diario de pan y galletitas. Además, consumo moderado de cereales en general.

Las legumbres se consumen con baja frecuencia y se desestimó el de productos integrales por desconocimiento de los mismos.

Los productos de panadería son consumidos por el 58% de la población. Se recomienda limitar su consumo por considerarse no saludables.

Por otro lado, la mayor parte de la población (82%) posee alto consumo, únicamente de aceite de girasol; y el 78% no consume frutos secos y semillas.

Estos últimos resultados, definen una alimentación incompleta en alimentos fuente de ácidos grasos esenciales, pudiendo originar un desequilibrio en la relación de los mismos.

En lo que respecta a alimentos opcionales se destaca consumo de bajo a nulo de manteca, cremas y margarinas, ocurriendo lo mismo con los productos de copetín.

Y aunque se observó que el 74% no consume postres y helados, el mismo porcentaje presenta alto consumo diario de azúcar.

En referencia a las bebidas, se registró que la mayoría de la población estudiada, consume entre 8 y más vasos de agua diarios.

Por otra parte, ningún adulto mayor expresó encontrarse “*sin apetito*” y el 70% describió su apetito como “*normal*”

En cuanto a la percepción de la calidad de la alimentación, el 56% la consideró buena y el 42% regular.

Se observaron porcentajes altos de la población que muestran hábitos de vida que preservan la salud tales como: realizar actividad física 64%, no consumir alcohol 70% y no fumar 92%.

Sin embargo el 52% duerme menos de 8 horas.

También se destaca que el 68% posee participación social en alguno o varios de los talleres dictados en ambos Centros de jubilados.

La necesidad de socializar con personas con sus mismos intereses, gustos y preferencias, y el empleo del tiempo libre, son algunos de los motivos por los cuales existen los Centros de jubilados.

Este aspecto también se ve favorecido, por el entorno, ya que vivir en una ciudad pequeña acorta las distancias de traslado, al permitir movilizarse por sus propios

medios en forma segura y tranquila. (Bicicleta, moto, caminando) y además, posibilita vincularse diariamente dentro de su ámbito social. Este funcionamiento social se considera factor protector en el bienestar de las personas adultas mayores. Con respecto al análisis del estado nutricional se observó un solo caso de peso insuficiente (2%) coincidente con el registro de sarcopenia realizado a través de la toma de perímetro de pantorrilla, factor que disminuye la calidad de vida de los adultos mayores.

Por otra parte, la mitad de la población presenta sobrepeso u obesidad, situación que contribuye a un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles y donde se evidencia la necesidad de intervenir de manera inmediata para evitar complicaciones que deterioren la salud y condicionando su autonomía.

Además, se identificó que la totalidad de las mujeres presenta riesgo para la salud según la circunferencia de cintura, y solo un pequeño porcentaje (6%) del total de la población (hombres y mujeres), no posee riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares o crónico-degenerativas.

Es importante señalar que los resultados encontrados en esta población de adultos mayores, difieren de otros obtenidos en poblaciones de igual rango de edad, que muestran un elevado riesgo de desnutrición.

Por ello, se debe tener en cuenta que la focalización de las prioridades en el abordaje del problema de obesidad puede ocultar problemas como la desnutrición, que deben tratarse con la misma urgencia.

Asimismo la totalidad de la población refirió padecer alguna/s patología, destacándose: hipertensión, artrosis y diabetes y también, aunque en porcentajes menores: gastritis, dislipemia, constipación y enfermedad cardiovascular entre otras.

A esto último, debe agregarse un consumo mayor a tres medicamentos diarios en el 64% de la población condición que puede limitar la biodisponibilidad de nutrientes, afectando la ingesta y el estado nutricional.

Finalmente se registró que el 64% de los adultos mayores no realizó nunca una consulta con un/a Licenciado/a en nutrición, dejando en evidencia la necesidad de hacerlo, de acuerdo a los resultados arriba expuestos.

Cabe destacar que no se han encontrados trabajos similares al presente, por tal motivo no se ha podido realizar ningún tipo de comparación.

Se sugiere la realización de nuevos estudios de seguimiento a futuro.

El presente análisis es de carácter cualitativo, por lo tanto se recomienda en próximas investigaciones, estudiar en profundidad los diferentes aspectos considerados en este trabajo ampliando el campo de investigación.

## 11. Conclusión

Conforme a la interpretación de los resultados obtenidos y en relación a los objetivos planteados al comienzo de este trabajo, se pudo observar que la población en estudio, presenta hábitos alimentarios, alejados de las recomendaciones actuales comprendidas en las Guías Alimentarias para la población Argentina 2015/16 (GAPA).

Por otro lado se encontraron aspectos socioeconómicos, que afectan negativamente a los mismos, perjudicando cubrir satisfactoriamente, las necesidades básicas diarias.

En cuanto a la ingesta alimentaria en general, los adultos mayores mostraron una alimentación disarmónica en el marcado consumo de hidratos de carbono tanto simples como complejos; incompleta, sin variedad en algunos grupos de alimentos que aportan nutrientes esenciales, y con elecciones poco saludables.

También se registraron hábitos de riesgo para la salud, tales como: el consumo de sal dado en más de la mitad de la población y el consumo de infusiones (78%) que compiten con la absorción de algunos micronutrientes cuando son consumidos sin moderación y cerca de las comidas.

De la misma manera, los resultados obtenidos en la evaluación del estado nutricional señalan, que la mitad de la población posee sobrepeso o algún grado de obesidad, observándose un solo caso de peso insuficiente según el IMC.

Además, se identificó que el 94% de la población posee riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares o crónico-degenerativas.

Asimismo la totalidad de la población refirió padecer alguna/s patología, destacándose: hipertensión, artrosis y diabetes.

El elevado consumo diario de medicamentos (mayor a 3), encontrados en esta población también puede afectar el estado nutricional por sus interacciones con los alimentos que limitan la biodisponibilidad de nutrientes.

Por tales motivos, puede afirmarse que esta población presenta características que condicionan negativamente el camino hacia un envejecimiento activo y saludable.

Sin embargo, cabe destacar, de manera positiva y como elección saludable y protectora, un patrón alimentario que incluye de moderado a alto consumo de frutas y verduras, y bajo a nulo consumo de alimentos grasos en general (lácteos enteros, vísceras, fiambres y embutidos, margarinas, manteca, crema, productos de copetín).

De igual forma, la mayor parte de esta población no fuma, realiza algún tipo de actividad física, ya sea recreativa o programada, y también posee participación social.

Asimismo cabe destacar como hábitos saludables, que más de la mitad de la población (56%) posee un consumo óptimo de agua de acuerdo a las recomendaciones; el 74% tiene un consumo ocasional o nulo de alcohol, y un porcentaje similar no consume gaseosas.

Frente a lo planteado, es necesario llevar a cabo programas de apoyo multidisciplinario, de educación alimentaria y estilo de vida saludable, que fomenten cambios en los hábitos alimentarios, centrados en la variedad, moderación y equilibrio en la alimentación entre otros aspectos. Para ello deben utilizarse pautas y técnicas sencillas, adecuadas a la situación especial en la que se encuentra esta población, para facilitar y motivar su entendimiento y realización.

La presencia de los aspectos favorables dentro del estilo de vida de este grupo, podrán servir de sustento y motivación fortaleciendo las estrategias a seguir a la hora de mejorar la salud nutricional de los adultos mayores.

En resumen:

- a) Los adultos mayores, poseen hábitos alimentarios que se alejan de las recomendaciones establecidas en las Guías Alimentarias para la población Argentina.
- b) El estado nutricional de la mitad de la población, se encuentra fuera del rango considerado normal, presentando sobrepeso y obesidad.
- c) El 94% de la población posee riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares o crónico-degenerativas, de acuerdo a los datos antropométricos registrados.

Sin lugar a dudas, estas condiciones no promueven un envejecimiento activo y saludable en los adultos mayores, y de no realizar una intervención a corto plazo, podrían agravarse e intensificarse con el tiempo, causando mayor dependencia de los mismos, modificando la forma y el ritmo de envejecer.

## 12. Recomendaciones

A partir de lo observado y concluido, se propone:

Formar un equipo multidisciplinario que incluya un/a Lic. en nutrición responsable de:

- Realizar la valoración estado nutricional de los adultos mayores.
- Organizar charlas, jornadas y/o talleres que traten temas sobre alimentación saludable reconociendo su importancia en la prevención y/o mejora de patologías relacionadas con la alimentación; desterrar mitos referidos a los alimentos; etiquetado de alimentos; publicidad; hidratación; métodos de cocción saludables, etc.
- Realizar un seguimiento nutricional de los adultos mayores.

El equipo multidisciplinario integrado por médicos, enfermeros, nutricionistas, profesores de educación física, psicólogos, fonoaudiólogos, asistentes sociales, etc.; trabajando como tal, deberá diseñar un plan estratégico integral sobre nutrición, actividad física y salud en adultos mayores, planteado con coherencia de contenidos y participación coordinada y comprometida de todos los sectores involucrados; que sirva para unificar criterios y llevar a cabo una comunicación segura, clara y eficaz aplicable a las actividades propuestas.

De esta manera se podrá:

- Iniciar programas de estilo de vida saludable reafirmando el autocuidado de los adultos mayores.
- Promover encuentros motivacionales que fomenten un estilo de vida saludable que incluya buenos hábitos alimentarios.
- Fomentar las campañas públicas sobre la salud y el cuidado de los adultos mayores.



- Realizar evaluaciones continuas de los temas mencionados con el fin de monitorear el proceso de cambio.

Cabe destacar que si bien estas recomendaciones son propuestas de acuerdo a lo evaluado en este trabajo, pueden aplicarse a la población en general llevando a cabo un proceso preventivo de atención primaria de salud que desde edades tempranas conduzca a todos los individuos hacia el camino de un envejecimiento activo y saludable.

Para finalizar recordar que el 1 de Octubre fue instituido por la Asamblea General de las Naciones Unidas como “Día Internacional de las Personas Adultas Mayores”, para reivindicar los derechos de este grupo etario, y con el objetivo de mejorar la calidad de vida con un envejecimiento activo que incluya participación social seguridad y salud.

### 13. Fuentes de consulta

#### 13.1. Fuentes bibliográficas

- Acosta, R.S. (2008). *“Evaluación Nutricional de Ancianos”*. Conceptos, métodos y técnicas. Manual para trabajadores del área. Córdoba: Brujas.
- Alpers, D.H., Stenson, W.F. y Bier, D.M. (2003) *“Nutrición”* 4ta. ed. Madrid: Marban Libros S.L.
- Arijá-Val, V. y Fernández-Ballart, J (2000) Cap.6 Métodos de Valoración del consumo alimentario. En Salas-Salvadó, J.; Bonada i Sanjaume, A.; Trallero-Casañas, R.; y Saló i Solá, M.E. (Eds.) *“Nutrición y dietética clínica”*. (pp.55-67) Barcelona: Masson S.A.
- Bourges-Rodríguez, H. (2008). Cap. III Los Alimentos, la dieta y la alimentación. En Casanueva, E., Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Lizaur, A. y Arroyo, P. (Eds.), *“Nutriología Médica”* (pp.598) 3a. ed. Bs. As.: Editorial Médica Panamericana.
- Brown, J.E. (2006). *“Nutrición en las Diferentes Etapas de la Vida”* 2da. ed. D.F. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Carrera, M. (2001). Carencias de micronutrientes. En Camuerga, E., Duran, P. Schapira, M., Soifer, G.M., Carrera, M., Delpietro, S. y Braña, M. *“Nutrición y Tercera Edad”* (pp.153-171) Buenos Aires: Gráfica Sur Editora SRL
- Foz-Sala, M. (2010) Cap.3 Requerimientos y recomendaciones nutricionales en la Edad avanzada. En Serrano-Rios, M.; Cervera-Ral, P.; Lopez-Nomdedeu, C.; Ribera-Casado, J.M. y Sastre-Gallego, A. eds. *“Guía de alimentación para personas mayores”* (pp.25-40) Madrid: Ergon
- Gutiérrez-Robledo, L.M., Ruiz-Arregui, L. y Velázquez, C. (2008). Cap.I Nutrición del anciano. En Casanueva, E., Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Lizaur, A. y Arroyo, P. (Eds.), *“Nutriología Médica”* (pp.212-237) 3a.ed. Bs. As.: Editorial Médica Panamericana.
- Kathleen-Mahan, L. y Escott-Stump, S. (2001). *“Nutrición y dietoterapia de Krause”* 10 ed. D.F.Mexico: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Kathleen-Mahan, L.; Escott-Stump, S. y Raymond J. (2013). *“Krause Dietoterapia”* 13 ed. Barcelona: Elsevier .
- Lerotich, V. (2008) Adultez Mayor y Ancianidad. En De Girolami, D.H y González Infantino, C. *“Clínica y Terapéutica en la Nutrición del Adulto”* (pp. 103-120) Avellaneda: El Ateneo.

- López, L.B.; Suárez, M.M. (2002). “*Fundamentos de nutrición normal*”. Buenos Aires: El Ateneo.
- Lopez-Nomdedeu, C., Gonzalez-Alvaro, A. y Vázquez-Martinez, T. (2005). Los hábitos alimentarios: origen, evolución y posibilidades educativas. En Vazquez C., De Cos, A.I. y López-Nomdedeu, C. (Eds.), “*Alimentación y nutrición: Manual teórico práctico*”. Cap. 26 (pp. 309-316) 2da.ed. Madrid: Díaz de Santos.
- Pupi, R.E. (2003) Ancianidad. En De Girolami, D.H. “*Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición corporal*” (pp. 397-418) Avellaneda: El Ateneo.
- Pineda, E.B., de Alvarado, E.L. y de Canales F.H. (1994) “*Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de la salud*”. 2da.ed. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud.
- Ruiz –López, M.D. y Reyes Artacho M. (2010) Nutrición y envejecimiento. En Gil, A. Tratado de nutrición Tomo 3 “*Nutrición humana en el estado de salud*” (pp.319-343) 2da. ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana
- Schapira, M. (2001) ¿Qué es envejecer? En Camuerga, E., Duran, P. Schapira, M., Soifer, G.M., Carrera, M., Delpietro, S. y Braña, M. “*Nutrición y Tercera Edad*” (pp.71-130) Buenos Aires: Gráfica Sur Editora SRL
- Torresani, M.E.; Somoza, M.I. (2005) “*Lineamientos para el cuidado nutricional*” 2da.ed. Buenos Aires: Eudeba
- Valenzuela-Montero, A. (2008). “*Obesidad y sus comorbilidades*”. Santiago, Chile: Maval Impresores
- Vázquez, C.; De Cos, A.I. y López-Nomdedeu, C. (2005). “*Alimentación y nutrición: Manual teórico práctico*”. Cap. 2. Los hábitos alimentarios: origen, evolución y posibilidades educativas. Díaz de Santos. Madrid. pág. 311-312.

### 13.2. Fuentes de internet

- Arbonés G., Carbajal A., Gonzalvo B., González-Gross M., Joyanes M., Marques-Lopes I. et al. *Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores*: Grupo de trabajo "Salud pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). Nutr. Hosp. [online]. 2003 Jun; 18(3): 109-137. Recuperado: 05/11/2014. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112003000300001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000300001&lng=es).

- Ávila-Funes, J.A., Garant, M.P., y Aguilar-Navarro S. “*Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México*”. Rev Panam Salud Publica [online] 2006;19(5):321–30. Recuperado: 03/11/2014. Disponible en: <http://75.102.22.228/uploads/1150748584.pdf>
- Barrera-Sotolongo, J. y Osorio-Leon, S. “*Envejecimiento y Nutricion*” Rev. Cubana Invest. Bioméd. [online] 2007; 26(1): 1-10. Recuperado: 11/11/2014. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002007000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002007000100008&lng=es)
- Brodschi, D., Ponce, C., Barreto, A., Nepote, A., Martínez, M., Sedlinsky, C., Fossati, P., Gurfinkiel, M., Brenta, G., Faingold, C. y Musso, C. (2014) “*Particularidades del síndrome metabólico en una subpoblación de adultos mayores*”. RAEM 2014. Vol 51 N° 3 130-135 [online]. Recuperado: 08/11/2014. Disponible en: <http://www.raem.org.ar/numeros/2014-vol51/numero-03/130-135-endo3-4-brodschi-d.pdf>
- Capo-Pallas, M. (2002) “*Importancia de la nutrición en la persona de edad avanzada*” Novartis Consumer Health S.A. Barcelona. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/importancia\\_de\\_la\\_nutricion\\_en\\_la\\_tercera\\_edad.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/importancia_de_la_nutricion_en_la_tercera_edad.pdf)
- Contreras, A.L., Mayo, G.V.A., Romaní, D.A., Tejada, G.S., Yeh, M., 1, Ortiz, P.J. y Tello, T. “*Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junin, Perú*” Rev. Med. Hered. [online]. 2013; 24:186-191. Recuperado: 03/11/2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n3/v24n3ao1.pdf>
- Cornatosky, M.A., Barrionuevo, O.T., Rodriguez, N.L. y Zeballos, J.M. “*Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la Provincia de Catamarca, Argentina.*” *Diaeta* [online]. 2009, vol.27, n.129 pp. 11-17. Recuperado 15/01/2015. Disponible en: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73372009000400003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372009000400003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1852-7337.
- De la Cruz-Sánchez, E. y Pino-Ortega, José “*Estilo de vida relacionado con la salud*” Campus Universitario de San Javier. Murcia Recuperado: 06/11/2014. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>.
- De la Mata, C. (2008). “*Malnutrición, desnutrición y sobrealimentación*”. Revista Médica ROSARIO 74: 17 – 20. Recuperado: 25/11/2014. Disponible en:

- <http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/a47544Cristina%20de%20la%20Mata.pdf>.
- Duran, A., Valderrama, L., Uribe, A.f., Gonzalez, A. y Molina J.M. (2009) “*Enfermedad cónica en adultos mayores*” Recuperado: 02/12/2014. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%E1g.%2016-28.pdf>.
  - Garcia-Zenón, T. y Villalobos-Silva, J.A. (2012) “*Malnutrición en el anciano. Partell: obesidad, la nueva pandemia*”. Med. Int. Mex. [online]. 2012; 28(2):154-161. Recuperado 17/01/2015 Disponible en: [http://cmim.org/boletin/pdf2012/MedIntContenido02\\_10.pdf](http://cmim.org/boletin/pdf2012/MedIntContenido02_10.pdf)
  - Iraízoz, I. Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, [online]. Norteamérica, 22, sep. 2009. Recuperado: 12/01/2015. Disponible en: <<http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/7308/5780>>
  - Ortiz-Escoriza, M., Aguilera-Gazquez, A. y Hernandez-Guerrero, C. (2014) “Vulnerabilidad del anciano ante la nutrición”. En Gázquez-Linares, J.J., Pérez-Fuentes, M., Molero-Jurado, M., Mercader-Rubio, I. y Soler-Flores, F. (Comps.) “*Investigación en Salud y Envejecimiento*”. Volumen 1 (pp.141-145) Edita: Asoc. Univ. de Educación y Psicología (ASUNIVEP) Recuperado: 03/11/2014. Disponible en: [http://formacionasunivep.com/congresosalud/documents/libro\\_digital\\_completo.pdf](http://formacionasunivep.com/congresosalud/documents/libro_digital_completo.pdf)
  - Pérez-Llamas, F. y Carbajal-Azcona, A. (2013) “*Libro blanco de la nutrición en España*” Fundación española de nutrición (FEN). Disponible en: [http://www.fesnad.org/pdf/Libro\\_Blanco\\_FEN\\_2013.pdf](http://www.fesnad.org/pdf/Libro_Blanco_FEN_2013.pdf)
  - Restrepo-M, S. L., Morales-G, R. M., Ramírez G Martha Cecilia, López L Maria Victoria y Varela-L, L.E. “*Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud*”. Rev. chil. nutr. [online]. 2006 Dic; 33(3): 500-510. Recuperado 18/11/2015. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  - Serra-Rexach, J.A. y Cuesta-Triana, F. (s.f.) Valoración geriátrica integral en Planas M. “*Valoración Nutricional en el Anciano*”. Documento de consenso. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) pp. 41-61. Recuperado 06/01/2015. Disponible en: [http://www.senpe.com/IMS/publicaciones/consenso/senpe\\_valoracion\\_nutricional\\_anciano.pdf](http://www.senpe.com/IMS/publicaciones/consenso/senpe_valoracion_nutricional_anciano.pdf)

- Serra-Urra, M, Germán-Meliz, J.L. “Polifarmacia en el adulto mayor”. Rev haban cienc méd [online]. 2013 Mar 12(1): 142-151. Recuperado 03/01/2015. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000100016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016&lng=es).
- Shamah-Levy T., Cuevas-Nasu L., Mundo-Rosas V., Morales-Ruán C., Cervantes-Turrubiates L., y Villalpando-Hernández S. *et al.* “Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional”. Salud pública Méx [online]. 2008 Oct; 50(5): 383-389. Recuperado: 17/01/2015. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000500011&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500011&lng=es).
- Silva, C., Slobodianik N.H. y Feliú, M.S. “Ingesta de macro y micronutrientes en un grupo de adultos mayores residentes en la ciudad de Buenos Aires”. Actualización en Nutrición [online] Año 13 – Nro. 2 – Junio 2012. Recuperado: 17/01/2015. Disponible en: [http://www.revistasan.org.ar/pdf\\_files/trabajos/vol\\_13/num\\_2/RSAN\\_13\\_2\\_12\\_7.pdf](http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_13/num_2/RSAN_13_2_12_7.pdf)

### 13.3. Otras fuentes.

- Bertini, C. (2006, Marzo 31) Acuerdan incluir sobrepeso en concepto de malnutrición. El Universal [online]. Suplemento Salud. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulos/29610.html>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) <http://www.cepal.org/es>
- Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores: <http://fiapam.org/>
- Guía de orientación nutricional para personas mayores. Cuadrado-Vives, C. Moreiras-Tuni, O. y Varela-Moreiras, G (s.f.) en Colaboración con la Fundación Española de la Nutrición (FEN) Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Madrid. Disponible en: <http://www.fen.org.es/imgPublicaciones/10120084629.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). <http://www.indec.mecon.ar/>
- Mensajes y gráfica de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (2014-15) Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en:



<http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/menos-sal--vida/482-mensajes-y-grafica-de-las-guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina>

- Manual director de actividad física y salud de la República Argentina. Plan Nacional Argentina Saludable. Estrategia nacional de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2013\\_manual-actividad-fisica\\_2013.pdf](http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2013_manual-actividad-fisica_2013.pdf)
- Socolsky, C. (2012, Octubre 5). La tendencia hace punta en Santa Fe. Rosario12 [online]. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/10-35864-2012-10-05.html>.
- Organización Mundial de la Salud Argentina: <http://www.who.int/countries/arg/es/>
- OMS: <http://www.who.int/es/>



# ANEXOS





## Anexo I

### Pérdida de peso relativa al tiempo

Tiempo	Pérdida de peso significativa	Pérdida de peso severa
1 semana	1-2%	>2%
1 mes	5%	>5%
3 meses	7.5%	>7.5%
6 meses	10%	>10%

Fuente: De Girolami, D.H.



## Anexo II

**Índice de masa corporal (IMC) =  $\text{Peso}/\text{Talla}^2$**

Valoración Nutricional	Ancianos
Desnutrición severa	< 16 Kg/m <sup>2</sup>
Desnutrición moderada	16-16,9 Kg/m <sup>2</sup>
Desnutrición leve	17-18,4 Kg/m <sup>2</sup>
Peso insuficiente	18,5-21,9 Kg/m <sup>2</sup>
Normopeso	22-26,9 Kg/m <sup>2</sup>
Sobrepeso	27-29,9 Kg/m <sup>2</sup>
Obesidad Grado I	30-34,9 Kg/m <sup>2</sup>
Obesidad Grado II	35-39,9 Kg/m <sup>2</sup>
Obesidad Grado III	40-49,9 Kg/m <sup>2</sup>
Obesidad Grado IV	≥ 50 Kg/m <sup>2</sup>

Consenso SENPE (Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral), SEGG (Sociedad Española de geriatría y Gerontología). Valoración Nutricional en el Anciano. Cap. Valoración Antropométrica. Wanden-Berghe Carmina, p. 85. Madrid. 2007.

**Fuente:** De Girolami, D.H.

**Anexo III****Circunferencia de cintura y riesgo para la salud**

<b>Riesgo para la salud</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Normal</b>	< 94 cm	< 80 cm
<b>Alto</b>	94 - 102 cm	80 - 88 cm
<b>Muy alto</b>	> 102 cm	> 88 cm

Fuente: De Girolami, D.H.



## Anexo IV

### Parámetros bioquímicos para la evaluación nutricional

Grado de desnutrición	Albumina g/dl	Prealbumina mg/dl	Transferrina mg/dl	Nº Total de Linfocitos/mm <sup>3</sup>	Colesterol mg/dl
Leve	2,8 - 3,5	oct-15	150 - 175	1200 - 1800	140 - 180
Moderado	2,1 - 2,7	05-oct	100 - 150	800 - 1199	100 - 139
Grave	< 2,1	< 5	< 100	< 800	< 100

Vida media prealbúmina: dos días.

Vida media albúmina: 20 días

Fuente: De Girolami, D.H.

## Anexo V

### Requerimientos calóricos en el adulto mayor

---

Fórmulas de cálculo:

Gasto energético basal (GEB) x Factor de actividad (FA) x Factor de estrés (FE)

➤ **Fórmula de Harris-Benedict:**

$$\text{GEB} = \begin{aligned} &655 + [9,6 \times \text{P.A. (Kg)}] + [1,85 \times \text{T (cm)}] - [4,7 \times \text{E (años)}] \text{ (mujer)} \\ &66 + [13,7 \times \text{P.A. (Kg)}] + [5 \times \text{T (cm)}] - [6,8 \times \text{E (años)}] \text{ (hombre)} \end{aligned}$$

P: Peso (Kg.)      T: Talla (cm.)      E: Edad (años)

➤ **Fórmula de la OMS > 60 años (Ginebra 1985)**

$$\text{GEB} = \begin{aligned} &10,5 \times \text{P} + 596 \text{ (mujer)} \\ &13,5 \times \text{P} + 487 \text{ (hombre)} \end{aligned}$$

**Factor de actividad:**

Reposo: 1,1 - 1,2  
Actividad ligera: 1,3  
Actividad moderada: 1,5  
Actividad intensa: 1,8

**Factor de estrés:**

Cirugía o infección: 1,2 - 1,3  
Sepsis: 1,3 - 1,8  
Politraumatismo: 1,5 - 2  
Gran quemado: 1,7 - 2

Fuente: Lerotich, 2008, p.115



## Anexo VI

### Ingestas Dietéticas de Referencia (RDA) 1997-2001

DRIs – Dietary Reference Intakes – Food and Nutrition Board – Institute of Medicine

Edad	Sexo	Vit. A ( $\mu\text{g}$ )	Tiamina B1 (mg)	Riboflavina B2 (mg)	Piridoxina B6 (mg)	Vit. B12 ( $\mu\text{g}$ )	Vit. C (mg)	Vit. D ( $\mu\text{g}/\text{UI}$ )	Vit. E <sup>†</sup> (mg/ $\mu\text{mol}$ )	Vit. K ( $\mu\text{g}$ )	Niacina* (mg)	Folato <sup>††</sup> ( $\mu\text{g}$ )	Acido Panto- ténico ( $\mu\text{g}$ )	Biotina ( $\mu\text{g}$ )	Colina (mg)
19-30 años	Masc.	900	1,2	1,3	1,3	2,4	90	5,0/200 <sup>†</sup>	15/34,9	120 <sup>†</sup>	16	400	5,0 <sup>†</sup>	30 <sup>†</sup>	550 <sup>†</sup>
	Fem.	700	1,1	1,1	1,3	2,4	75	5,0/200 <sup>†</sup>	15/34,9	90 <sup>†</sup>	14	400	5,0 <sup>†</sup>	30 <sup>†</sup>	425 <sup>†</sup>
31-50 años	Masc.	900	1,2	1,3	1,3	2,4	90	5,0/200 <sup>†</sup>	15/34,9	120 <sup>†</sup>	16	400	5,0 <sup>†</sup>	30 <sup>†</sup>	550 <sup>†</sup>
	Fem.	700	1,1	1,1	1,3	2,4	75	5,0/200 <sup>†</sup>	15/34,9	90 <sup>†</sup>	14	400	5,0 <sup>†</sup>	30 <sup>†</sup>	425 <sup>†</sup>
51-70 años	Masc.	900	1,2	1,3	1,7	2,4	90	10/400 <sup>†</sup>	15/34,9	120 <sup>†</sup>	16	400	5,0 <sup>†</sup>	30 <sup>†</sup>	550 <sup>†</sup>
	Fem.	700	1,1	1,1	1,5	2,4	75	10/400 <sup>†</sup>	15/34,9	90 <sup>†</sup>	14	400	5,0 <sup>†</sup>	30 <sup>†</sup>	425 <sup>†</sup>
> 70 años	Masc.	900	1,2	1,3	1,7	2,4	90	15/600 <sup>†</sup>	15/34,9	120 <sup>†</sup>	16	400	5,0 <sup>†</sup>	30 <sup>†</sup>	550 <sup>†</sup>
	Fem.	700	1,1	1,1	1,5	2,4	75	15/600 <sup>†</sup>	15/34,9	90 <sup>†</sup>	14	400	5,0 <sup>†</sup>	30 <sup>†</sup>	425 <sup>†</sup>

Edad	Sexo	Calcio (mg/mmol)	Fósforo (mg/mmol)	Magnesio (mg/mmol)	Fluoruro (mg)	Hierro (mg)	Manganeso (mg)	Zinc (mg)	Cromo ( $\mu\text{g}$ )	Cobre ( $\mu\text{g}$ )	Yodo ( $\mu\text{g}$ )	Selenio ( $\mu\text{g}/\mu\text{mol}$ )	Molibdeno ( $\mu\text{g}$ )
19-30 años	Masc.	1000/25 <sup>†</sup>	700/22,6	400/16,7	4 <sup>†</sup>	8	2,3 <sup>†</sup>	11	35 <sup>†</sup>	900	150	55/0,70	45
	Fem.	1000/25 <sup>†</sup>	700/22,6	310/12,9	3 <sup>†</sup>	18	1,8 <sup>†</sup>	8	25 <sup>†</sup>	900	150	55/0,70	45
31-50 años	Masc.	1000/25 <sup>†</sup>	700/22,6	420/17,5	4 <sup>†</sup>	8	2,3 <sup>†</sup>	11	35 <sup>†</sup>	900	150	55/0,70	45
	Fem.	1000/25 <sup>†</sup>	700/22,6	320/13,3	3 <sup>†</sup>	18	1,8 <sup>†</sup>	8	25 <sup>†</sup>	900	150	55/0,70	45
51-70 años	Masc.	1200/30 <sup>†</sup>	700/22,6	420/17,5	4 <sup>†</sup>	8	2,3 <sup>†</sup>	11	30 <sup>†</sup>	900	150	55/0,70	45
	Fem.	1200/30 <sup>†</sup>	700/22,6	320/13,3	3 <sup>†</sup>	8	1,8 <sup>†</sup>	8	20 <sup>†</sup>	900	150	55/0,70	45
> 70 años	Masc.	1200/30 <sup>†</sup>	700/22,6	420/17,5	4 <sup>†</sup>	8	2,3 <sup>†</sup>	11	30 <sup>†</sup>	900	150	55/0,70	45
	Fem.	1200/30 <sup>†</sup>	700/22,6	320/13,3	3 <sup>†</sup>	8	1,8 <sup>†</sup>	8	20 <sup>†</sup>	900	150	55/0,70	45

Todos los valores aquí señalados corresponden a la R.D.A. (*Recommended Dietary Allowances*), a menos que se indique. Los mismos, están expresados en cantidades diarias.

† El valor indicado corresponde a la AI (*Adequate Intake*).

†† Los valores que aparecen en la columna se refieren a Equivalentes Dietéticos de Folato (EDF).

1  $\mu\text{g}$  de EDF = 1  $\mu\text{g}$  de folato proveniente de alimentos = 0,5  $\mu\text{g}$  de ácido fólico consumido con el estómago vacío = 0,6  $\mu\text{g}$  de ácido fólico ingerido junto con las comidas.

\* Los valores señalados en esta columna se refieren a Equivalentes de Niacina.

\*\* El valor indicado en el casillero corresponde a la AI (*Adequate Intake*) de la Niacina Preformada.

‡ Los valores de la columna se refieren al  $\alpha$ -tocoferol.

**Anexo VII****Nutrientes aportados por los alimentos protectores**

<b>Grupo de alimentos</b>	<b>Principales nutrientes</b>
Lácteos	Proteínas, calcio, fósforo, vitaminas A y D
Huevos	Proteínas, hierro, vitaminas A, B <sub>1</sub> y B <sub>2</sub>
Carnes	Proteínas, hierro, vitaminas del complejo B
Hortalizas	Vitaminas y minerales
Frutas	Vitaminas y minerales
Legumbres	Proteínas, hierro, vitaminas y minerales.
Cereales integrales	Vitaminas del complejo B

Fuente: Lopez y Suarez, (2002)

## Anexo VIII

### Mensajes de las Guías Alimentarias para la población Argentina.

#### **Mensaje 1: “Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física”**

- Realizar 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda y cena) incluir verduras, frutas, legumbres, cereales, leche, yogur o queso, huevo, carnes y aceites.
- Realizar actividad física moderada continua o fraccionada todos los días para mantener una vida activa.
- Comer tranquilo, en lo posible acompañado y moderar el tamaño de las porciones.
- Elegir alimentos preparados en casa en lugar de ya procesados.
- Mantener una vida activa, un peso adecuado y una alimentación saludable previene enfermedades.

#### **Mensaje 2: “Tomar a diario 8 vasos de agua segura”**

- A lo largo del día beber al menos 2 litros de líquidos sin azúcar, preferentemente agua.
- No esperar a tener sed para hidratarse.
- Para lavar los alimentos y cocinar, el agua debe ser segura.

#### **Mensaje 3: “Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores”**

- Consumir al menos medio plato de verduras en el almuerzo, medio plato en la cena y 2 o 3 frutas por día.
- Lavar las frutas y verduras con agua segura.
- Las frutas y verduras de estación son más accesibles y de mejor calidad.
- El consumo de frutas y verduras diario disminuye el riesgo de padecer obesidad, diabetes, cáncer de colon y enfermedades cardiovasculares

#### **Mensaje 4: “Reducir el uso de la sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio”**

- Cocinar sin sal, limitar el agregado en las comidas y evitar el salero en la mesa.



- Para reemplazar la sal utilizar condimentos de todo tipo (pimienta, perejil, ají, pimentón, orégano, etc.)
- Los fiambres, embutidos y otros alimentos procesados (como caldos, sopas y conservas) contienen elevada cantidad de sodio, al elegirlos en la compra leer las etiquetas.
- Disminuir el consumo de sal previene la hipertensión, enfermedades vasculares y renales, entre otras.

**Mensaje 5: “Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal”**

- Limitar el consumo de golosinas, amasados de pastelería y productos de copetín (como palitos salados, papas fritas de paquete, etc.).
- Limitar el consumo de bebidas azucaradas y la cantidad de azúcar agregada a infusiones.
- Limitar el consumo de manteca, margarina, grasa animal y crema de leche.
- Si se consumen, elegir porciones pequeñas y/o individuales. El consumo en exceso de estos alimentos predispone a la obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, entre otras.

**Mensaje 6: “Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados”**

- Incluir 3 porciones al día de leche, yogur o queso.
- Al comprar mirar la fecha de vencimiento y elegirlos al final de la compra para mantener la cadena de frío.
- Elegir quesos blandos antes que duros y aquellos que tengan menor contenido de grasas y sal.
- Los alimentos de este grupo son fuente de calcio y necesarios en todas las edades.

**Mensaje 7: “Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo”**

- La porción diaria de carne se representa por el tamaño de la palma de la mano.
- Incorporar carnes con las siguientes frecuencias: pescado 2 o más veces por semana, otras carnes blancas 2 veces por semana y carnes rojas hasta 3

veces por semana.

- Incluir hasta un huevo por día especialmente si no se consume la cantidad necesaria de carne.
- Cocinar las carnes hasta que no queden partes rojas o rosadas en su interior previene las enfermedades transmitidas por alimentos.

**Mensaje 8: “Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca”**

- Combinar legumbres y cereales es una alternativa para reemplazar la carne en algunas comidas.
- Entre las legumbres puede elegir arvejas, lentejas, soja, porotos y garbanzos y entre los cereales arroz integral, avena, maíz, trigo burgol, cebada y centeno entre otros.
- Al consumir papa o batata lavarlas adecuadamente antes de la cocción y cocinarlas con cascara.

**Mensaje 9: “Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas”**

- Utilizar dos cucharadas soperas al día de aceite crudo.
- Optar por otras formas de cocción antes que la fritura.
- En lo posible alternar aceites (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y canola).
- Utilizar al menos una vez por semana un puñado de frutas secas sin salar (maní, nueces, almendras, avellanas, castañas, etc.) o semillas sin salar (chía, girasol, sésamo, lino, etc.).
- El aceite crudo, las frutas secas y semillas aportan nutrientes esenciales.

**Mensaje 10: “El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. Los niños, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas. Evitarlas siempre al conducir”**

- Un consumo responsable en adultos es como máximo al día, dos medidas en el hombre y una en la mujer.
- El consumo no responsable de alcohol genera daños graves y riesgos para la Salud.

## Anexo IX Gráfica de la Alimentación Diaria



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.



### Anexo X

#### Encuesta: datos personales, hábitos alimentarios, estilo de vida, etc.

1	Edad		
2	Sexo	Mujer	
		Hombre	
3	Estado civil	Soltero	
		Casado/Pareja	
		Divorciado	
		Viudo	
		Solo	
4	¿Con quién vive?	En pareja	
		Con hijo/s	
		Otros	
5	¿Trabaja?	No	
		Si	
6	¿Recibe asistencia alimentaria?	No	
		Si	
7	¿Quién realiza las compras de los alimentos?	Ud.	
		Cónyuge	
		otros	
8	¿Quién elabora las comidas?	Ud.	
		Cónyuge	
		otros	
9	¿Qué forma de preparaciones utiliza habitualmente?	Fritura	
		Hervido	
		Horneado	
		Parrilla	
		Vapor	
		Guisado	
		Plancha	
		Otros	
10	¿Tiene compañía durante las comidas?	No	
		Si	
11	¿Cuántas comidas realiza en el día?	2	
		3	
		4	
		más de 4	
12	¿Cuál es la comida más importante del día para Ud.?	Desayuno	
		Almuerzo	
		Merienda	
		Cena	
13	¿Consume alimentos fortificados y/o suplementos dietarios?	No	
		Si	
14	¿Cuántos vasos de agua bebe en el día?	Menos de 8 vasos	
		8 vasos	
		Más de 8 vasos	



15	¿Consume infusiones?	No consume	
		Si consume	
16	¿Consume sal de mesa?	No consume	
		Si consume	
17	¿Cómo describiría a su apetito habitual?	Aumentado	
		Normal	
		Disminuido	
		Sin apetito	
18	¿Cómo evaluaría su alimentación?	Buena	
		Regular	
		Mala	
19	¿Realiza actividad física?	No	
		Programada $\geq 3$ veces sem	
		Recreativa	
		Otros	
20	¿Cuántas horas diarias dedica a dormir?	Menos de 8 horas	
		8 hs.	
		Más de 8 horas	
21	¿Consume alcohol?	No	
		Sí	
22	¿Cuántos cigarrillos fuma?	No fuma	
		menos de 5	
		más de 5	
23	¿Participa de algún taller?	No	
		Si	
24	¿Padece alguna de estas enfermedades?	No	
		Diabetes	
		Hipertensión arterial	
		Deslipemia	
		Hipotiroidismo	
		EPOC	
		Hernia de hiato	
		Gota	
		Enf. Cardio vascular	
		Gastritis	
		Artrosis	
		Litiasis biliar	
		Constipación	
		Diarrea	
		Diverticulosis	
		Probl. circulatorios	
Osteoporosis			
Celiaquía			
Otra			
25	¿Cuántos medicamentos consume?	No consume	
		Menos de 3	
		3	
		Mas de 3	
26	¿Realizó alguna consulta con un/a Lic en Nutrición?	No	
		Si	



Anexo XI

Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos

ALIMENTO	Consumo semanal			
	DIARIO O MAS DE 3 VECES	2 O 3 VECES	1 VEZ U OCASIONAL	NUNCA
Leche: entera				
parc. desc.				
Yogur: entero				
desc.				
Queso: Duros				
Semiblandos				
Blandos.				
Vaca:				
Carne Cerdo				
Pollo				
Pescado				
Vísceras				
Fiambres y emb.				
Huevo				
Hortalizas				
Frutas				
Frutos Secos y Semillas				
Pan				
Galletitas				
Prod. Bollería/Panad				
Cereales				
Legumbres				
Aceite: Girasol				
Maiz				
Oliva				
Otros				
Margarina				
Crema				
Manteca				
Azúcar				
Jalea/Mermel/Miel				
Golosinas				
Postres				
Edulcorante				
Prod. de copetin				
Bebidas alcoholicas				
Gaseosas				
Agua				



## Anexo XII

<b>Datos Antropométricos</b>	
<b>Peso</b>	
<b>Talla</b>	
<b>Perímetro de Pantorrilla</b>	
<b>Perímetro de Cintura</b>	
<b>IMC</b>	
<b>IC/T</b>	



Anexo XIII

Propuesta de contenido de bolsón mensual del Programa Probienestar de Pami

**PAMI (I.N.S.S.J.P)  
PROGRAMA PRBIENESTAR  
AREA NUTRICIÓN**

Rosario, 6 de Marzo 2015

PROPUESTA DE CONTENIDO BOLSON MENSUAL MARZO 2015					
ITEM	ALIMENTOS/PRODUCTOS	UNIDAD	BOLSON A	BOLSON B	BOLSON C
1	ACEITE PURO COMESTIBLE	900/1500	1	2(900)	1500 y1(900)
2	ARROZ CAL 4(0) LF. ENTERO	500	1	2	2
3	ATUN NATURAL	170	1	1	2
4	AZUCAR, BLANCA. 1ERA CALIDAD	1000	1	2	2
5	DULCE DE BATATA/ MEMBRILLO	500	1	1	1
6	FIDEOS LARGOS, ENV.	500	1	1	2
7	FIDEOS GUISEOS, ENV.	500	1	2	2
8	GALLETITAS DE AGUA	120	1	2	3
9	LENTEJAS SECA	400	1	1	1
10	LECHE DESCREMADA, POLVO	400/800	1(400)	2(400)	2(800)
11	SEMOLA, 1ERA CALIDAD	400	1	1	1
12	TOMATE, PURE TTB	520	1	2	2
13	YERBA MATE, CON PALO EST.	500	1	1	1

**RECOMENDACIONES:**

- RESPETAR:** la presentación de los alimentos en su calidad y cantidad.
- OBSERVAR:** fecha de envasado y vencimiento.
- CUMPLIR:** con las tipificaciones de cada uno de los items, según C.A.A.
- DEBEN TENER COMO FECHA DE VENCIMIENTO 90 DIAS POSTERIORES A LA ENTREGA.**
- PRODUCTOS ENLATADOS : SIN HERRUMBRE NI ABOLLADURA, FECHA DE VENC. VISIBLE.**

**COSTOS UNITARIOS:**

- BOLSON A : \$136,00
- BOLSON B : \$207,00
- ~~BOLSON C~~ : ~~\$300,00~~
- BOLSON ESPECIAL : \$168,00

**OPCIONAL: ITEM 5 SE PUEDE REEMPLAZAR POR MERMELADA DE 500 GR.**

**SUGERENCIA:**

- GALETITAS DE AGUA, SIN SAL

LILIANA MENDOZA  
Lic. EN NUTRICION - PPE  
I.N.S.S.J.P. - UDELAR ROSARIO





### Anexo XIV

#### Ejemplo de propuesta de contenido bolsín comedor Programa Probienestar de Pami

PROGRAMA PROBIENESTAR  
AREA NUTRICION

U.G.L IX MAYO 2014  
I.N.S.S.J.P.

#### PROPUESTA DE CONTENIDO BOLSIN COMEDOR

ITEM	ALIMENTOS Y PRODUCTOS	UNID.gr./cc	CANTIDAD	OBSERV.
1	ACEITE COMESTIBLE PURO	900	1	
2	AZUCAR BLANCA REF.	1000	1	
3	ARROZ GRANO ENT.5 (0)	500	1	
4	AVENA ARROLLADA, TRAD.	400	1	
5	DULCE DE BATATA, 1 CAL.	820	1	
6	FIDEOS LARGOS 1° CAL.	500	1	
7	FIDEOS GUISEOS 1° CAL	500	1	
8	GALLETITAS DE AGUA 1° CAL	120	1	
9	LECHE DESCREMADA 1° CAL	400	1	
10	POLLO, UNIDAD ENTERA, ENV. ORIGEN	2000	1	
11	QUESO, PORT SALUD 1° CAL	500	1	
12	TOMATE, PURE, TTB.	530	1	
13	TE, O MATE EN SAQUITOS	20/25 UNID.	1	
14	YERBA MATE, ESTACIONADA	500	1	
15	HARINA DE MAIZ (OPCIONAL)	400	1	

#### RECOMENDACIONES:

Respetar la presentación de los viveres, envasado en origen y fecha de venc. Visible.  
Cumplir con las tipificaciones de cada uno de los Items, según C.A.A.  
COSTO ESTIMADO DEL BOLSIN \$240 por beneficiario tanto del Comedor como Vianda.  
Se sugiere el mismo contenido para los meses siguiente.

LIC. Mendoza, L. M.

ROSARIO, 19 DE MAYO 2014

## Anexo XV

### Autorización

Firmat, Noviembre 2015

Sra.

Nanci Fenocchi

Jefe de Agencia Firmat

Pami (INSSIP)

S. / D.

Por medio de la presente solicito a Ud. autorización para llevar a cabo un trabajo de investigación sobre hábitos alimentarios y estado nutricional de adultos mayores que concurren a los dos Centros de Jubilados y Pensionados de la ciudad de Firmat, ambos dependientes de la delegación local de Pami (INSSIP)

El objetivo del estudio es determinar si los hábitos alimentarios de los adultos mayores que concurren a los dos Centros de Jubilados y Pensionados de la ciudad de Firmat promueven un envejecimiento activo y saludable.

Para ello es necesario tomar algunas mediciones antropométricas simples (peso, talla de pie y perímetros). Las personas mayores, serán medidas con ropa liviana y sin calzado, en el horario de encuentro acordado.

A su vez, se les realizará una encuesta anónima sobre frecuencia de consumo de alimentos y hábitos alimentarios.

Esperando una respuesta favorable a mi solicitud.

Saludo a Ud. Atte.

Débora Vaghi

## Anexo XVI

### Consentimiento informado

Acepto participar de forma voluntaria en la evaluación antropométrica y encuesta nutricional a realizar por la Srta. Débora A. Vaghi DNI 21690414, para ser utilizada en un trabajo de investigación (Tesina) sobre Hábitos alimentarios y estado nutricional de adultos mayores que asisten a los dos Centros de Jubilados y Pensionados de la Ciudad de Firmat, para la Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay.

Las mismas se realizarán en las instalaciones de dichos Centros, durante los meses de Enero y Febrero de 2016.

Los datos obtenidos serán utilizados respetando la privacidad y anonimato de los participantes y luego procesados estadísticamente.

Una vez finalizada la investigación se le informará de los resultados obtenidos, si así lo desea.

Desde ya, muchas gracias por su colaboración

Firma:.....

Lugar y fecha:.....

.....

Aclaración

## Anexo XVII

### Tablas de resultados

a) Características de la muestra:

Tabla III. Clasificación de los adultos mayores

Clasificación	Frecuencia	%
Ancianos jóvenes	24	48
Ancianos	23	46
Ancianos viejos	3	6
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla IV. Distribución de los adultos mayores según sexo biológico

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	34	68
Masculino	16	32
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla V. Distribución de los adultos mayores según estado civil

Estado Civil	Frecuencia	%
soltero	5	10
casado/pareja	16	32
divorciado	5	10
viudo	24	48
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla VI. Situación de convivencia de los adultos mayores

¿Con quién vive?	Frecuencia	%
Solo	27	54
En pareja	16	32
Con hijos	6	12
Otros	1	2
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia



Tabla VII. Situación laboral de los adultos mayores

¿Trabaja?	Frecuencia	%
No	41	82
Si	9	18
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla VIII. Asistencia alimentaria

¿Recibe asistencia alimentaria?	Frecuencia	%
No	23	46
Si	27	54
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

b) Hábitos relacionados con la alimentación;

Tabla IX. Realización de las compras de los alimentos

¿Quién realiza las compras de los alimentos?	Frecuencia	%
Usted	34	68
Cónyuge	7	14
Otros	9	18
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla X. Elaboración de las comidas

¿Quién elabora las comidas?	Frecuencia	%
Usted	33	66
Conyuge	8	16
Otros	9	18
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XI. Formas de preparaciones habituales

¿Qué formas de preparaciones utiliza habitualmente?	Frecuencia	%
Hervido	35	70
Horneado	33	66
Guisado	30	60
Plancha	27	54
Fritura	7	14
Otros	7	14
Vapor	6	12

Fuente: Elaboración propia

Nota: Pregunta de respuesta múltiple sobre 50 encuestados

Tabla XII. Situación de compañía durante las comidas

¿Tiene compañía durante las comidas?	Frecuencia	%
No	21	42
Si	29	58
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XIII. Comidas diarias

¿Cuántas comidas realiza en el día?	Frecuencia	%
2 comidas	28	56
3 comidas	6	12
4 comidas	12	24
> 4 comidas	4	8
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XIV. Comida más importante del día

¿Cuál es su comida del día más importante?	Frecuencia	%
Desayuno	4	8
Almuerzo	42	84
Merienda	0	0
Cena	4	8
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XV. Consumo de alimentos fortificados y/o suplementos dietarios

¿Consume alimentos fortificados y/o suplementos dietarios?	Frecuencia	%
No	39	78
Si	11	22
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XVI. Consumo de agua

¿Cuántos vasos de agua bebe en el día?	Frecuencia	%
No consume	2	4
< 8 vasos	20	40
8 vasos	7	14
> 8 vasos	21	42
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XVII. Consumo de infusiones

¿Consume infusiones?	Frecuencia	%
No	11	22
Si	39	78
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia



Tabla XVIII. Consumo de sal de mesa

¿Consumes sal de mesa?	Frecuencia	%
No	23	46
Si	27	54
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Ingesta dietética:

Tabla XIX. Consumo de alimentos en general

Alimentos		Frecuencia	%
1	Leche entera	12	24%
<b>2</b>	<b>Leche parc. desc.</b>	<b>31</b>	<b>62%</b>
3	Yogurt entero	5	10%
4	Yogurt descremado	22	44%
5	Quesos pasta dura	9	18%
6	Quesos pasta semidura	8	16%
7	Quesos pasta blanda	23	46%
<b>8</b>	<b>Carne de vaca</b>	<b>30</b>	<b>60%</b>
9	Carne de cerdo	10	20%
<b>10</b>	<b>Carne de pollo</b>	<b>44</b>	<b>88%</b>
11	Pescado	17	34%
12	Vísceras	8	16%
13	Fiambres	19	38%
<b>14</b>	<b>Huevo</b>	<b>46</b>	<b>92%</b>
<b>15</b>	<b>Hortalizas</b>	<b>47</b>	<b>94</b>
<b>16</b>	<b>Frutas</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>17</b>	<b>Pan</b>	<b>42</b>	<b>84%</b>
<b>18</b>	<b>Galletitas</b>	<b>42</b>	<b>84%</b>
<b>19</b>	<b>Productos de panadería</b>	<b>29</b>	<b>58%</b>
<b>20</b>	<b>Cereales</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
21	Legumbres	23	46%
22	Frutos secos/semillas	11	22%
<b>23</b>	<b>Aceite Girasol</b>	<b>40</b>	<b>80%</b>
24	Aceite Maíz	7	14%
25	Aceite Oliva	7	14%
26	Otros aceites	5	10%
27	Margarina	1	2%
28	Crema	14	28%
29	Manteca	18	36%



Tabla XIX (continuación)

<b>30</b>	<b>Azúcar</b>	<b>37</b>	<b>74%</b>
<b>31</b>	<b>Jalea/Mermelada/dulces/ Miel</b>	<b>40</b>	<b>80%</b>
32	Golosinas	23	46%
33	Postres/Helados	13	26%
34	Edulcorantes	11	22%
35	Productos de copetín	6	12%
<b>36</b>	<b>Agua</b>	<b>48</b>	<b>96%</b>
37	Bebidas alcohólicas	15	30%
38	Gaseosas	22	44%

Fuente: Elaboración propia

Frecuencia de consumo según grupo de alimentos:

Tabla XX. Lácteos

Leche entera	Frecuencia	%
Alto	6	12
Moderado	5	10
Bajo	1	2
Nulo	38	76
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Leche p. desc.	Frecuencia	%
Alto	20	40
Moderado	8	16
Bajo	3	6
Nulo	19	38
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Yogur entero	Frecuencia	%
Alto		
Moderado	3	6
Bajo	2	4
Nulo	45	90
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Yogur desc.	Frecuencia	%
Alto	5	10
Moderado	8	16
Bajo	9	18
Nulo	28	56
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Quesos duros	Frecuencia	%
Alto	4	8
Moderado	1	2
Bajo	4	8
Nulo	41	82
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Quesos semiduros	Frecuencia	%
Alto	1	2
Moderado	5	10
Bajo	2	4
Nulo	42	84
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XX (continuación)

Quesos Blandos	Frecuencia	%
Alto	4	8
Moderado	14	28
Bajo	5	10
Nulo	27	54
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XXI. Carnes y Huevo

Vaca	Frecuencia	%
Alto	1	2
Moderado	23	46
Bajo	6	12
Nulo	20	40
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Cerdo	Frecuencia	%
Alto		
Moderado	7	14
Bajo	3	6
Nulo	40	80
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Pollo	Frecuencia	%
Alto	13	26
Moderado	30	60
Bajo	1	2
Nulo	6	12
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Pescado	Frecuencia	%
Alto	1	2
Moderado	14	28
Bajo	2	4
Nulo	33	66
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Vísceras	Frecuencia	%
Alto		
Moderado		
Bajo	8	16
Nulo	42	84
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Fiambres	Frecuencia	%
Alto		
Moderado		
Bajo	19	38
Nulo	31	62
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Huevos	Frecuencia	%
Alto	7	14
Moderado	15	30
Bajo	24	48
Nulo	4	8
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia



Tabla XXII. Hortalizas y frutas

Hortalizas	Frecuencia	%
Alto	31	62
Moderado	11	22
Bajo	5	10
Nulo	3	6
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Frutas	Frecuencia	%
Alto	35	70
Moderado	11	22
Bajo	4	8
Nulo	0	0
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XXIII. Cereales, Legumbres y derivados

Pan	Frecuencia	%
Alto	34	68
Moderado	2	4
Bajo	6	12
Nulo	8	16
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Cereales	Frecuencia	%
Alto	17	34
Moderado	26	52
Bajo	7	14
Nulo	0	0
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Galletitas	Frecuencia	%
Alto	29	58
Moderado	4	8
Bajo	9	18
Nulo	8	16
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Legumbres	Frecuencia	%
Alto	1	2
Moderado	1	2
Bajo	21	42
Nulo	27	54
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Productos de Panadería	Frecuencia	%
Alto	4	8
Moderado	8	16
Bajo	17	34
Nulo	21	42
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia



Tabla XXIV. Aceites, frutos secos y semillas

Aceite de Girasol	Frecuencia	%
Alto	40	80
Nulo	10	20
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Aceite de Maíz	Frecuencia	%
Alto	7	14
Nulo	43	86
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Aceite de Oliva	Frecuencia	%
Alto	7	14
Nulo	43	86
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Otros aceites	Frecuencia	%
Alto	5	10
Nulo	45	90
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Frutos secos y semillas	Frecuencia	%
Alto	2	4
Moderado	2	4
Bajo	7	14
Nulo	39	78
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XXV. Opcionales: Grasas

Manteca	Frecuencia	%
Alto	3	6
Bajo	15	30
Nulo	32	64
Total	50	100

Crema	Frecuencia	%
Alto	0	0
Bajo	14	28
Nulo	36	72
Total	50	100

Margarina	Frecuencia	%
Alto	1	2
Bajo	0	0
Nulo	49	98
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia



Tabla XXVI. Azúcares y dulces

Jale/Miel/Merm/Dulce	Frecuencia	%
Alto	18	36
Moderado	10	20
Bajo	12	24
Nulo	10	20
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Postres/Helados	Frecuencia	%
Alto	1	2
Moderado	3	6
Bajo	9	18
Nulo	37	74
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Azúcar	Frecuencia	%
Alto	37	74
Nulo	13	26
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Edulcorante	Frecuencia	%
Alto	11	22
Nulo	39	78
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XXVII. Opcionales Golosinas y Productos de copetín

Golosinas	Frecuencia	%
Alto	5	10
Moderado	4	8
Bajo	14	28
Nulo	27	54
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Productos de copetín	Frecuencia	%
Alto	0	0
Moderado	0	0
Bajo	6	12
Nulo	44	88
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XXVIII. Bebidas

Agua	Frecuencia	%
Alto	48	96
Moderado	0	0
Bajo	0	0
Nulo	2	4
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Bebidas alcohólicas	Frecuencia	%
Alto	12	24
Moderado	1	2
Bajo	2	4
Nulo	35	70
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Gaseosas	Frecuencia	%
Alto	14	28
Moderado	1	2
Bajo	7	14
Nulo	28	56
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XXIX. Percepción particular sobre apetito habitual.

¿Cómo describiría su apetito habitual?	Frecuencia	%
Aumentado	6	12
Normal	35	70
Disminuido	9	18
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XXX. Autoevaluación sobre calidad de alimentación

¿Cómo evaluaría su alimentación?	Frecuencia	%
Buena	28	56
Regular	21	42
Mala	1	2
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XXXI. Actividad física

¿Realiza actividad física?	Frecuencia	%
No	18	36
Si	32	64
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XXXII. Horas de sueño

¿Cuántas horas diarias dedica a dormir?	Frecuencia	%
< 8 horas	26	52
8 horas	20	40
> 8 horas	4	8
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XXXIII. Consumo de alcohol

¿Consume alcohol?	Frecuencia	%
No	35	70
Si	15	30
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XXXIV. Tabaquismo

¿Fuma?	Frecuencia	%
No	46	92
Si	4	8
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XXXV. Participación social o comunitaria

¿Participa de algún taller?	Frecuencia	%
No	19	38
Si	31	62
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XXXVI. Datos antropométricos

Sexo	Peso	Talla	Per. Pantorrilla	Circ. Cintura	IMC	IC/T
F	123,3	1,55	41	216	51,32	1,39
F	121	1,56	40	213	49,72	1,36
F	107,2	1,6	39	126	41,87	0,81
F	88,6	1,51	40	110	38,86	0,73
F	100,4	1,65	39	130	36,88	0,79
F	85	1,54	39	107	35,8	0,69
F	87	1,57	38	112	35,29	0,71
F	75	1,53	36	108	32	0,7
F	79,8	1,58	38	112	31,96	0,7
F	76	1,55	37	103	31,63	0,66
F	75	1,57	36	104	30,43	0,66
F	69	1,52	36	100	29,86	0,66
F	69	1,53	38	102	29,47	0,66
F	67,6	1,55	37	100	28,13	0,64
F	71	1,6	39	96	27,73	0,6
F	69	1,58	35	98	27,64	0,62
F	68	1,58	38	90	27,23	0,57
F	66,2	1,58	36	102	26,52	0,64
F	65,6	1,58	36	98	26,28	0,62
F	69,4	1,64	35	88	25,8	0,54
F	67,6	1,62	35	91	25,76	0,56
F	64	1,58	35	93	25,64	0,59
F	60	1,53	37	95	25,63	0,62
F	71	1,67	39	85	25,46	0,51
F	69	1,65	37	83	25,34	0,5
F	61,2	1,56	36	83	25,14	0,53
F	62	1,58	35	95	24,83	0,6
F	61,2	1,57	36	86	24,82	0,55
F	64,6	1,62	31	89	24,61	0,55
F	65,2	1,63	37	88	24,53	0,53
F	74	1,75	38	90	24,16	0,51
F	57,6	1,56	35	83	23,67	0,53
F	62	1,62	35	80	23,62	0,49
F	53	1,61	34	80	20,44	0,5
M	90	1,72	40	110	30,42	0,63
M	96	1,78	39	113	30,29	0,63
M	78	1,64	39	105	29	0,64
M	83	1,7	38	97	28,72	0,57
M	79	1,67	39	96	28,32	0,57





Tabla XXXVI (continuación)

M	85	1,75	38	95	27,75	0,54
M	83	1,73	39	95	27,73	0,55
M	79	1,71	36	94	27	0,55
M	66	1,57	39	96	26,77	0,61
M	76	1,7	38	93	26,3	0,55
M	82	1,77	38	94	26,17	0,53
M	76	1,73	38	93	25,4	0,54
M	70	1,67	39	95	25,09	0,57
M	72	1,7	38	96	24,91	0,56
M	71	1,69	38	93	24,86	0,55
M	65	1,62	35	94	24,76	0,58

Fuente: Elaboración propia

Tabla XXXVIII. Estado Nutricional según IMC

Estado nutricional según IMC	Frecuencia	%
Peso insuficiente	1	2
Normopeso	24	48
Sobrepeso	12	24
Obesidad Grado I	6	12
Obesidad Grado II	4	8
Obesidad Grado III	2	4
Obesidad Grado IV	1	2
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XLI. Riesgo de enfermedad cardiovascular según IC/T

Riesgo según IC/T	Frecuencia	%
Riesgo normal	3	6
Riesgo aumentado	47	94
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XLIII. Riesgo enfermedad cardiovascular según Circunferencia de cintura

Riesgo s/Circunf. de cintura	Mujer		Hombre	
	n	%	n	%
Normal	0	0	3	18,8
Alto	9	26,5	10	62,5
Muy alto	25	73,5	3	18,8
Total	34	100	16	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla XLIV. Padecimiento de patología crónica no transmisible

¿Padece alguna de estas enfermedades?	Frecuencia	%
HTA	37	74
Artrosis	28	56
DBT	14	28
Otros	10	20
Gastritis	9	18
Dislipemia	6	12
Constipación	6	12
Diverticulosis	6	12
ECV	6	12
Problemas circulatorios	5	10
Hernia de hiato	4	8
Osteoporosis	3	6
Hipotiroidismo	2	4
Epoc	1	2

Fuente: Elaboración propia

Tabla XLV. Consumo de medicamentos

¿Cuántos medicamentos consume?	Frecuencia	%
< de 3	9	18
3	9	18
> de 3	32	64
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia



Tabla XLVI. Asesoramiento de un/a Lic. en Nutrición.

¿Realizó alguna consulta con un/a Lic. en Nutrición?	Frecuencia	%
No	32	64
Si	18	36
Total	50	100

Fuente: Elaboración propia