



# Universidad Abierta Interamericana

**Título:**

**“Los hábitos alimentarios como camino hacia una adecuada  
calidad de vida”**

**Tema:**

**“Hábitos alimentarios en personas de la tercera edad”**

Autor: Moretti Anahí Soledad

Tutor: Dr. Filipinni Fernando

Asesor metodológico: París Laura

Licenciatura en Nutrición

Universidad Abierta Interamericana

Agosto 2009

**Presentación:**

**Título:**

**“Los hábitos alimentarios como camino hacia una adecuada  
calidad de vida”**

**Tema:**

**“Hábitos alimentarios en personas de la tercera edad”**

Autor: Moretti Anahí Soledad

Tutor: Dr. Filipinni Fernando

Asesor metodológico: París Laura

Licenciatura en Nutrición

Universidad Abierta Interamericana

Agosto 2009



### **“Resumen”:**

El objetivo general de la investigación fue conocer los hábitos alimentarios; ya que se considera a las personas de la tercera edad un grupo de riesgo desde el punto de vista nutricional porque están expuestos a tener estado nutricional marginal y a presentar deficiencia nutricional ante situaciones de estrés o problemas de salud.

Este trabajo descriptivo fue realizado en el barrio Centro de la localidad de Pérez; cuya población en estudio fueron personas de la tercera edad. El método aplicado para la investigación fue no probabilístico (intencional): se eligieron a 50 personas de 65 a 85 años, incluyendo sexo femenino y masculino.

Se utilizó una diferenciación en grupos de edad (viejos jóvenes: aquellas personas desde 65 a 74 años, ancianos: aquellas entre 75 a 84 años y ancianos más viejos de 85 años o más) para la evaluación de ciertas variables en las que se consideró que la edad podía influir en la respuesta, como el consumo de medicamentos, el uso de dentadura postiza, la realización de actividad física y la ingestión de alcohol.

Se determinó que dentro de la población estudiada, el 68% pertenece al sexo femenino y el 32% restante al sexo masculino; que la mayoría pertenece al grupo de categorización de ancianos.

Se pudo observar que sí existen creencias sobre alimentos siguiendo los diferentes procedimientos de formación de las mismas.

Por último teniendo en cuenta que los hábitos alimentarios son una disposición adquirida por actos repetidos, una manera de ser y de vivir, este estudio permitió determinar de qué manera éstos influyen en la calidad de vida.



**“Palabras Claves”:**

- ☐ Hábitos alimentarios,
- ☐ Calidad de vida,
- ☐ Tercera edad,
- ☐ Envejecimiento,
- ☐ Estado nutricional,
- ☐ Necesidades nutricionales,
- ☐ Creencias

**“Índice”:**

<b>☐ Presentación</b>	<b>1</b>
<b>☐ Resumen</b>	<b>2</b>
<b>☐ Palabras claves</b>	<b>3</b>
<b>☐ Introducción/ Problema</b>	<b>5</b>
<b>☐ Objetivo general</b>	<b>7</b>
<b>☐ Objetivos específicos</b>	<b>7</b>
<b>☐ Marco teórico</b>	<b>8</b>
<b>☐ Metodología</b>	<b>44</b>
<b>☐ Resultados</b>	<b>46</b>
<b>☐ Conclusión</b>	<b>73</b>
<b>☐ Bibliografía</b>	<b>77</b>
<b>☐ Anexo</b>	<b>79</b>

## **“Introducción”:**

Conseguir un adecuado hábito alimenticio en la tercera edad es un objetivo primordial de los profesionales del área de la Nutrición de esta población e imprescindible para alcanzar en estas personas una adecuada calidad de vida. Hace medio siglo, la población no superaba los 50 años de vida. Hoy en día, gracias a los avances tecnológicos, sobre todo en el campo de la salud, ha aumentado la expectativa a un promedio de 70 – 80 años. La principal meta es que ésta se logre mediante un envejecimiento saludable.

A través de una adecuada nutrición se pueden aminorar los cambios producidos por el propio proceso de envejecimiento para mejorar la calidad de vida, reducir la susceptibilidad a algunas enfermedades más frecuentes y contribuir a su recuperación.

Las personas de la tercera edad constituyen uno de los grupos dentro de la población más expuestos y propensos a sufrir desequilibrios y carencias nutricionales. Esto se debe a una disminución en el consumo de alimentos; en consecuencia no se alcanza a cubrir las cantidades mínimas recomendadas de nutrientes. Varios factores contribuyen a este aporte limitado: el aislamiento social, que reduce el interés en la alimentación; la invalidez física, que restringe las posibilidades de acceso a una variedad de alimentos; la falta de conocimiento acerca de la necesidad de recibir una alimentación equilibrada; la alteración de las funciones mentales, que resulta incompatible con una adecuada selección de alimentos; y la falta de recursos económicos, que condiciona una restricción en la cantidad y variedad de alimentos disponibles.



Actualmente, se está poniendo énfasis en la identificación de los factores que favorecen el bienestar: la salud, el estado nutricional y la condición física. Por lo tanto, unos hábitos nutricionales positivos durante toda la vida, influyen sin duda en la calidad de la misma que una persona puede esperar a una edad avanzada. Por eso, en esta relación entre hábitos alimentarios y calidad de vida, se considera importante investigar: ¿Cuales son lo hábitos alimentarios de personas de la tercera edad de un barrio de la ciudad de Pérez?

**“Objetivo general”:**

- ☐ Conocer los hábitos alimentarios de las personas de la tercera edad de un barrio de la ciudad de Pérez.

**“Objetivos específicos”:**

- ☐ Conocer el consumo de los diferentes grupos de alimentos y determinar con qué frecuencia son ingeridos por las personas de la tercera edad.
  - ☐ Identificar la cantidad y el tipo de líquido que consumen.
- ☐ Identificar las creencias que tienen las personas de la tercera edad sobre los alimentos.
- ☐ Comparar el consumo de medicamentos, la realización de actividad física, la ingestión de bebidas alcohólicas y el porcentaje de personas que usan dentadura postiza en función a la diferenciación de grupos de edad.



## **“Marco teórico”:**

### **Calidad de vida y Hábitos alimentarios:**

#### **☐ Calidad de vida:**

La Organización Mundial de la Salud (2005, citada por Periago, 2005) define a la calidad de vida como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Esta conceptualización expresa que la calidad de vida no es equivalente a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental o bienestar, sino que más bien es un concepto multidimensional que incorpora la percepción del individuo sobre esos y otros conceptos de la vida.

Periago (2005) comenta que en abril de 2002, representantes de los gobiernos de 159 países se reunieron en Madrid, España, para la segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento. Ahí adoptaron, cuenta la autora, el plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que constituye el fomento de la salud y el bienestar en la vejez.

La Organización Mundial de la Salud (2005, citada por Periago, 2005) señala que entre los determinantes de buena salud en la vejez se encuentra el acceso a servicios de atención de salud adaptados a las necesidades de las personas de la tercera edad.

La agenda de la salud pública, remarca Periago (2005) y los compromisos sociales con estas personas deben comprender acciones para evitar la discapacidad prematura, prevenir y tratar adecuadamente las enfermedades crónicas, esto implica promoción de estilos de vida saludables: no fumar, alimentarse bien, mantenerse activo física, mental y socialmente a lo largo de toda la vida, favoreciendo la calidad de la misma.

#### ▣ **Expectativa de vida:**

Es la duración promedio proyectada para la población de una determinada edad (Schlenker, 1998, citado por Harris, 2001).

#### ▣ **Factores relacionados con la calidad de vida:**

##### ■ **Estilo de vida:**

Representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre el cual ejerce cierto grado de control, comenta Martínez- González (1999).

Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo, y cuando éstos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar, según el autor, que el estilo de vida contribuyó a ellos.

##### ■ **Actividad Física:**

Muchas enfermedades relacionadas con la edad y el envejecimiento son afectadas favorablemente por un estilo de vida activo. Los cambios cardiopulmonares,



musculosqueléticos y endocrinos relacionados con la edad y las enfermedades muestran una declinación en su progresión con la actividad física, comenta Evans (1997, citado por Harris, 2001).

- Organización en la atención de la salud:

Según Martínez- González (1999) consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre personas. Incluye práctica de la medicina, la enfermería, hospitales, medicamentos, servicios públicos comunitarios de atención de la salud entre otros.

- Hábitos alimentarios

Dobboletta, Morales, Sweheeler (2008) definen “hábito”, como una disposición adquirida por actos repetidos; una manera de ser y de vivir. Éstos forman parte de la herencia social que el individuo incorpora en el proceso de socialización. El hábito es el producto de una construcción social y, como tal, es susceptible de cambios y está ligado a la dinámica propia de cada grupo. En esta construcción interviene el entorno que rodea a la persona, cada adquisición se refuerza mediante la repetición.

Los hábitos alimentarios de una sociedad que se desarrollan en una red de interacción y se adquieren a una edad temprana, están sujetos a una constante evolución (Dobboletta, Morales, Sweheeler, 2008).

Esa conducta repetida que da origen al hábito, es para la persona satisfactoria en algún aspecto, ya sea en los sentidos, en las emociones, en los valores, en la autoestima, en las creencias religiosas, en las relaciones con los miembros de la familia, en el entorno físico y económico; esto quiere decir que el hábito se



conserva por ser coherente con el resto de la vida y agradable, cómodo y útil para quien lo conserva, siempre que sea un hábito de tipo benéfico; en cambio al estar frente a un hábito perjudicial o erróneo, éste debe sustituirse por la práctica reiterada del hábito adecuado, dado que éstos son modificables.

A su vez, los hábitos alimentarios están influenciados y condicionados por la disponibilidad de alimentos, aclaran las autoras. Ésta se conoce como disponibilidad física y disponibilidad cultural. La primera incluye los alimentos con que se cuenta y la cantidad de los mismos, que dependen de las condiciones geográficas, económicas, tecnológicas y sociales. La disponibilidad cultural, que es el concepto que cada cultura tiene sobre la aceptabilidad de los alimentos, con sus fuentes, su forma de ingestión, técnicas y tipos de preparación culinaria. Los hábitos pueden decirnos mucho sobre el hombre, remarcan las autoras, por ejemplo indagando sobre diferentes hábitos de una persona, podemos conocer aspectos de su vida, como en el caso de los hábitos alimentarios, éstos pueden informarnos y darnos a conocer el estado de nutrición de una persona.

### **Alimentación y nutrición**

Según Genua Goena (2001) la alimentación es la forma y manera de proporcionar al cuerpo humano las sustancias que son indispensables; es la consecuencia de una serie de actividades conscientes y voluntarias en virtud de las cuales el ser humano se proporciona sustancias aptas para el consumo, las modifica partiéndolas, cociéndolas y acaba introduciéndolas en la boca, masticándolas y deglutiéndolas también de modo voluntario y consciente. El hecho de que este



acto sea de un modo determinado quiere decir que es influenciable por la cultura, situación económica, social, estado físico, mental, etc.

Los alimentos son digeridos en el aparato digestivo transformándose en sustancias nutritivas que son absorbidas (Genua Goema, 2001).

Nutrición: es el conjunto de procesos por los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias químicas contenidas en los alimentos. Estas sustancias químicas constituyen los materiales necesarios y esenciales para el mantenimiento de la vida. Se trata de una actividad inconsciente e involuntaria (Genua Goema ,2001).

Escudero (1933, citado por López y Suárez, 2002) define a la nutrición como el resultado o resultante de un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre si, que tienen como finalidad mantener la composición e integridad normal de la materia y conservar la vida.

Soifer (2001), parte de que las personas de la tercera edad son un grupo etéreo con mucha diversidad de composición, cada individuo tiene amplia variaciones en sus capacidades y niveles funcionales. Destaca también que están mucho más expuestos que los adultos jóvenes a tener estado nutricional marginal y a presentar deficiencias nutricionales francas ante situaciones de stress o problemas de salud.

Por este motivo los considera un grupo de riesgo desde el punto de vista nutricional y es importante contar con una herramienta confiable para poder calificar el estado nutricional.

### **Tercera edad y su concepto:**

Harris (2001) comenta que se define a la población de “personas de edad avanzada” como el segmento demográfico de 65 años de edad o más. Aclara, que esta definición no reconoce los cambios físicos y socioeconómicos que experimentan estas personas cuando envejecen.

Según Schelenker (1998, citado por Harris, 2001) se define a los viejos jóvenes, a aquellas personas entre 65 y 74 años, ancianos, entre 75 y 84 años de edad y ancianos más viejos a aquellas personas de 85 años o más. En cambio centenario aclara Harris (2001), son aquellas personas que sobrepasan los tiempos habituales de vida humana, que viven hasta los 100 años de edad y más.

### **El envejecimiento**

El envejecimiento es un proceso continuo que se inicia con la concepción y termina con la muerte (Harris, 2001).

Cada órgano pierde de manera independiente su función y el organismo se vuelve senil (Mitchell, 1997, citado por Harris, 2001).

Harris (2001) aclara que durante el período de crecimiento, los procesos anabólicos sobrepasan a los cambios catabólicos. Una vez que el cuerpo alcanza la madurez fisiológica, la tasa de cambio catabólico o degenerativo se vuelve mayor que la tasa de regeneración celular anabólica.

Una teoría sobresaliente del envejecimiento, menciona Harris (2001), es la Teoría de los radicales libres: que implica la formación continuada de radicales libres como resultado de la exposición a oxígeno, radiación de fondo y otros factores ambientales. Se considera que estas sustancias tan reactivas dañan a los



componentes celulares. Diversos antioxidantes, como tocofenoles, dismutasa de superóxido y peroxidasa de glutatión, pueden reparar el daño ocasionado por los radicales libres.

En organismos vivos el proceso de SENECTUD se asocia claramente con los efectos adversos determinados por el paso del tiempo, resultando en una declinación de la función y terminado con la muerte. Los procesos determinantes pueden ser clasificados en envejecimiento primario y secundario (Blusse, 1997, citado por Schapira, 2001).

El envejecimiento primario: lo define como intrínseco al organismo y los factores que llevan al decremento de las funciones se relacionan con causas genéticas.

El envejecimiento secundario: lo relaciona con la aparición de defectos e incapacidades causadas por factores externos, hostiles al individuo, incluyendo trauma y enfermedades adquiridas.

Desde una visión estadística, se puede afirmar que el envejecimiento es el aumento de la probabilidad de morir. Schapira (2001) aclara que esta definición es útil poblacionalmente, pero desde el punto de vista individual, es realmente extrema.

Como resumen podríamos definir al envejecimiento según, Schapira (2001), como la suma de todos los procesos que acontecen a un individuo, relacionados con el tiempo.



Schapira (2001), explica cuáles son los factores que influyen durante el envejecimiento:

Factores genéticos: la base genética de la longevidad es reconocida y por ello en casi todas las especies el sexo femenino sobrevive al masculino.

Factores ambientales: las mejoras sanitarias y nutricionales han conseguido aumentar la supervivencia de millones de personas. Asimismo el control de las enfermedades infecciosas por el uso de vacunas y antibióticos han tenido un notable impacto.

Estilos y conductas de vida saludables resultan importantes: no fumar, usar moderadamente alcohol, utilizar dietas naturales y ricas en fibras, la actividad física moderada, el respeto del reposo, un manejo efectivo del estrés y sobre todo una visión positiva de la vida, fueron sugeridas e indicadas por diversos estudios como maneras adecuadas de conseguir mayor longevidad y vida saludable, aclara el autor.

### **Cambios que se producen durante el envejecimiento:**

Según Schapira (2001) el envejecimiento normal es relativamente benigno, observándose una lenta disminución en órganos que poseen una extraordinaria reserva funcional. Las funciones basales (homeostasis), tienden a mantenerse hasta que una situación de estrés, perturba ese equilibrio dinámico.





La disminución de la reserva funcional resulta más evidente en aquellas funciones que requieren una integración completa (Ej.; El control térmico o las funciones cognitivas cerebrales).

Entre los procesos capaces de afectar las funciones fisiológicas se encuentran: las enfermedades agudas y crónicas, los factores ambientales, los problemas psicosociales y el descondicionamiento.

A nivel tisular, como consecuencia del envejecimiento se observa una disminución marcada de la masa magra, del potasio intercambiable, del volumen intracelular y del agua corporal.

Simultáneamente se observa un aumento de la grasa corporal total. Estos cambios son más profundos en las mujeres que en los hombres

La reducción de la masa magra se refleja en la disminución de la masa muscular, ósea y visceral. Se presume que los cambios hormonales resultan fundamentales en este fenómeno. La caída de los estrógenos y andrógenos adrenales en las mujeres, resulta mucho más profunda que la disminución de andrógenos testiculares y adrenales en el sexo masculino.

El metabolismo corporal total disminuye a medida que envejecemos. Los requerimientos aeróbicos mínimos para mantener las funciones de cada organismo en reposo (metabolismo basal), declinan leve pero persistente con la edad.

También remarca Schapira (2001) los cambios ligados al tejido conectivo: el colágeno pierde capacidad de movimiento tornándose más estable. Un cambio similar ocurre con la elastina, que presenta una mayor fragmentación y una menos elasticidad. Éstos eventos ocurren en las estructuras internas (Ej.: paredes arteriales).



Se describe a continuación cambios en órganos y sistemas que se producen durante el proceso de SENECTUD:

Función gastrointestinal: Lovat (1996, citado por Harris, 2001) parte de que durante el proceso de envejecimiento se presentan diversos cambios que afectan el consumo de nutrientes, la digestión y la absorción, en el sistema gastrointestinal.

La declinación de la lactasa que comienza en el adulto y que interfiere en la digestión y la absorción de la lactosa contenida en productos lácteos, suele ser una característica del intestino envejecido según Lee (1998, citado por Harris, 2001).

También remarca que este fenómeno representa un factor de riesgo para el desarrollo de osteoporosis.

Según Saltzman (1998, citado por Harris, 2001), uno de los cambios más notables durante esta etapa es la aparición frecuente de gastritis atrófica y la incapacidad para secretar ácido gástrico.

La hipoclorhidria gástrica es causa de absorción deficiente consecutiva al sobredesarrollo bacteriano en el intestino delgado y menor absorción de nutrientes, como la vitamina B12, lo cual acaba por producir anemia perniciosa (Russel, 1997, citado por Harris, 2001).

Bouillon (1997, citado por Harris, 2001) aclara que el envejecimiento altera el metabolismo del calcio y la vitamina D por mecanismos que contribuyen a la pérdida acelerada de tejido óseo y al desarrollo de osteoporosis senil.

El estreñimiento, una de las molestias digestivas más comunes, aumenta su frecuencia en la tercera edad. Este síntoma suele atribuirse a un tránsito



rectosigmoideo prolongado, que puede deberse a consumo deficiente de líquido, consumo inadecuado de fibras y un estilo de vida sedentario recalca, Duffy (1995, citado por Harris, 2001).

En estas personas, también se relaciona un insuficiente consumo de energía, plantea Evans (1998, citado por Harris, 2001).

Sistema cardiovascular: Durante el proceso de envejecimiento, los vasos sanguíneos se vuelven menos elásticos y aumentan la resistencia periférica total.

Lo que acarrea según Kanel (1988, citado por Harris, 2001) a una mayor prevalencia de hipertensión. La presión arterial sigue aumentando en las mujeres de más de 80 años de edad avanzada. Los niveles de colesterol en suero tienden a alcanzar sus valores máximos a los 60 años de edad, pero las concentraciones totales de colesterol y de la fracción de lipoproteína de baja densidad continúan aumentando en las mujeres hasta los 70 años de edad.

Según Schapira (2001) los cambios de colágeno y elastina resultan fundamentales en el envejecimiento del sistema cardiovascular. La aorta se dilata, se endurece y posteriormente se elonga. La pérdida de elasticidad es uno de los factores que determinan la hipertensión sistólica con la consiguiente hipertrofia compensatoria.

Función renal: La función renal y la tasa de filtración glomerular se reducen hasta el 60% entre los 30 y los 80 años de edad, según Rudman (1988, citado por Harris, 2001), lo cual se debe principalmente a determinados trastornos crónicos: una reducción en el número de nefronas y una disminución en el flujo sanguíneo.

Esto vuelve a las personas de la tercera edad menos capaces de responder a cambios en el estado hídrico y a los restos impuestos al equilibrio acidobásico. Las cantidades excesivas de productos de desecho de las proteínas y electrolitos resultan cada vez más difíciles de metabolizar. La neuropatía geriátrica es el resultado de una sobrenutrición proteica crónica, remarca Rutman (1988, citado por Harris, 2001).

Schapira (2001), alude que existen estudios longitudinales y transversales en poblaciones humanas que han demostrado una declinación del clearance de creatinina asociado con el envejecimiento.

Estructura esquelética: El envejecimiento se acompaña de cambios notables en la composición corporal, como una reducción en la masa corporal magra y un aumento en la grasa corporal, destaca Hurley (1997, citado por Harris, 2001). Según Evans (1997, citado por Harris, 2001), este cambio en la grasa corporal es atribuible a una actividad física menos intensa y a modificaciones en la síntesis de testosterona y hormona de crecimiento que afectan al anabolismo y al crecimiento del tejido magro. El nivel de proteína corporal saludable es de 30 a 40% menos que los adultos jóvenes.

La sarcopenia es una pérdida de músculo esquelético relacionado con el envejecimiento que ocurre como resultado de una declinación en la fuerza muscular, plantea Dutta (1997, citado por Harris, 2001).

Estado de salud oral: La xerostomía, que es la sensación subjetiva de sequedad de la boca producida por hiposalivación, constituye un problema común, remarca

Bivona (1998, citado por Harris, 2001). De hecho, aclara Davis (1994, citado por Harris, 2001), la xerostomia afecta a más de 70% de las personas de edad avanzada y altera en grado importante el consumo de nutrientes.

Las caries dental y la periodontitis no tratadas son causas importantes de pérdida dentaria en este grupo de edad y dan por resultado la necesidad de utilizar prótesis dentales (Martin, 1991, citado por Harris, 2001).

Sentidos: Los sentidos del gusto, el olfato, la vista, la audición y el tacto disminuyen a velocidades individualizadas, aclara Schiffman (1994, citado por Harris, 2001). La disminución en los sentidos del gusto (disgeusia) y el olfato (hiposmia) son comunes y se deben a diversos factores: el envejecimiento normal; algunas enfermedades, (como la enfermedad de Alzheimer); medicamentos; intervenciones quirúrgicas; radioterapia y exposición ambiental. La disfunción del gusto y el olfato tiende a aparecer alrededor de los 60 años de edad, y se vuelven mas intensa después de los 70 años (Schiffman, 1994, citado por Harris, 2001).

También menciona el autor que la pérdida de los sentidos del gusto y el olfato no sólo reduce el placer y la comodidad que acompañan al alimento, sino que plantea un factor de riesgo en relación con la intoxicación alimentaria o con la exposición ambiental excesiva a sustancias químicas peligrosas que estos sentidos detectarían normalmente.

Función inmunitaria: esta función según Good (1988, citado por Harris, 2001), declina con la edad. Resultan afectadas las inmunidades tanto humoral como la mediada por células. Estos cambios producen una menor capacidad para combatir las infecciones, lo cual se acompaña de una mayor prevalencia de estos trastornos.

### **Estado nutricional:**

El Estado Nutricional de un individuo refleja el grado en el que se cumplen sus necesidades fisiológicas de nutrientes, aclara Hammond (2001). El consumo de nutrientes depende del consumo real de alimento, el cual está sujeto a la influencia de múltiples factores, entre los que se encuentran situación económica, conducta alimentaria, clima emocional, influencias culturales, y los diversos estados patológicos sobre el apetito y la capacidad para consumir y absorber nutrientes adecuados. En otro lado de la escala, recalca Hammond (2001) están los requerimientos nutricionales, que también están sujetos al influjo de múltiples factores: el estrés fisiológico; infecciones; procesos patológicos crónicos o agudos; fiebre o traumatismo; estados anabólicos normales del crecimiento y el embarazo; mantenimiento y bienestar del organismo; y el estrés psicológico. Cuando se consumen los nutrientes adecuados para apoyar los requerimientos corporales diarios, junto con cualquier aumento de las demandas metabólicas, se logra un estado nutricional óptimo. Éste favorece el crecimiento y el desarrollo, mantiene la salud general, brinda apoyo a las actividades cotidianas y ayuda a proteger de enfermedades y trastornos (Hammond, 2001).



Algunos subgrupos de esta población corren el riesgo de desnutrición por diversas razones, explica Harris (2001), entre las cuales figuran la falta de educación nutricional, las limitaciones económicas, la declinación en las capacidades funcionales físicas y psicológicas, el aislamiento social y los tratamientos de múltiples trastornos o enfermedades concomitantes. Entre las causas secundarias de desnutrición se encuentra la anorexia, absorción deficiente consecutiva a disfunción gastrointestinal, aumento en la demanda de nutrientes como resultados de lesiones o enfermedades, interacciones de medicamentos y nutrientes como resultado de la administración de múltiples fármacos y abuso de sustancias, como el alcoholismo, remarca Harris (2001).

### **Valoración del estado Nutricional:**

La American Dietetic Association (1994, citada por Hammond, 2001); define a la Valoración Nutricional como un enfoque integral, que recaba un dietista certificado, para definir el estado nutricional recurriendo a los antecedentes médicos, sociales, nutricionales y de medicación; exploración física; mediciones antropométricas; y datos de laboratorio.

Una vez que se completa el proceso de valoración nutricional, se puede idear el plan nutricional. Sus metas según Hammond (2001) son: 1): identificar a los individuos que requieren apoyo nutricional intensivo; 2): restablecer o mantener un estado nutricional individual; 3): identificar nutrioterapias médicas apropiadas; 4): vigilar la eficacia de estos tratamientos.



Para Freyler (2002), la Valoración Nutricional es la determinación del estado de salud de los individuos o grupos poblacionales según las influencias que sobre ellos tengan la ingesta y la utilización de los nutrientes. Describe que para poder arribar a un diagnóstico nutricional, el médico cuenta con una serie de herramientas, entre las que se encuentran la anamnesis alimentaria y el cálculo de la ingesta. El método elegido depende de los objetivos que se persigan, del propósito del estudio, del grado de precisión buscada y del período de investigación a cubrir.

En 1987 se publicó la Evaluación Global Subjetiva (EGS) propuesta por Detsky (1987, citado por Soifer, 2001), que en contraste con los métodos de valoración que utilizan medidas bioquímicas y antropométricas objetivas, ésta es una técnica de “globo ocular” que requiere buen criterio clínico, ya que la información se recaba mediante la observación y las entrevistas. Esta serie de datos que se obtienen permiten una evaluación nutricional en adultos de cualquier edad y se lleva a cabo mediante una planilla.

Los dos componentes básicos del sistema de Valoración Global Subjetiva son la entrevista clínica y el examen físico. Ninguno de los dos requiere equipos o procedimientos complicados. La calidad de los datos obtenidos en los dos componentes, depende de la habilidad del profesional para comunicarse de forma eficiente con el enfermo y para observar con agudeza los más importantes indicadores físicos del estado nutricional. Esta técnica da una perspectiva general; para mayor precisión, es necesario revisar otros parámetros que tienen influencia sobre el estado general de salud de la persona, como son los resultados de pruebas de laboratorio y de un cuidadoso examen físico.





**Valoración Global Subjetiva del Estado Nutricional (Planilla):**

**A. Historia:**

<b>1 ) Pérdida en el peso corporal</b>	
<b>Pérdida total de peso en los últimos 6 meses</b>	.....Kg.
<b>Porcentaje de pérdida</b>	.....%
<b>Cambios en las últimas dos semanas</b>	
	.....ninguno
	.....aumento
	.....disminución

<b>2) Cambios en la dieta, en relación con lo normal:</b>		
.....cambio	.....sin cambio	<b>Duración:</b> .....semanas
<b>Tipo.....</b>	<b>dieta convesional</b> <b>Insuficiente.....</b>	<b>Dieta líquida</b> <b>Total.....</b>

<b>3) Síntomas gastrointestinales: (persistentes por más de 2 semanas)</b>				
<b>Ninguno</b>	<b>Náuseas</b>	<b>Vómitos</b>	<b>Diarrea</b>	<b>Anorexia</b>
.....	.....	.....	.....	.....



4) Capacidad Funcional:			
<b>Disfunción</b> .....	<b>No hay disfunción</b> .....	<b>Duración:.....semanas</b>	
<b>Tipo</b> .....	<b>Disminución del Trabajo.....</b>	<b>Ambulatorio</b> .....	<b>Reducido al Lecho.....</b>

5) Enfermedad y su relación con los requerimientos nutricionales:					
<b>Diagnóstico primario:.....</b>					
<b>Demanda nutricional:</b>	<b>Bajo:</b> .....	<b>Moderado:</b> .....	<b>Alto:</b> .....	<b>Estrés:</b> .....	<b>No:</b> .....

**B. Examen Físico:**

<b>en cada punto, calificar 0 = normal, 1 + = leve, 2 + = moderado, 3 + = severo</b>		
<b>Perdida de grasa subcutánea (tríceps, tórax):.....</b>		
<b>Atrofia muscular (cuadriceps, deltoides):.....</b>		
<b>Edema en tobillos:.....</b>	<b>Edema sacro:.....</b>	<b>Ascitis:.....</b>



**C. Calificación de la Valoración Global Subjetiva:**

<b>A. Bien nutrido:.....</b>
<b>B. Moderadamente desnutrido ó con riesgo de desnutrición:.....</b>
<b>C. Severamente desnutrido: .....</b>

**Recomendaciones nutricionales para la tercera edad:**

Según Delpietro (2001), existen trabajos de nutrición realizados en países desarrollados, que concluyen que la mayoría de las personas de la tercera edad realizan una alimentación carente en uno o más principios nutritivos y excesivos o carentes en valor energético.

Las recomendaciones nutricionales tienen limitaciones que dependen entre otros de los siguientes factores (Delpietro, 2001):
<ul style="list-style-type: none"><li>■ La heterogeneidad de las personas en proceso de envejecimiento,<ul style="list-style-type: none"><li>■ La historia nutricional y el estado de nutrición actual,<ul style="list-style-type: none"><li>■ La presencia de enfermedades crónicas,</li><li>■ La funcionalidad del aparato digestivo,</li></ul></li><li>■ Los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento,<ul style="list-style-type: none"><li>■ Los estilos de vida y los factores ambientales.</li></ul></li></ul></li><li>■ El consumo de fármacos, muchos de los cuales interfieren en la absorción y en la utilización de nutrientes, también pueden modificar el apetito y sabor.</li></ul>



A continuación se enumeran la ingesta recomendada de nutrientes:

Energía: Los requerimientos de energía suelen disminuir con el envejecimiento debido a una declinación en la tasa metabólica basal y una reducción en la actividad física, explica Harris (2001).

Los requerimientos alimentarios recomendados (RDA) por Food and Nutrition Board (1989, citado por Harris, 2001) instalan a reducir el consumo diario de energía promedio en los individuos de 51 años de edad o más, en 600Kcal por día en varones y en 300 Kcal en mujeres. El aporte calórico que propone en promedio es de 2300kcal por día en varones y 1900 kcal por día en mujeres.

Delpietro (2001) asegura que los cambios en la composición corporal, la pérdida de tejido metabolitamente activo, y la disminución en la actividad física, disminuyen los requerimientos energéticos en un porcentaje que oscila entre el 2% y 5 % por década, mientras que se mantienen inalterados los requerimientos de proteínas, vitaminas y minerales.

Por otra parte Delpietro (2001) recalca que el peso, la talla y la actividad física son aspectos que difieren mucho y que influyen directamente en el requerimiento energético.

#### Proteínas:

Las personas envejecen y experimentan una merma en la masa de tejido esquelético. La reserva de proteína que proporciona el músculo esquelético resulta inadecuada para satisfacer las necesidades de síntesis proteica, por lo que se asume más importante el consumo alimentario de proteína para cumplir con los requerimientos esenciales, remarca Harris (2001). El Food and Nutrition Board



(1989, citado por Harris, 2001) concluyó que el requerimiento alimentario recomendado (RDA) de proteína de 0,8 g por kilogramo de peso corporal era apropiado para los adultos de todas las edades. Sin embargo estudios subsiguientes han demostrado que éstos no son adecuados para mantener un equilibrio de nitrógeno en la tercera edad. Por tanto Campell (1996, citado por Harris, 2001) piensa que se requiere de 1 g por kilogramos de peso corporal para mantener un balance de nitrógeno positivo. En general, remarca, es seguro un consumo de proteína de 1 a 1,25 g por kilogramo.

#### Lípidos:

Delpietro (2001) aclara que si bien no existen recomendaciones específicas con relación al consumo de grasa, su ingesta controlada contribuirá al bienestar físico. Los lineamientos actuales, recalca Harris (2001) recomiendan que no más de un 30% del consumo diario total de calorías deben proveer de lípidos. Se destaca la importancia de reducir el consumo de grasa saturada y escoger fuentes de grasa monoinsaturada o poliinsaturada.

#### Glúcidos:

Constituyen la principal fuente de energía, según Delpietro (2001).

No hay un requerimiento alimentario recomendado establecido para los carbohidratos comenta Harris (2001). Los lineamientos actuales recomiendan que 50 a 60% de calorías diarias totales provengan de carbohidratos. Según Harris (2001) se dará importancia a aumentar el consumo de carbohidratos complejos, incluidas fibras alimentarias, y al control del consumo de azúcares simples.

### Agua:

El agua contribuye cerca del 50% del peso de una persona de edad avanzada cuenta Chernoff (1994, citado por Harris, 2001). Esto representa una declinación del 10% respecto del adulto joven y conlleva una declinación correspondiente en la masa corporal magra.

Delpietro (2001) aporta los factores que contribuyen a la deshidratación en estas personas:

- El deterioro de la función renal para conservar el agua,
- El deterioro del mecanismo de la sed. Es muy común observar escasa apetencia por los líquidos, especialmente por el agua,
- Pérdidas de líquidos por malabsorción, fiebre, hemorragias, etc.

El estado hídrico es un componente decisivo de la valoración inicial y sucesiva de este grupo de personas, remarca Harris (2001). Los requerimientos de líquidos son afectados por variaciones en actividad, pérdidas insensibles de agua y carga de soluto urinarios.

En general, cuenta el autor, es adecuado un consumo diario de líquido de 30 a 35ml por kilogramo de peso corporal real y un mínimo de 1500ml por día y 1,0 y 1,5ml por kilocaloría.

### Minerales:

El envejecimiento produce cambios fisiológicos que afectan la necesidad de diversos nutrientes esenciales comenta Harris (2001).

Un estado mineral deficiente en la tercera edad es atribuible, en parte, a un bajo consumo de nutrientes.



La pérdida de tejido óseo que produce osteoporosis, la presencia de hipoclorhidria y la imposibilidad de absorber calcio con eficiencia, es lo que sugiere la necesidad de mayor consumo de este mineral.

El consumo adecuado (AI) del calcio según Food and Nutrition Board (1998, citado por Harris, 2001), muestra un aumento en las recomendaciones a 1200mg por día en los varones y en las mujeres de 51 años de edad y más.

Para Harris (2001) las reservas de hierro tienden a aumentar a medida que se incrementa la edad. Por consiguiente la anemia ferropénica en la población de edad avanzada muy probablemente se relaciona con hemorragia gastrointestinales por enfermedades malignas, úlceras pépticas o empleo de agentes antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

El consumo del Zinc en estas personas disminuyen en relación con el menor consumo de energía y es mucho mas bajo que el nivel recomendado por Food and Nutrition Board (1998, citado por Harris, 2001) (de 15mg/día para los varones y de 12mg/día para las mujeres). Según Harris (2001), los pacientes que evitan el consumo de alimentos cárnicos corren más riesgo de un estado deficiente de zinc debido a la menor biodisponibilidad de éste en otras fuentes alimentarias. La deficiencia de zinc conlleva alteraciones en la función inmunitaria, anorexia, disgeucia, retardo en la cicatrización de heridas y desarrollo de úlceras por presión.

No hay un requerimiento alimentario recomendado establecido para el sodio, remarca Harris (2001). El consumo de este elemento a menudo se relaciona con hipertensión, pero es difícil identificar a los individuos hipertensos que son sensibles al sodio.



El autor recalca que es prudente limitar el consumo alimentario de sodio cerca de  
2-4g por día.

#### Vitaminas:

Harris (2001) comenta que es raro identificar una deficiencia de vitamina A en la tercera edad, la hipervitaminosis A crónica es un problema en las personas que toman grandes dosis de vitamina A suplementaria.

El requerimiento de vitamina D depende de la concentración de calcio y fósforo en la dieta, la edad, el sexo, el grado de exposición a la luz solar y el grado de pigmentación cutánea de la persona, cuenta Harris (2001). Los individuos de este grupo corren riesgo de deficiencia de vitamina D si sus dietas son inadecuadas. El consumo alimentario propuesto por Food and Nutrition Board (1998, citado por Harris, 2001) para la vitamina D es de 10 y 15 microgramos por día en personas de 51 años de edad y mayores de 70.

La exposición a la luz solar, aclara Harris (2001), al parecer es un factor importante para mantener un estado de vitamina D. Según Holick (1994, citado por Harris, 2001), esta vitamina ayuda a cicatrizar las lesiones cutáneas, sobre todo psoriasis, trastornos hiperproliferativos del cáncer y queratosis actínicas; además aporta Dawson (1997, citado por Harris, 2001), la suplementación alimentaria prudente con calcio y vitamina D, mejora la densidad ósea y ayuda a prevenir las fracturas en esta población.

Harris (2001) remarca que estas personas tienen menores concentraciones sanguíneas, plasmáticas y en suero de vitamina C que los adultos más jóvenes. Sin embargo, aclara que no hay alteración en la absorción o utilización de esta vitamina que esté relacionada con la edad. El requerimiento alimentario cuenta



Harris (2001) en la actualidad es de 60mg tanto para los varones como para mujeres de más de 51 años de edad que no fuman, y 100mg por día en individuos que fuman. Según el autor las vitaminas antioxidantes, como la vitamina E, los carotenoides y la vitamina C, se han promovido como agentes que mejoran la salud de la población entrada en años.

Para Jacques (1997, citado por Harris, 2001) la vitamina C protege contra las cataratas a un nivel de consumo de 150 y 250mg por día, los cuales se pueden obtener de fuentes alimentarias.

Con respecto a la vitamina B6, los requerimientos de ésta aumentan en muchos individuos a causa de la gastritis atrófica, que interfiere en la absorción, aclara Harris (2001). Tanto el alcoholismo y la disfunción hepática pueden ocasionar deficiencia de vitamina B6. El requerimiento de esta vitamina para la tercera edad, según Food and Nutrition Board (1998, citado por Harris, 2001) es de 1,7mg por día para los varones y 1,5mg por día para las mujeres.

El Food and Nutrition Board (1998, citado por Harris, 2001) sugiere para el folato el consumo de 400 microgramos por día tanto para varones como para mujeres, ya que la merma de ácido fólico en las personas de edad avanzada origina anemia y un aumento de homocisteína en suero, un factor de riesgo para las cardiopatías (Harris, 2001).

La vitamina B12 puede encontrarse deficiente gracias a la gastritis atrófica y el desarrollo bacteriano excesivo, porque disminuye la absorción y da como resultado anemia perniciosa.

Si bien la desnutrición es relativamente rara en la tercera edad, un suplemento multivitamínico y de minerales a nivel de mantenimiento favorece la inmunidad y

puede curar los estados latentes de deficiencia nutricional, concluye Chandra (1997, citado por Harris, 2001).

### **Cuidados Nutricionales de la tercera edad:**

#### **Planificación alimentaria:**

Los principios generales para planificar una dieta nutricia en la tercera edad, comenta Harris (2001), son similares a los que se aplican en adultos más jóvenes. Sin embargo, se requieren modificaciones en virtud de ciertas características inherentes al proceso de envejecimiento.

Johnson (1993, citado por Harris, 2001) resalta la importancia de un consumo equilibrado de alimentos de todos los grupos alimentarios. Cuando fuentes importantes de nutrientes, como la leche, se eliminan voluntariamente de la dieta, se tendrá que sustituir con alternativas que aporten los nutrientes faltantes.

La suplementación está indicada cuando se eliminan grupos de alimentos completos. Cuando se administran suplementos orales líquidos a pacientes de hospicios, se han observado mejoras en las siguientes variables: albúmina en suero, cuenta linfocitaria total, colesterol en suero, niveles de hemoglobina y peso (Jonson, 1993, citado por Harris, 2001).

Una vez evaluada la situación nutricional, cuenta Delpietro (2001) y efectuada la prescripción alimentaria, a los nutricionistas les corresponde la realización del plan de alimentación.

-La alimentación tiene distintos pasos, que pueden estar alterados en sus diferentes niveles, en algunos o en todos por la propia característica de este grupo vulnerable y que en este caso se relacionen tanto con el proceso de envejecimiento como con las patologías asociadas, los factores culturales, los socioambientales y los económicos (Delpietro, 2001).

Etapas de la alimentación:

1) Selección y adquisición de alimentos:

Es necesario prestar atención especial a la diversidad de situaciones que evitan que las personas de la tercera edad satisfagan sus necesidades nutricionales, aclara (Harris, año).

Según Delpietro (2001), en primer lugar se deberá considerar a la persona en su realidad geográfica, social, económica y conocer sus hábitos alimenticios, ya que de otra manera el plan no se ajustaría a la realidad y fracasaría.

Luego se evaluarán las limitaciones físicas (dolores osteoarticulares, pérdida de equilibrio, disminución de la fuerza, de la visión, etc.) que dificultan el acceso a los lugares de compra como así también el transporte de los alimentos, remarca Delpietro (2001).

Otro aspecto a considerar, es la disponibilidad económica y los impedimentos que surjan de sus alteraciones de memoria o mental.

En caso de personas lúcidas, aclara Delpietro (2001) se podrá hacer educación alimentaria, se tenderá a corregir los hábitos inadecuados y a fomentar los correctos exaltando las virtudes de una alimentación saludable.

El lineamiento más importante es proporcionar comidas y refrigerios densos en nutrientes, visualmente atractivos, sabrosos y de consistencia apropiada.



Cuatro o cinco comidas más pequeñas suelen ser más aceptables que tres abundantes (Harris, 2001).

Por último, otro aspecto que incide en esta etapa es el desconocimiento del valor nutritivo por tabúes, mitos y prejuicios con respecto a determinados alimentos, hábitos culturales muy arraigados y a veces poco saludables, concluye Delpietro (2001).

## 2) Elección de la forma adecuada de preparación:

Se deberá determinar quién se hará cargo de la preparación de las comidas, menciona Delpietro (2001). Si el individuo es autoválido o levemente minusválido, un terapeuta ocupacional lo capacitará sobre la forma más adecuada de protegerse contra accidentes domésticos como así también para aprovechar su capacidad física potencial. Si se trata de una persona dependiente, la capacitación será orientada hacia el tercero responsable, aclara.

Es probable que como consecuencia de la soledad, se produzca una disminución en la motivación para la elaboración de los alimentos, perdiendo el interés por la propia comida. Delpietro (2001) dice que en este caso, se trabajará en forma interdisciplinaria con el profesional competente que lo oriente a compartir con pares o trabaje su reaserción social.

En esta etapa destaca, el autor, es importante conocer el equipamiento de la cocina, si tiene o no unidades de cocción y cuál es su capacidad, el tipo de vajilla y utensilios con que cuenta.



### 3) Ingestión de los alimentos:

En ésta corresponde evaluar las alteraciones físicas o mentales que interfieran el acto de comer (Delpietro, 2001).

El autor jerarquiza entre las alteraciones físicas, el estado de la cavidad bucal donde pueden encontrarse:

- Alteraciones en el gusto por la reducción de las papilas gustativas y en algunos casos distorsión de la percepción gustativa relacionada tal vez con la reducción del flujo de saliva asociada con el envejecimiento, ya que los bulbos gustativos sólo pueden distinguir sustancias disueltas.
- La xerostomía secundaria al consumo de fármacos o a factores relacionados con la respiración y el estrés, impide la correcta formación del bolo alimenticio dificultando su deglución.

Será prioritario suministrar una alimentación que sólo requiera un mínimo de actividad masticatoria, con la consistencia, la temperatura y el grado de humedad adecuados a las falencias detectadas y que a su vez proporcionen nutrientes de excelente calidad (Delpietro, 2001).

Otra complicación frecuente es la disfagia, que puede ser una consecuencia de no haber resuelto correctamente los puntos anteriormente detallados, remarca el autor, o por procesos neuróticos. El peligro de la disfagia es que la persona puede asfixiarse con alimentos o bebidas que se tragan con demasiada rapidez.

La neumonía por broncoaspiración representa el principal riesgo en estos casos (Harris, 2001).

Una comida equilibrada y atractiva en cuanto presentación, aroma y colores, un clima distendido, un trato cordial y respetuoso, compartir la mesa con pares, profesionalidad y paciencia en la atención y/o el asesoramiento, contribuirán a marcar la diferencia entre la buena y mala calidad de vida en la tercera edad (Delpietro, 2001).

### **El camino hacia un buen hábito alimentario:**

### **Guías alimentarias para la población Argentina:**

Las Guías alimentarias para la población argentina se acompañan de una gráfica: “La Gráfica de la alimentación saludable” que ha sido diseñada por Lama, Longo, Lopreste (2004), para reflejar cuatro aspectos fundamentales a tener en cuenta en la alimentación cotidiana:

- 1: Consumir una amplia variedad de alimentos;
- 2: Incluir alimentos de todos los grupos a lo largo del día;
- 3: Consumir una proporción adecuada de cada grupo;
- 4: Elegir agua potable para beber y preparar los alimentos.

La gráfica esta compuesta por seis grupos de “alimentos fuentes”

- 1) Cereales (arroz, avena, cebada, maíz, trigo) derivados (harinas y productos elaborados con ellas: fideos, pan, galletas, etc) y legumbres secas (arvejas, garbanzos, lentejas, porotos, soja): son la fuente principal de hidratos de carbono.



- 2) Verduras y frutas: son fuente principal de vitaminas C y A, de fibra y sustancias minerales como el Potasio y el Magnesio. Incluye todos los vegetales y frutas comestibles.
- 3) Leche, Yogurt, y quesos: nos ofrecen proteínas completas y son fuente principal de calcio.
- 4) Carnes y huevos: nos ofrecen las mejores proteínas y son fuente principal de hierro. Incluye a todas las carnes comestibles (de animales y aves de crianza o de caza y pescados y frutos de mar).
- 5) Aceites y grasas: son fuente principal de Energía y de vitamina E. Los aceites y semillas tienen grasas que son indispensable para la vida.
- 6) Azúcar y dulces: dan energía y son agradables por el sabor.

Las Guías alimentarias aconsejan que en lo posible toda persona debería realizar cuatro comidas al día.

Con respecto a la actividad física estas guías hacen hincapié en que el ejercicio favorece el funcionamiento del cuerpo, la movilidad, la fuerza de los músculos, la vitalidad, la respiración, el ingreso del calcio al hueso.

Para el grupo de lácteos y derivados recalcan que en los adultos, en general, se recomiendan los productos semi-descremados, pero para los niños y los adultos mayores, en general, los enteros.

Recomiendan también comer cinco porciones entre frutas y verduras por día, consumir por los menos una vez al día, frutas y verduras crudas. Comer una variedad de carnes rojas y blancas (pollo y pescado) retirando la grasa visible 3 a



4 veces por semana. Aumentar el consumo de carne de pescado de mar o de río y disminuir el consumo de fiambres y embutidos.

Aconsejan también, preparar las comidas con aceite preferentemente crudo y evitar la grasa para cocinar. Con respecto al azúcar y a la sal, destacan la importancia de disminuir su consumo, así como también evitar la ingestión de gaseosas, bebidas y dulces artificiales. Preferir siempre agua, soda y jugos naturales. Aumentar la ingestión variada de cereales, pastas y legumbres y moderar el consumo de facturas, tortas, masitas, galletitas y otros productos similares.

Por último remarcan tomar abundante cantidad de agua durante todo el día y utilizar siempre agua potable para beber, lavar y preparar sus alimentos.

El Instituto Nacional de Salud a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2007) aporta que las personas de la tercera edad deberían consumir diariamente:

- Dos o tres tazas de leche, de preferencia de bajo contenido graso y enriquecida con vitamina D o su equivalente en yogur y otros productos lácteos,
- Dos raciones de carne, huevos o legumbres,
- Dos platos de verduras crudas o cocidas como zanahoria, zapallo, espinacas y de dos a tres frutas como manzana, mandarina, naranja.
- Entre una y media a dos y media porciones de pan, junto a una o una y media tazas de arroz, fideos o cereales.
- Seis cucharaditas de aceites vegetales (de preferencia de oliva, soja).





- Tres o cuatro cucharaditas de azúcar.
- Entre ocho y diez vasos de agua diario.

### **Frutas y Verduras para proteger el cerebro**

En un artículo publicado por la revista The Lancet, el autor Lyn (2006) remarca que el consumo de cinco o más raciones diarias de vegetales y frutas reduce en un 26% el riesgo de padecer un ACV. Las Guías Alimenticias para los estadounidenses que publican los Departamentos de Salud y de Agricultura de los Estados Unidos en el 2005 ya recomiendan, para una ingesta de 2,000 calorías tomada como referencia, dos tazas de fruta y 2½ tazas de vegetales por día.

En el grupo de las frutas se incluyen a todos los jugos de frutas (naturales 100%) y frutas secas, enlatadas, congeladas y frescas. En el grupo de las verduras se incluyen a todos los jugos de verduras y verduras secas, enlatadas, congeladas y frescas, y se considera en general que 1 taza de verduras crudas o cocidas o jugo de verduras, ó 2 tazas de hojas verdes crudas, constituyen 1 taza en este grupo.

Los ACV constituyen la tercera causa de muerte y la causa más frecuente de discapacidad en la mayoría de los países desarrollados, por lo que cobran una gran relevancia las tareas de investigación y de prevención. Estos accidentes cerebrovasculares pueden ser de tipo isquémico –infartos de cerebro- como de tipo hemorrágico –derrame cerebral-, y pueden producir una amplia gama de trastornos como parálisis de la mitad derecha o izquierda del cuerpo, dificultad para hablar, para leer, para realizar actividades cotidianas (lavado de dientes,

peinarse, afeitarse), trastornos auditivos o visuales, etcétera. En ocasiones, existe una franca recuperación de los pacientes, pero a veces las secuelas resultan irreversibles comenta el artículo.

Es mucho lo que se puede ganar con una simple modificación dietaria. Los efectos protectores de las verduras y las frutas tienen bases biológicas sólidas, ya que éstas son fuentes ricas en potasio, folato, fibra y antioxidantes como la vitamina C, los betacarotenos y los flavonoides. Dos de los factores de riesgo vascular más importantes son la hipertensión arterial, los lípidos –grasas- en la sangre. Existen investigaciones que vinculan estas sustancias mencionadas con una disminución de las cifras de presión y de colesterol, además de otros efectos benéficos que producen.

Lyn (2006) concluye que si se logran los objetivos propuestos, las secuelas y la mortalidad por ACV podrían reducirse ampliamente. Asimismo indica que estas modificaciones en la dieta podrían disminuir también otras enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres.

### **Modos particulares de producción de creencias:**

Existen diferentes caminos por los cuales se generan creencias, en algunos casos éstas se arraigan al individuo y a la sociedad y se transmiten de generación en generación siguiendo conocimientos populares aceptados como ciertos.

Por ejemplo: el anís estrellado: es utilizado para el dolor abdominal en niños, ocasionando consecuencias severas.

Se ponen en movimiento representaciones y conceptos culturales que el individuo los confronta de manera crítica o no con las representaciones y conceptos imperantes en la sociedad. Por medio de esta confrontación, remarca Samaja (2007), los transforma y desarrolla ideas que dominan su propio espíritu y asume un control crecientemente explícito de sus imágenes y conceptos. Descubre y expone respuestas a cuestiones que él cree relevantes.

Peirce (1966, citado por Samaja, 2007) refiere diferentes procedimientos o métodos de fijar creencias:

- En algunos casos el individuo recorre un camino por el cual aparta sistemáticamente su pensamiento de todo aquello que pueda conducirlo a un cambio de opinión. Según el autor, aunque el método de la tenacidad resulte difícil de sostener ante la diversidad de las creencias de los demás, no deja de ser admirable por su fuerza, simplicidad y franqueza. Esto hace que, frente a situaciones francamente nocivas el individuo insiste en seguir adelante con sus creencias y conceptos.
- En otros casos se aprecian influencias emanadas de creencias que se rigen en la comunidad o Estado, refiere Samaja (2007). Se reduce al silencio a todos los que enseñan o defienden creencias diferentes a las establecidas.

El método de la autoridad es frecuente de ver en comunidades o grupos cerrados.

- Otros individuos siguen una actitud reflexiva que admite las limitaciones y relatividad tanto de las creencias propias como de las creencias comunes a ciertas iglesias o naciones. El método metafísico establece las creencias mediante un libre examen de las nociones, adoptando aquellas que producen en su intelecto un sentimiento de evidencia y de libre adhesión
- Por último algunas personas solo aceptan como presupuesto la noción de lo real: es decir, de algo permanente y externo, sobre lo cual nuestro pensamiento no puede incidir, ya que está basado en la ciencia.

### **“Método”:**

### **Área de estudio:**

Este trabajo descriptivo se realizó en el Barrio Centro de la localidad de Pérez. Dicho barrio se encuentra ubicado en el núcleo de la ciudad donde habitan personas con un nivel socioeconómico medio.

Pérez, ciudad del Gran Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, se encuentra ubicada a 12 km al oeste del microcentro de la ciudad de Rosario; a 175 km de la ciudad capital provincial Santa Fe. Cuenta con una población de 34.000 habitantes. Fue fundada en 1886 por Eduardo Pérez y María Pérez de Jolly, se convirtió en una comuna el 20 de noviembre de 1905, y en municipio el 4 de noviembre de 1971. Su proximidad a la ciudad de Rosario la posiciona como parte integrante del área metropolitana del Gran Rosario, sin que ello derive en una pérdida de identidad. Por el contrario la ciudad conserva las características propias distintivas desde su fundación. La ubicación geográfica de Pérez es estratégica dentro del eje económico del MERCOSUR.

### **Población:**

La población seleccionada para la realización de este trabajo fueron las personas de la Tercera Edad del barrio Centro de la Ciudad de Pérez. El método que se utilizó fue No probabilística (intencional), ya que se escogió a personas entre los 65 a 85 años de edad, incluyendo sexo femenino y masculino. La elección del barrio para la realización de la investigación se debió a que éste, es el primitivo de



la ciudad y por ende en él habitan la mayor cantidad de personas de la tercera edad. El tamaño estimado de dicha población es de 50 personas.

**Técnica de recolección de datos:**

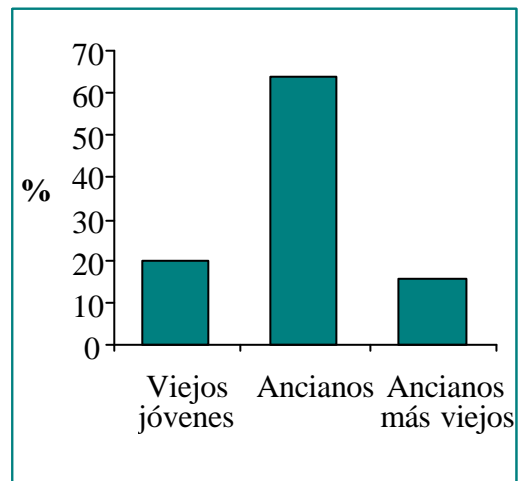
La técnica de recolección de datos que se utilizó en la investigación es de tipo Cuestionario con portador, cuyo modelo se adjunta en anexo.



### **“Resultados”:**

Para evaluar variables como el consumo de medicamentos, el porcentaje de personas que presentan dentadura postiza, la ingestión de bebidas alcohólicas y la realización de actividad física se decidió utilizar la diferenciación de los grupos de edad: viejos jóvenes: aquellas personas entre 65 y 74 años, ancianos aquellas entre 75 y 84 años y ancianos más viejo de 85 años o más; en la cual el 64% de los encuestados pertenece al grupo de ancianos de 75 a 84 años. Este grupo presenta una importante diferencia en el número de personas que lo integran respecto a los dos grupos restantes. Estos dos grupos restantes, viejos jóvenes de 65 a 74 años y ancianos viejos de 85 años o más; presentan porcentajes muy similares 20% y 16% respectivamente. (Gráfico 1; Tabla 1 – Anexo)

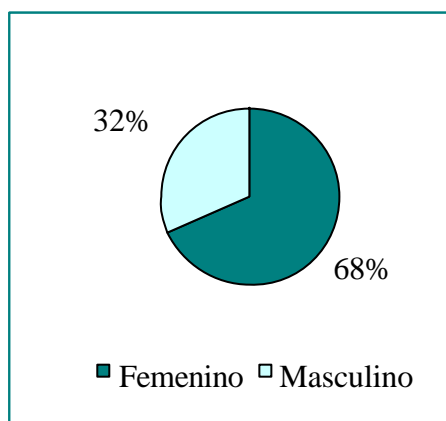
*Gráfico 1: Distribución de los grupos de edad.*



*Estadísticos descriptivos de la edad de la población bajo estudio.*

Se observa mediante los estadísticos descriptivos que las personas bajo estudio presentan en promedio 78 años. Con un mínimo de 65 años y un máximo de 85 años.

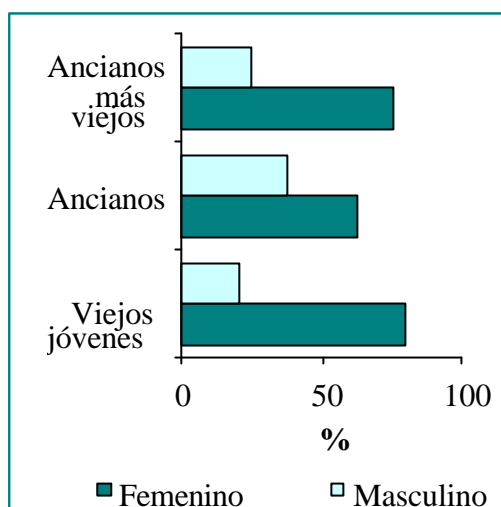
Gráfico 2: Distribución del sexo.



De las personas encuestadas el 68% son mujeres y el 32% varones. (Tabla 2 – Anexo)

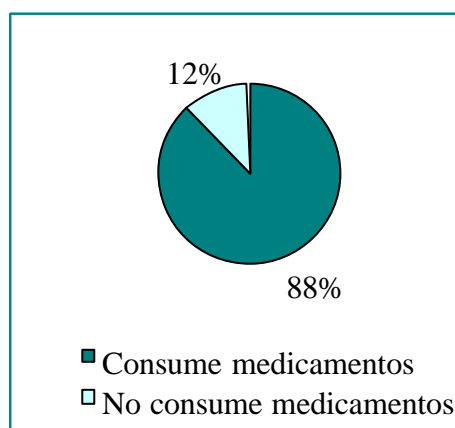


Gráfico 3: Distribución por género.



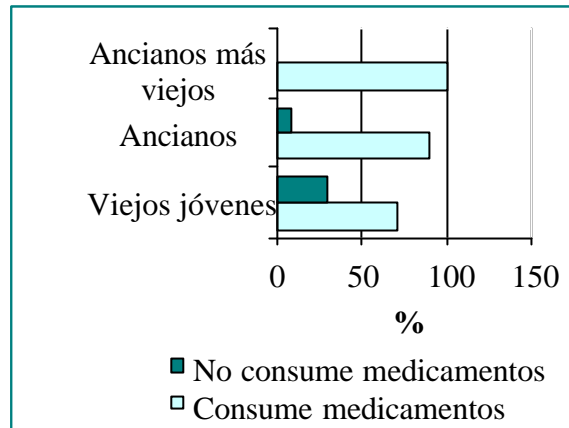
Se puede observar en los tres grupos de edad como el sexo femenino supera, en un número importante, al sexo masculino. (Tabla 3 – Anexo)

Gráfico 4: Distribución del consumo de medicamentos.



Se observa que la mayoría (88%), de las personas bajo estudio, consumen algún tipo de medicamentos y sólo el 12% no consume. (Tabla 4 – Anexo)

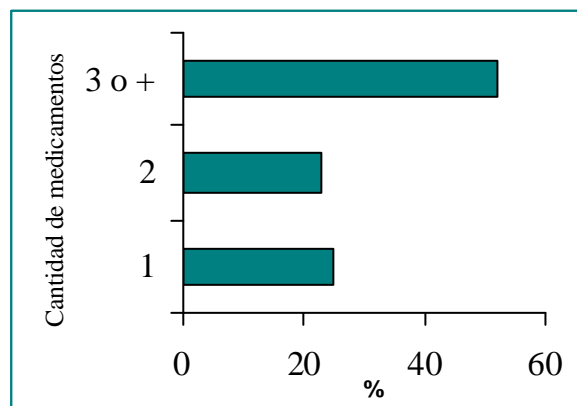
Gráfico 5: Consumo de medicamentos por grupos de edad.



Se puede observar que dentro de cada grupo de edad son mayores las personas que consumen medicamentos.

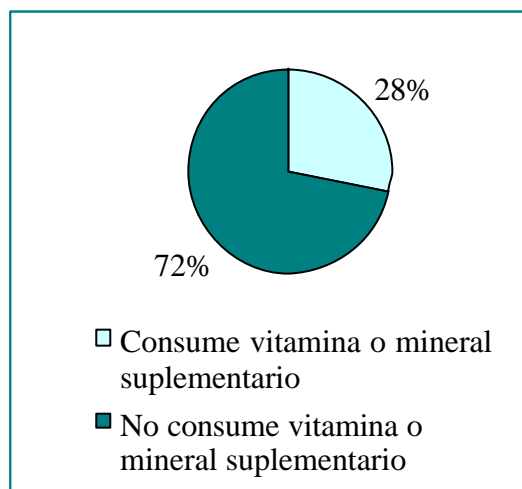
Se destaca el último grupo, de ancianos más viejos, que todos los encuestados de este grupo consumen medicamentos. (Tabla 5 – Anexo)

Gráfico 6: Cantidad de medicamentos.



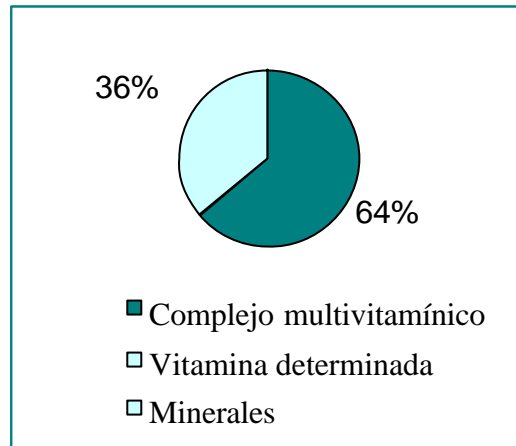
Se observa que la mayoría (52%) consume regularmente 3 o más medicamentos. El porcentaje de encuestados que consumen uno o dos medicamentos es bastante similar, 25% y 23% respectivamente. (Tabla 6 – Anexo)

Gráfico 7: Porcentaje del consumo de vitaminas o mineral suplementario.



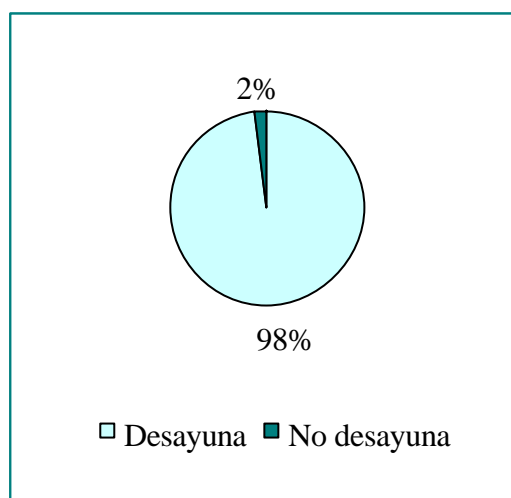
El 72% de los encuestados no consumen vitaminas o minerales suplementarios, sólo lo hacen un 28%. (Tabla 7 – Anexo)

*Gráfico 8: Porcentaje del consumo de vitaminas o mineral suplementario según tipo.*



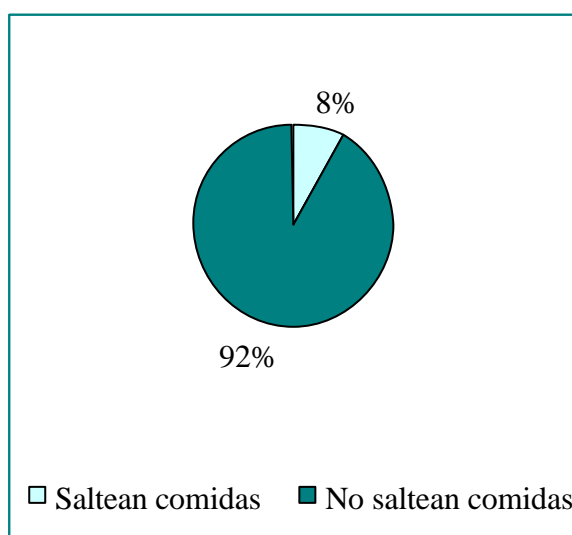
Dentro del grupo que consume algún tipo de vitamina, la mayoría (64%) lo hace consumiendo complejo vitamínico, muy pocos minerales (36%) y ninguno de los encuestados consume alguna vitamina determinada. (Tabla 8 – Anexo)

Gráfico 9: Porcentaje de encuestados según si desayunan o no.



El 98% de las personas encuestadas desayunan todos los días, sólo un 2% no lo hacen. (Tabla 9-Anexo)

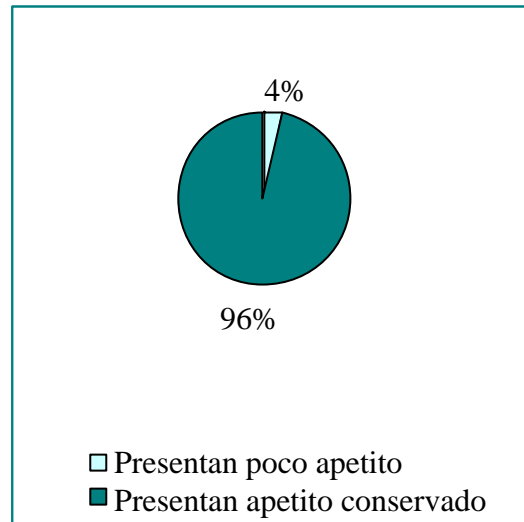
Gráfico 10: Porcentaje de encuestados según si saltean comidas o no.



El 92% de las personas encuestadas no saltean las comidas, sólo lo hacen el 8%.

(Tabla 10-Anexo)

Gráfico 11: Porcentajes de personas según tengan apetito o no.

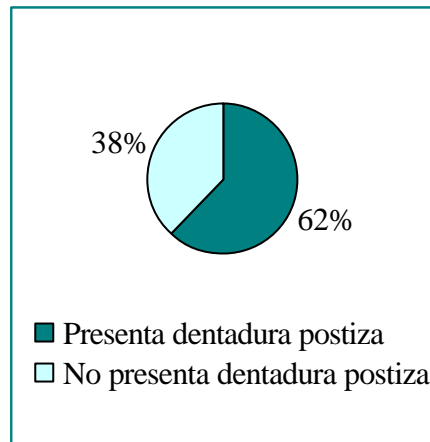


Se observa que sólo el 4% presenta poco apetito. (Tabla 12-Anexo)

Conjuntamente se observan los gráficos 9, 10 y 11 y se puede decir que la mayoría de las personas encuestadas desayunan todos los días y no saltean comidas.

Dentro del grupo que saltean comidas lo hacen a la noche, es decir la cena. (Tabla 11-Anexo). Además se observa que sólo el cuatro por ciento presenta poco apetito.

*Gráfico 12: Porcentajes de personas según presenten dentadura postiza o no.*

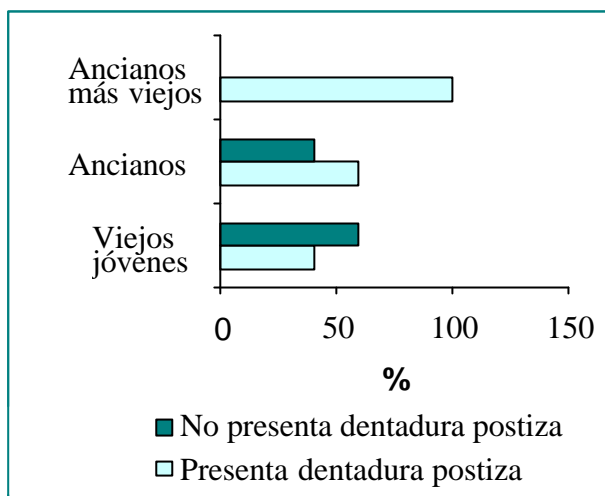


*Tabla 14: Porcentajes de personas con dentadura postiza según dificultad para comer.*

Dificultad para comer	Presentan dentadura postiza	
	Personas encuestadas	Porcentajes
Si	6	19,35
No	25	80,65
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,00</b>

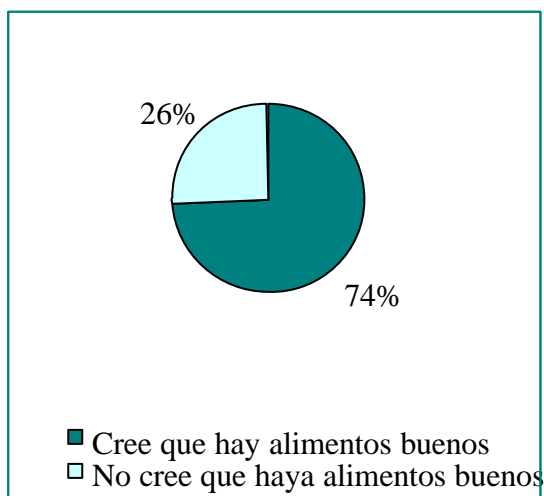
El 62% de los encuestados presentan dentadura postiza. (Tabla 13-Anexo). La mayoría (81%) de este grupo no presentan dificultad para comer.

Gráfico 13: Porcentaje de personas con dentadura postiza según grupos de edad.



Se estudia el comportamiento dentro de cada grupo de edad y se observa como se diferencia el grupo de ancianos más viejos del resto, porque dentro de este grupo todos presentan dentadura postiza. Respecto a los dos grupos de edad restantes, el grupo de ancianos presentan mayor porcentaje de personas con dentadura postiza, mientras que el otro grupo presenta comportamiento inverso. (Tabla 15-Anexo).

Gráfico 14: Porcentaje de personas según crean que hay alimentos buenos o no.

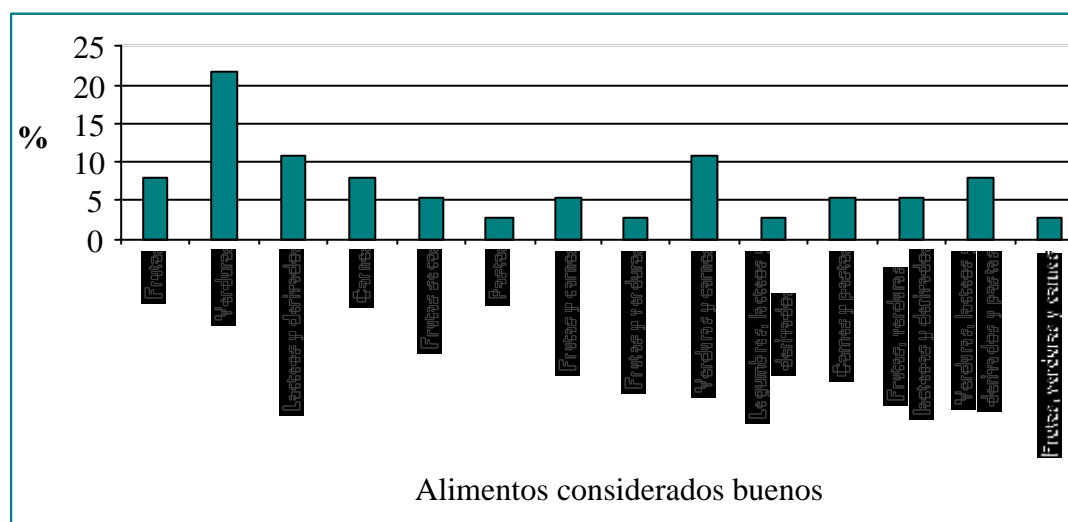




*Tabla 16: Tipos de alimentos considerados buenos para la salud*

Tipos de alimentos	Personas	Porcentajes
Frutas	3	8
Verduras	8	22
Lacteos y derivados	4	11
Carnes	3	8
Frutas secas	2	5
Pastas	1	3
Frutas y carnes	2	5
Frutas y verduras	1	3
Verduras y carnes	4	11
Legumbres, lacteos y derivados	1	3
Carnes y pastas	2	5
Frutas, verduras, lacteos y derivados	2	5
Verduras, lacteos y derivados y pastas	3	8
Frutas, verduras y carnes	1	3
Total	37	100

*Gráfico 15: Porcentaje de personas según tipo de alimentos que creen bueno para su salud.*



El 74% de las personas encuestadas cree que hay alimentos buenos para su salud.

Dentro de este grupo; el 22% considera las verduras, seguido de lácteos y derivados y carnes, 11% respectivamente.

Gráfico 15: Porcentaje de personas según crean que hay alimentos malos o no.

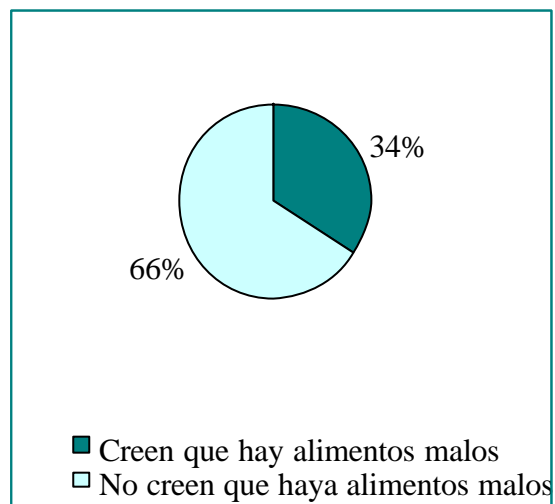
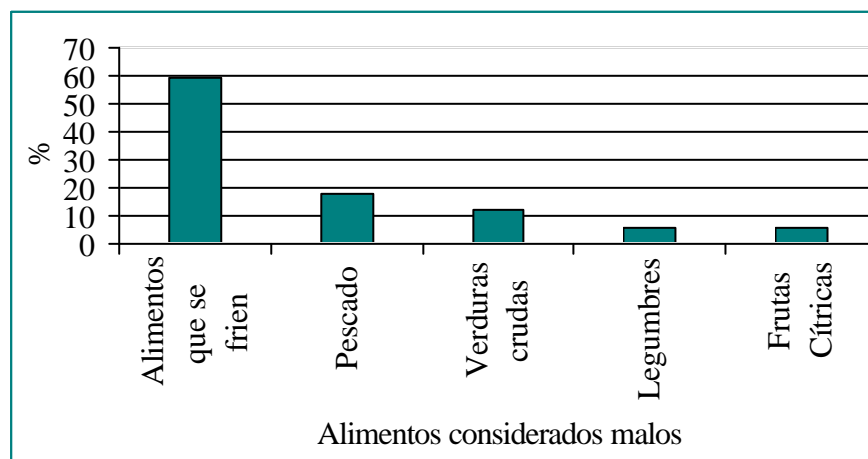
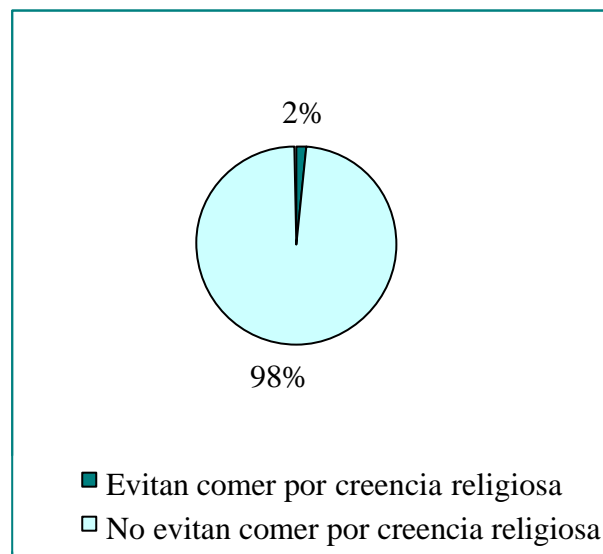


Gráfico 16: Porcentaje de personas según tipo de alimentos que creen malo para su salud.



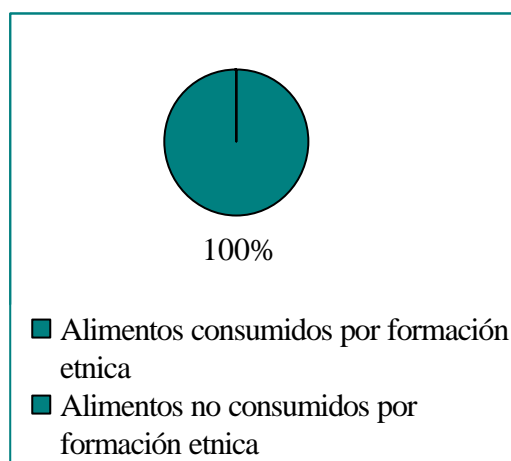
Se observa que el 66% de las personas encuestadas no cree que hay alimentos malos para su salud, sólo un 34% si cree; dentro de este último grupo, la mayoría (59%) cree como alimentos malos los que se fríen. (Tablas 18, 19-Anexo).

*Gráfico 17: Porcentaje de personas según tipo de alimentos que evitan comer por creencia religiosa.*



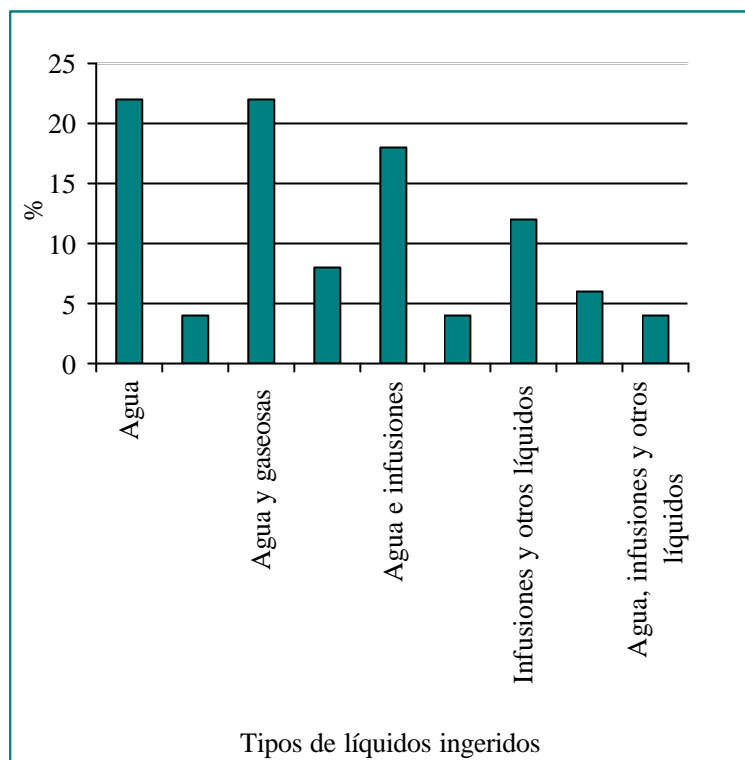
El 98% de las personas encuestadas no evita comer ningún tipo de alimento por creencia religiosa y el 2% que si lo hace, el alimento que evita es la carne. (Tabla 20-Anexo).

*Gráfico 18: Porcentaje de personas según tipo de alimentos que consumen por formación étnica.*



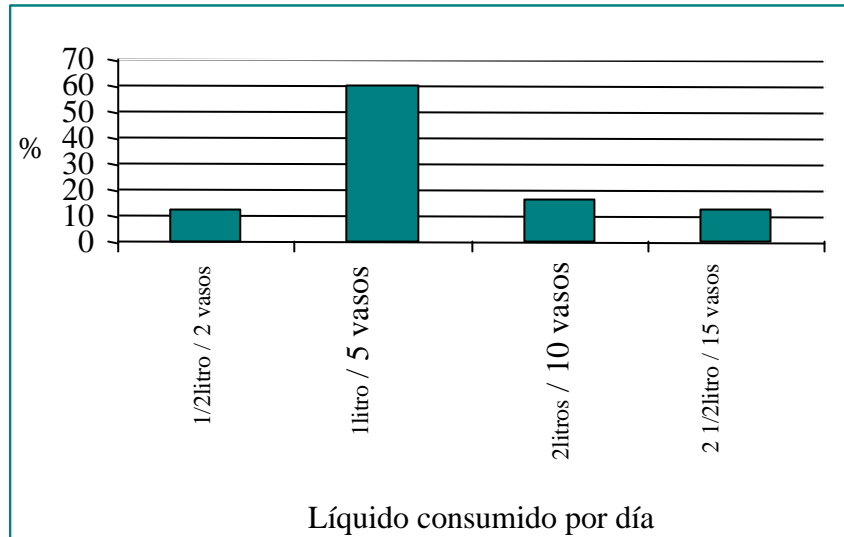
Ninguno de los encuestados ingiere regularmente alimentos por su formación étnica o cultural. (Tabla 21-Anexo).

*Gráfico 19: Porcentaje de personas según tipos de líquidos ingeridos*



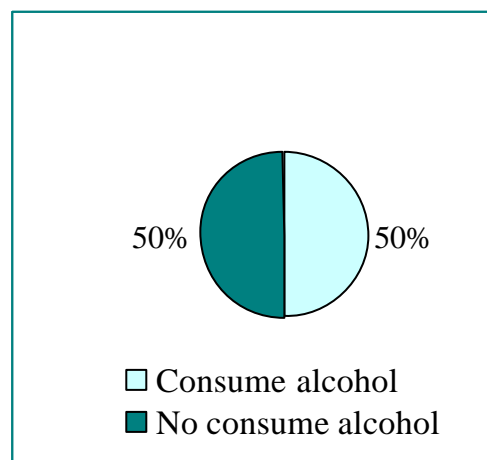
Se puede observar que las personas encuestadas, ingieren mayormente agua y gaseosas un 22%, en menor medida ingieren agua e infusiones un 18%, únicamente agua un 16% e infusiones y otros líquidos un 12%. (Tabla 22-Anexo).

Gráfico 20: Porcentaje de personas según cantidad de líquido que consumen por día.



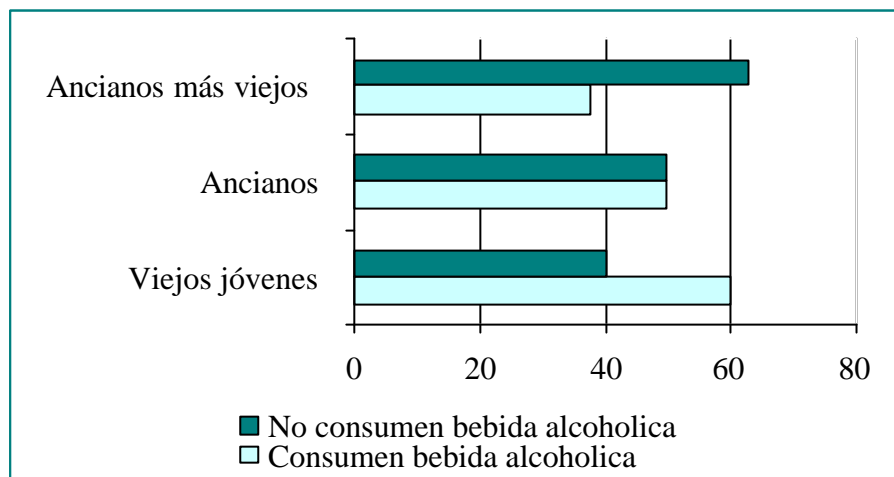
Se puede observar que la mayoría (60%) de las personas encuestadas consumen 1 litro de agua por día. (Tabla 23-Anexo).

Gráfico 21: Porcentaje de personas que consumen o no bebidas alcohólicas.



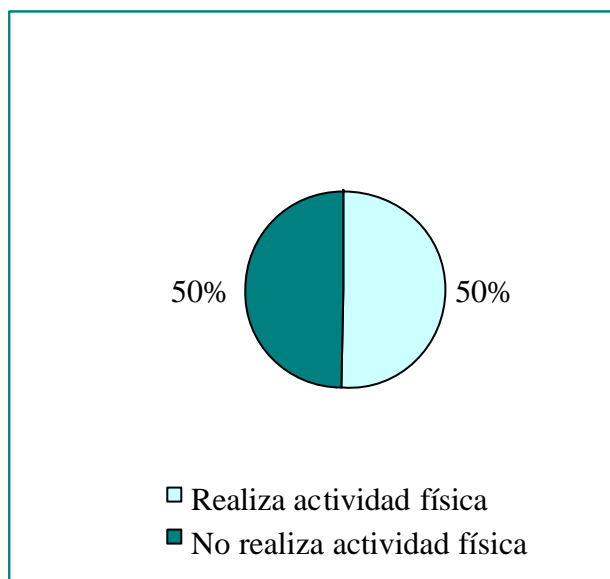
La mitad de los encuestados, es decir, el 50% consume bebida alcohólica; la bebida alcohólica consumida por ellos es el vino. (Tablas 24 y 25-Anexo).

*Gráfico 22: Porcentaje de personas que consumen o no bebidas alcohólicas según grupos de edad.*



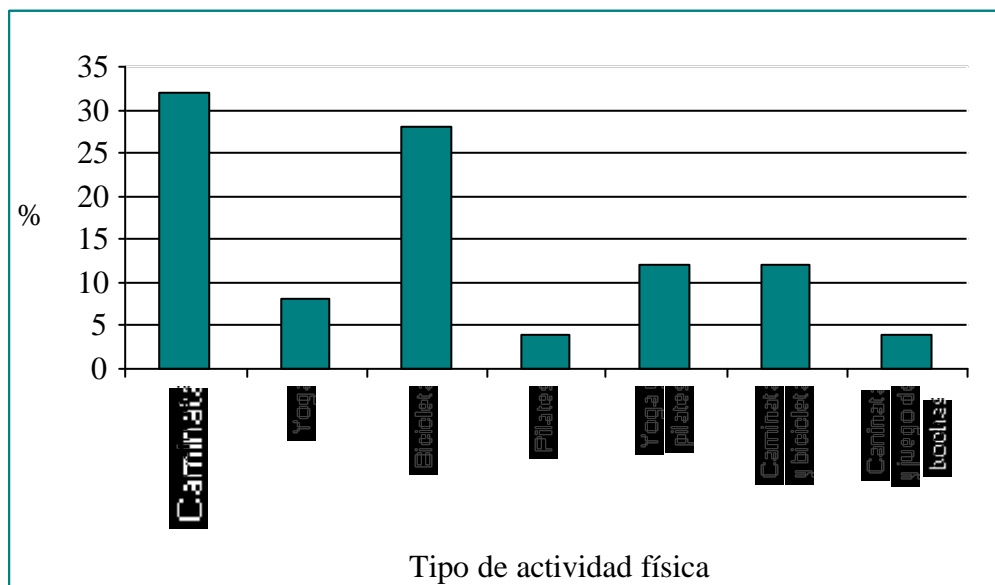
Se analiza dentro de cada grupo de edad y se observa que el grupo de viejos jóvenes, presentan mayor porcentaje en el grupo que consume bebida alcohólica; el grupo de ancianos, tienen el mismo comportamiento entre los que consumen y los que no consumen bebidas alcohólicas y el último grupo, ancianos más viejos, la mayoría no consumen bebidas alcohólicas. (Tabla 26-Anexo).

Gráfico 23: Porcentaje de personas que realizan o no actividad física.



Se observa que el 50% de los encuestados realiza actividad física. (Tabla 27- Anexo).

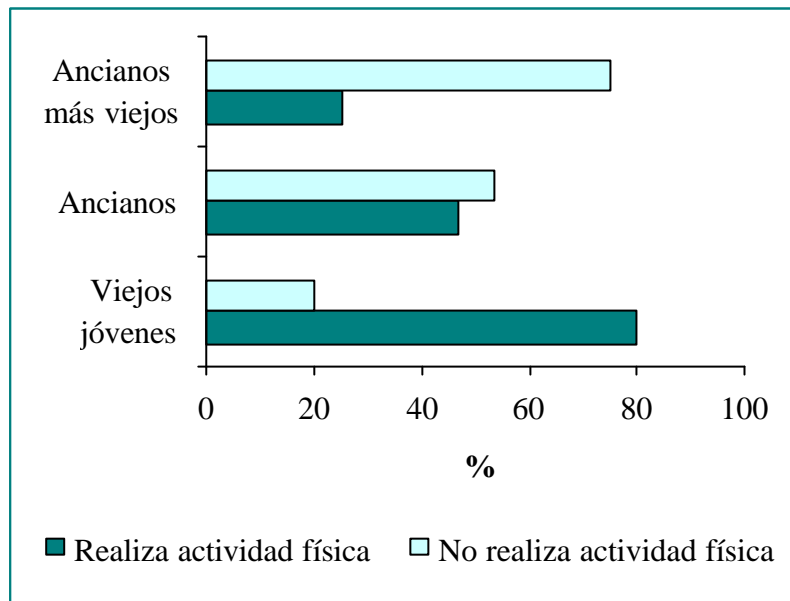
Gráfico 24: Porcentaje de personas que realizan actividad física según tipo de actividad.





Del 50% de los encuestados que realiza actividad física, la mayoría de ellos realizan caminatas y bicicletas, un 32% y 28% respectivamente. (Tabla 28-Anexo).

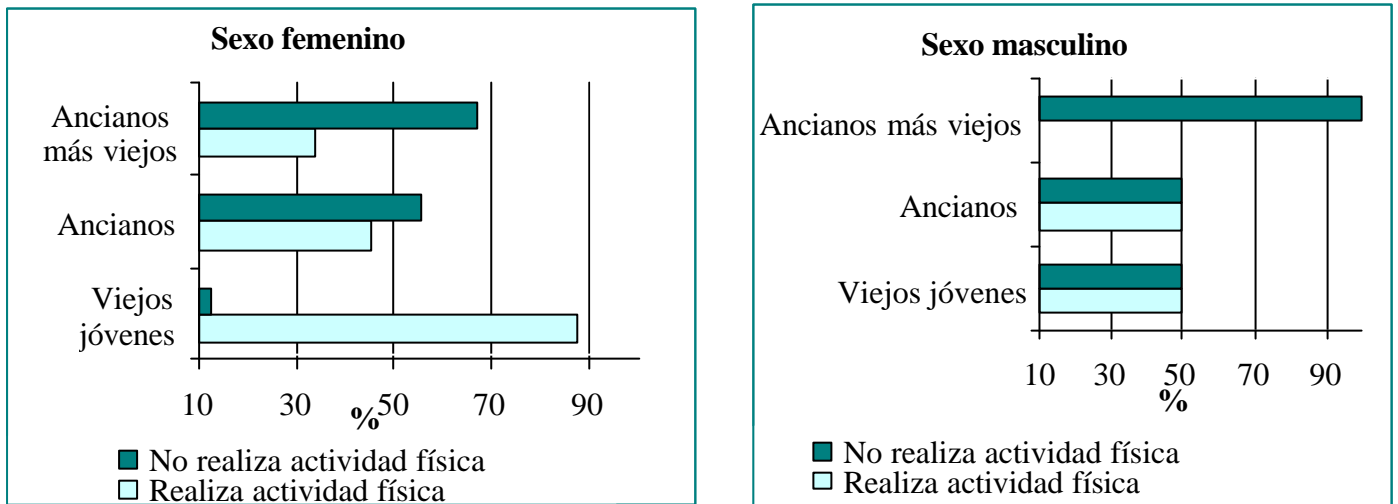
*Gráfico 25: Porcentaje de personas que realizan o no actividad física según grupos de edad.*



Se realiza el análisis dentro de cada grupo de edad y se observa que el grupo de viejos jóvenes, son los que realizan mayor actividad física y estos marcan una importante diferencia con los que no realizan actividad dentro de este grupo de edad. El grupo de ancianos presentan mayor porcentaje en el grupo que no realiza actividad física del grupo que realiza, este mismo comportamiento se presenta en el grupo de ancianos viejos, pero estos presentan diferencias entre ambos grupos (que hacen actividad y no) mucho mayor. (Tabla 29-Anexo).

**Se analiza la actividad física según grupo de edad y consumo de bebida  
alcohólica según grupos de edad para cada sexo, femenino y masculino.**

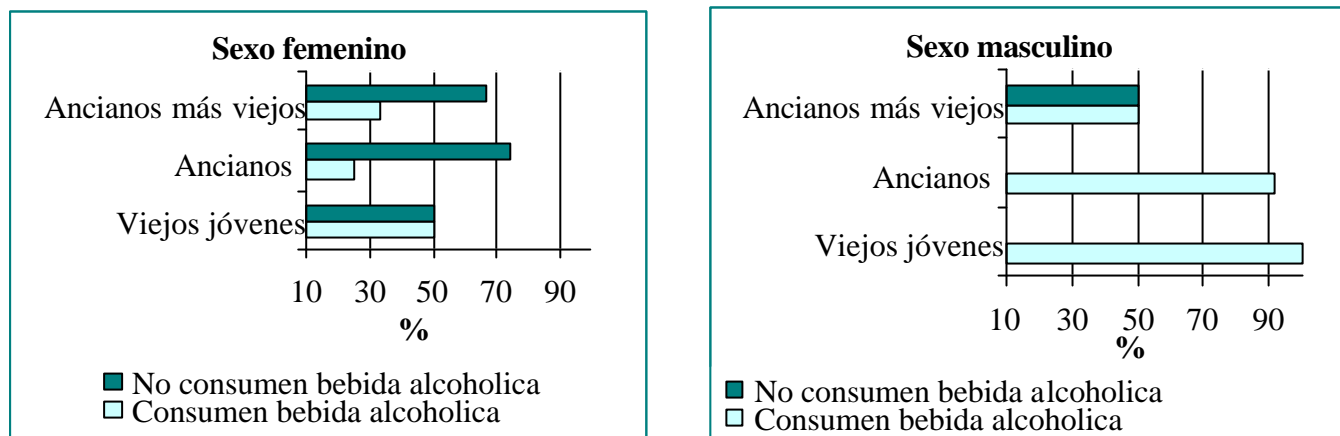
*Gráfico 26: Porcentaje de personas que realizan o no actividad física según grupos de edad y sexo.*



El grupo de ancianos más viejos, para ambos sexo, presentan mayor porcentaje de personas que realizan actividad física. El grupo de ancianos de mujeres presenta mayor porcentaje de personas que no realizan actividad física, no ocurre lo mismo para el grupo de viejos jóvenes de mujeres que presentan un alto porcentaje que realizan actividad física. Y para el sexo masculino estos dos últimos grupos (ancianos y viejos jóvenes) presentan el mismo comportamiento en la actividad física. (Tabla 30-Anexo).

*Gráfico 27: Porcentaje de personas que consumen o no bebidas alcohólicas*

*según grupos de edad y sexo.*



En este caso, comparando ambos sexo, se observa que los tres grupos de edad presentan comportamientos muy diferentes. En forma general se observa dentro de los tres grupos de edad mayor consumo de bebida alcohólica en el sexo masculino. (Tabla 31-Anexo).

**Tablas de frecuencias de consumo por grupos de alimentos.**

**Cereales y derivados**

Grupos de Alimentos	Todos los días	Cuatro veces por semana	Tres veces por semana	Dos veces por semana	Una vez por semana	Nunca
arroz	0	2	0	15	33	0
fideos	2	0	0	20	28	0
polenta	0	0	0	1	27	22
pastas rellenas	0	0	3	13	34	0
copos	2	0	0	2	21	25
pan	17	20	0	1	0	12
galletitas dulces	17	4	6	13	5	5
galletitas de agua	31	10	4	0	0	5
<b>Cereales y derivados</b>	<b>69</b>	<b>36</b>	<b>13</b>	<b>65</b>	<b>148</b>	<b>69</b>

Se puede observar que la mayoría de los encuestados consume una vez por semana arroz, fideos, polenta y pastas rellenas. El pan, la mayoría se consume todos los días o cuatro veces por semanas, las galletitas de agua son consumidas todos los días por un número importante de encuestados.

Los copos son consumidos casi por el mismo número de encuestados una vez por semana o nunca.

### Legumbres

Grupos de Alimentos	Todos los días	Cuatro veces por semana	Tres veces por semana	Dos veces por semana	Una vez por semana	Nunca
lentejas	0	3	4	0	29	14
porotos	0	0	2	0	16	32
arvejas	0	2	2	0	22	24
garbanzos	0	1	0	0	12	37
soja	0	0	0	0	15	35
<b>Legumbres</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>94</b>	<b>142</b>

Se puede observar que la mayoría de los encuestados nunca consumen legumbres.

Las lentejas son las más consumidas una vez por semana. Las legumbres que nunca se consumen por la mayoría de los encuestados son mayormente casi todas, con excepción de las lentejas y en menor cantidad arvejas.

### Frutas A

Grupos de Alimentos	Todos los días	Cuatro veces por semana	Tres veces por semana	Dos veces por semana	Una vez por semana	Nunca
limon	4	0	1	1	32	12
naranja	10	0	20	8	1	11
manzana	17	1	19	8	1	4
mandarina	9	1	18	10	3	9
durazno	1	1	22	10	2	14
pera	3	0	12	13	3	19
cereza	0	0	1	0	3	46
frutilla	0	0	6	17	11	16
pomelo	0	0	0	2	13	35
melon	0	0	1	1	4	44
sandía	0	0	12	16	4	18
<b>Frutas A</b>	<b>44</b>	<b>3</b>	<b>112</b>	<b>86</b>	<b>77</b>	<b>228</b>

Las frutas que más se consumen todos los días en relación con otras frutas, por los encuestados, son manzanas y en menor cantidad naranjas. Duraznos, naranjas, manzanas y mandarinas, la mayoría las consumen tres veces por semana. Finalmente las frutas que nunca comen la mayoría de los encuestados son cereza, melón y pomelo.

### Frutas B

Grupos de Alimentos	Todos los días	Cuatro veces por semana	Tres veces por semana	Dos veces por semana	Una vez por semana	Nunca
banana	11	3	15	15	1	5
uva	1	0	13	16	6	14
higo	0	0	10	16	3	21
<b>Frutas B</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>38</b>	<b>47</b>	<b>10</b>	<b>40</b>

Del grupo de frutas B, la más consumida todos los días es la banana. Las tres son consumidas dos o tres veces por semanas por la mayoría de los encuestados. También un número importante de encuestados no consume nunca uva e higo.



## Verduras A

Grupos de Alimentos	Todos los días	Cuatro veces por semana	Tres veces por semana	Dos veces por semana	Una vez por semana	Nunca
acelga	8	2	9	18	6	7
apio	0	1	9	15	8	17
berenjena	0	1	13	15	4	17
berro	0	0	4	16	9	21
brocoli	0	0	4	15	2	29
coliflor	2	0	0	17	6	25
espinaca	5	2	5	19	13	6
esparrago	2	0	3	23	9	13
hinojo	0	0	9	13	11	17
lechuga	20	9	7	5	2	7
rabano	0	0	4	7	25	14
radicheta	1	0	5	4	27	13
repollo	1	2	2	2	25	18
repollo de bruselas	1	0	2	5	18	24
tomate	34	2	3	0	5	6
zapallito	11	6	9	12	5	7
alcaucil	1	1	3	17	17	11
<b>Verduras A</b>	<b>86</b>	<b>26</b>	<b>91</b>	<b>203</b>	<b>192</b>	<b>252</b>

Se puede observar que las verduras que más se consumen todos los días por los encuestados son lechuga y tomate. Tres veces por semana la berenjena es la más consumida. Dos veces por semana consumen mayormente acelga, espinaca, espárrago, zapallito y alcaucil; las verduras como apio, berenjena, berro, brócoli, coliflor e hinojo, además de ser consumidas tres veces por semana también es importante el número de encuestados que nunca las consumen. Las más consumidas una vez por semana son, rábano, radicheta, repollo y alcaucil. Repollo de bruselas un importante número de encuestados no la consume nunca.

### Verduras B

Grupos de Alimentos	Todos los días	Cuatro veces por semana	Tres veces por semana	Dos veces por semana	Una vez por semana	Nunca
cebolla	0	1	16	15	7	11
chaucha	0	1	7	10	14	18
puerro	0	0	0	10	11	29
remolacha	0	3	4	5	16	22
zanahoria	6	2	24	5	4	9
zapallo	0	4	24	9	4	9
<b>Verduras B</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>75</b>	<b>54</b>	<b>56</b>	<b>98</b>

Dentro de este grupo de verduras la cebolla, zanahoria y zapallo se consumen por la mayoría de los encuestados tres veces por semana y las que nunca se consumen, también por un número importante de encuestados son chaucha, puerro y remolacha.

### Verduras C

Grupos de Alimentos	Todos los días	Cuatro veces por semana	Tres veces por semana	Dos veces por semana	Una vez por semana	Nunca
choclo	0	0	8	14	5	23
camote	0	0	23	7	8	12
papa	4	4	16	7	10	9
<b>Verduras C</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>47</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>44</b>

Se observa de este grupo C de verduras que las más consumidas son camote y papa tres veces por semanas y el choclo es importante el numero de encuestados que nunca lo consume.



### Lácteos y derivados

Grupos de Alimentos	Todos los días	Cuatro veces por semana	Tres veces por semana	Dos veces por semana	Una vez por semana	Nunca
leche	42	1	1	0	0	6
yogur	34	0	5	0	2	9
queso	23	4	15	0	3	5
manteca	2	1	0	0	4	43
crema de leche	0	0	0	2	5	43
otros	14	0	0	3	2	31
<b>Lacteos y derivados</b>	<b>115</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>137</b>

Del grupo de alimentos de lácteos y derivados, los que consumen la mayoría de los encuestados son leche, yogurt y queso.

La manteca, crema de leche y otros lácteos la mayoría, nunca los consume.

### Carnes

Grupos de Alimentos	Todos los días	Cuatro veces por semana	Tres veces por semana	Dos veces por semana	Una vez por semana	Nunca
vaca	5	25	19	0	1	0
pollo	8	2	16	19	5	0
pescado	0	0	0	2	37	11
<b>Carnes</b>	<b>13</b>	<b>27</b>	<b>35</b>	<b>21</b>	<b>43</b>	<b>11</b>

Se puede observar que la mayoría de los encuestados consumen, carne de vaca cuatro o tres veces por semana, pollo lo consumen tres o dos veces por semana y resulta importante el número de encuestados que consume una vez por semana pescado.



### Huevos, aceites y grasas

Grupos de Alimentos	Todos los días	Cuatro veces por semana	Tres veces por semana	Dos veces por semana	Una vez por semana	Nunca
huevos	0	0	0	21	29	0
aceites	38	12	0	0	0	0
adherezos	0	0	0	1	21	28
<b>Huevos, aceites y grasas</b>	<b>38</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>50</b>	<b>28</b>

Dentro de este grupo de alimentos la mayoría consume aceites todos los días, huevos, una o dos veces por semanas y por último los aderezos, es importante el número de encuestados que los consumen una vez por semana y el número de encuestados que nunca los consume.

### Azúcares y dulces

Grupos de Alimentos	Todos los días	Cuatro veces por semana	Tres veces por semana	Dos veces por semana	Una vez por semana	Nunca
azucar	50	0	0	0	0	0
edulcorante	5	0	0	0	0	45
dulces y mermeladas	25	21	4	0	0	0
helados	1	0	0	5	36	8
golosinas	7	0	0	1	32	10
<b>Azúcares y dulces</b>	<b>88</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>68</b>	<b>63</b>

Se puede observar que los 50 encuestados consumen azúcar todos los días. Edulcorante la mayoría nunca consume, sólo cinco encuestados lo hacen todos los días. Dulces y mermeladas la mayoría de los encuestados consumen todos los días o cuatro veces por semana y los helados y golosinas la mayoría consume una vez por semana.

### **“Conclusión:”**

Tras la realización de este trabajo de investigación, al haber tenido contacto directo con las 50 personas de la tercera edad que han sido encuestadas y al realizar un cuestionario (con portador), se pudo determinar que el 68% de la población pertenece al sexo femenino y el 32% restante al sexo masculino.

Para evaluar variables en las que se consideró que la edad influiría en la respuesta (como el consumo de medicamentos, el porcentaje de personas que presentan dentadura postiza, la ingestión de bebidas alcohólicas y la realización de actividad física) se utilizó la diferenciación de los grupos de edad propuesta por Schlenker (1998, citado por Harris, 2001): viejos jóvenes: aquellas personas entre 65 y 74 años, ancianos aquellas entre 75 y 84 años y ancianos más viejo de 85 años o más. Cabe destacar que la población tomada para el trabajo corresponde a un rango de 65 a 85 años de edad.

Considerando la clasificación anteriormente citada se pudo ver que la mayoría de los individuos pertenece a la categoría de ancianos.

Con respecto al cumplimiento de los objetivos, cuando uno de ellos era evaluar el consumo de los diferentes grupos de alimentos y su frecuencia, teniendo en cuenta que las personas de la tercera edad son vulnerables a sufrir carencias y desequilibrios nutricionales según Schapira (2001); favorablemente, pudo observarse que la totalidad de la población en estudio consume cereales y derivados; y de esta forma no presentan carencias en hidratos de carbono. Con las carnes se pudo determinar el mismo resultado, esto significa que están cubiertos de proteínas completas y son fuente de hierro, como lo indican Las Guías

alimentarias para la población Argentina diseñadas por Lama, Longo, Lopreste (2004)

Para ambos grupos de alimentos la justificación de su consumo fue por gusto y ahí pudo notarse el otro objetivo propuesto: el de la identificación de creencias sobre alimentos, respondiendo a uno de los métodos de formación de las mismas presentado por Peirce (1996, citado por Samara, 2007): el de la tenacidad.

También se observó que la totalidad de las personas encuestadas, consumen lácteos y derivados, justificando su ingestión por el aporte de calcio. Siguiendo a las Guías alimentarias para la población Argentina diseñadas por Lama, Longo, Lopreste (2004) con respecto a la vitamina E toda la población no debería presentar carencia ya que el 100% utiliza aceites.

El aporte de vitaminas A y C, fibras y minerales como potasio y magnesio, son cubiertos con las frutas, no ocurre lo mismo en algunas personas con las verduras, debido a que el 96% de la población las consume, y el 4% restante se excusó por la inflamación que producen y por la enfermedad diverticular.

Las legumbres son ingeridas por el 96% de la población, fundamentando su elección por el hierro que aportan y por que son buenas para su salud, cumpliendo otra vez, con el proceso de la tenacidad nombrado por Peirce (1996, citado por Samara, 2007).

La frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos expresan una diversidad, dependiendo del gusto que sobre de ellos tienen. Por ejemplo: en el grupo de los cereales y derivados: el arroz, fideos, polenta y pastas rellenas son consumidos una vez por semana por la mayor cantidad de los encuestados. En el caso de las frutas tipo A, las que más se consumen todos los días son las

manzanas y en menor cantidad las naranjas. Con respecto a los lácteos y derivados, los más elegidos son: leche, yogur y quesos.

El 74% de las personas consideran que hay alimentos buenos para su salud, entre los que se encuentran en su mayoría verduras, lácteos y derivados y carnes argumentando que las vitaminas y minerales, encontrándose en el grupo de las verduras, son indispensable para la vida, que el aporte del calcio por parte de los lácteos favorece a la salud ósea y que la importancia del hierro, por parte de las carnes, es utilizado para tratar la anemia.

Cuando se preguntó sobre los alimentos malos, sólo el 34% determinó que sí existen y la mayor cantidad de personas eligió los alimentos que se fríen, excusándose por la cantidad de grasa que se ingieren con ellos y cómo influye en el nivel de colesterol sanguíneo.

Sorprendentemente sólo el 2% no come alimentos por creencias religiosas, como por ejemplo la carne de vaca en días de vigilia, para la religión cristiana. Esto demuestra que siguen otro método de formación de creencias también mencionado por Peirce (1996, citado por Samara, 2007):

el metafísico.

El 88% consume algún tipo de medicamentos, de ese porcentaje el 52 % ingiere 3 fármacos o más. Se destacó que dentro de los grupos de edad, (en el de ancianos más viejos) todos los encuestados consumen medicamentos.

El 50% de la población en estudio confesó realizar algún tipo de actividad física, donde la mayoría prefieren caminatas y bicicletas. El grupo de los viejos jóvenes es el que más tiempo dedica a estas actividades.



Otro objetivo planteado fue la determinación de la cantidad y tipo de líquido que toman, en el que pudo verse que la mayoría eligió por gusto agua y gaseosas, cerca de 1 litro por día, observándose que las personas encuestadas no cubren las necesidades nutricionales con respecto al agua indicado por Harris ( 2001). La mitad de los encuestados consume bebidas alcohólicas, la bebida consumida es el vino, y entre los grupos de edad el que más consume es el de los viejos jóvenes.

Teniendo en cuenta que los hábitos alimentarios son una disposición adquirida por actos repetidos, una manera de ser y de vivir, éstos, de alguna manera, están condicionados por la edad, por los cambios producidos por el propio proceso de envejecimiento (tanto físico como social) y por las creencias arraigadas sobre algún alimento.

Considerando también, que todo hábito alimentario forma parte de la herencia social que el individuo incorpora en el proceso de socialización, y que contribuye sin duda a la calidad de vida según Dobboletta, Moreles, Sweheeler (2008), pudo determinarse: que las 50 personas a las que se encuestó, no presentan hábitos que afecten la calidad de sus vidas.

### **“Bibliografía”:**

- ▣ Delpietro S. Alimentación en el envejecimiento. En: Carmuega E, Duran P, Schapira P, Soifer G, Carrera M, Delpietro S, Braña M. Nutrición y Tercera edad. Buenos Aires: Abbot Laboratorios Arg. SA; 2001.p. 173- 243.
- ▣ Dobboletta L, Morales M F, Sweheeler J. Evaluación de Hábitos y Conductas alimentarias en choferes de camiones [tesis]. Rosario: Universidad del Centro Educativo Latinoamericano; 2008.
- ▣ Fleyler C. Anamnesis Alimentaria y Cálculo de la Ingesta. En: López L y Suárez M. Fundamentos de Nutrición Normal. Buenos Aires: Ateneo; 2002.p.254-271.
- ▣ Genua G. Nutrición y Valoración del Estado Nutricional en el Anciano. 2001. Disponible desde: URL: [www.matiaf.net/profesionales/articulos](http://www.matiaf.net/profesionales/articulos).
- ▣ Hammond K. Valoración alimentaria y Clínica. En Mahan K y Escote- Stump S. Nutrición y Dietoterapia de Krause. Décima edición. Ciudad de México: MacGraw-Hill- Interamericana; 2001. p.386-411.
- ▣ Harris N. Nutrición y Vejez. En Mahan K y Escote- Stump S. Nutrición y Dietoterapia de Krause. Décima edición. Ciudad de México: MacGraw-Hill- Interamericana; 2001. p. 313-333
- ▣ Instituto Nacional de Salud. Alimentación del adulto mayor. Boletín INS 2007 mayo-junio; 13 (5-6). p.108-108.
- ▣ Lama S, Longo E, Lopreste A. Guías alimentarias Argentinas. Segunda edición. Buenos Aires: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas; 2004.



- ▣ López L, Suárez M. Nutrición en los adultos mayores. En: López L y Suárez M. Fundamentos de Nutrición Normal. Buenos Aires: Ateneo; 2002. p. 376-387.
- ▣ Lyn S. Eat your fruit and vegetables. The Lancet [revista en línea] 2006 febrero; 367. Disponible desde: URL: [www.sciencedirect.com/science/journal](http://www.sciencedirect.com/science/journal).
- ▣ Martínez-Gonzales M A. La salud y sus determinantes. Papel de los estilos de vida. Fundamentos de la salud pública. En: Martínez- Gonzales M A, Grima G. Estilos de vida y Salud Pública. Pamplona: Newbook; 1999. p. 1-16.
- ▣ Periago M. Calidad de vida y longevidad: un nuevo reto para la salud pública en las Américas. Revista Panamericana de Salud Publica [revista en línea] 2005; 17. Disponible desde: URL: [www.scielop.org/pdf/rpsp](http://www.scielop.org/pdf/rpsp).
- ▣ Samaja J A. Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica. Tercera edición. Buenos Aires: Eudeba; 2007.
- ▣ Schapira M. ¿Qué es envejecer? En: Carmuega E, Duran P, Schapira P, Soifer G, Carrera M, Delpietro S, Braña M. Nutrición y Tercera edad. Buenos Aires: Abbot Laboratorios Arg. SA; 2001.p. 67-130.
- ▣ Soifer G. Nutrición y Anciano. En: Carmuega E, Duran P, Schapira P, Soifer G, Carrera M, Delpietro S, Braña M. Nutrición y Tercera edad. Buenos Aires: Abbot Laboratorios Arg. SA; 2001.p. 131-150.



**“Anexo”:**

**▣ Modelo de cuestionario:**

El presente cuestionario anónimo es realizado por la alumna Moretti Anahí de la carrera “Licenciatura en Nutrición”, para conocer los hábitos alimentarios del adulto mayor de la ciudad de Pérez. Cabe aclarar que no existen respuestas correctas e incorrectas, todas las opiniones son de gran ayuda para esta investigación. Por eso es muy importante la sinceridad de cada uno de los entrevistados.

Edad:.....	Sexo:.....		
<b>1): ¿Toma regularmente algún medicamento?</b>	Si:.....	No:.....	
<b>Si su respuesta es SI; ¿Cuántos?:</b>			
Uno:.....                      Dos:.....                      Tres o más:.....			
<b>2): ¿Está tomando ahora alguna vitamina o mineral suplementario?</b>	Si:.....	No:.....	
<b>Si su respuesta es SI; ¿Cual o Cuales?</b>			
Complejo multivitamínico:.....                      Vitamina determinada:.....			
Minerales:.....			
<b>3): ¿Desayuna todos los días?</b>	Si:.....	No:.....	
<b>4): ¿Saltea alguna comida?</b>	Si:.....	No:.....	
<b>Si su respuesta es SI; ¿Cual o Cuales?</b>			
Desayuno:.....	Almuerzo:.....	Merienda:.....	Cena:.....





<b>5): ¿Tiene poco apetito?</b>	Si:.....	No:.....
<b>6): ¿Tiene dentadura postiza?</b>	Si:.....	No:.....
Si su respuesta es SI; <b>¿Le ocasiona dificultad para comer?</b>	Si:.....	No:.....
<b>7) ¿Usted cree que hay alimentos que son buenos para su salud?</b>	Si:.....	No:.....
Si su respuesta es SI; <b>¿Cuál o Cuáles?.....</b> <b>¿Por qué?.....</b>		
<b>8): ¿Usted cree que hay alimentos que son malos para su salud?</b>	Si:.....	No:.....
Si su respuesta es SI; <b>¿Cuál o Cuáles?.....</b> <b>¿Por qué?.....</b>		
<b>9): ¿Hay algún alimento que evite comer por creencias religiosas?</b>	Si:.....	No:.....
Si su respuesta es SI; <b>¿Cuál o Cuáles?.....</b>		
<b>10): ¿Hay algunos alimentos que ingiera regularmente por su formación étnica o cultural?</b>	Si:.....	No:.....
Si su respuesta es SI; <b>¿Cuál o Cuáles?.....</b>		



<b>11) ¿Ingieres cereales y derivados?</b>	Si:.....	No:.....
<b>¿Por qué?</b> .....		
<b>12): ¿Ingieres frutas?</b>	Si:.....	No:.....
<b>¿Por qué?</b> .....		
<b>13): ¿Consumes verduras?</b>	Si:.....	No:.....
<b>¿Por qué?</b> .....		
<b>14): ¿Ingieres lácteos y derivados?</b>	Si:.....	No:.....
<b>¿Por qué?</b> .....		
<b>15): ¿Consumes carnes?</b>	Si:.....	No:.....
<b>¿Por qué?</b> .....		
<b>16): ¿Consumes legumbres?</b>	Si:.....	No:.....
<b>¿Por qué?</b> .....		
<b>17): ¿Ingieres Aceites y grasas?</b>	Si:.....	No:.....
<b>¿Por qué?</b> .....		
<b>18): ¿Ingieres azúcar y dulces?</b>	Si:.....	No:.....
<b>¿Por qué?</b> .....		



<b>19): ¿Qué tipo de líquido ingiere?</b>				
Agua:.....	Gaseosa:.....	Jugos.....	Infusiones.....	Otros.....
<b>¿Por qué?</b> .....				
<b>20) ¿Qué cantidad de líquido consume por día?</b>				
½ litro/ 2 vasos .....	1 litro/5 vasos .....	2litros /10 vasos .....	2 1/2litros/ 15 vas. .....	
<b>21) ¿Toma alguna bebida alcohólica?</b>		Si:.....	No:.....	
Si su respuesta es SI;				
Vino .....	Cerveza .....	Sidra .....	Bebidas destiladas .....	
<b>¿Por qué?</b> .....				
<b>22): ¿Desarrolla actividad física?</b>		Si:.....	No:.....	
Si su respuesta es SI;				
Caminata .....	Yoga .....	Bicicleta .....	Pilates .....	
Danzas .....	Aparatos .....	Juego de bochas .....		



■ Cuestionario de frecuencia alimentaria:

Grupo de Alimentos	Todos los días	Veces por semana				nunca
		4	3	2	1	
<b>Cereales y derivados</b>	<b>arroz</b>					
	<b>fideos</b>					
	<b>Polenta</b>					
	<b>Pastas rellenas</b>					
	<b>Copos de cereal</b>					
	<b>Pan</b>					
	<b>Gallet. dulces</b>					
	<b>Gallet. agua</b>					

<b>Legumbres</b>	<b>Lentejas</b>					
	<b>Porotos</b>					
	<b>Arvejas</b>					
	<b>Garbanzos</b>					
	<b>Soja</b>					



<b>Frutas: A</b>	<b>Limón</b>						
	<b>Naranja</b>						
	<b>Manzana</b>						
	<b>Mandarina</b>						
	<b>Duraznos</b>						
	<b>Pera</b>						
	<b>Cereza</b>						
	<b>Frutilla</b>						
	<b>Damasco</b>						
	<b>Pomelo</b>						
	<b>Melón</b>						
	<b>Sandia</b>						

<b>Frutas: B</b>	<b>Banana</b>						
	<b>Uva</b>						
	<b>Higo</b>						

<b>Verduras: A</b>	<b>Acelga</b>						
	<b>Apio</b>						
	<b>Berenjena</b>						
	<b>Berro</b>						



	<b>Brócoli</b>						
	<b>Coliflor</b>						
	<b>Espinaca</b>						
	<b>Espárrago</b>						
	<b>Hinojo</b>						
	<b>Lechuga</b>						
	<b>Rabanito</b>						
	<b>Rábano</b>						
	<b>Radicheta</b>						
	<b>Repollo</b>						
	<b>Repollo de Brusela</b>						
	<b>Tomate</b>						
	<b>Zapallitos</b>						
	<b>Alcaucil</b>						
<b>Sandia</b>							

<b>Verduras: B</b>	<b>Cebolla</b>						
	<b>Chauchas</b>						
	<b>Puerro</b>						
	<b>Remolacha</b>						
	<b>Zanahoria</b>						



	<b>Zapallo</b>						
--	----------------	--	--	--	--	--	--

<b>Verduras: C</b>	<b>Choclo</b>						
	<b>Camote/ Batata</b>						
	<b>Papa</b>						

<b>Lácteos y derivados</b>	<b>Leche</b>						
	<b>Yogurt</b>						
	<b>Quesos</b>						
	<b>Manteca</b>						
	<b>Crema de Leche</b>						
	<b>Otros</b>						
	<b>Sandia</b>						

<b>Carnes:</b>	<b>Carne</b>						
	<b>Pollo</b>						
	<b>Pescado</b>						



<b>Huevos:</b>							
----------------	--	--	--	--	--	--	--

<b>Aceites y grasas</b>	<b>Aceites:</b>						
	<b>Aderezos:</b>						

<b>Azúcares y dulces:</b>	<b>Azúcar</b>						
	<b>Edulcorante</b>						
	<b>Dulces/ Mermeladas</b>						
	<b>Helados</b>						
	<b>Golosinas</b>						





☐ **Tablas:**

*Tabla 1: Distribución de los grupos de edad.*

<b>Grupos de edad</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Viejos jóvenes</b>	10	20
<b>Ancianos</b>	32	64
<b>Ancianos más viejos</b>	8	16
<b>Total</b>	50	100

*Tabla 2: Distribución del sexo.*

<b>Sexo</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Femenino</b>	34	68,00
<b>Masculino</b>	16	32,00
<b>Total</b>	50	100,00

*Tabla 3: Porcentaje de personas por grupos de edad según sexo.*

<b>Grupos de edad</b>	<b>Sexo</b>			
	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>	
	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Viejos jóvenes</b>	8	80,00	2	20,00
<b>Ancianos</b>	20	62,50	12	37,50
<b>Ancianos más viejos</b>	6	75,00	2	25,00

*Tabla 4: Distribución del consumo de medicamentos.*

<b>Consume medicamentos</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Si</b>	44	88,00
<b>No</b>	6	12,00
<b>Total</b>	50	100,00

*Tabla 5: Consumo de medicamentos por grupo de edad.*

Grupos de edad	Consumo medicamentos			
	Si		No	
	Personas encuestadas	Porcentajes	Personas encuestadas	Porcentajes
Viejos jóvenes	7	70,00	3	30,00
Ancianos	29	90,63	3	9,38
Ancianos más viejos	8	100,00	0	0,00

*Tabla 6: Cantidad de medicamentos*

Cantidad de medicamentos	Personas encuestadas	Porcentajes
1	11	25,00
2	10	22,73
3 o +	23	52,27
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,00</b>

*Tabla 7: Consumo de vitaminas o mineral suplementario.*

Consumo vitamina o mineral suplementario	Personas encuestadas	Porcentajes
Si	14	28,00
No	36	72,00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

*Tabla 8: Consumo de vitaminas o mineral suplementario según tipo.*

Tipo de vitamina	Personas encuestadas	Porcentajes
Complejo multivitamínico	9	64
Vitamina determinada	0	0
Minerales	5	36
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

*Tabla 9: Distribución de los encuestados según si desayunan o no.*

<b>Desayuna todos los días</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Si</b>	49	98,00
<b>No</b>	1	2,00
<b>Total</b>	50	100,00

*Tabla 10: Distribución de los encuestados según si saltean comidas o no.*

<b>Saltea comidas</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Si</b>	4	8,00
<b>No</b>	46	92,00
<b>Total</b>	50	100,00

*Tabla 11: Clase de comida que saltean.*

<b>Comida que saltea</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Desayuno</b>	0	0
<b>Almuerzo</b>	0	0
<b>Merienda</b>	0	0
<b>Cena</b>	4	100
<b>Total</b>	4	100

*Tabla 12: Distribución de los encuestados según presentan poco apetito o no.*

<b>Presenta apetito conservado</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Si</b>	2	4,00
<b>No</b>	48	96,00
<b>Total</b>	50	100,00

*Tabla 13: Distribución de los encuestados según presentan dentadura postiza o no.*

<b>Presenta dentadura postiza</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Si</b>	31	62,00
<b>No</b>	19	38,00
<b>Total</b>	50	100,00

*Tabla 15: Distribución de los encuestados que presentan dentadura postiza según grupos de edad.*

Grupos de edad	Presenta dentadura postiza			
	Si		No	
	Personas encuestadas	Porcentajes	Personas encuestadas	Porcentajes
Viejos jóvenes	4	40,00	6	60,00
Ancianos	19	59,38	13	40,63
Ancianos más viejos	8	100,00	0	0,00

*Tabla 16: Alimentos considerados buenos para la salud.*

Alimentos considerados buenos	Personas encuestadas	Porcentajes
Si	37	74,00
No	13	26,00
Total	50	100,00

*Tabla 18: Alimentos considerados malos para la salud.*

Alimentos considerados malos	Personas encuestadas	Porcentajes
Si	17	34,00
No	33	66,00
Total	50	100,00

*Tabla 19: Tipos de Alimentos considerados malos para la salud*

Tipos de alimentos	Personas encuestadas	Porcentajes
Alimentos que se frien	10	59
Pescado	3	18
Verduras crudas	2	12
Legumbres	1	6
Frutas cítricas	1	6
Total	17	100

*Tabla 20: Alimentos no consumidos por creencia religiosa.*

<b>Alimentos que evitan comer por creencia religiosa</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Si</b>	1	2,00
<b>No</b>	49	98,00
<b>Total</b>	50	100,00

*Tabla 21: Alimentos consumidos por su formación étnica.*

<b>Alimentos consumidos por su formación étnica</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Si</b>	0	0,00
<b>No</b>	50	100,00
<b>Total</b>	50	100,00

*Tabla 22: Tipos de líquidos ingeridos.*

<b>Tipo de líquido que ingiere</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
Agua	11	22
Jugos	2	4
Agua y gaseosa	11	22
Agua y jugos	4	8
Agua e infusiones	9	18
Agua y otros líquidos	2	4
Infusiones y otros líquidos	6	12
Agua, gaseosas e infusiones	3	6
Agua, infusiones y otros líquidos	2	4
<b>Total</b>	50	100

*Tabla 23: Cantidad de líquidos consumidos por día.*

<b>Cantidad de líquido que ingiere</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
1/2 litro / 2 vasos	6	12
1 litro / 5 vasos	30	60
2 litros / 10 vasos	8	16
2 1/2 litro / 15 vasos	6	12
<b>Total</b>	50	100



*Tabla 24: Consumo de bebida alcohólica.*

Consumo de bebida alcohólica	Personas encuestadas	Porcentajes
Si	25	50,00
No	25	50,00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

*Tabla 25: Tipos de bebidas alcohólica que consumen.*

Tipos de bebida alcohólica	Personas encuestadas	Porcentajes
Vino	25	100,00
Cerveza	0	0,00
Sidra	0	0,00
Bebidas destiladas	0	0,00
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,00</b>

*Tabla 26: Consumo de bebidas alcohólica según grupos de edad.*

Grupos de edad	Consumo de bebida alcohólica			
	Si		No	
	Personas encuestadas	Porcentajes	Personas encuestadas	Porcentajes
Viejos jóvenes	6	60,00	4	40,00
Ancianos	16	50,00	16	50,00
Ancianos más viejos	3	37,50	5	62,50

*Tabla 27: Actividad física.*

Actividad física	Personas encuestadas	Porcentajes
Si	25	50,00
No	25	50,00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

*Tabla 28: Tipo de actividad física.*

Tipo de actividad física	Personas encuestadas	Porcentajes
Caminata	8	32
Yoga	2	8
Bicicleta	7	28
Pilates	1	4
Yoga y pilates	3	12
Caminata y bicicleta	3	12
Caninata y juego de bochas	1	4
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

*Tabla 29: Actividad física por grupos de edad.*

Grupos de edad	Actividad física			
	Si		No	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
<b>Viejos jóvenes</b>	8	32,00	2	8,00
<b>Ancianos</b>	15	60,00	17	68,00
<b>Ancianos más viejos</b>	2	8,00	6	24,00
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,00</b>	<b>25</b>	<b>100,00</b>

*Tabla 30: Actividad física por grupos de edad y sexo.*

SEXO FEMENINO				
Grupos de edad	Actividad física			
	Si		No	
	Personas encuestadas	Porcentajes	Personas encuestadas	Porcentajes
<b>Viejos jóvenes</b>	7	87,50	1	12,50
<b>Ancianos</b>	9	45,00	11	55,00
<b>Ancianos más viejos</b>	2	33,33	4	66,67

SEXO MASCULINO				
Grupos de edad	Actividad física			
	Si		No	
	Personas encuestadas	Porcentajes	Personas encuestadas	Porcentajes
<b>Viejos jóvenes</b>	1	50,00	1	50,00
<b>Ancianos</b>	6	50,00	6	50,00
<b>Ancianos más viejos</b>	0	0,00	2	100,00

*Tabla 31: Consumo de alcohol por grupos de edad y sexo.*

<b>SEXO FEMENINO</b>				
<b>Grupos de edad</b>	<b>Consumo de bebida alcoholica</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Viejos jóvenes</b>	4	50,00	4	50,00
<b>Ancianos</b>	5	25,00	15	75,00
<b>Ancianos más viejos</b>	2	33,33	4	66,67

<b>SEXO MASCULINO</b>				
<b>Grupos de edad</b>	<b>Consumo de bebida alcoholica</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>	<b>Personas encuestadas</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Viejos jóvenes</b>	2	100,00	0	0,00
<b>Ancianos</b>	11	91,67	1	8,33
<b>Ancianos más viejos</b>	1	50,00	1	50,00

El la siguiente página se muestra:

**Tablas de consumo de los diferentes grupos de alimentos**





Ingiere cereales y derivados	Consumo	Porcentajes
<b>Si</b>	50	100,00
<b>No</b>	0	0,00
<b>Total</b>	50	100,00

Ingiere frutas	Consumo	Porcentajes
<b>Si</b>	50	100,00
<b>No</b>	0	0,00
<b>Total</b>	50	100,00

Ingiere verduras	Consumo	Porcentajes
<b>Si</b>	48	96,00
<b>No</b>	2	4,00
<b>Total</b>	50	100,00

Ingiere lacteos y derivados	Consumo	Porcentajes
<b>Si</b>	50	100,00
<b>No</b>	0	0,00
<b>Total</b>	50	100,00

Ingiere carnes	Consumo	Porcentajes
<b>Si</b>	50	100,00
<b>No</b>	0	0,00
<b>Total</b>	50	100,00

Ingiere legumbres	Consumo	Porcentajes
<b>Si</b>	48	96,00
<b>No</b>	2	4,00
<b>Total</b>	50	100,00

Ingiere aceites	Consumo	Porcentajes
<b>Si</b>	50	100,00
<b>No</b>	0	0,00
<b>Total</b>	50	100,00

Ingiere grasas	Consumo	Porcentajes
<b>Si</b>	6	12,00
<b>No</b>	44	88,00
<b>Total</b>	50	100,00

Ingiere azúcar y dulces	Consumo	Porcentajes
<b>Si</b>	50	100,00
<b>No</b>	0	0,00
<b>Total</b>	50	100,00

