

Universidad Abierta Interamericana



**“Hábitos alimentarios en relación al
consumo de alimentos protectores de la
salud en Adultos Mayores de más de 70
años.”**

Cecilia Silvestri

Título

“Hábitos alimentarios en relación al consumo de alimentos protectores de la salud en Adultos Mayores de más de 70 años.”

Autor: Cecilia Silvestri

Tutor: Mgr. Dr. Raúl Alvarez Lemos

Asesor Metodológico: Mgr. Dr. Raúl Alvarez Lemos

Título a Obtener: Licenciada en Nutrición

Fecha de Presentación: 31 de Octubre de 2011

AGRADECIMIENTOS

Toda mi gratitud a Dios, quien me dio sueños que alcanzar, y puso gente que me ayude a llegar hasta acá. A mi familia, amigos, profesor tutor, gracias.

INDICE	
AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
FUNDAMENTACIÓN	9
MARCO TEÓRICO	12
La tercera edad	13
Proceso de envejecimiento	14
Alteraciones fisiológicas asociadas a la edad	15
Enfermedades crónicas no transmisibles	18
Hábitos alimentarios	24
Necesidades nutricionales	34
Alimentación saludable	40
ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN	44
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	45
OBJETIVOS	45
Generales	45
Específicos	45
JUSTIFICACIÓN	45
HIPÓTESIS DEL TRABAJO	45
METODOLOGÍA	46
Área de estudio	46
Población objetivo	46

Muestra	46
Técnicas de recolección de datos	47
Resultados	48
Discusión	55
Conclusión	58
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	68
Modelo de encuesta	69

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo y transversal, destinado a explorar los hábitos alimentarios de cincuenta Adultos Mayores de más de setenta años de edad; pacientes del Servicio de Consultorios Externos de la Clínica de Mutual La Roca, localizada en la ciudad de Rosario, durante el período comprendido entre Julio y Agosto del año 2011.

El objetivo general del trabajo fue investigar los hábitos alimentarios de este colectivo social en relación al consumo de alimentos protectores de la salud. Las técnicas de recolección de datos empleadas fueron conformadas mediante una encuesta de tipo estructurada, con preguntas referidas a sus hábitos alimentarios, y un cuestionario de frecuencia de consumo de algunos alimentos considerados protectores de la salud.

Se arribó, entre otras conclusiones, a las siguientes: El veintidós por ciento de la población en estudio realizaba sólo tres comidas al día, y un sesenta y dos por ciento de la misma agregaba sal a sus comidas; se encontró un alto consumo de agua, grasas saturadas provenientes de lácteos enteros, hidratos de carbono simples y complejos, un moderado consumo de proteínas de alto valor biológico y fibra soluble e insoluble provenientes de vegetales, un bajo consumo de grasas provenientes de la manteca y mayonesa, y un bajo consumo de fibra proveniente de cereales integrales.

En la mayoría de la población Adulta Mayor estudiada se encontraron hábitos alimentarios que no protegen la salud frente a enfermedades tales como la obesidad, la diabetes, la hipertensión, y las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Palabras Claves: hábitos alimentarios, adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

El Adulto Mayor se encuentra en una etapa de su vida en la que experimenta una serie de cambios biológicos, psicoemocionales, culturales y sociales, los cuales están condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales, vinculados a su contexto vivencial cotidiano.

Aquí toman relevancia los hábitos alimentarios del sujeto y el estado nutricional del mismo; ya que la práctica de costumbres alimentarias inadecuadas conducen a un mal estado nutricional; siendo este un significativo factor de vulnerabilidad biológica asociado a un incremento importante del perfil de morbilidad y mortalidad.

Todo esto se ve especialmente influenciado por la forma en que el anciano obtiene sus alimentos, los prepara y consume.

En esta etapa de su vida el Adulto Mayor puede presentar algún tipo de limitación para realizar satisfactoriamente alguna de esas actividades.

Entre estas limitaciones, se destacan el bajo poder adquisitivo, como puede ocurrir en el caso de los jubilados y pensionados; una movilidad disminuida que impide que salgan a realizar las compras de alimentos; inapetencia; falta de motivación para preparar platos agradables; problemas de masticación o de deglución; y sobre todo en los hombres viudos, la poca práctica en la cocina.

Resulta importante el análisis de los hábitos alimentarios en esta población, ya que los mismos influyen en el estado nutricional y predisponen al individuo a padecer determinadas enfermedades que disminuyen su bienestar y su calidad de vida.

FUNDAMENTACIÓN

El incremento de la esperanza de vida al nacer implica un envejecimiento progresivo y constante de la población, y con ello nuevos problemas a la sociedad moderna; conformando este fenómeno lo que ha sido dado en llamar una “*revolución epidemiológica*” (M. Terris) Este hecho, evidenciado en la demografía moderna, justifica en sí mismo la necesidad e importancia de indagar todos los aspectos posibles que intervienen en el estado de salud en el que se encuentra este grupo de la población.

El Adulto Mayor se enfrenta a cambios fisiológicos, psicoemocionales y sociales que determinan o condicionan sus hábitos alimentarios y esto a su vez, su estado nutricional y equilibrio biológico.

Los ancianos pueden ser considerados un grupo vulnerable desde el punto de vista nutricional, porque en ellos las deficiencias de este tipo son más frecuentes y los desequilibrios que las mismas originan tienen una mayor influencia en su estado de salud, dada la escasa capacidad de adaptación del anciano de responder adecuadamente ante cualquier tipo de cambio que implique modificaciones en su homeostasis.

Una alimentación inadecuada de esta población incrementa la vulnerabilidad del sistema inmunológico, aumenta el riesgo de infecciones, influye en la producción de atrofia muscular, interviene en el registro de niveles altos de azúcar o grasas en sangre, provoca debilidad, apatía, mayor riesgo de fracturas óseas y menor respuesta a la medicación.

Los cambios fisiológicos y patológicos asociados al envejecimiento determinan modificaciones de los hábitos alimentarios y del aprovechamiento orgánico de los nutrientes.

Algunos de los factores que pueden influir en una menor ingesta de alimentos en los Adultos Mayores se relacionan con los problemas de una dentición defectuosa, ya que a esta edad o se han perdido piezas dentarias, o bien las prótesis dentales se encuentran desadaptadas, lo cual dificulta la normal masticación.

También se encuentra como factor influyente los problemas vinculados a la pérdida de papilas gustativas o a la disminución sensorial, lo que puede repercutir en un desinterés por la comida, por disminución del placer sensorial que implica una ingesta apetitosa.

Otro aspecto a tener en cuenta es que muchas veces el acceso a la adquisición del alimento es complicado por incapacidad física para realizar sus propias compras o bien por falta de medios económicos suficientes, pudiéndose además encontrar disminuida la capacidad de preparar los alimentos por problemas de minusvalidad relacionados con trastornos visuales, de movilidad osteoarticular o mentales y cognitivos.

Otras veces se altera el apetito por falta de una adecuada predisposición psicoemotiva, como sucede en la depresión y en la situación de vivir en soledad, siendo estas situaciones factores sumamente comunes en la sociedad moderna por desaparición de los modelos nucleares de familia. Es importante recordar aquí que la comida es un acto social, y puede ocurrir que la persona que durante la mayor parte de su vida ha comido en familia o acompañado por alguien más, al encontrarse sola, coma menos, y pueda llegar a directamente no cocinar y alimentarse, porque no se ha cocinado nunca o bien porque no le encuentra sentido hacerlo en su contexto de soledad y desarraigo afectivo.

Todos estos factores predisponentes son determinantes para que la dieta del Adulto Mayor se vuelva muchas veces monótona y desequilibrada.

La falta de inclusión en la dieta diaria de una gran variedad de alimentos, puede ocasionar déficit de nutrientes esenciales, por ejemplo vitamina C si no se consumen verduras y frutas frescas, hierro y zinc, si no se consumen alimentos ricos en estos minerales, tales como la carne, el pescado y las legumbres.

Muchas veces no se realizan todas las comidas diarias aconsejadas, es decir, tres comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y una o dos colaciones (media mañana y media tarde), con lo que no se ingiere la energía necesaria.

Se debe analizar cada caso en particular, pero en general, los ancianos que viven solos tienen más riesgo de sufrir problemas nutricionales que afecten a su estado de salud y éste a su calidad de vida.

MARCO TEÓRICO

LA TERCERA EDAD

A nivel mundial, el segmento de la población que está experimentando un crecimiento más rápido es el más viejo. La génesis de este fenómeno es compleja, y representa un verdadero desafío de análisis que incumbe no solo al campo de la demografía y la sociología moderna; sino también a las disciplinas vinculadas a la salud, la economía y la geopolítica.

Se prevé que en el siglo XXI, la creciente población de personas mayores de ochenta y cinco años, con su enorme consumo de servicios médicos y sociales, motorizarán importantes situaciones de consumo de recursos económicos, médicos y vinculados a las diferentes necesidades de protección social de este específico grupo; situaciones estas que, con sus connotaciones éticas, habrán de plantearse tanto en los países desarrollados como aquellos que se encuentran en vías de desarrollo.

Una forma de contribuir a disminuir el gran consumo de recursos de salud de la población anciana consiste en reducir en lo posible el período de morbilidad terminal. Este objetivo implica mantener a los Adultos Mayores lo más activos posible, desarrollando la capacidad de autovalía necesaria para proveer su propio autocuidado cotidiano.

Cuanto más tiempo puedan mantenerse bajo un control adecuado los factores de riesgo, y un adecuado nivel de efectividad de los factores protectores; menor será el número de Adultos Mayores con incapacidad y muerte prematura, mejor será su condición de vida en este período de su existencia, y menor será la cantidad de servicios médicos y sociales destinados a sostener un grado de deterioro, que en la práctica, puede ser evitado.¹

El proceso de evaluación de las principales causas de morbilidad y mortalidad y sus aportes alimentarios en la población mayor debe comenzar con la identificación de

¹ Jenkins, D. Mejoremos la salud a todas las edades. Organización Panamericana de la Salud. 2005

problemas de salud pública pertinentes a los adultos mayores y la determinación de los factores alimentarios y no alimentarios que influyen en su incidencia.

Se considera que a medida que los ámbitos urbanos evolucionan, se puede anticipar que las relaciones alimentos-salud también variarán y será necesario reformular en forma progresiva las recomendaciones nutricionales basadas en la alimentación.

En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, llevada a cabo en Madrid en el año 2002, la OMS presentó sus pautas para una política sobre envejecimiento activo, que se concentran en las siguientes áreas:

- Prevenir y reducir la carga de discapacidad, enfermedad crónica y muerte prematura.
- Disminuir los factores de riesgo relacionados con las enfermedades no transmisibles y el deterioro funcional a medida que los individuos envejecen, mientras se aumentan los factores que protegen la salud.
- Sancionar políticas y estrategias que proporcionen una atención continua a las personas con enfermedad crónica o discapacidad.
- Brindar capacitación y educación a los cuidadores formales e informales.
- Garantizar la protección, la seguridad y la dignidad de las personas que envejecen.
- Capacitar a las personas para que, a medida que envejecen, sigan contribuyendo al desarrollo económico, la actividad en los sectores formales e informales, sus comunidades y familias².

PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso fisiológico normal de todas las especies vivas, en el que se manifiestan cambios lentos y progresivos en los diferentes órganos y sistemas de la economía.

Entre los cambios corporales observables se destaca la pérdida progresiva de masa magra, alteraciones del tracto digestivo, de los sistemas cardiovascular y renal, y de la

²Organización Panamericana de la Salud. (2004) Mantenerse en forma para la vida: Necesidades nutricionales de los adultos mayores. Publicación Científica y Técnica N° 595

función inmune entre otros; lo que se suma a la presencia de enfermedades agudas y crónicas que alteran la calidad de vida en los años finales de la existencia.

Así, el Adulto Mayor se ve expuesto a una serie de modificaciones, las cuales disminuyen la reserva funcional psico-biológica y la capacidad de respuesta de los individuos frente a factores endógenos o exógenos que generen estrés.

Entre los factores favorecedores del deterioro que suele presentarse en la vejez, se encuentran:

- _ Vivir solo.
- _ Viudez reciente (menos 1 año).
- _ Enfermedad crónica con incapacidad funcional (Demencias, EPOC, Insuficiencia Cardíaca, etc.)
- _ Toma de más de tres fármacos, en forma habitual.
- _ Prescripción en el último mes de hipotensores, antidiabéticos o psicofármacos.
- _ Ingreso hospitalario en los últimos 12 meses.
- _ Necesidad de atención médica o de enfermería en el domicilio al menos 1 vez al mes.
- _ Situación económica precaria.

Esta fragilidad se pone de manifiesto por la dificultad para realizar las actividades de la vida cotidiana, debilidad, fatiga general, pérdida de peso y descenso del aporte diario de nutrientes, disminuyendo la masa ósea y apareciendo desnutrición.

No hay dudas que con el envejecimiento aumenta la prevalencia de un grupo de patologías que generalmente acompañan desde la edad adulta a estas personas que hoy ya pertenecen al subgrupo etario de Adultos Mayores. La presencia de una o más condiciones patológicas y las múltiples terapéuticas medicamentosas favorecen el desgaste del envejecimiento.³

ALTERACIONES FISIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA EDAD

³ Zayas Somoza, E. Consideraciones fisiopatológicas en el sujeto anciano. RNC. 2009; XVIII, 2:59.

Son numerosos los cambios fisiológicos que ocurren en el envejecimiento. A continuación se enumeran los siguientes:

Modificación de la composición corporal

- a) Variaciones de peso y talla. Disminución de aproximadamente 1 cm por cada década. Disminución de peso a partir de 70 años.
- b) Incremento del Tejido adiposo. Disminución del tejido muscular, masa magra (6,3 % por c/década a partir de 30 años). Disminución del volumen plasmático (aproximadamente 8%). Disminución del Agua corporal (alrededor del 17%). Disminución del agua extracelular (40%). Disminución de la densidad ósea (entre 8 y 15%), más en las mujeres de cuarenta y cinco a setenta años.
- c) Disminución de la sensibilidad del centro de la sed y de los osmorreceptores.
- d) Atenuación de la respuesta inmune.
- e) Disminución de la capacidad de homeostasis interna y de adaptación externa a los cambios.
- f) Tendencia natural al estreñimiento.
- g) Cambios morfológicos (atrofia) y funcionales del aparato digestivo.

Cambios relacionados a la ingesta

Los cambios relacionados con la ingesta de alimentos son disminución de la ingesta, del metabolismo basal, de la masa magra, del apetito, de la percepción sensorial de sabores y olores; y aumento de los niveles de insulina, de la saciedad, y de colecistoquinina, entre otros.

De forma secundaria al envejecimiento, hay otros factores que alteran al sistema digestivo, como la aterosclerosis que compromete el flujo sanguíneo nutricio arterial con la disminución de oxígeno y otros nutrientes a los tejidos.

También hay una disminución de la fuerza de contracción de los músculos de la masticación y tendencia progresiva de disminución de las piezas dentarias.

Alteraciones de la cavidad bucal

Las alteraciones en la cavidad bucal se refieren a atrofia del epitelio superficial, particularmente en el dorso de la lengua; incremento de la queratinización, agrandamiento varicoso de los vasos venosos del vientre de la lengua, atrofia progresiva de las glándulas salivales mayores y accesorias, asociada a hiposalivación; disminución del número y densidad de las terminaciones nerviosas sensitivas, particularmente en la encía y la lengua, y disminución del número de corpúsculos gustativos linguales. También influye en el estado bucal la presencia de osteopenia y de sangrado gingival.

Alteraciones en el sistema digestivo

En el estómago pueden ocurrir cambios en la estructura nerviosa de los plexos intramurales, encontrándose actividad motriz incoherente. Además hay una disminución de la producción de ácido clorhídrico, de la síntesis y secreción pepsinógenos, de la producción de factor intrínseco, gastrina, y mucus protector.

En el páncreas hay disminución de la capacidad secretora exocrina, lo que produce disminución en la disponibilidad de pro-enzimas como tripsinógeno, quimotripsinógeno, prolectasa, procarboxipeptidasa A y B, Alfa 1-4 amilasa pancreática. Todos estos cambios secretorios pueden provocar una disminución en la absorción de las vitaminas A y D, tiamina, ácido fólico, vitamina B6 y B12, calcio, hierro y zinc. También hay un descenso de la biodisponibilidad de las sales biliares a partir de la disminución del potencial biosintético de ácidos biliares primarios.

Alteraciones nutricionales

Una Ingesta Alimentaria deficiente se considera el primer paso hacia la desnutrición, que puede aumentar las discapacidades, reducir la calidad de vida e incrementar morbimortalidad.

Por lo tanto para estimar los factores de riesgo nutricional es necesario conocer los tipos y cantidades de alimentos ingeridos, realizar un seguimiento del peso y de los cambios en la composición corporal, así como una evaluación clínica, bioquímica y hematológica.⁴

Existe una correlación entre los cambios cronológicos y funcionales. Las modificaciones celulares, bioquímicas, enzimáticas y estructurales se instalan en un

⁴ Zayas Somoza, E. Consideraciones fisiopatológicas en el sujeto anciano. RNC. 2009; XVIII, 2:60.

contexto psicológico, social y económico que dificultan la adaptación al medio actual. A todo esto se le incorpora la presencia de enfermedades nuevas o preexistentes.

Entre los Adultos Mayores no institucionalizados, se consideran dentro del grupo de riesgo para la desnutrición a aquellos ancianos que posean las siguientes características: soledad, aislamiento, depresión, inmovilidad, demencia, stress psíquico y físico.

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Las enfermedades crónicas no transmisibles se definen como trastornos orgánicos o funcionales que se caracterizan por presentar ausencia de un microorganismo causal, latencia prolongada, factores de riesgo múltiples, siendo determinantes los factores del estilo de vida, del ambiente físico y social.

Pueden presentarse en todas las edades de la vida, aunque se establecen preponderantemente en los adultos y ancianos, produciendo a largo plazo diversas consecuencias, como minusvalías físicas y mentales.

Aunque las enfermedades crónicas no transmisibles están entre los problemas de salud más comunes y costosos, también están entre los más evitables⁵.

Las enfermedades crónicas no transmisibles comparten factores de riesgo comunes. Existen algunos factores de riesgo, como edad, sexo, y composición genética, que no pueden cambiarse, pero sí hay muchos factores de riesgo comportamentales que pueden modificarse, así como varios factores intermedios biológicos incluyendo hipertensión, sobrepeso, intolerancia a la glucosa e hiperlipidemia. Es decir que modificando los hábitos alimentarios, y adquiriendo prácticas más saludables, se atenuarán en gran medida los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles.

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

a) la mayoría de las enfermedades crónicas se manifiestan en esta última etapa de la vida

⁵ Reche, L. Manual de Atención primaria. Enfermedades no transmisibles. Ministerio de salud prov. Buenos Aires. 2010

b) la modificación de los factores de riesgo y la adopción de comportamientos favorables a la salud, como el ejercicio y las dietas saludables, reportan beneficios absolutos para los individuos y las poblaciones de edad avanzada

c) es preciso maximizar la salud evitando o retrasando las discapacidades prevenibles.

La mayoría de las enfermedades crónicas aparecen en este periodo de la vida como resultado de la interacción de varios procesos mórbidos, así como de un deterioro más general de las funciones fisiológicas.

Las enfermedades cardiovasculares alcanzan su máxima prevalencia en este periodo, al igual que la diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer.

La carga principal de enfermedades crónicas se observa en esta etapa de la vida y representa un problema que exige ser abordado⁶.

Se pueden categorizar las enfermedades no transmisibles en:

A- Enfermedades Cardiovasculares:

Las enfermedades cardiovasculares engloban una variedad de padecimientos que afectan el corazón y el árbol vascular, que varían en su etiología, manifestaciones clínicas y en el impacto sobre la salud.

La cardiopatía isquémica es la designación genérica aplicada a un grupo de síndromes íntimamente relacionados originados por isquemia miocárdica, un desequilibrio entre el suministro de sangre oxigenada y la demanda del miocardio. La isquemia comprende no sólo insuficiencia de oxígeno, sino también disponibilidad reducida de nutrientes y eliminación inadecuada de metabolitos.

La aterosclerosis es un proceso inflamatorio dinámico, caracterizado por la acumulación de grasa en sitios específicos de la pared arterial, donde se producen procesos oxidativos, inflamatorios y necróticos que conducen a la formación de la placa de ateroma y, como consecuencia, a una disfunción del sistema cardiovascular.

El desarrollo de la aterosclerosis, está determinado por distintos factores genéticos, ambientales, hábitos de vida y factores nutricionales. Se inicia en la infancia y progresa de modo silente hasta edades medias o avanzadas de la vida, en las que suelen producirse sus manifestaciones, a menudo en forma súbita y mortal.

⁶ OMS. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO. 2003

En consecuencia, la aterosclerosis es la principal causa de ataques cardíacos y crisis cerebrovasculares, y su vinculación con la dieta es crucial.

El término insuficiencia cardíaca, se aplica a las situaciones en las que el corazón se torna incapaz de satisfacer las demandas metabólicas del organismo, o logra hacerlo, a expensas del aumento de las presiones de llenado de sus cavidades.

Es un síndrome progresivo, con múltiples facetas, caracterizado por síntomas clínicos, signos físicos, alteraciones hemodinámicas, neurohumorales y estructurales secundarias a una alteración de la función de la bomba cardíaca. Los factores de riesgo relacionados con la posterior aparición de la insuficiencia cardíaca son: la edad avanzada, hipertensión arterial, hipertrofia del ventrículo izquierdo, diabetes mellitus y antecedentes de cardiopatía.(chagásica, ideopática, metabólica, etc.)

El accidente cerebrovascular se define como el inicio agudo de un déficit neurológico focal o global que persiste por más de 24 horas y es atribuible a enfermedades de la vasculatura intracraneal o extracraneal.

Incluye a tres categorías de enfermedades: el infarto cerebral, la hemorragia cerebral y la hemorragia subaracnoidea. Las lesiones vasculares que las originan pueden ser por la interrupción o disminución crítica del flujo sanguíneo en una región encefálica o isquemia, o por la ruptura de la pared arterial con la consiguiente hemorragia.

El accidente cerebro-vascular (ACV) más frecuente es el de origen isquémico. Se origina cuando un vaso sanguíneo que irriga al cerebro resulta bloqueado, frecuentemente por un coágulo de sangre, debido a una trombosis vascular o embolia.

En la etiología de la enfermedad cerebrovascular, intervienen múltiples factores de riesgo. Los más importantes son la edad avanzada, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la hipercolesterolemia, la obesidad, los antecedentes de enfermedades cardíacas, la diabetes mellitus y la hiperhomocisteinemia⁷.

B- Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus según la American Diabetes Association (ADA) se define como un conjunto heterogéneo de síndromes hiperglicémiantes que resultan de la combinación de un defecto en la función de la célula beta del páncreas y, por otra parte, de la

⁷ Mahan, L; Escott- Stump, S. Nutrición y dietoterapia de Krause. 12° edición. España: editorial Elsevier Masson.

disminución de la sensibilidad a la insulina en los tejidos diana, como músculo esquelético, tejido adiposo e hígado.

Esta hiperglicemia, produce a largo plazo complicaciones microvasculares y macrovasculares, disfunción y falla de varios órganos, especialmente retinas, riñones, sistema nervioso, corazón y vasos sanguíneos, que elevan enormemente el riesgo de morbimortalidad en el paciente diabético.

Existen diferentes tipos de diabetes:

- La Diabetes tipo I, causada por destrucción de las células B, que generalmente conduce a un déficit primitivo y absoluto de insulina. Reconoce en la mayoría de los casos, una etiología autoinmune.
- La Diabetes tipo 2, se debe a una deficiencia progresiva de la secreción de insulina, instalada generalmente sobre una insulinoresistencia previa. Puede abarcar desde una insulinoresistencia predominante con deficiencia de insulina relativa, hasta un defecto secretorio predominante con insulinoresistencia.
- Otros tipos específicos, defectos genéticos en la función de la célula; defectos genéticos de la acción de la insulina; enfermedades del páncreas exócrino; endocrinopatías; inducida por tóxicos o agentes químicos; infecciones; formas no comunes de diabetes inmunomediada; otros síndromes genéticos asociados ocasionalmente con diabetes.
- La Diabetes Gestacional, que aparece o se diagnostica en el curso de un embarazo⁸.

Los hábitos alimentarios de la persona son fundamentales para el de diabetes mellitus tipo 2, en donde los antecedentes familiares, el sobrepeso u obesidad y la inactividad física, acompañan a este factor de riesgo de importancia.

En síntesis los mayores factores de riesgo para Diabetes mellitus tipo 2 son historia familiar de diabetes mellitus, sobrepeso, IMC > 25 kg/ m², inactividad física, HTA, hipercolesterolemia.

C- Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica, de origen multifactorial, caracterizada por un incremento anormal de la grasa corporal, que conlleva riesgos para la salud. En su etiología se entrelazan factores genéticos y ambientales, que determinan que la ingesta

⁸ Reche, L. Manual de Atención primaria. Enfermedades no transmisibles. Ministerio de salud prov. Buenos Aires. 2010

energética sea mayor que la gastada, almacenándose progresivamente los excesos calóricos como triglicéridos intradipocitarios, manifestándose por un incremento anormal del tejido adiposo corporal.

Para el desarrollo de la obesidad, es necesario que exista un desbalance energético positivo crónico, lo cual puede darse por una de las siguientes posibilidades:

- a) Ingresos calóricos aumentados con egresos calóricos normales.
- b) Ingresos calóricos normales con egresos calóricos disminuidos.
- c) Ingresos calóricos aumentados con egresos calóricos disminuidos.

De ellas, la alternativa última es la más frecuente de encontrar, ya que habitualmente los obesos presentan una ingesta calórica incrementada asociada a un gasto energético reducido.

Como criterio diagnóstico para definir obesidad, la OMS admite que:

- IMC 30 a 34,9 kg/m², define Obesidad Grado I.
- IMC 35 a 39,9 kg/m², define Obesidad Grado II.
- IMC 40 kg/m² ó más, define Obesidad Grado III mórbida.

La obesidad según la distribución de grasa corporal se clasifica en:

- Abdominal o central (androide): se caracteriza tanto por un incremento anormal de los depósitos grasos abdominales (subcutáneo y visceral) dando la forma de “manzana”, como por un mayor riesgo a desarrollar patologías metabólicas (diabetes mellitus tipo 2, dislipemia e HTA), como consecuencia de las alteraciones endocrinometabólicas acompañantes.
- Glúteo-femoral o periférica (ginoide): se identifica por exhibir un incremento de los depósitos grasos femoroglúteos, dando la forma de “pera”, con un menor riesgo a desarrollar enfermedades metabólicas.
- Mixta

Esta patología contribuye a la aparición de múltiples y graves comorbilidades que afectan la salud, en mayor o en menor grado. El riesgo de presentar una enfermedad asociada a la obesidad se incrementa en relación al IMC y guarda una estrecha relación con la distribución de la grasa corporal, siendo mayor en la obesidad abdominal⁹.

D- Hipertensión Arterial

⁹ De Girolami D. Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal. 1ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2003

La hipertensión arterial es una enfermedad controlable de etiología múltiple, que disminuye tanto la calidad como la expectativa de vida.

Visto el incremento significativo del riesgo asociado con una tensión sistólica mayor de 140 mmHg, una tensión arterial diastólica mayor de 90 mmHg, o bien ambas a la vez, esos valores se consideran el umbral para el diagnóstico¹⁰.

En esta patología se produce una disfunción vascular en la que el organismo es incapaz de mantener la correcta tensión sanguínea, y se ocasionan múltiples complicaciones derivadas de la errónea funcionalidad vascular. Se origina una descompensación de los mecanismos encargados del mantenimiento de la dinámica circulatoria que controla la tensión sanguínea, debido a alteraciones de neurotransmisores, hormonas y varios sistemas enzimáticos.

Deben indicarse modificaciones saludables en el estilo de vida en todos los hipertensos ya que, por sí solas, pueden normalizar la hipertensión arterial en algunos y contribuir en otros al descenso de la misma y a mejorar la eficacia antihipertensiva de los fármacos.

Importa señalar que las modificaciones saludables propuestas en el estilo de vida apuntan no sólo al descenso de la presión arterial, sino también a la corrección de otros factores de riesgo cardiovasculares que aceleran el desarrollo de la enfermedad aterotrombótica.

Las modificaciones saludables en el estilo de vida incluyen:

1. Normalización del peso en los obesos. Se deberá indicar una dieta hipocalórica. Reducciones modestas del peso, de 4,5 kg, producen disminuciones significativas de la PA en la mayoría de los hipertensos obesos. Reducciones mayores provocan beneficios adicionales. La normalización del peso ocasiona habitualmente mejorías en el perfil lipídico y en la tolerancia a los hidratos de carbono.
2. Conductas dietéticas para detener la hipertensión (DASH). Es un plan de comida que consiste en una dieta rica en frutas, vegetales y en productos lácteos bajos en grasas con un reducido contenido en colesterol dietético así como de grasa saturada y total. Además es rica en potasio y calcio.

¹⁰ Torresani, M; Somoza M. Lineamientos para el cuidado nutricional. 3ª edición. Buenos Aires: editorial Eudeba; 2009

3. Restricción moderada de la ingesta de sodio. La dieta no debe contener más de 5 gramos de cloruro de sodio por día. Esto se consigue suprimiendo el agregado de sal a los alimentos y eliminando aquellos con alto contenido, como por ejemplo embutidos, ingredientes para copetín, queso, fiambres, pan, productos enlatados, grandes cantidades de leche y derivados. La restricción de la sal es particularmente útil en aquellos que NO cumplen con un plan de comida como la antedicha.

4. Abandono del tabaquismo.

5. Reducción del consumo de alcohol. Ingestas de alcohol superiores a 30 g diarios en el varón y a 15-20 g en la mujer y en los de bajo peso están asociadas con un incremento de la PA. Esto equivale aproximadamente a 250 cm³ de vino o 500 cm³ de cerveza y a 180 cm³ de vino y 400 cm³ de cerveza, respectivamente. Los bebedores importantes pueden tener crisis de HA durante la abstinencia y menor adherencia al tratamiento.

6. Ejercicios programados. En los hipertensos estadio 1, luego de descartar cardiopatía isquémica, se indicarán ejercicios aeróbicos como caminatas, trote, ciclismo, natación. Se realizarán de manera progresiva, hasta alcanzar 45 a 60 minutos por sesión, 5 o más veces por semana, evitando continuar una vez aparecida la "sed de aire". No se indicarán ejercicios de fuerza o competitivos. Los pacientes con HA estadios 2-3, los con insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica, aunque con la medicación tengan una PA normal en reposo, deberán ser evaluados por un cardiólogo en lo atinente a las características del ejercicio más conveniente¹¹.

HÁBITOS ALIMENTARIOS

La manera en que un individuo o grupo humano selecciona, prepara y consume determinados alimentos, constituyen los hábitos de alimentación.

Los hábitos alimentarios son de naturaleza compleja y en su configuración intervienen múltiples factores que influyen en la toma de decisiones y en la elección individual de alimentos en base a la oferta disponible. Aquí se destacan los aspectos psicológicos, sociales, antropológicos, culturales, tradiciones, simbolismo, nivel educativo, nivel de

¹¹ Reche, L. Manual de Atención primaria. Enfermedades no transmisibles. Ministerio de salud prov. Buenos Aires. 2010

información y concientización por la salud y cuidado personal, el marketing, la publicidad y los medios de comunicación, etc.

La mayor urbanización tiene consecuencias para los hábitos alimentarios y los modos de vida de los individuos, no todas las cuales son positivas.

Los cambios sufridos por las dietas y las modalidades de trabajo y ocio, lo que suele conocerse como transición nutricional, están engrosando ya los factores causales de las enfermedades crónicas no transmisibles. La transición nutricional se caracteriza por cambios tanto cuantitativos como cualitativos de la dieta.

Los cambios alimentarios adversos incluyen una dieta con mayor densidad energética, lo que significa más grasa y más azúcar añadido en los alimentos, una mayor ingesta de grasas saturadas, principalmente de origen animal, unida a una disminución de la ingesta de carbohidratos complejos y de fibra, y una reducción del consumo de frutas y verduras.

Estos cambios alimentarios se combinan con cambios del modo de vida que reflejan una reducción de la actividad física.

Las dietas evolucionan con el tiempo, bajo la influencia de muchos factores y de interacciones complejas. Los ingresos, los precios, las preferencias individuales y las creencias, las tradiciones culturales, así como factores geográficos, ambientales, sociales y económicos, conforman en su compleja interacción las características del consumo de alimentos¹².

El acto de comer tiene entonces, un significado complejo que excede con frecuencia la necesidad biológica de satisfacer los requerimientos energéticos y nutricionales individuales.

Los actuales hábitos alimentarios de la población tienen gran repercusión en su estado nutricional y por consiguiente en su salud. Según señala la OMS, entre los diez factores de riesgo claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico: la obesidad, el sedentarismo, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el consumo insuficiente

¹² OMS. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO. 2003

de frutas y verduras. Por tanto, la alimentación poco saludable y el no practicar actividad física con regularidad son las principales causas de las enfermedades crónicas no transmisibles más importantes.¹³

Estas enfermedades comparten varias características:

- origen asociado con el estilo de vida.
- evolucionan de manera progresiva a través del tiempo.
- muchas veces su primera manifestación corresponde a la agudización de alguno de los problemas que las acompañan.
- varias de ellas actúan como condicionantes o favorecedoras de otras.
- todas se benefician de las mismas medidas.

El grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles incluye a la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, la hipertensión arterial, el cáncer y los problemas articulares.

En los años setenta se pensaba que los riesgos no aumentaban significativamente después de ciertas edades avanzadas y que, por consiguiente, no se obtendría beneficio alguno cambiando de hábitos, como la dieta por ejemplo, después de los 80 años de edad, porque no había datos epidemiológicos que indicaran que la modificación de los hábitos influyera en la mortalidad o incluso el estado de salud en las personas mayores. Existía también la idea de que las personas adquirirían algunos hábitos nocivos por el mero hecho de llegar a la vejez.

Luego vino una fase de intervención más activa, en la que se alentó a las personas mayores a introducir en su dieta cambios que eran probablemente demasiado estrictos para el beneficio previsto.

Últimamente se viene alentado a las personas mayores a seguir un régimen alimentario saludable, lo más amplio y variado posible, pero manteniendo su peso, y, en particular, a seguir haciendo ejercicio.

¹³Vilas Herranz, F. Estrategias para la implantación de hábitos saludables en alimentación en la Comunidad de Madrid. Nutr Clin Diet Hosp 2008; 28

Si bien este grupo de edad ha recibido relativamente poca atención en cuanto a la prevención primaria, se considera por lo general que la aceleración del deterioro causada por factores externos es generalmente reversible a cualquier edad. Las intervenciones encaminadas a apoyar al individuo y promover entornos más sanos posibilitarán a menudo una mayor independencia a edades avanzadas¹⁴.

Los hábitos alimentarios enfocados a preservar el estado de salud y a prevenir enfermedades son los que se deben transmitir desde el equipo de salud que se haya en contacto con las personas mayores.

En un estudio realizado por G. Arbonés se resumen las recomendaciones para realizar una dieta saludable en la tercera edad:

- Educar nutricionalmente para mejorar sus conocimientos dietéticos.
- Conocer que una buena alimentación empieza por una correcta elección de los alimentos en el mercado. Es importante cuidar su manipulación y conservación. Evitar guardar la comida mucho tiempo sin consumirla. Informar de que la calidad de los alimentos congelados, precocinados o enlatados puede ser igual a la de los alimentos frescos, aunque siempre es necesario tomar a diario frutas y verduras frescas.
- Se recomienda no recalentar repetidas veces platos ya preparados, pues puede perderse una cantidad apreciable de algunas vitaminas como la C o el folato, las más sensibles.
- Disfrutar con la comida. Es un placer que a nadie se le puede negar; el alimento o la dieta que no se come, no nutre, no contribuye a mejorar la salud.
- Las dietas deben ser sencillas y fáciles de preparar, pero cuidando la presentación de los platos y haciendo de la comida uno de los momentos más agradables.
- Evitar la soledad, comer en compañía y aumentar las relaciones sociales siempre que sea posible. Es importante fomentar los aspectos relacionados con el carácter convivencial y lúdico de las comidas.
- Repartir los alimentos en 4-6 comidas diarias, evitando suprimir el desayuno y haciendo más de una comida caliente al día. Si existe pérdida de apetito, se recomienda

¹⁴ OMS. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO. 2003

repartir más las comidas comiendo pequeñas cantidades. Si existen dificultades para cocinar a diario, puede prepararse comida para varios días y congelarla. La descongelación se hace en la heladera y de forma lenta, preferiblemente al uso del microondas.

- Consumir una dieta variada con alto contenido en nutrientes. Evitar la monotonía y las dietas muy restrictivas que limitarán el consumo de algunos alimentos. Fomentar el balance adecuado entre los diferentes alimentos. Debe evitarse que el consumo excesivo de uno de ellos desplace o sustituya a otro también necesario.

- El consumo energético debe ser adecuado no sólo para mantener el peso correcto sino también como vehículo de otros nutrientes, pues cuando el contenido calórico de la dieta es bajo y no se han seleccionado adecuadamente los alimentos que la componen, se produce una drástica reducción de algunos nutrientes. En las personas de edad avanzada, la densidad nutricional de la dieta es especialmente útil como indicador de la calidad y adecuación de la dieta.

- Fomentar la moderación para mantener el peso estable y dentro de los límites aconsejados, equilibrando la ingesta de energía con el gasto calórico mediante la realización diaria de ejercicio físico. Evitar tanto el bajo peso como la obesidad. Un ligero sobrepeso puede ser un factor de protección en los ancianos, al contrario de lo que ocurre en jóvenes, como lo han puesto de manifiesto diversos estudios. La pérdida involuntaria de peso debe ser una señal de alarma, indicativa de algún proceso patológico.

- Mantenerse activo. Realizar diariamente algún tipo de actividad física para aumentar las necesidades de energía y el consumo de alimentos. Además, previene la obesidad, mantiene la masa ósea, la independencia y la movilidad, reduce el riesgo de caídas y favorece la exposición al sol, contribuyendo a un adecuado estado nutricional de vitamina D.

- Preservar el compartimento proteico para evitar una mayor pérdida de masa muscular. Las proteínas de la dieta tienen que ser de alto valor biológico, de alta calidad.

- Cuidar el aporte de calcio. No conviene suprimir los lácteos de la dieta pues son las principales fuentes de calcio, con la alternativa de poder usar los descremados para aquellas personas que tengan que cuidar la ingesta de grasa, aunque estos últimos tienen el inconveniente de que pierden las vitaminas liposolubles, especialmente la vitamina D.

En las personas con intolerancia a la lactosa que tengan molestias tras la ingestión de leche, se recomienda el consumo de yogur y leches fermentadas. El consumo de lácteos en este grupo de edad tiene numerosas ventajas:

- Son ricos en proteína, Ca, riboflavina y retinol.
 - Contienen cantidades apreciables de tiamina, folato, niacina, vitaminas B₁₂ y D y de magnesio, cinc y fósforo.
 - Previenen la desmineralización ósea.
 - Son de fácil uso y conservación.
 - Muchos de ellos no demandan actividad masticatoria.
 - Pueden contener hasta un 80% de agua.
 - La leche descremada, excepto por su contenido en algunas vitaminas liposolubles, es uno de los alimentos con mayor densidad de nutrientes.
- Se recomienda moderar el consumo de sal y de alimentos salados, si existen otros factores de riesgo, a menos de 2.500 mg de sodio al día (menos de 6 g de sal). La sal es esencial para la vida y los productos frescos contienen la cantidad necesaria. No abusar de la sal al preparar la comida y probarla en la mesa, antes de usar el salero. Puede recurrirse al uso de otros alimentos y especias para sazonar (1 cucharadita de postre = 2 g de sodio = 5 g sal).
- Vigilar la ingesta de líquidos para evitar la deshidratación. Tomar aproximadamente dos litros al día. Los ancianos deben saber que tienen que beber agua a intervalos regulares aunque no tengan sed. Deben colocar en sitio visible la cantidad de agua que tienen que tomar diariamente.
- Cuidar la dentadura y la higiene bucal para poder masticar bien y no tener que suprimir ningún alimento de la dieta. Cuanto mayor sea la degradación de la dentadura y, por tanto, la restricción de alimentos, mayor será el riesgo de desequilibrios o deficiencias nutricionales.

- Reducir el tabaquismo, pues aumenta el riesgo cardiovascular y de cáncer, las enfermedades respiratorias y también deprime el apetito¹⁵.

Este último punto referido al tabaquismo, junto al consumo de alcohol son dos importantes factores relacionados con el estilo de vida que pueden afectar al estado nutricional de las personas de edad avanzada; ya que pueden modificar sus hábitos alimentarios, dando lugar a una menor ingesta de energía y nutrientes. Pueden alterar el metabolismo y la biodisponibilidad de los nutrientes ingeridos con la dieta e igualmente pueden modificar los valores de algunos parámetros bioquímicos, especialmente de vitaminas y lípidos sanguíneos.

Hay estudios epidemiológicos muestran que el tabaquismo y el consumo de alcohol están asociados con una disminución en los niveles de vitaminas antioxidantes (ácido ascórbico, caroteno y vitamina E). Todo esto podría jugar un papel importante en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y cáncer.

Si existe consumo de alcohol, beber preferentemente vino o cerveza. Se recomienda no superar los 30 g de etanol/ día. Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que la ingesta de cantidades moderadas de alcohol (de 10 a 30 g de etanol al día) reduce la mortalidad cardiovascular, al comparar con los datos obtenidos en abstemios. Este beneficio parece estar mediado fundamentalmente por su efecto sobre las lipoproteínas plasmáticas, principalmente elevando el colesterol en HDL y, en menor medida, reduciendo el colesterol en LDL. El otro efecto cardioprotector importante parece ejercerlo disminuyendo la agregabilidad plaquetaria y produciendo cambios en la coagulación y en la fibrinólisis. El posible papel antioxidante de sus diferentes polifenoles sigue siendo controvertido. Hay que ser muy cautos con esta recomendación pues, cuando se trata de marcar normas generales dirigidas a toda la población, es muy difícil separar la frontera entre los efectos beneficiosos del "buen beber" y los indeseables del "mal beber", que son muchos. Además, los ancianos son más vulnerables a sus efectos pues tienen un menor metabolismo gástrico y hepático del alcohol y menor cantidad de agua que repercutirá en un aumento de la alcoholemia ante la misma cantidad de alcohol ingerida. El alcohol puede deprimir el apetito, desplazar a

¹⁵ Arbonés, G. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo SEN. Nutr Hosp 2003; 18

otros alimentos de la dieta y puede interactuar con diversos nutrientes (vitaminas B₁, B₂, B₆, E...) o con los fármacos.

Se conoce una relación entre alcoholismo y desnutrición; ya que el alcoholismo tiene efectos negativos sobre el estado nutricional, disminuyendo el apetito, desplazando a otros alimentos y nutrientes de la dieta y disminuyendo el valor nutricional de los alimentos por interferir en su digestión y absorción, dado que incluso cuando los nutrientes son absorbidos, el alcohol impide que sean utilizados totalmente por alterar su transporte, almacenamiento y excreción .

Desde un punto de vista nutricional el alcohol representa una fuente de energía metabolizable pero, además, también es una droga.

Estos dos aspectos contrastados pero estrechamente relacionados entre sí, adquieren importancia en condiciones de vulnerabilidad fisiológica o patológica, tales como la tercera edad, y puede causar efectos nutricionales significativos, ya que desplazan de la energía de los alimentos por las calorías vacías del alcohol diluyendo, por tanto, la densidad de nutrientes.

Por tanto, el alcohol se debe consumir con moderación, porque son calorías vacías que contribuyen a agravar todavía más la pérdida de apetito del anciano¹⁶.

Planes de alimentación en personas mayores

Las personas mayores son un grupo muy heterogéneo en cuanto a estados de salud, patología subyacente, tratamientos farmacológicos, grado de autonomía, ejercicio físico y hábitos de consumo alimentario, etc, lo que hace necesario establecer pautas individualizadas en la planificación de su alimentación.

En un plan alimentario para las personas mayores se debe asegurar una buena disponibilidad de nutrientes y preparaciones culinarias agradables.

¹⁶ Morillas, J. Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados. Nutr. Hosp. 21(6)

Las personas de edad avanzada tienen necesidades específicas, tanto médicas como nutricionales, necesidades que deben estar garantizadas en todo momento, incluso fuera de su domicilio.

Se deben respetar los principios de variedad y equilibrio nutritivo. La variedad de la oferta permitirá la ingesta de todos los alimentos adecuados para una alimentación saludable y adecuada a las necesidades individuales.

El primer plato puede estar elaborado a partir de alimentos del grupo de los cereales como pasta, arroz, etc, o bien del grupo de las verduras o la combinación de ambos grupos.

El segundo plato se compone de un alimento del grupo de la carne, el pollo, el pescado o los huevos, junto con una guarnición que para equilibrar el menú debe contener verduras o farináceos en función del grupo de alimentos predominante en el primer plato. La cantidad de alimento proteico del 2º plato debe ser adecuada a las necesidades y no excesiva.

También es posible reemplazar el primer y segundo plato por un único plato que comprenda alimentos de los diferentes grupos.

En cuanto a los postres, puede ser desde fruta a lácteos variados. Vale la pena insistir en la necesidad de tomar fruta frecuentemente para ayudar a equilibrar la dieta diaria, no tan sólo la fruta más corriente sino la gran variedad de que se dispone en cada temporada, cuidando las formas adecuadas para el consumo de las personas mayores: un grado de madurez aceptable y presentaciones como macedonias si tienen dificultades para pelarla. Se puede consumir también fruta en compota o asada.

Es conveniente que en cada comida principal se consuma una verdura y una fruta cruda, como en ensalada o jugo de fruta.

En la comida se puede incluir pan, y es recomendable el pan de harina integral.

En lo referente a la distribución de las comidas a lo largo del día, es aconsejable fraccionar la dieta en 4 a 6 comidas diarias.

Aunque el equilibrio se puede conseguir en el total de comidas del día, es conveniente cumplir con el equilibrio en cada comida principal.

Ejemplo de un menú para adultos mayores:

Primer plato:

- Un alimento farináceo: arroz, pasta, legumbres.
- Una verdura cruda o cocida: ensalada, verduras cocidas.
- Un plato mixto: pastel de verduras, empanada, etc.

Segundo plato:

- Carne magra: pollo, ternera.
- Carnes grasas con moderación: cerdo o cordero.
- Huevos.

Postre:

- Fruta.
- Lácteos.

Se pueden utilizar condimentos suaves y aromáticos. Es mejor evitar los picantes, los muy ácidos y los agrios.

Se debe moderar el consumo de sal, o no utilizarla si existe patología que así lo requiera. Se puede disminuir la cantidad de sal y utilizar especias, hierbas y zumo de limón.

Se puede usar el azúcar con moderación igual que miel o mermelada.

Como condimento es recomendable el uso de aceites vegetales, y preferentemente el de oliva.

Se pueden utilizar todas las técnicas culinarias, aunque es recomendable usar con más frecuencia:

- Cocción al vapor.
- Cocción al agua: hervido o escalfado.
- Cocción al horno o microondas.

- Cocción a la plancha.

Técnicas culinarias a usar moderadamente:

- Frituras, rebozados, empanados.
- Estofados.
- Guisos.
- Rehogados.

Es bueno que los platos posean una textura y presentación, en cuanto a la temperatura, aroma, sabor, de tal forma que satisfagan los sentidos en general.

Aspecto, color, textura, temperatura:

El menú debe ser además de nutritivo sensorialmente aceptable, es por ello que se deben cuidar diversos aspectos que el comensal puede recibir en conjunto y que ayudan a la aceptación o rechazo de un plato o un menú.

Un menú muy equilibrado pero poco atractivo no será apreciado.

Una presentación agradable del plato y una combinación de colores apetecible, junto con la temperatura adecuada para cada plato, va a contribuir a la buena aceptación del menú.

La utilización de un buen aceite para realza el sabor del alimento.

Además, los aceites monoinsaturados de buena calidad forman una costra fina y bien definida que evita el engrasamiento del alimento y la evaporación del agua, por lo que el alimento queda crujiente, gustoso y jugoso y, por tanto, además de nutritivo, es agradable al paladar.

La textura de los alimentos también juega un papel muy importante; en general es aconsejable evitar la combinación de platos o alimentos de textura semejante.

Sin embargo, debido a las dificultades de masticación que presenta una parte importante de este grupo de la población, se consideran algunas texturas y preparaciones culinarias de fácil masticación, como las más adecuadas para la gente mayor. Así serán más adecuadas unas albóndigas o unas croquetas que un trozo de carne. También suelen ser

más duras las preparaciones a la plancha que los estofados o cocciones al horno o microondas.

A veces, para algunas personas será necesaria una modificación de la textura.

Modificar la textura de la alimentación consiste en emplear los alimentos de consumo habitual, cocinándolos siguiendo las recetas tradicionales y transformándolos según las necesidades en, por ejemplo puré espeso, puré líquido o muy líquido¹⁷.

NECESIDADES NUTRICIONALES

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

A- Energía:

Las necesidades de energía disminuyen debido al descenso de la masa corporal magra, del índice metabólico y de la actividad física.

Este menor gasto y la consecuente menor ingesta de energía son los factores más importantes que influyen en el estado nutricional. La adaptación a requerimientos de energía menores, manteniendo un adecuado aporte de nutrientes con una ingesta calórica baja, puede ser el mayor desafío en los adultos mayores, por lo que es importante incluir alimentos con alta densidad de nutrientes.

Se han establecido unas IR medias de 30 kcal/kg de peso corporal. También pueden estimarse a partir de la tasa metabólica en reposo (TMR) multiplicando por distintos coeficientes según el tipo de actividad física desarrollada.

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

¹⁷ Arbonés, G. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo SEN. Nutr Hosp 2003; 18

B- Proteínas

La síntesis diaria y los niveles séricos de albúmina disminuyen en el proceso de envejecimiento, por esto se considera necesario un incremento de las necesidades proteicas por encima de los niveles recomendados.

Las IR se han estimado en unos 0,8 g de proteína/kg de peso corporal y día. Algunos estudios indican que ingestas de 1 g/kg podrían favorecer un mejor balance nitrogenado, estimulando la formación de masa muscular. Esta mayor síntesis proteica en respuesta a un mayor suministro de aminoácidos indicaría que la pérdida de músculo no es el resultado de una menor capacidad para usar eficazmente los aminoácidos, sino la consecuencia de una menor ingesta de proteína, de aminoácidos y de energía.

La deficiencia de proteína puede dar lugar a pérdida de masa muscular, alteraciones en la función inmune y a mala cicatrización de las heridas.

Las recomendaciones actuales indican que la proteína no debe aportar más del 10-15% de la energía total consumida. Sin embargo, en los ancianos, como la ingesta energética suele ser baja, el aporte calórico de la proteína puede ser levemente aumentado en un 12-17% del valor calórico total.

En el caso de pérdida de peso o estados hipercatabólicos, las IR pueden llegar a 1,5 g/kg de peso. Las IR de proteína pueden ser menores en caso de alteraciones hepáticas o renales. La calidad de la proteína deberá tenerse en cuenta sobre todo en las personas con poco apetito.

C- Hidratos de carbono

Se recomienda como que los hidratos de carbono aporten entre 55-75% del valor calórico total, principalmente a partir de hidratos de carbono complejos, presentes en cereales, algunas verduras y hortalizas, frutas y leguminosas.

Se recomienda también moderar el uso de mono y disacáridos en no más del 10% del valor calórico total, ya que pueden desplazar de la dieta a otros alimentos con mayor densidad de nutrientes. Dentro de este 10% no se incluyen los azúcares simples de frutas, verduras y lácteos, por ser vehículo de minerales y vitaminas. Por otra parte, los

hidratos de carbono simples pueden ser una fuente de energía muy útil en personas con poco apetito.

D- Lípidos

La grasa de la dieta tiene un importante papel suministrando ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles. Es una fuente concentrada de energía y además posee la característica de aumentar la palatabilidad de la comida.

Cobran mucha importancia la cantidad que se consume y la calidad de los lípidos, es decir, el grado de saturación y la posición de sus dobles enlaces; ya que son factores que intervienen en la regulación de los lípidos sanguíneos y pueden aumentar el riesgo en algunas enfermedades crónicas.

La mayor parte de los programas nutricionales hacen especial énfasis en la disminución de la ingesta de lípidos, especialmente de grasa saturada. En general, las recomendaciones de grasa de las personas de edad avanzada son similares a las del resto de la población, aconsejando que no se supere el 25-30% del valor calórico total.

Se recomienda cuidar el aporte de ácidos grasos poliinsaturados omega3, abundantes en los pescados por su efecto antiinflamatorio, antitrombótico, antiarrítmico, hipolipemiante y vasodilatador.

E- Fibra dietética

Es importante su ingestión ya que es muy frecuente en los ancianos el estreñimiento; por esto es preciso aumentarla gradualmente y acompañada de líquidos.

Un aporte adecuado de fibra soluble e insoluble favorece la motilidad y reduce el tiempo de tránsito intestinal, previniendo y mejorando el estreñimiento.

Disminuye también el riesgo de diverticulosis y de cáncer de colon en personas con poliposis, ayuda a controlar el peso y a regular la colesterolemia y glucemia.

Se recomienda un consumo de unos 20-30 g/día, a partes iguales entre fibra soluble presente en leguminosas, frutas como peras, manzanas, cítricos, algunas verduras, frutos secos, avena, etc; e insoluble presente en cereales integrales, pan, verduras, piel de las frutas, etc.

Debe hacerse un aumento de forma moderada y controlada, ya que un mayor aporte puede ocasionar malestar digestivo y comprometer la absorción de micronutrientes.

F- Minerales y vitaminas

En las personas ancianas, la biodisponibilidad de micronutrientes puede estar comprometida por los cambios fisiológicos, por enfermedades como por ejemplo la frecuente gastritis atrófica que da lugar a una menor absorción intestinal; o por el consumo de fármacos, alcohol, tabaquismo, etc; por este motivo en muchos casos las IR se ven aumentadas.

Vitamina E: los tocoferoles son potentes antioxidantes que protegen a los lípidos y otros componentes de las células del daño oxidativo, mantienen la estructura de las membranas celulares y protegen frente al envejecimiento. La vitamina E evita la oxidación de AGP, por lo que debe haber una adecuada relación vitamina E (mg) / AGP (g) = 0,4-0,6 en la dieta. Muchos estudios han relacionado el estado nutricional de vitamina E con alteraciones de la función inmune. Un mayor estrés oxidativo puede condicionar mayores necesidades de vitamina E.

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

Vitamina D con la edad, el estado nutricional en vitamina D es más precario como consecuencia de una menor eficacia en la síntesis cutánea de la vitamina, que sólo se mantiene en un 25% de los ancianos; menor capacidad de los riñones para activarla, baja exposición al sol y bajas ingestas. Dado que la vitamina D se encuentra en pocos alimentos, como es el caso de pescados y alimentos fortificados, no es sorprendente que un alto porcentaje de los ancianos tengan ingestas muy bajas, que se asocian con una menor absorción y bajos niveles sanguíneos de calcio y una mayor resorción ósea. Las IR se han aumentado hasta 10-15 $\mu\text{g}/\text{día}$ en adultos de 65 años; y para las personas con una limitada exposición al sol y baja ingesta de la vitamina, se recomienda consumir suplementos.

G- Ingestión de líquidos

Por disminución de la sensación de sed y descenso de la capacidad de concentrar la orina por parte del riñón, se puede presentar deshidratación; por esto se estima que la ingesta sea de aproximadamente 30 ml/kg de peso corporal/día.

El agua es un componente esencial de los seres vivos, sin la que no es posible la subsistencia. Una persona puede vivir meses sin ingerir alimentos, dependiendo de sus reservas corporales, pero sin el aporte de agua el período de supervivencia es tan sólo de unos días.

En general, se considera que un individuo adulto, con un metabolismo basal que proporcione unos 300 ml de agua al día, debe ingerir, a través de la dieta aproximadamente 1 l de agua bebida y otro tanto procedente del agua de constitución de los alimentos.

La necesidad de ingesta de agua está regulada por la sensación de sed; la eliminación a través de la orina depende fundamentalmente de la concentración plasmática de la hormona antidiurética, directamente relacionada con las variaciones de osmolalidad.

Aunque a veces el agua se excluye de las listas de nutrientes, como componente esencial para el mantenimiento de la vida, debe ser aportado por la dieta en cantidades muy superiores a las que produce el metabolismo. El agua puede considerarse como un verdadero nutriente, especialmente para las personas mayores, a cuyo estado de hidratación hay que prestar mucha atención.

Parte de los procesos normales de envejecimiento son cambios de los mecanismos homeostáticos con alteración en el balance hidroelectrolítico que afectan negativamente al individuo y aumentan la morbimortalidad, lo que constituye uno de los principales problemas clínicos en las personas mayores.

Como porcentaje de la masa corporal, el contenido de agua es mayor en los hombres que en las mujeres y tiende a disminuir con la edad en ambos sexos. Un hombre de setenta a ochenta años tiene menos de un 60% de agua y una mujer de la misma edad una cantidad inferior al 50%. En algunas personas mayores, la causa más importante de la reducción de peso en esta etapa de la vida es la disminución de agua, consecuencia de los cambios que se producen en la composición corporal con pérdida de masa magra e incremento de grasa corporal; que llega a producir alteraciones en la regulación de la temperatura corporal y aumenta la tendencia a la deshidratación. El balance entre la ingesta y la pérdida de líquidos tiene gran importancia y cualquier alteración del mismo pone en peligro la vida del individuo.

Es preferible que el aporte de agua se realice entre comidas, para evitar la dilución del jugo gástrico y la consecuente hipoclorhidria en el proceso de la digestión. No obstante deben beber agua en las comidas ya que los alimentos secos incrementan la señal de saciedad. La ingesta excesiva de agua en la comida o justo antes de ella llena el estómago, incrementando las señales de saciedad y promoviendo un menor consumo de alimentos que puede incidir negativamente en el estado nutricional del anciano.

Hay que considerar que no todas las aguas son iguales en contenido en iones y minerales. Las aguas minerales ricas en calcio son aconsejables como aporte de este mineral en personas con ingesta insuficiente de alimentos lácteos. Las aguas carbónicas bicarbonatadas poseen ciertos efectos digestivos, sin producir el efecto rebote de hipersecreción gástrica; su consumo puede ser útil en personas ancianas con dispepsias. En el anciano hipertenso las aguas carbonatadas aportan cantidades importantes de ión sodio a pesar de que éste parece ser hipertensivo sólo en la forma clorada y no en la bicarbonatada. Las aguas ricas en magnesio son una fuente alimentaria de este mineral que interesa considerar en la alimentación de la persona anciana; el contenido corporal de magnésico tiende a disminuir durante el proceso de envejecimiento y su déficit suele ser responsable de la sensación de fatiga, vértigo, aparición de calambres y ansiedad. El magnesio del agua puede absorberse mejor que el presente en algunos alimentos.

En la dieta del adulto mayor, y no muy diferente a lo recomendado en otras etapas de la vida, es bueno evitar el consumo de aguas azucaradas y limitar las bebidas alcohólicas y las ricas en cafeína y colas.

Es fundamental hacer el seguimiento nutricional de las personas mayores para evitar los riesgos de deshidratación que pueden dar lugar a graves problemas para su salud.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Una alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes necesarios para que cada persona pueda mantener su estado de salud, a fin de fomentar la protección de la misma y prevenir trastornos causados por excesos, déficit o desequilibrios en la alimentación.

La alimentación saludable alude a un conjunto de conceptos como:

- Suficiencia, en cuanto al aporte adecuado de energía y nutrientes,
- Variedad, para así asegurar el aporte tanto de macronutrientes como de micronutrientes,
- Equilibrio, en relación a las porciones recomendadas,
- Adecuación, que alude a las características sociales y culturales de cada individuo.

Una alimentación saludable previene el desarrollo de sobrepeso u obesidad, diabetes mellitus tipo 2, diversos cánceres, enfermedad cerebrovascular, osteoporosis, etc. De esta manera, permite mejorar la calidad de vida de los individuos, en todas las edades.

En las Guías Alimentarias Argentinas¹⁸ se establecen metas nutricionales con el propósito de conseguir una alimentación saludable para desarrollarse y funcionar en condiciones óptimas de salud y bienestar:

- El Valor Calórico Total (VCT) de la dieta debe adecuarse a las necesidades individuales.

¹⁸ AADyND. Guías Alimentarias para la Población Argentina: Lineamientos metodológicos y criterios técnicos. Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas; 2008.

- La distribución energética de los macronutrientes debe ser del 55 - 60% para los hidratos de carbono, del 10 -15% para las proteínas y del 30% para las grasas.
- Los azúcares simples no deben representar más del 10% de los hidratos de carbono totales de la alimentación.
- El consumo de fibra dietética debe aumentarse progresivamente hasta alcanzar los 25 a 30 gramos diarios.
- La distribución porcentual de ácidos grasos de la dieta debe ser: 10 % de ácidos grasos saturados, ácidos grasos monoinsaturados y ácidos grasos polinsaturados respectivamente.
- El consumo diario de colesterol no debe superar los 300 mg/ día.
- El consumo de sal por día no debe exceder los 5 a 6 gramos.
- Estimular la adopción de hábitos de vida saludables.

En la misma guía anteriormente mencionada, se citan los siguientes consejos:

- Disminuir el consumo de azúcares, golosinas, bebidas azucaradas, galletitas y amasados de pastelería.
- Seleccionar cortes cárnicos con el menor contenido graso.
- Aumentar el consumo de carnes blancas, especialmente de pescados.
- Moderar el consumo de vísceras, embutidos y fiambres.
- Evite el uso del salero en la mesa.
- Disminuir el consumo de alimentos y productos ricos en sodio: caldos y sopas concentradas, salsas comerciales, fiambres embutidos, etc.
- Preferir el consumo de lácteos de bajo contenido graso.
- Consumir aceites puros de girasol, uva, maíz, oliva, canola, soja o aceites mezclas de los anteriores en crudo.

- Aumentar el consumo de hortalizas y frutas, preferentemente crudas, así como el consumo de legumbres, cereales y derivados, preferentemente integrales.
- El consumo de bebidas alcohólicas debe ser moderado.

También se resumen en 10 mensajes dirigidos a la población argentina los siguientes enunciados:

Para vivir con salud es bueno...

- 1- Comer con moderación e incluir alimentos variados en cada comida.
- 2- Consumir todos los días leche, yogurt o queso. Es necesario en todas las edades.
- 3- Comer diariamente frutas y verduras de todo tipo y color.
- 4- Comer una amplia variedad de carnes rojas y blancas retirando la grasa visible.
- 5- Preparar las comidas con aceite preferentemente crudo y evitar la grasa para cocinar.
- 6- Disminuir el consumo de azúcar y sal.
- 7- Consumir variedad de panes, cereales, pastas, harinas, féculas y legumbres.
- 8- Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y evitarlo en niños, adolescentes, embarazada y madres lactantes.
- 9- Tomar abundante cantidad de agua potable durante todo el día.
- 10- Aprovechar el momento de las comidas para el reencuentro y dialogo con otros¹⁹.

¹⁹ AADyND. Guías Alimentarias para la Población Argentina: Lineamientos metodológicos y criterios técnicos. Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas; 2008. .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el consumo de alimentos protectores de la salud de las personas mayores de setenta años?

OBJETIVOS

GENERALES:

- Investigar los hábitos alimentarios de los adultos mayores de más de setenta años.

ESPECÍFICOS:

- Indagar sobre los alimentos protectores de la salud que ingieren los adultos mayores.
- Identificar los hábitos alimentarios, selección, formas de preparación de alimentos en los ancianos.
- Analizar la frecuencia de consumo de alimentos protectores de la salud del adulto mayor.

JUSTIFICACIÓN

La realización de esta investigación tiene como fin evaluar los hábitos alimentarios de las personas mayores de setenta años, con el objeto de conocer cuál es el consumo de alimentos protectores de la salud; teniendo en cuenta que éstos afectan directamente la calidad de vida de los ancianos.

HIPÓTESIS DEL TRABAJO

Los hábitos alimentarios de las personas mayores de setenta años no incluyen un adecuado consumo de alimentos protectores de la salud.

METODOLOGÍA

ÁREA DE ESTUDIO:

La ciudad de Rosario está ubicada en la zona sur de la provincia de Santa Fe. Es cabecera del departamento homónimo, que cuenta con una población de 1.193.605 habitantes. El 8,69% del total de la población corresponde a adultos mayores de setenta años.²⁰ La industria alimentaria es la principal industria de esta región, representa el 21% de la actividad industrial desarrollada en la ciudad. Rosario y su zona cuentan con el complejo aceitero más importante del país. La industria metalmecánica representa el 18% de la actividad y Rosario es una de las regiones del país con mayor presencia de industrias de maquinarias agrícolas.

La ciudad se encuentra dividida en seis distritos; la Mutual La Roca se ubica en el Distrito Centro de la ciudad, en la calle 27 de Febrero a la altura del 2000.

TIPO DE ESTUDIO:

El diseño del estudio es observacional, descriptivo y transversal.

Es observacional y descriptivo en tanto está dirigido a detallar los hábitos alimentarios de los adultos mayores.

Es transversal porque estudia las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

POBLACIÓN OBJETIVO (Universo de Estudio):

Personas mayores de setenta años no institucionalizadas, de sexo femenino y masculino, que concurren a la clínica de Mutual La Roca en la ciudad de Rosario; población calculada en 80 individuos para el período comprendido entre Julio y Agosto de 2011.

MUESTRA:

La muestra está conformada por un total de 50 personas de ambos sexos, mayores de setenta años, que concurren a la clínica de Mutual La Roca, seleccionadas al azar mediante técnica de muestreo aleatorio no estratificado.

²⁰ INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Argentina: Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2010

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: personas concurrentes a la clínica de Mutual La Roca, mayores de setenta años de edad, sexo femenino y masculino, no institucionalizados.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El método de recolección de datos fue a través de una encuesta de tipo estructurada realizada por la autora, basada en bibliografía y previamente sometida a prueba piloto; que constó de preguntas referidas a los hábitos alimentarios, el número de comidas realizadas en el día, y el número de días sin consumo de alimentos, entre otros ítems.

Otra herramienta utilizada fue el cuestionario de frecuencia de consumo de algunos alimentos considerados protectores de la salud e importantes en la nutrición del Adulto Mayor, como agua, lácteos descremados, carnes, vegetales, verduras, cereales, y el consumo de alimentos de riesgo como sal, lácteos enteros, fiambres, manteca.

Se clasificó la frecuencia de consumo en alta, si el consumo era diario o de 4 a más veces por semana; moderada, de 2 a 3 veces por semana; y baja, 1 o ninguna vez por semana.

Se optó por emplear el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, ya que es uno de los métodos más utilizados en la recolección de información dietética en estudios epidemiológicos, debido a su sencilla administración y su bajo costo. Consiste en preguntar al encuestado la periodicidad con que consume diferentes alimentos de una lista predeterminada y tiene como objetivo conocer el consumo de diferentes grupos de alimentos, lo cual permite conocer los hábitos alimentarios de la persona.

La encuesta fue de carácter voluntario y anónimo.

El modelo de encuesta se puede ver en el anexo.

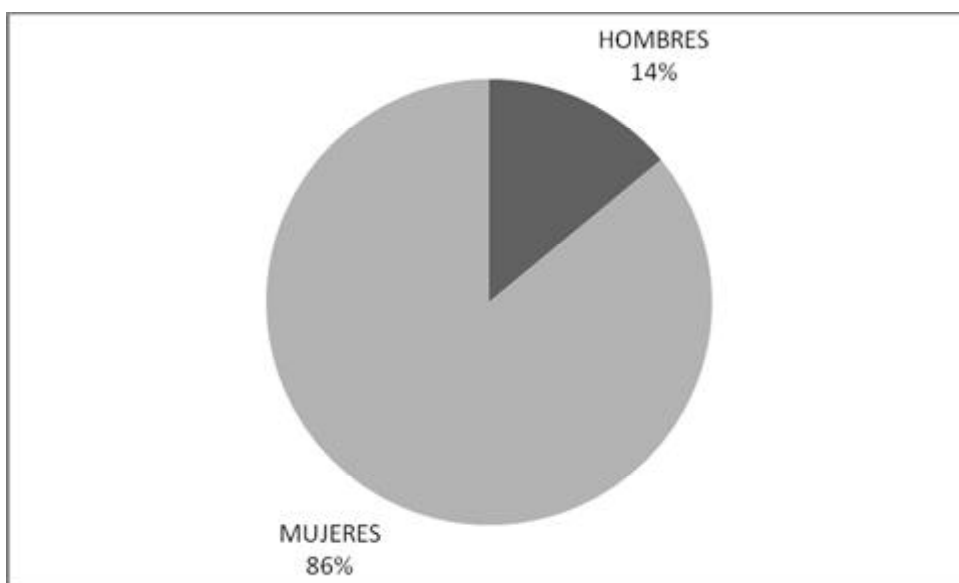
Luego de realizar las encuestas, se continuó con el volcado de la información en cuadros y gráficos estadísticos, utilizando las herramientas informáticas proporcionadas por los programas Word y Excel del paquete Microsoft Office, para poder analizar los datos recolectados y arribar así a las conclusiones correspondientes mediante inferencia estadística.

RESULTADOS

Se encuestó a 50 personas mayores de setenta años.

- De las personas encuestadas 43 correspondieron al sexo femenino y 7 al masculino, representando el 86% y 14% de la población respectivamente.

SEXO	N°personas
Femenino	43
Masculino	7

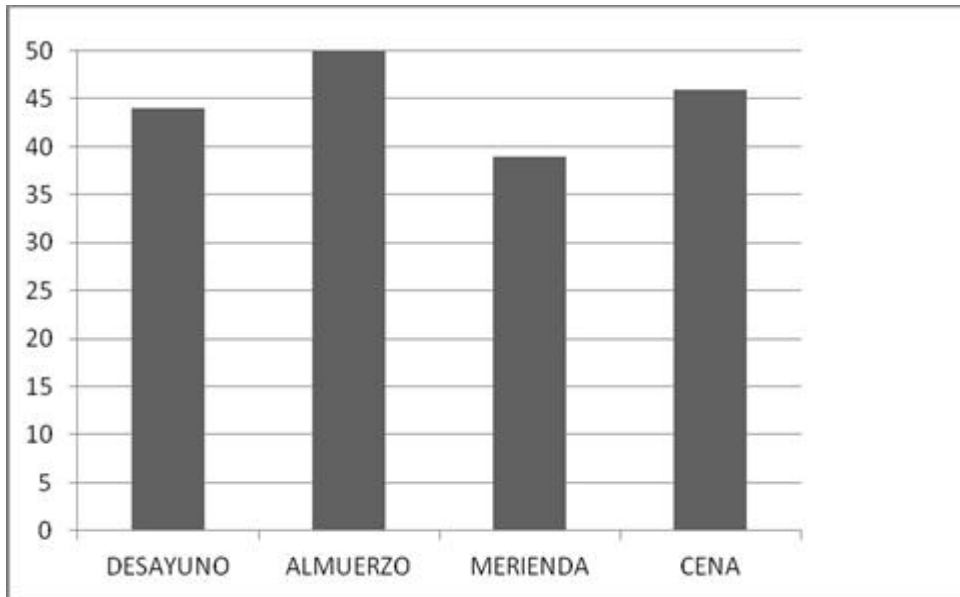


- La edad promedio entre las mujeres fue de 76 años, y entre los hombres de 73 años; encontrándose como edad mínima 70 años y como máxima 91 años de edad.

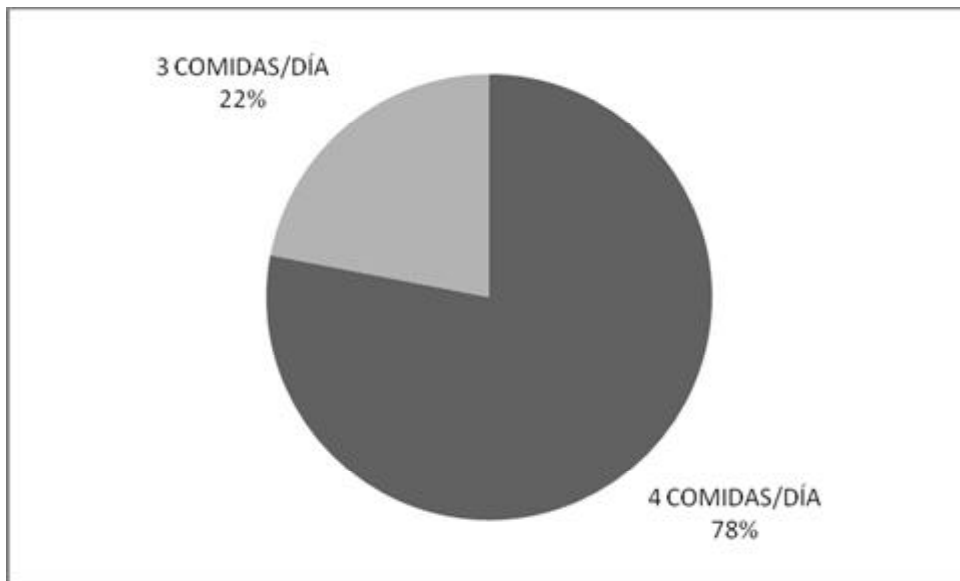
EDAD PROMEDIO	
MUJERES	76 años
HOMBRES	73 años

- En lo referente a las comidas que realizan al día, se encontró que del total de los 50 encuestados, 44 hacen el desayuno, 50 el almuerzo, 39 la merienda, y 46 la cena.

COMIDA	N°personas
Desayuno	44
Almuerzo	50
Merienda	39
Cena	46



- Se halló que el 78% realiza 4 comidas al día, y 22% realiza 3 comidas al día.

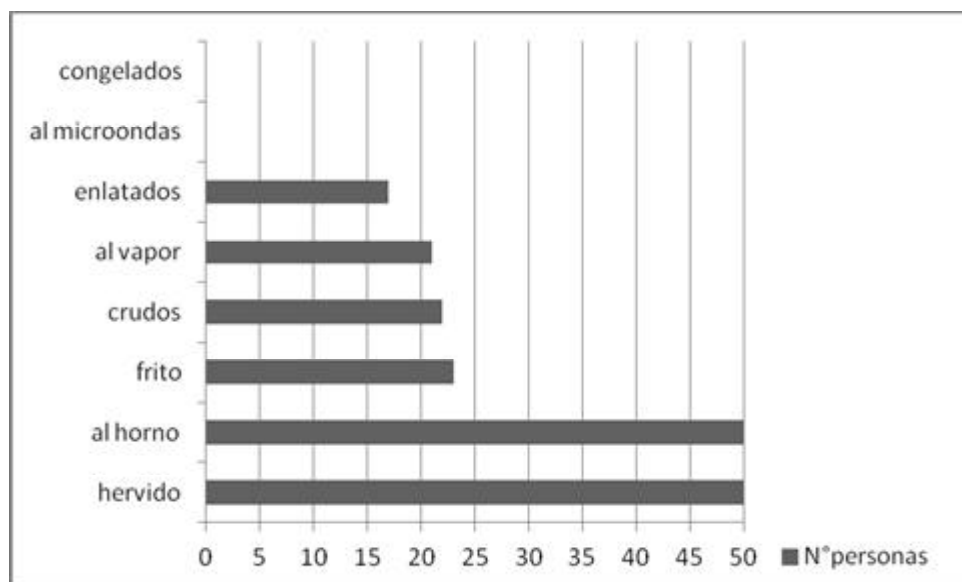


- El 100% de los encuestados refirieron que realizan como mínimo 3 comidas al día, siendo las comidas que más se saltean, en 1° lugar la merienda, y en 2° lugar el desayuno.

COMIDA NO REALIZADA	%población
Merienda	22%
Desayuno	12%
Cena	8%
Almuerzo	0%

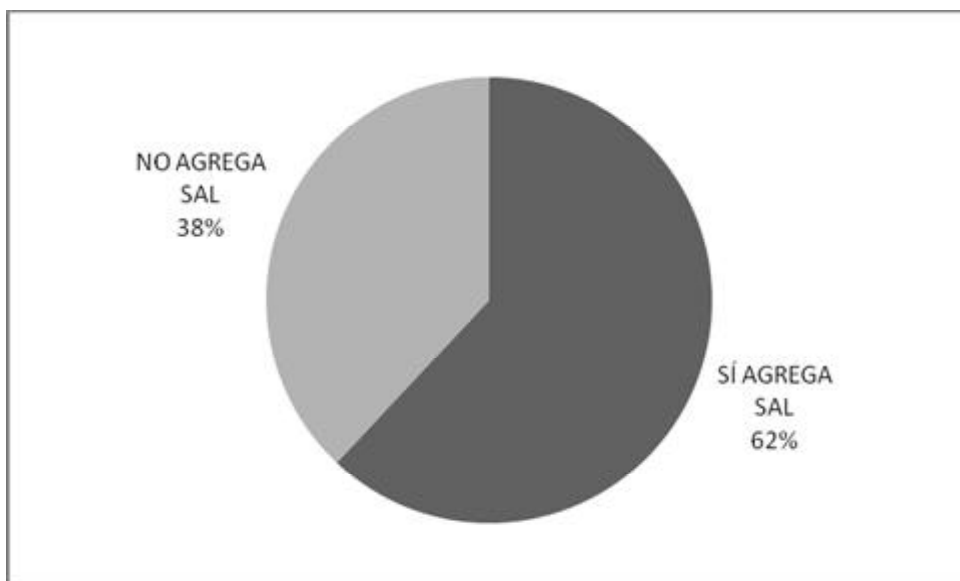
- En lo relativo al tipo de preparación empleada, se identificó que un 100% de los encuestados prepara su comida al horno y hervido, un 46% lo hace frito, un 44% prepara alimentos crudos, un 42% al vapor, un 34% enlatados, y 0% de la población prepara al microondas y congelados.

FORMAS DE PREPARACIÓN UTILIZADA	
Hervido	100%
Al Horno	100%
Frito	46%
Crudos	44%
Al Vapor	42%
Enlatados	34%
Al Microondas	0%
Congelados	0%



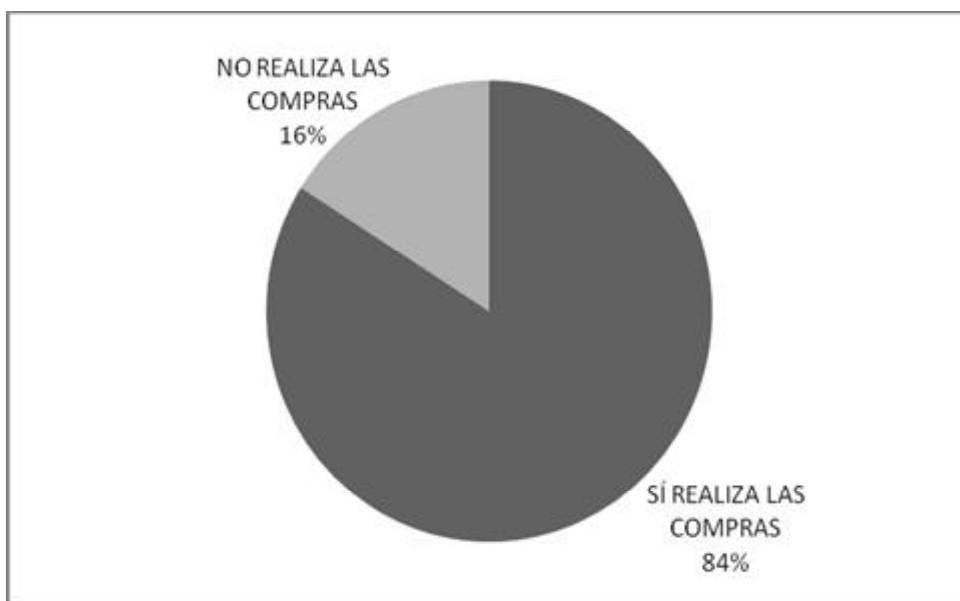
- Al indagar si le agregaban sal a sus comidas, el 62% respondió afirmativamente, y el 38% lo hizo de forma negativa.

AGREGA SAL	N°personas
SÍ	31
NO	19



- Al preguntar si él/ella mismo realizaba las compras de los alimentos que consumía; se encontró que un 84% lo hace, y un 16% no.

REALIZA LAS COMPRAS	N°personas
SÍ	42
NO	8



- En lo concerniente a la frecuencia de consumo de determinados alimentos considerados protectores de la salud frente a las enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, la hipertensión arterial, el cáncer; junto con otros que favorecen a la vulnerabilidad a desarrollarlas; se identificó un alto consumo de agua, lácteos enteros, arroz, fideos, pizza, tartas, empanadas, pan blanco, postres, fiambres; un moderado consumo de frutas, verduras crudas y cocidas, huevos, carnes de vaca y de pollo; y un bajo consumo de pan integral, mayonesa, manteca.

ALIMENTOS	todos los días	4-6 veces/semana	2-3 veces/semana	1-0 veces/semana
agua	43	5	2	0
leche/yogur entero	25	19	6	0
leche/yogur desc	8	5	25	12
queso	19	5	26	0
huevo	2	8	28	12
carne vaca grasa	0	3	25	22
carne vaca magra	3	7	22	18
pollo con piel	0	1	28	21
pollo sin piel	2	9	27	12
fiambre	3	17	16	14
arroz	0	18	17	15
fideos	0	20	17	13
pastas rellenas	0	7	23	20
masas(pizza, tarta, empanada)	0	19	15	16
pan blanco	31	4	13	2
pan integral	0	2	7	41
pan grasa/facturas	0	14	24	12
vegetales crudos	7	15	25	3
vegetales cocidos	8	13	25	4
frutas	9	17	21	3
postres/flan/helado	2	17	18	13
manteca	0	9	18	23
mayonesa	0	9	15	26

Frecuencia de consumo ALTA [diario o >3 veces/semana]	Frecuencia de consumo MODERADA [2-3 veces/semana]	Frecuencia de consumo BAJA [1-0 veces/semana]
agua leche/yogur entero queso arroz fideos masas(pizza,tarta,empanada) fiambres pan blanco postres/flan/helado	leche/yogur descremado queso huevo carne de vaca grasa carne de vaca magra pollo con piel pollo sin piel pastas rellenas pan con grasa/facturas vegetales crudos vegetales cocidos frutas	pan integral manteca mayonesa

DISCUSIÓN

Hay estudios que demuestran que los buenos hábitos alimentarios en la edad avanzada reducen el riesgo de osteoporosis, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas y algunos tipos de cáncer.

A medida que envejece la persona mayor necesita ingerir una menor cantidad de energía, pero no una menor cantidad y calidad de nutrientes en los alimentos.

Por esto es necesario que el Adulto Mayor elija una variedad de alimentos saludables, que evite las calorías vacías que aportan alimentos como las papas fritas, los dulces, las gaseosas y el alcohol, y que prefiera alimentos con bajo nivel de colesterol y grasas saturadas y trans.

En un trabajo de investigación llevado a cabo en Cuba y publicado en la revista Medwave de Chile en el año 2008, se arribó a las siguientes conclusiones:

“Es posible desarrollar una serie de acciones dirigidas a elevar la calidad de vida de los ancianos, las que deben ser diseñadas, dirigidas y evaluadas por un equipo multidisciplinario. [...]

Es fundamental desarrollar acciones que estimulen al adulto mayor para que viva esta etapa llena de cambios psicológicos y sociales desde una perspectiva positiva y enriquecedora, para lograr un envejecimiento en óptimas condiciones.

La educación en la tercera edad debe tener como objetivo conservar la autosuficiencia, la adaptación social y los vínculos con su entorno. Para ello se debe facilitar a los ancianos la tarea de adquirir información sobre la evolución del mundo actual, buscando sin cesar métodos idóneos para ello. La entrega de educación apropiada en la tercera edad permitirá lograr que el anciano se interese por el futuro y se sienta parte de la sociedad, con funciones y roles dentro de ésta. [...]

De esta manera se puede lograr que el adulto desarrolle su máximo potencial y viva plenamente la última etapa de su vida”.²¹

²¹ González Díaz, I. Casa de Atención para Ancianos y Calidad de Vida. Medwave, Año VIII, No. 9, 2008

El Grupo de trabajo Salud pública de la Sociedad Española de Nutrición realizó una investigación publicada en el año 2003 por la Revista Nutrición Hospitalaria, en la que concluyó:

“Algunos de los problemas de salud de este grupo tan heterogéneo y vulnerable podrían ser solventados, o al menos paliados, mediante una adecuada intervención nutricional que contribuiría a mejorar la calidad de vida del anciano, reducir la susceptibilidad a algunas de las enfermedades más frecuentes y contribuir a su recuperación y de esta manera, ayudar a mantener, durante el mayor tiempo posible, un estilo de vida independiente para mantener siempre que sea posible en el ambiente propio de cada uno.

El consejo dietético dirigido a las personas de edad debe ser un componente básico dentro de las actividades de promoción de la salud con el fin de aumentar sus conocimientos y modificar sus actitudes en los aspectos relacionados con la alimentación y, para ello, los profesionales de la salud están en una posición óptima.

*Cualquier intervención dietética debe basarse en un adecuado conocimiento de la situación y debe evaluarse periódicamente para comprobar la tolerancia y la adherencia a la misma. Es importante, por tanto, saber qué factores modifican sus necesidades y cuál es el estado nutricional de esta población”.*²²

²² Arbonés, G. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo SEN. Nutr Hosp 2003; 18

CONCLUSIÓN

En la presente investigación se han podido analizar los hábitos alimentarios de los Adultos Mayores de más de setenta años, los cuales se diferencian del resto de la población por su estado físico, los medios materiales que disponen, así como otros elementos psicológicos y sociales que pueden influir en su estado nutricional.

Estos factores interactúan con los que determinan la cantidad y calidad de los alimentos que se compran, su preparación y su consumo.

Se arribó, entre otras, a las siguientes conclusiones:

- 78% de la población realiza 4 comidas al día, y 22% sólo 3 comidas al día.
- Las comidas que más se omiten son la merienda en un 22% y el desayuno en un 12% de los casos.
- La mayoría prefiere preparar sus comidas al horno o hervido, seguido por un 46% que lo hace frito, 42% al vapor, 44% crudos, y 34% consume alimentos enlatados.
- 62% agrega sal a sus comidas.
- 84% realiza la compra de sus alimentos.
- Se encontró un alto consumo de agua, grasas saturadas provenientes de lácteos enteros, hidratos de carbono simples y complejos; un moderado consumo de proteínas de alto valor biológico y fibra soluble e insoluble provenientes de vegetales; y un bajo consumo de grasas provenientes de la manteca y mayonesa, y un bajo consumo de fibra proveniente de cereales integrales.
- En la mayoría de la población adulta mayor estudiada se encuentran hábitos alimentarios que no protegen a la salud frente a enfermedades como la obesidad, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

De acuerdo a lo que los Adultos Mayores encuestados refirieron consumir, se puede inferir si la dieta que practican contiene los nutrientes necesarios para protegerlos ante las enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, la hipertensión arterial, etc.

En lo referente al número de comidas realizadas al día, se observó que la mayoría consume 4 comidas al día; pero existe un 22% de la población que sólo consume 3 comidas al día, lo que implica un riesgo de déficit de calorías, nutrientes y micronutrientes, colocándolos en un potencial estado de fragilidad frente a las enfermedades por deficiencias nutricionales.

Entre los datos recolectados se identificó que la comida que el 100% realiza es el almuerzo, y la que más se omite, con un porcentaje del 22%, es la merienda, lo que implica muchas horas sin ingerir alimentos desde el mediodía hasta la noche, y esto favorecería a realizar una cena más abundante de lo recomendado. El 12% refirió que no desayuna. Diversos estudios consideran omitir el desayuno como un factor de riesgo para la salud; ya que desde el punto de vista fisiológico la omisión del desayuno y la prolongación del tiempo de ayuno que esto conlleva hasta el momento del almuerzo, podrían tener repercusiones en el metabolismo.

Se identificó en la totalidad de la población la preferencia por cocinar al horno y hervido, lo que representa una opción saludable; pero por otro lado se observó que un 46% respondió que utiliza frecuentemente la fritura como medio de cocción, aumentando así considerablemente la densidad calórica del alimento y actuando como favorecedor, junto a otros factores, para el desarrollo de obesidad, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, etc.

Se halló que el 38% de los adultos mayores encuestados no agrega sal a sus comidas; pero la mayoría, representados por el 62%, sí agrega sal a los alimentos, lo que constituye un factor favorable al desarrollo de hipertensión y posible enfermedad cardiovascular.

En cuanto a la adquisición de los alimentos, la gran mayoría refirió realizar las compras de alimentos por sí mismos, representando al 84% de los casos. Desde esta premisa se puede deducir que al valerse por sí mismos para obtener la comida, el abastecimiento podría verse a veces limitado por distintos factores como la disminución de la capacidad física para ir a comprar todos los días que lo necesite, o un ajustado poder adquisitivo. Por otro lado esta independencia en el abastecimiento de la comida pone de manifiesto los hábitos alimentarios practicados, especialmente en la selección de los alimentos que se observa en el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos.

Se encontró un alto consumo de agua; lo que es muy beneficioso y protector de la salud frente a la deshidratación, una condición muy frecuente entre los adultos de edad avanzada.

Se halló en la población estudiada un alto consumo de grasas saturadas asociadas a los lácteos enteros, quesos, fiambres; y azúcares en postres, flan, helado.

También se encontró un alto consumo de hidratos de carbono complejos asociados principalmente al pan blanco, fideos y arroz.

Todos estos alimentos se consumen diariamente o de 4 a 6 veces por semana, lo que se considera una alta frecuencia de consumo; predisponiendo a los adultos mayores a enfermedades crónicas como obesidad, diabetes, hipertensión, alteraciones del colesterol y enfermedades cardiovasculares.

Se estima que por la alta frecuencia de consumo de lácteos que refieren consumir los adultos mayores encuestados, se ingerirían micronutrientes de importancia como el calcio, protector frente a enfermedades como osteoporosis y frente al riesgo de padecer fracturas.

Por otra parte, y no tan favorecedor, se encontró que la mayoría opta por ingerir lácteos enteros antes que los descremados, lo que aumenta el consumo de grasas saturadas innecesarias en esta etapa de la vida.

Se vio un alto consumo de fiambres, lo que implica un consumo de grasas, colesterol, y sodio, que pueden favorecer a la obesidad, hipertensión y enfermedades cardiovasculares.

Se encontró un consumo moderado de carnes tanto de vaca como de pollo, éstas son fuentes de proteínas de alto valor biológico indispensables para evitar la desnutrición calórica proteica que se observa frecuentemente en los ancianos.

También fue moderado el consumo de vegetales crudos, cocidos y frutas, estos son alimentos fuente de fibra, vitaminas y minerales, importantes en la prevención de enfermedades por déficit nutricionales. Se encuentra un consumo insuficiente teniendo en cuenta que el aporte fibra que proporcionan estos alimentos son importantes en cuanto a la prevención de obesidad, diabetes, y para controlar los niveles de colesterol.

Algo similar ocurre con los datos hallados en cuanto al consumo de cereales integrales, los cuales fueron bajos, acarreando consecuencias similares a las expuestas en cuanto a la fibra de los vegetales.

Se observó un bajo consumo de manteca y mayonesa, lo que protege a la salud frente a obesidad y enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

En síntesis, y luego de analizar los datos recogidos en la población estudiada, se concluyó que los hábitos alimentarios de las personas mayores de setenta años en su conjunto, no incluyen un adecuado consumo de alimentos protectores de la salud frente a enfermedades como la obesidad, hipertensión y enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares, y que debido a la influencia que ejerce la alimentación sobre el desarrollo de las enfermedades, así como su prevención y tratamiento, resulta muy importante conocer los hábitos alimentarios de esta población para poder implementar políticas desde el sector de la salud orientadas a mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores de nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. AADyND (2008) Guías Alimentarias para la Población Argentina: Lineamientos metodológicos y criterios técnicos. 1ª ed. 4ª reimp. Buenos Aires: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas.
2. Arbonés, G. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo salud pública de la SEN. Nutr. Hosp. [versión online] 2003 [citado Dic 2010]; XVIII (3). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s021216112003000300001&script=sci_arttext
3. Barrera Sotolongo, J; Osorio León, S. Envejecimiento y nutrición. Rev Cubana Invest Bioméd [versión online]. 2007 [citado 08 Nov 2010] ; 26(1): .
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002007000100008&lng=es.
4. Brown, Judith E. (2006) Nutrición en las diferentes etapas de la vida. 2º edición. México: editorial McGraw-Hill Interamericana.
5. Cornatosky, M. Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la provincia de Catamarca, Argentina. AADYND DIAETA. Buenos Aires [versión online] 2009; 27 [citado Abr 2011] Disponible en:
http://www.aadynd.org.ar/docs/diaeta129/02_Cornatosky.pdf
6. De Girolami D.(2003) Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal. 1ª ed. Buenos Aires: El Ateneo
7. De la Montaña Miguélez, J; Areal Salve, C; Míguez Bernárdez, M. Evaluación del riesgo nutricional mediante el MNA en una población anciana no institucionalizada. Archivos latinoamericanos de nutrición. Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. [versión online] Vol. 59 N° 4, 2009 [citado 03 Oct 2010]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/pdf/alan/v59n4/art06.pdf>
8. González Díaz, I. Casa de Atención para Ancianos y Calidad de Vida. Medwave, Año VIII, No. 9, 2008 [citado Sep 2011]. Disponible en :
<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/1715>

9. INDEC. (2010) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Argentina: Instituto Nacional de Estadística y Censos.
10. Jenkins, D. (2005) Mejoremos la salud a todas las edades. Organización Panamericana de la Salud.
11. Longo E., Lema S., Lopresti A. (2008) Guías Alimentarias para la Población Argentina: Lineamientos metodológicos y criterios técnicos. 1ª ed. 4ª reimp. Buenos Aires: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas.
12. Longo, E; Navarro, E. (2004). Técnica dietoterápica. 2º edición. Buenos Aires: editorial El Ateneo.
13. López, L; Suarez, M. (2002). Fundamentos de nutrición normal. 1º edición. Buenos Aires: editorial El Ateneo.
14. Mahan, L; Escott- Stump, S. (2009). Nutrición y dietoterapia de Krause. 12º edición. España: editorial Elsevier Masson.
15. Martín González, I. (2001). Manual de dietoterapia. La Habana: editorial Ciencias Médicas.
16. Morillas, J; García-Talavera, N; Martín-Pozuelo, G; Reina, A; Zafrilla, P. Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados. *Nutr. Hosp.* [versión online] 2006 Dic [citado 10 Oct 2010] ; 21(6): 650-656. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000900003&lng=es.
17. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO [versión online] 2003. [citado 08 Nov 2010] Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/ac911s/ac911s00.pdf>
18. Organización Panamericana de la Salud. Mantenerse en forma para la vida: Necesidades nutricionales de los adultos mayores. Publicación Científica y Técnica N° 595. [versión online] OMS, OPS, Universidad Tufts, Washington, 2004.[citado 08 Nov 2010] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/mantenerse-lu.pdf>

19. Reche, L.(2010) Manual de Atención primaria. Enfermedades no transmisibles. Ministerio de salud prov. Buenos Aires.
20. Restrepo, M. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Rev. chil. nutr.* [versión online] . 2006 Dic [citado 02 Oct 2010] ; 33(3): 500-510. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75182006000500006.
21. Sandoval, L; Varela, L. Evaluación del estado nutricional de pacientes adultos mayores ambulatorios. *Rev Med Hered.* [versión online]. jul./set. 1998, vol.9, no.3 [citado 02 Oct 2010], p.104-108. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1998000300003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1018-130X.
22. Sedó Masís, P. La atención nutricional y la promoción del bienestar del Adulto Mayor. 2003. [citado 02 Nov 2010] Disponible en:
<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD021.pdf>
23. Torresani, M; Somoza M. (2009). Lineamientos para el cuidado nutricional. 3º edición. Buenos Aires: editorial Eudeba.
24. Velázquez-Alva, M. Estudio antropométrico en un grupo de hombres y mujeres de la tercera edad en la ciudad de México. 1996. *Salud Pública Méx* 1996; Vol. 38(6):466-474 [versión online] [citado 10 Oct 2010] Disponible en:
<http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001649>
25. Vilas Herranz, F. Estrategias para la implantación de hábitos saludables en alimentación en la Comunidad de Madrid. *Nutr Clin Diet Hosp* 2008; 28 [version online] [citado Ago 2011] Disponible en:
http://www.nutricion.org/publicaciones/revistas/Revista_NutrClinDietHosp_num_28_1.pdf
26. Zamora Soler, M. Estado nutricional de un colectivo de personas de edad avanzada de la comunidad autónoma de Madrid: influencia de diversos factores socioeconómicos. 1994. Tesis de la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Farmacia, Departamento de Nutrición y Bromatología I. [citado 02

Oct 2010] Disponible en:

<http://eprints.ucm.es/tesis/19911996/D/1/AD1030601.pdf>

27. Zayas Somoza, E. Consideraciones fisiopatológicas en el sujeto anciano. RNC

[versión online] 2009;XVIII, 2:58-62. [citado 05 Nov 2010] Disponible en:

http://www.aanep.org.ar/revistas/rnc2_2009.pdf

ANEXO: MODELO DE ENCUESTA

Edad:

Sexo: F – M

1) Cuáles comidas realiza al día?

DESAYUNO

MERIENDA

ALMUERZO

CENA

2) Cómo está preparada habitualmente su comida?

HERVIDO

AL MICROONDAS

FRITO

CRUDOS

AL HORNO

CONGELADOS

AL VAPOR

ENLATADO

3) Agrega sal a sus comidas?

SÍ

NO

4) Usted realiza la compra de alimentos?

SÍ

NO

5) Con qué frecuencia consume estos alimentos?

ALIMENTOS	TODOS LOS DÍAS	X VECES POR SEMANA
Agua		
leche/yogur entero		
leche/yogur descremado		
Queso		
Huevo		
carne de vaca grasa		
carne de vaca magra		
pollo con piel		
pollo sin piel		
fiambre		
Arroz		
Fideos		
pastas rellenas		
masas(pizza,tarta,empanada)		
pan blanco		
pan integral		
pan con grasa/facturas		
vegetales crudos		
vegetales cocidos		
frutas		
postres/flan/helado		
manteca		
mayonesa		