

RESUMEN:

Con el incremento de la esperanza de vida, el deseo de mantener una buena salud, funcionalidad y una máxima calidad de vida en edades avanzadas constituye una prioridad en las personas mayores. Los hábitos alimentarios y el estado nutricional tienen gran influencia, en la prevención o tratamiento de diversas enfermedades que afectan a este grupo. Diversos estudios, han puesto de manifiesto el riesgo de ingestas inadecuadas y de malnutrición, aumentando la vulnerabilidad a otras enfermedades.

El objetivo general de la investigación fue determinar la influencia que tienen los hábitos alimentarios del adulto mayor sobre su estado nutricional, detectando a tiempo aquellos individuos que puedan encontrarse en riesgo de malnutrición, en función de contribuir a mejorar su calidad de vida. Dicho trabajo descriptivo fue realizado en el “Centro de Jubilados y Pensionados” de la localidad de Roldán, cuya población en estudio fueron personas de la tercera edad.

Palabras claves: esperanza de vida - calidad de vida - Hábitos alimentarios – estado nutricional –adulto mayor - Malnutrición.

Dedicatoria,

Siempre que nos propongamos metas debemos luchar por alcanzarlas, pero siempre necesitamos que alguien nos anime y nos de fuerzas para derrumbar los obstáculos que se nos cruzan en el camino, lo cual no lo conseguiríamos sin el apoyo y compañía de las personas que queremos.

Es por esto que dedico este trabajo a mis padres, quienes me formaron como persona y que gracias a ellos me pude realizar como profesional; también a mis abuelos, hermanos, novio y amigas; quienes me acompañaron en el transcurso de la carrera soportando mis berrinches, llantos y temores.

Agradecimiento,

Quiero expresar mi agradecimiento a todos aquellos que me han ayudado en este trabajo y han hecho posible su realización:

A los adultos mayores que se prestaron voluntariamente a participar en este estudio, ya que sin ellos este trabajo no hubiera sido posible.

Al Sr. Presidente del Centro de Jubilados y Pensionados de la localidad de Roldán, Sr. Enrique Karamoschon, por permitirme realizar las encuestas en dicha institución.

A mi tutor, Dr. Raúl Álvarez Lemos por aceptar la dirección de este trabajo y por su dedicación.

A la Lic. Cintia Nota, por su guía, colaboración y motivación en la realización de esta investigación.

ÍNDICE:

I. INTRODUCCION.....	8
1. Planteo del problema.....	9
2. Objetivos	9
2.1 Objetivo general	9
2.2 Objetivos específicos.....	10
II. MARCO TEORICO	11
1. Vejez y su concepto	11
2. El envejecimiento	11
3. Teorías del envejecimiento.....	13
4. Factores que influyen en el envejecimiento	13
5. Aspectos demográficos del envejecimiento	14
6. Cambios biológicos mediados por la edad.....	16
6.1 Composición corporal	16
7. Calidad de vida y Hábitos alimentarios	17
8. Alimentación y nutrición.....	19
8.1 Nutrición y Ancianos	20
8.2 Factores que afectan el estado nutricional de los ancianos ..	21
8.3 Alteraciones en los tiempos de la nutrición	23
8.3.1 Primer tiempo: la alimentación	23
8.3.1.1 Apetito.....	24
8.3.1.2 Gusto	24

8.3.1.3 Olfato	25
8.3.1.4 Boca.....	26
8.3.1.5 Esófago.....	27
8.3.1.6 Estomago.....	28
8.3.1.7 Intestino.....	29
8.3.1.8 Hígado y vías biliares	30
8.3.1.9 Páncreas	30
9. Requerimientos nutricionales para el adulto mayor	31
9.1 Requerimiento de Energía, agua y macronutrientes	31
9.1.1 Requerimiento de energía	32
9.1.2 Requerimiento hídrico.....	33
9.1.3 Requerimiento de macronutrientes	34
9.1.3.1 Proteínas	34
9.1.3.2 Lípidos	35
9.1.3.3 Glúcidos.....	36
9.1.3.4 Fibras.....	36
9.2. Recomendaciones de micronutrientes	37
9.2.1 Sodio	37
9.2.2 Potasio.....	38
9.2.3 Hierro.....	38
9.2.4 Calcio	38
9.2.5 Magnesio	39
9.2.6 Zinc.....	39
9.2.7 Cromo.....	39

9.2.8 Selenio.....	39
9.2.9 Vitamina A	40
9.2.10 Vitamina D	40
9.2.11 Vitamina E	40
9.2.12 Vitamina C	40
9.2.13 Vitamina B12	41
9.2.14 Folatos.....	41
9.2.15 Piridoxina.....	41
9.2.16 Niacina.....	41
9.2.17 Tiamina.....	42
9.2.18 Riboflavina	42
9.2.19 Fitoquímicos.....	42
10. Uso de fármacos en edad avanzada	43
11. Planificación alimentaria de la tercera edad.....	46
12. “Guías alimentarias para la población argentina”	48
13. Antecedentes sobre el tema	52
III. METODOLOGIA.....	59
1. Área de estudio	59
2. Tipo de estudio	60
3. Población objetivo	60
4. Selección de la muestra	61
5. Métodos e instrumentos de recolección de datos	61
6. Relevamiento de datos	64

IV. TRABAJO DE CAMPO	65
V. CONCLUSION	107
VI. BIBLIOGRAFIA	111
VII. ANEXOS	116
1. Planilla de evaluación del estado nutricional.....	116
2. Modelo de encuesta alimentaria	117
3. Cuadro de frecuencia de consumo de alimentos	119
4. Carta presentada en el Centro de Jubilados.....	125

I. INTRODUCCION.

La esperanza de vida de los adultos mayores ha aumentado en los últimos años, debido a una mejora de las condiciones sanitarias, sociales y económicas. Todo esto ha llevado a un envejecimiento de la población, el cual se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social; resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte.

Teniendo en cuenta el concepto definido por la OPS se entiende como adulto mayor a “toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilo de vida y factores ambientales”.

Dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y estado nutricional. Los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento, lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano.

La nutrición, por lo tanto, juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento, a través de la modulación de cambios asociados al envejecimiento en diferentes órganos y funciones del organismo; de allí la

importancia de evaluar el estado nutricional de los adultos mayores, que concurren al “Centro de Jubilados y pensionados” de la localidad de Roldán, en relación a sus hábitos alimentarios.

1. Planteo del problema.

El adulto mayor, en el proceso de envejecimiento humano caracterizado por ser normal, progresivo e irreversible, presenta cambios biológicos y sociales que afectan directamente el estado emocional, físico y nutricional del individuo. En la etapa de la adultez, la nutrición es muy importante para la salud física y emocional. Una correcta nutrición influye directamente sobre la salud, no sólo por lo que un buen estado nutricional representa con respecto a una menor morbilidad, sino también en la prevención de enfermedades. Lo que se trata es de vivir saludablemente y disfrutar a plenitud la etapa de la adultez, y para ello es de vital importancia poseer hábitos alimentarios saludables durante esta etapa de la vida. De allí la interrogante de investigación:

¿Influyen los hábitos alimentarios en el estado nutricional del adulto mayor?

2. Objetivos:

2.1 Objetivo general: Investigar la influencia que tienen los hábitos alimentarios del adulto mayor sobre su estado nutricional.

2.2 Objetivos específicos:

- ❖ Evaluar el estado nutricional de los adultos mayores según IMC
- ❖ Analizar la frecuencia semanal de los diferentes grupos de alimentos que son ingeridos por este grupo de edad.
- ❖ Examinar las cantidades diarias de kilocalorías totales consumidas por los gerontes.
- ❖ Investigar los métodos habituales de cocción llevados a cabo por los adultos mayores.
- ❖ Identificar la cantidad y el tipo de líquido que consumen.
- ❖ Evaluar el consumo de medicamentos, uso de dentadura postiza y presencia de patologías en los gerontes.

II. **MARCO TEORICO.**

1. Vejez y su concepto:

Según Verdù y Monserrat (2008) la denominada vejez, ancianidad, tercera edad o edad avanzada, constituye un grupo de población extraordinariamente heterogéneo, de tal modo que la fecha de comienzo de esta etapa fisiológica no está claramente delimitada. Aunque para distintos efectos podría considerarse la edad de jubilación, es decir, alrededor de los 65 a 70 años, desde un punto de vista funcional se podría hablar de vejez cuando se ha producido un 60% de las modificaciones fisiológicas atribuibles a la edad, comentan los autores.

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

2. El envejecimiento:

El envejecimiento es un proceso normal que comienza en la concepción y termina con la muerte. Durante los períodos de crecimiento, los procesos anabólicos sobrepasan a los cambios catabólicos. Una vez que el cuerpo alcanza la madurez fisiológica, la tasa de cambio catabólico o degenerativo se

vuelve mayor que la tasa de regeneración celular anabólica. La pérdida resultante de células origina grados variables de menor eficiencia y alteraciones en la función de los órganos. El envejecimiento se caracteriza por una pérdida progresiva de la masa corporal magra y por cambios en la mayor parte de los sistemas del organismo (Harris, 2001).

El envejecimiento en organismos vivos se asocia claramente con los efectos adversos determinados por el paso del tiempo, resultando en una declinación de la función y terminando con la muerte. Los procesos determinantes del mismo pueden ser clasificados en envejecimiento primario y secundario (Blusse, 1987, citado por Schapira, 2001).

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

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

Desde una visión estadística, se puede afirmar que el envejecimiento es el aumento de la probabilidad de morir. Schapira (2001) aclara que esta definición es útil poblacionalmente, pero desde el punto de vista individual, es realmente extrema. Como resumen podríamos definir al envejecimiento según, Schapira (2001), como la suma de todos los procesos que acontecen a un individuo,

relacionados con el tiempo.

3. Teorías del envejecimiento:

Se han propuesto diferentes teorías para explicar el deterioro del organismo. La Teoría programática (reproducción celular), La Teoría del Error (daño ambiental sobre el ADN produce errores en el programa genético), La Teoría Celular (cambios degenerativos en las células por factores ambientales) y La Teoría de los Radicales Libres (formación continua de radicales libres como resultado de la exposición al oxígeno, radiación de fondo y otros factores ambientales). Los cambios relacionados con el envejecimiento están sujetos a la influencia parcial de la genética, la raza y el género (Harris, 2001).

4. Factores que influyen en el envejecimiento:

Schapiro (2001), explica cuales son los factores reconocidos como determinantes del envejecimiento:

- Factores genéticos: la base genética de la longevidad es reconocida y por ello en casi todas las especies el sexo femenino sobrevive al masculino.
- Factores ambientales: las mejoras sanitarias y nutricionales han conseguido aumentar la sobrevivencia de millones de personas. Asimismo el control de las enfermedades infecciosas, gracias al uso de vacunas y

antibióticos, han tenido un notable impacto.

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

5. Aspectos demográficos del envejecimiento:

La población mundial de adultos mayores está creciendo rápidamente, pero el impacto más notorio de este cambio se notará en los países en vías de desarrollo. La población de más de 60 años ha crecido significativamente en todo el mundo durante los últimos años, pero en América Latina y el Caribe los indicadores demográficos revelan que el envejecimiento está ocurriendo a una velocidad sin precedente alguno.

Hacia 2025 se espera que el número de personas mayores en todo el mundo superará los 1200 millones con casi 840 millones en los países de ingreso bajo. Dentro de los próximos 25 años, Europa seguirá siendo la región más vieja del mundo, pero la transición demográfica que países como América Latina y el

Caribe están completando indica que dentro de 20 años la esperanza de vida en estos países llegará a ser tan alta como la de los países europeos.¹

La Argentina es uno de los países mas envejecidos de Latinoamérica, mostrando signos de su envejecimiento desde 1970. En la actualidad, según cifras aportadas por el INDEC (2001), el número de personas mayores de 60 años residentes en Argentina asciende a 4.871.957 (un 13,4% de la población total). La proporción que suponen las personas mayores de 65 años sobre el conjunto de la población asciende al 9,8%, y la de los mayores de 85, el 0,8%.

Las personas mayores constituyen el 11,8% de la población total rural y el 13,6% de la población total urbana del país. La población adulta mayor de Argentina presenta una feminización progresiva, que se refleja en una mayor proporción de mujeres que va aumentando conforme avanza la edad.²

El cono Sur de América (Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Paraguay) junto con México concentra las dos terceras partes de la población de adultos mayores de toda la región de América latina y el Caribe; siendo la característica socio-demográfica promedio de este colectivo poblacional de sexo femenino (60%) con residencia estable en áreas urbanas y con instrucción primaria completa.³

¹ OPS, 2006

² Personas mayores, dependencia y servicios sociales: situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnostico. Año 2006

³ Seitz, M., "Argentina: más ancianos que hijos", 2008

6. Cambios biológicos mediados por la edad:

Con el envejecimiento se producen diversos cambios en la estructura y función del organismo, aunque la velocidad con que aparecen es muy desigual en los distintos individuos. Según el Baltimore Longitudinal Study of Ageing, existen algunas funciones que sufren menos cambios con la edad, como son la frecuencia basal del pulso o los rasgos de la personalidad. Otras funciones biológicas se modifican como consecuencia de la enfermedad, como por ejemplo la insuficiencia cardiaca congestiva a partir de un infarto agudo de miocardio. Otras, por el contrario, experimentan cambios compensadores, como son la respuesta cardiorespiratoria al ejercicio. Se observan también cambios funcionales intrínsecos al paso del tiempo, de carácter universal, progresivo e irreversible, como puede ser el aclaramiento renal de Creatinina, con modificaciones genéricas de tipo transversal y longitudinal.

6.1 Composición corporal:

A medida que avanza la edad disminuye la masa magra corporal y aumenta el porcentaje de grasa. La grasa corporal no sólo aumenta, aunque se mantenga el peso total estable, sino que también sufre una redistribución. Brozek describió una desviación progresiva de la grasa subcutánea de los miembros al tronco. Esta redistribución grasa podría tener repercusiones metabólicas y ejercer un papel importante en el desarrollo de hipertensión, enfermedades de

la vesícula biliar, hiperlipidemias, etc.

La masa ósea disminuye en ambos sexos, pero se detecta una pérdida especialmente importante en las mujeres en los años posteriores a la menopausia. Estos cambios en la masa ósea producen diversos grados de osteoporosis y aumentan el riesgo de las fracturas óseas.

La pérdida de masa magra está asociada a una disminución del agua corporal total, con una reducción mayor del compartimiento de agua intracelular. Las modificaciones del agua corporal son importantes en lo que se refiere a la distribución de los medicamentos hidrosolubles, la administración de diuréticos y la regulación térmica. Así mismo, la disminución del agua corporal total hace que las personas mayores sean más susceptibles a la deshidratación y a la sobrehidratación.

7. Calidad de vida y Hábitos alimentarios.

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

esos y otros conceptos de la vida. Uno de los factores relacionados con la calidad de vida son los hábitos alimentarios.

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

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

A su vez, los hábitos alimentarios están influenciados y condicionados por la disponibilidad de alimentos, aclaran las autoras. Ésta se conoce como disponibilidad física y disponibilidad cultural. La primera incluye los alimentos con que se cuenta y la cantidad de los mismos, que dependen de las condiciones geográficas, económicas, tecnológicas y sociales. La disponibilidad cultural, que es el concepto que cada cultura tiene sobre la aceptabilidad de los alimentos, con sus fuentes, su forma de ingestión, técnicas y tipos de preparación culinaria.

Los hábitos pueden decirnos mucho sobre el hombre, remarcan las autoras,

por ejemplo indagando sobre diferentes hábitos de una persona, podemos conocer aspectos de su vida, como en el caso de los hábitos alimentarios, éstos pueden informarnos y darnos a conocer el estado de nutrición de una persona.

8. Alimentación y nutrición.

Alimentación: Según Genua Goena (2001) la alimentación es la forma y manera de proporcionar al cuerpo humano las sustancias que son indispensables; es la consecuencia de una serie de actividades conscientes y voluntarias en virtud de las cuales el ser humano se proporciona sustancias aptas para el consumo, las modifica partiéndolas, cociéndolas y acaba introduciéndolas en la boca, masticándolas y deglutiéndolas también de modo voluntario y consciente. El hecho de que este acto sea voluntario y consciente quiere decir que es influenciable por la cultura, situación económica, social, estado físico, mental, etcétera.

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

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

(Genua Goena, 2001).

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

8.1 Nutrición y ancianos.

Para Soifer G. (2001) los ancianos son un grupo etario con mucha mayor diversidad en su composición que ningún otro; cada individuo tiene amplias variaciones en sus capacidades y niveles funcionales. Los gerontes están mucho más expuestos que los adultos jóvenes a tener estado nutricional marginal y a presentar deficiencias nutricionales francas ante situaciones de estrés o problemas de salud. Por este motivo se los considera un grupo de riesgo desde el punto de vista nutricional, destaca la autora.

Principales problemas de salud de los adultos mayores relacionados con la nutrición (OPS, 2006):

- ❖ Desnutrición proteinoenergética
- ❖ Disfunción inmunitaria
- ❖ Enfermedades cardiovasculares

- ❖ Síndromes de resistencia a la insulina
- ❖ Insuficiencia renal
- ❖ Artritis
- ❖ Osteopenia y fracturas
- ❖ Deterioro cognitivo
- ❖ Alteraciones del estado de ánimo y depresión
- ❖ Deterioro visual
- ❖ Enfermedades neoplásicas

8.2 Factores que afectan el estado nutricional de los ancianos.

Los problemas físicos, sociales y emocionales pueden interferir con el apetito, o pueden afectar la capacidad de comprar, preparar y consumir una dieta adecuada (Soifer G, 2001).

Las personas mayores son más susceptibles que los adultos jóvenes a los trastornos nutricionales y mayormente debido no solamente a un solo factor sino a una combinación de factores (Genua Goena, 2001).

Según Soifer G. (2001) estos factores incluyen si los ancianos viven solos o acompañados, cuantas comidas hacen por día, quien compra y prepara los

alimentos, y los impedimentos físicos como la masticación y el uso de dentadura que impide una correcta alimentación. También influyen los ingresos económicos que permitan la adquisición de los alimentos adecuados y el consumo de alcohol y de medicamentos que interfieran con un adecuado estado nutricional, aclara la autora.

Tabla 1: Cambios ligados al envejecimiento que inciden sobre el estado nutricional de las personas de edad avanzada (Aranceta Bartrina J, 2008).

Cambios que suponen dificultades físicas:	Factores fisiológicos:
Estado de la cavidad oral: problemas de masticación, salivación, deglución.	Disminución del metabolismo basal.
Discapacidades y minusvalías: disminución de la autonomía.	Trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida.
Deterioro sensorial: gustos, olfato, vista, oído.	Cambios en la composición corporal: adiposidad.
Hipofunción secretora digestiva: dificultad de la digestión	Interacciones fármacos-nutrientes.
Dificultad en la absorción de nutrientes.	Menor actividad física.
Estreñimiento.	Soledad, depresión, aislamiento: anorexia.

Factores psicosociales:	Calidad de la dieta:
Pobreza, limitación de recursos. Malos hábitos alimentarios: monotonía. Baja densidad de nutrientes en la dieta. Discapacidad	Riesgo de una ingesta inadecuada para algunos nutrientes (calcio, Folatos, vitamina A, D, magnesio, cinc, cromo, etc.)

8.3 Alteraciones en los tiempos de la nutrición.

Desde el enfoque nutricional, puede establecerse que el individuo tiene tres tiempos en su nutrición: la alimentación (1º tiempo), el metabolismo (2º tiempo), y la excreción (3º tiempo) que están íntimamente ligados entre sí (Soifer G, 2001).

8.3.1 Primer tiempo: la alimentación.

En este primer tiempo se pueden enfocar dos etapas claramente definidas, una extrínseca al organismo y relacionada con la producción, industrialización, comercialización de los alimentos y todos los hechos sociales e individuales involucrados en la adquisición y preparación de los mismos. La segunda, etapa intrínseca, es netamente orgánica pues considera la capacidad digestiva y absorbente del aparato digestivo (Soifer G, 2001).

Habitualmente el proceso de envejecimiento va acompañado por una

declinación en el funcionamiento de los órganos. Muchos de estos cambios en el “normal” funcionamiento podrían influir en las necesidades nutricionales del individuo y afectar además la digestión, absorción y utilización de los mismos (Soifer G, 2001).

8.3.1.1 Apetito.

Es muy variable en los ancianos y está condicionado por diversos factores: medio ambiente familiar, situación económica, lugares de residencia, afecciones crónicas, medicamentos que puede consumir, condiciones del aparato digestivo y estado mental (Pupi Roberto E, 2003).

Puede mantenerse inalterable aún en edades avanzadas, pero en general se va disminuyendo con el tiempo, y puede plegarse a estados de marcada anorexia, con rechazo por las comidas y aun negativismo, que obliga a recurrir al empleo de sondas nasogástricas como única vía de alimentación (Pupi Roberto, 2003).

8.3.1.2 Gusto.

Hay una disminución de la cantidad de botones y papilas en la lengua y también de las terminaciones nerviosas gustativas y olfativas. Se producen además cambios en los umbrales gustativo y olfatorio. Esto lleva a una falta de capacidad para detectar los gustos dulce y salado y por lo tanto influyen en la aceptabilidad de las comidas llevando a una pobre alimentación (Soifer G,

2001).

Pueden producirse exacerbaciones en la percepción de gustos salado o dulce, produciendo desagrado el consumo de ciertos alimentos que son percibidos como excesivamente dulces o salados (Soifer G, 2001).

8.3.1.3 Olfato.

Al igual que el gusto, el olfato es un sentido químico que es estimulado por sustancias volátiles presentes en los alimentos, los odorivectores. El sentido del olfato está localizado en las fosas nasales, en una región diferenciada de la mucosa que tapiza la cavidad nasal (Soifer G, 2001).

En el epitelio del área olfatoria se encuentran los receptores olfatorios, que son neuronas bipolares cuyas prolongaciones dendríticas se introducen entre los espacios que limitan las células de sostén. De estas prolongaciones emergen un número variable de cilias olfatorias en contacto con una interfase acuosa de secreciones (mucus). El envejecimiento puede alterar estas neuronas disminuyendo o incrementando la percepción de los olores (Soifer G, 2001).

La asociación del gusto y el olfato generan la sensación del sabor, una de las más poderosas sensaciones en la selección de los alimentos. El geronte puede tener distorsiones del sabor de los alimentos, disminuyendo la apetencia de alguno de ellos y perdiendo así el consumo de ciertos nutrientes. Por eso resulta importante saborizar ciertos alimentos fundamentales para el estado nutricional con olores aceptablemente percibidos por el anciano (Soifer G,

2001).

8.3.1.4 Boca.

La cavidad bucal del anciano muestra modificaciones en todos sus elementos, dientes, ligamento periodontal, mucosa bucal, glándulas salivales, lengua, maxilares y articulación témporo-maxilar (Pupi Roberto, 2003).

Es bien sabido que la presencia de piezas dentales en buen estado de conservación es indispensable para una buena masticación. Los defectos en estos elementos, tan habituales con el envejecimiento, conspiran contra ese fin y los ancianos eligen alimentos blandos que no requieren masticación, disminuyendo el consumo básicamente de carnes y también de fibra (Soifer G, 2001).

Las proteínas de la carne pueden ser remplazadas por el aporte de huevo y derivados lácteos, pero el hierro no puede ser aportado por otros alimentos (Soifer G, 2001).

La performance masticatoria de un individuo con prótesis dentaria es de aproximadamente un sexto respecto de una persona con sus dientes naturales. La reducción de la ingesta de alimentos que contienen fibra como los vegetales y las frutas a causa de una deficiencia masticatoria, puede llevar a alteraciones gastrointestinales en personas susceptibles (Soifer G, 2001).

La xerostomía o sequedad de la boca es un estado común entre las personas

mayores y puede aparecer por diversas causas. La más frecuente es la disminución de la secreción de saliva, por involución de las glándulas salivales mayores o menores, distribuidas en los labios, carrillos y velo palatino (Pupi Roberto, 2003).

El pH de la saliva se hace ácido, lo que favorece el desarrollo de *Cándida albicans* y también decrece su poder enzimático y bacteriostático (Pupi Roberto, 2003).

Ciertos fármacos, como los antidepresivos, los antihipertensivos y los broncodilatadores, disminuyen la cantidad normal de saliva y lo mismo ocurre en algunas enfermedades, como la diabetes, y en los tratamientos anticancerosos (Pupi Roberto, 2003).

8.3.1.5 Esófago.

Es sólo un órgano de pasaje del bolo alimenticio pero de él depende que las ondas peristálticas permitan una adecuada progresión de los alimentos (Soifer G, 2001).

No se han podido demostrar cambios significativos en la presión del esfínter esofágico inferior con el envejecimiento. Lo que si parecería probable es un incremento en la prevalencia de reflujo gastroesofágico, que se atribuiría al incremento del peso corporal y a la presencia de hernia hiatal, ambos condicionantes de dicho reflujo (Soifer G, 2001).

Los cambios esofágicos relacionados con el envejecimiento, excepto los probablemente atribuibles a una disminución en la respuesta a la deglución de líquidos, parecen ser moderados o mínimos (Soifer G, 2001).

Sin embargo la disfagia es una queja muy común en los ancianos; habiéndose comprobado que la mayoría de estas disfgias, que pueden ser alteraciones de la deglución o trastornos de la motilidad esofágica, son funcionales (Soifer G, 2001).

8.3.1.6 Estómago.

La secreción ácida gástrica se modifica muy poco con el envejecimiento normal a menos que coexista alguna patología. En general, la gran mayoría de los gerontes sanos tienen una secreción gástrica normal y en una pequeña fracción de personas puede demostrarse hiposecreción ácida a causa de gastritis atrófica crónica. Por otra parte la edad avanzada está asociada con una disminución de la secreción de pepsina, independientemente de la gastritis atrófica, de la infección por *Helicobacter pylori* y del hábito de fumar (Soifer G, 2001).

El envejecimiento se asociaría con cambios selectivos y específicos en los mecanismos de defensa de la mucosa gástrica. Se ha demostrado una disminución en el contenido de prostaglandina de la mucosa con el avance de la edad, por disminución en la síntesis de este elemento protector contra la injuria. También se demostró que otros factores como el bicarbonato y el

mucus que forman la primera capa de defensa contra la secreción ácido péptica están significativamente disminuidos en el anciano (Soifer G, 2001).

8.3.1.7 Intestino.

En el intestino delgado se observa, con la edad, cierta atrofia de las vellosidades de la mucosa y un retardo de la actividad motora, y que será la causa de un sobrecrecimiento bacteriano, principalmente a partir de lactobacilos y enterococos (Pupi Roberto, 2003).

Los hidratos de carbono suelen absorberse en forma más lenta; la absorción de las proteínas no se encuentra al parecer comprometida y en lo que se refiere a grasas se acepta que con la edad su absorción es menor y más lenta, aunque este fenómeno puede relacionarse más bien con la disminución de la secreción de la lipasa pancreática (Pupi Roberto, 2003).

La actividad de la lactasa decrece con la edad, lo que explica la intolerancia de muchos ancianos a la lactosa; la absorción de hierro es menor en personas ancianas y lo mismo sucede con el calcio (Pupi Roberto, 2003).

El envejecimiento fisiológico del intestino no parece perturbar la absorción de vitaminas, tanto las hidrosolubles como las liposolubles (Pupi Roberto, 2003).

En resumen, según Soifer G. (2001) los cambios producidos por el envejecimiento en la morfología del intestino delgado son insignificantes y sin

ninguna trascendencia clínica.

8.3.1.8 Hígado y vías biliares.

En este órgano no hay alteraciones específicas de la edad en las determinaciones bioquímicas convencionales (bilirrubina sérica, fosfatasa alcalina, entre otros) pero hay un número de mediciones dinámicas de la función hepática que van declinando desde la juventud a la senescencia. El tamaño del órgano, el flujo sanguíneo y la perfusión hepática declinan entre la tercera y la quinta década en un 30-40%. La reducción en la capacidad funcional hepática en el área de la regeneración es la más importante y aparente (Soifer G, 2001).

La litiasis biliar se ve favorecida por la atonía muscular propia de la vesícula, el descenso en la síntesis de ácidos biliares y el incremento de la secreción hepática de colesterol; es decir que con la edad aumenta el índice litogénico de la bilis (Pupi Roberto, 2003).

8.3.1.9 Páncreas.

En los ancianos disminuye de peso y tamaño, y su consistencia es mayor, al igual que su contenido en tejido adiposo. El volumen secretorio del páncreas no se altera en la vejez, así como su contenido en amilasa, tripsina y bicarbonato; en cambio, se encuentra reducido el nivel de lipasa, lo cual puede justificar la

perturbación en la absorción de las grasas (Pupi Roberto, 2003).

9. Requerimientos nutricionales para el adulto mayor.

El proceso de envejecimiento se acompaña normalmente de una declinación en la función de los órganos; estos cambios fisiológicos influyen en las necesidades de alimentos de los individuos. A su vez, el proceso de envejecimiento está modulado por factores dietéticos y por lo tanto, la realización de una alimentación saludable durante toda la vida mejoraría la calidad en esta última etapa.

Los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable que requiere pautas claras y concretas sobre su alimentación y nutrición, que deben ser específicas debido a que las personas en proceso de envejecimiento presentan características heterogéneas, diferenciándose entre sí desde el punto de vista fisiológico, cronológico, psicológico y socio-cultural. Una nutrición adecuada sostenida a través del tiempo, facilitaría la transición del envejecimiento habitual al envejecimiento exitoso.

9.1 Requerimiento de Energía, agua y macronutrientes:

El envejecimiento y la pluripatología aumentan el riesgo de padecer deficiencias nutricionales, por lo que una correcta nutrición en el anciano va a

jugar un importante papel en el retraso de la aparición de enfermedades y aumento de la calidad de vida.

9.1.1 Requerimiento de energía:

Los cambios en la composición corporal, la pérdida del tejido metabólicamente activo y la disminución de la actividad física, disminuyen los requerimientos energéticos, mientras se mantienen inalterados los requerimientos de proteínas, vitaminas y minerales. Se recomienda para un anciano bien nutrido 30 Kcal/kg/día, debiendo considerarse que si no se pueden alcanzar con una dieta estándar, será necesario suplementarla.

Tabla 2: Requerimientos y recomendaciones nutricionales. López L.B.& Suárez M.M, 2002.

Categoría	Edad (años) o condición	Peso (kg)	Altura (cm)	T.M.B. ^a (kcal/día)	Ración media de kcal ^b		
					Múltiplo-TMB	Por kg	Por día ^c
<i>Lactantes</i>	0,0 - 0,5	6	60	320	-	108	650
	0,5 - 1,0	9	71	500	-	98	850
<i>Niños</i>	1 - 3	13	90	740	-	102	1300
	4 - 6	20	112	950	-	90	1800
	7 - 10	28	132	1130	-	70	2000
<i>Varones</i>	11 - 14	45	157	1440	1,70	55	2500
	15 - 18	66	176	1760	1,67	45	3000
	19 - 24	72	177	1780	1,67	40	2900
	25 - 50	79	176	1800	1,60	37	2900
	51 +	77	173	1530	1,50	30	2300
<i>Mujeres</i>	11 - 14	46	157	1310	1,67	47	2200

	15 - 18	55	163	1370	1,60	40	2200
	19 - 24	58	164	1350	1,60	38	2200
	25 - 50	63	163	1380	1,55	36	2200
	51 +	65	160	1280	1,50	30	1900
<i>Embarazo</i>	1 ^{er} trimestre						+ 0
	2 ^o trimestre						+ 300
	3 ^{er} trimestre						+ 300
<i>Lactantes</i>	1 ^{er} semestre						+ 500
	2 ^o semestre						+ 500

^a Tasa metabólica basal

^b El el intervalo de actividad ligera a moderada, el coeficiente de variación es de 20%.

^c Las cifras están redondeadas.

El aumento de actividad física en las personas de edad avanzada puede tener repercusiones nutricionales positivas, ya que el ejercicio evita la pérdida de masa muscular, lo que contribuye a aumentar el gasto energético, permitiendo un mayor consumo de alimentos sin que se produzcan incrementos de peso y deficiencias nutricionales.

9.1.2 Requerimiento hídrico:

El balance de agua y electrolitos requiere atención tanto en los ancianos sanos como en los enfermos. La deshidratación es una situación patológica frecuente en el adulto mayor y reviste características graves que derivan en la hospitalización del individuo, situación que podría evitarse suministrándole diariamente la cantidad de agua recomendada. Algunos autores recomiendan

entre 30 a 35 ml/kg/día, con un mínimo de ingesta de 1500-2000 ml/día, o como indican Russell et al. (1999) al menos 8 vasos de agua al día, necesidades que pueden estar incrementadas cuando hay calor ambiental, fiebre, infección, vómitos o diarreas, pérdidas excesivas inducidas por fármacos y cafeína.

9.1.3- Requerimiento de macronutrientes:

9.1.3.1 Proteínas:

Las necesidades en la edad avanzada están influenciadas por los cambios que devienen del proceso de envejecimiento en sí mismo, por patologías asociadas a este proceso y por estados particulares de cada individuo que van desde hábitos alimentarios inadecuados a profundos grados de deterioro psicofísico y estrés. Por ello las recomendaciones deben establecerse en forma individual. En el adulto mayor se mantiene una recomendación de 1gr o 1,25 gr/kg/día.

Dado que algunos autores han planteado que el deterioro físico, característico de las personas de edad avanzada, da lugar a que algunos aminoácidos que no eran esenciales pasen a serlo, es preciso vigilar no sólo la cantidad sino también la calidad de las proteínas ingeridas. Por este motivo, los ancianos deben incluir en su dieta alimentos que aporten proteínas de alta calidad como carnes, huevos, pescados y lácteos. No obstante, en el caso de las proteínas, al igual que ocurre con otros nutrientes, es muy importante un buen estado de

la dentadura. Para los ancianos que tienen deteriorada su capacidad masticatoria las carnes no suelen ser bien aceptadas, al igual que las verduras y frutas, pudiendo poner en peligro la ingesta de algunos nutrientes como tiamina, hierro, ácido fólico, vitamina A y carotenos.

9.1.3.2 Lípidos:

Una ingesta adecuada en cantidad y en calidad de grasas propicia el envejecimiento exitoso por sobre el habitual. Se recomienda un 30% del VCT. Se hace hincapié en una distribución armónica de ácidos grasos: menos del 10% de saturados, 10 a 15% de monoinsaturados y no más de 10% de poliinsaturados, precisamente para prevenir cardiopatías coronarias. Se seleccionarán alimentos que provean adecuadas cantidades de ácidos grasos esenciales.

Tabla 3: Recomendaciones dietéticas de lípidos. (Carabajal, 2001)

Lípidos	30-35% Kcal totales
AGS	< 7-10% Kcal totales
AGP	< 10% Kcal totales
AGM	> 13% Kcal totales
(AGP+AGM)/AGS	> 2
Colesterol	< 300 mg/día < 10 mg/ 1000Kcal
Ácidos grasos n-3	0.2-2 g/día

Ácidos grasos trans	< 6 g/día
---------------------	-----------

9.1.3.3 Glúcidos:

Los hidratos de carbono constituyen el principal aporte energético en la dieta del anciano. Se deben seleccionar cuidadosamente los alimentos que los aportan, propiciando el consumo de glúcidos complejos. Asimismo se aconseja el consumo de cereales integrales porque aportan vitaminas, minerales y fibras. Se recomienda un consumo de carbohidratos no menor de 50-60% del VCT. Los azúcares simples no deberán exceder el 10 o 15%.

9.1.3.4 Fibras:

El consumo de alimentos ricos en fibra, es muy recomendable en personas de edad avanzada, dado que ésta estimula el peristaltismo intestinal y reduce el tiempo de tránsito intestinal, previniendo y mejorando el estreñimiento, tan frecuentes en los ancianos. Por otro lado, diversos estudios sugieren que un aporte adecuado de fibra ayuda a controlar el peso corporal, y a regular la colesterolemia, glucemia e hipertensión. Asimismo, se ha relacionado cierto efecto protector de las dietas ricas en fibras frente a diverticulosis y algunos tipos de cáncer, como el de colon y páncreas. Diversos organismos oficiales como la “Sociedad Española de Nutrición Comunitaria”, o “American Dietetic Association”, recomiendan ingestas diarias de fibra superiores a 25 g/día, aunque la mayoría de los ancianos no alcanzan estas recomendaciones. Por

otro lado, los aportes excesivos de fibra pueden ocasionar malestar abdominal o flatulencia, pudiendo comprometer la absorción de algunos micronutrientes, como el calcio y el zinc por lo que países como Francia e Inglaterra recomiendan un consumo de fibra entre 18 a 20 g/día.

9.2 Recomendaciones de micronutrientes:

Algunas investigaciones han indicado que factores ligados al envejecimiento como la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, el consumo de ciertos fármacos, tratamientos, etcétera, pueden modificar los niveles y requerimientos de micronutrientes. La importancia de las vitaminas y los elementos traza se basa en su implicación en la protección frente a enfermedades degenerativas, tales como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y en su efecto, en el mantenimiento del funcionamiento normal del sistema inmune, lo que repercutirá en una menor incidencia de infecciones.

9.2.1 Sodio.

Se debe evitar tanto el consumo exagerado como la restricción extrema. Las recomendaciones para ancianos sanos están entre 2 y 4 gr de sodio.

9.2.2 Potasio.

Los requerimientos son de 2.000 mg y se recomienda una ingesta de 3.500 mg, por sus efectos beneficiosos sobre la presión arterial. Se debe estimular el consumo de de fuentes naturales de potasio como son las frutas y verduras.

9.2.3 Hierro.

Para establecer las recomendaciones es conveniente evaluar las condiciones particulares de cada individuo, en relación a las posibles interferencias en la absorción y/o el aumento de las pérdidas de hierro. La educación alimentaria es necesaria para que los ancianos puedan satisfacer las recomendaciones nutricionales al mínimo costo. Para ancianos sanos con pérdidas normales se recomienda 10 mg/día; para una población con posibles alteraciones en la digestión, absorción y utilización se recomiendan 12 mg/día.

9.2.4 Calcio.

Se recomienda 1200 mg de calcio por día para ambos sexos. Promotores de la utilización del calcio son los alimentos que contienen lactosa y factores no identificados presentes en la leche. Antagonistas son el exceso de fibra alimentaria asociada con fitatos, plantas ricas en oxalatos, y mala absorción de la grasas.

9.2.5 Magnesio.

Evaluar el tipo de ingesta, atender a la función renal y al consumo de fármacos que pueden incrementar la excreción o aportar cantidades excesivas.

9.2.6 Zinc.

Son facilitadores de la utilización de zinc, factores no identificados en los alimentos con proteínas de origen animal. Reducen la disponibilidad, aquellos ricos en fitatos acompañados de una alta ingesta de calcio. La suplementación no debe ser libre pues tiene efectos indeseados en el sistema inmunológico y sobre el HDL-C.

9.2.7 Cromo.

Las recomendaciones sugeridas van de 50 a 200 microgramos. Lo aporta el té, la levadura de cerveza, las papas, los cereales integrales, el queso y el pollo.

9.2.8 Selenio.

Son fuentes importantes el pescado y los cereales. Las recomendaciones son para el hombre 70 microgramos y para la mujer 55 microgramos.

9.2.9 Vitamina A:

Las dietas bajas en grasas y pobres en alimentos de origen animal disminuyen la biodisponibilidad de la vitamina A, limitando su absorción y su utilización. En cuanto a la capacidad de depuración de esta vitamina, puede no ser muy eficaz en los ancianos lo que los hace propensos a intoxicaciones con suplementos dietarios ingeridos sin control médico.

9.2.10 Vitamina D.

Las fuentes principales son pescados grasos, hígado y yema de huevo. Las recomendaciones deberán ser adaptadas a las necesidades individuales.

9.2.11 Vitamina E.

Las recomendaciones son de 10 mg/día para hombres y 8 mg/día para las mujeres.

9.2.12 Vitamina C.

Las frutas en general y en especial las cítricas son fuente de ácido ascórbico, también se encuentran en cantidades importantes en el tomate, los pimientos y hortalizas en general, es muy lábil y se pierde por cocción. La recomendación para ambos sexos es de 60 mg/día.

9.2.13 Vitamina B12.

Los alimentos fuentes son el hígado, las carnes magras, los pescados y mariscos, y la levadura de cerveza. La recomendación es de 2,4 microgramos para ambos sexos.

9.2.14 Folatos.

Para mayores de 70 años se recomienda 400 microgramos para ambos sexos.

9.2.15 Piridoxina o B6.

Para hombres 1,7 mg/día y para mujeres 1,5 mg/día. Las fuentes principales son pollo, pescado, riñón, hígado, cerdo y huevos. También el arroz integral, el trigo entero, la soja y las nueces.

9.2.16 Niacina.

Las fuentes naturales son carnes magras, ave, hígado y levadura de cerveza. También las papas, hortalizas en general, trigo, avena y maní. Para hombres se recomienda 16 mg/día y para las mujeres 14 mg/día.

9.2.17 Tiamina.

Para hombres 1,2 mg/día y para mujeres 1,1 mg/día. Las fuentes principales son los cereales integrales y sus derivados, germen de trigo, carne de cerdo magra, pescado, pollo e hígado.

9.2.18 Riboflavina.

Para hombres 1,3 mg/día y para mujeres 1,1 mg/día. Las principales fuentes son levadura de cerveza, leche, huevo, riñón, hígado y hortalizas de hojas verdes. También se encuentran en los cereales y en las carnes de pescado y pollo.

9.2.19 Fitoquímicos:

Se definen como aquellas sustancias que se encuentran en forma natural en alimentos comestibles de origen vegetal (como los cereales integrales, las legumbres, las hortalizas, las frutas secas y frescas, las semillas, etc.) que, ingeridos a diario en pequeñas cantidades mediante una alimentación variada, exhiben un potencial para modular el metabolismo humano de una manera favorable en la prevención y tratamiento de enfermedades como en cáncer, diabetes, infartos e hipertensión arterial, como así también la osteoporosis, el mal funcionamiento intestinal y la artritis entre otras. Los pigmentos que colorean los alimentos no sólo estimulan el apetito sino que contribuyen al

mantenimiento de la salud.

10. Uso de fármacos en edad avanzada:

En la edad avanzada existe un aumentado consumo de medicamentos y así, por ejemplo, en poblaciones occidentales donde los individuos mayores constituyen alrededor de un 12% de la población, el consumo de fármacos puede representar el 25% de la medicación total.

La mayor parte de esa medicación se debe a enfermedades crónicas y más concretamente enfermedades cardiovasculares (sobre todo hipertensión y cardiopatía isquémica), artritis, cataratas, diabetes, alteraciones neurológicas y enfermedades respiratorias y gastrointestinales. En todas ellas se requieren medidas nutricionales y/o alimentarias, sobre todo cuando hay una polipatología que obliga a recomendaciones más o menos antagónicas. De una manera general se puede estimar que alrededor del 50% toman un solo tipo de medicamento y el resto mayor cantidad, pudiendo ocurrir en algún caso que se lleguen a tomar hasta seis o más tipos de fármacos distintos.⁴

Tabla 4: Medicamentos más frecuentes utilizados por la población anciana. (Verdù J., 2008).

⁴ Verdù José M. Nutrición y Alimentación, Volumen 2, Año 2008.

TIPO DE MEDICAMENTOS	%
Hipotensores	42
Analgésicos	38
Cardiacos	24
Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)	23
Antidiabéticos orales	20
Antiulcerosos	20
Antiasmáticos	15
Vasodilatadores Periféricos	14
Diuréticos	12

Tabla 5: Interacciones medicamento-alimento (I. Gauthier. Drug safety 1998).

Ciprofloxacina	Disminuye la absorción con lácteos o dietas enterales
Digoxina	Disminuye la absorción con fibra
Nifedipina	Disminuye efecto terapéutico por disminuir concentración sérica
AINES	Disminuye incidencia de efectos GI

Tabla 6: Problemas nutricionales en relación con la toma de fármacos.⁵

FÀRMACO	EFEECTO
Clorpromazina	Aumento del apetito
Insulina	Aumento del apetito
Litio	Aumento del apetito
Tioridazina	Aumento del apetito
Corticoides	Aumento del apetito
Digoxina	Pérdida del apetito
AINES	Pérdida del apetito
Antihistamínicos	Hipotasemia, malabsorción
Antidepresivos	Boca seca
Metotrexate	Dificulta la deglución
Fenitoína	Anemia con déficit de folato
Laxantes	Boca seca, anorexia
Antiácidos	Depleción de fosforo, debilidad muscular

⁵ Cuestra Triana F. Nutrición Hospitalaria en el anciano. Alim. Nutri. Salud, 1999.

11. Planificación alimentaria de la tercera edad.

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

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

Una vez evaluada la situación nutricional, cuenta Delpietro (2001) y efectuada la prescripción alimentaria, a los nutricionistas les corresponde la realización del plan de alimentación. La alimentación tiene distintos pasos, que pueden estar alterados en sus diferentes niveles, en algunos o en todos por la propia característica de este grupo vulnerable y que en este caso se relacionen tanto con el proceso de envejecimiento como con las patologías asociadas, los factores culturales, los socio ambientales y los económicos (Delpietro, 2001).

Etapas de la alimentación:

1. Selección y adquisición de alimentos: es necesario prestar atención especial a la diversidad de situaciones que evitan que las personas de la

tercera edad satisfagan sus necesidades nutricionales (Harris, 2001).

Según Delpietro (2001), en primer lugar se deberá considerar a la persona en su realidad geográfica, social, económica, y conocer sus hábitos alimenticios, ya que de otra manera el plan no se ajustaría a la realidad y fracasaría. Luego se evaluarán las limitaciones físicas que dificultan el acceso a los lugares de compra como así también el transporte de los alimentos.

Otro aspecto a considerar, es la disponibilidad económica y los impedimentos que surjan de sus alteraciones de memoria o mental. En caso de personas lúcidas (aclara Delpietro, 2001) se podrá hacer educación alimentaria, se tenderá a corregir los hábitos inadecuados y a fomentar los correctos exaltando las virtudes de una alimentación saludable.

El lineamiento más importante es proporcionar comidas y refrigerios densos en nutrientes, visualmente atractivos, sabrosos y de consistencia apropiada. Cuatro o cinco comidas más pequeñas suelen ser más aceptables que tres abundantes (Harris, 2001).

2. Elección de la forma adecuada de preparación:

Se deberá determinar quién se hará cargo de la preparación de las comidas. Si el individuo es autoválido, un terapeuta ocupacional lo capacitará sobre la forma más adecuada de protegerse contra accidentes domésticos como así también para aprovechar su capacidad física potencial.

Es probable que como consecuencia de la soledad, se produzca una disminución en la motivación para la elaboración de los alimentos, perdiendo el interés por la propia comida. Delpietro (2001) dice que en este caso, se trabajará en forma interdisciplinaria con el profesional competente que lo oriente a compartir con pares o trabaje su reinserción social. En esta etapa, destaca el autor, es importante conocer el equipamiento de la cocina, si tiene o no unidades de cocción y cuál es su capacidad, el tipo de vajilla y utensilios con que cuenta.

3. Ingestión de los alimentos:

En esta etapa corresponde evaluar las alteraciones físicas o mentales que interfieran el acto de comer. Será prioritario suministrar una alimentación que sólo requiera un mínimo de actividad masticatoria, con la consistencia, la temperatura y el grado de humedad adecuados a las falencias detectadas y que a su vez proporcionen nutrientes de excelente calidad (Delpietro, 2001).

12. “Guías alimentarias para la población argentina”.

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

- ❖ Consumir una amplia variedad de alimentos
- ❖ Incluir alimentos de todos los grupos a lo largo del día
- ❖ Consumir una proporción adecuada de cada grupo
- ❖ Elegir agua potable para beber y preparar los alimentos

La gráfica está compuesta por seis grupos de “alimentos fuentes”:

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

2. Verduras y frutas: son fuente principal de vitaminas C y A, de fibra y sustancias minerales como el Potasio y el Magnesio. Incluye todos los vegetales y frutas comestibles.

3. Leche, Yogurt y Quesos: nos ofrecen proteínas completas y son fuente principal de Calcio.

4. Carnes y Huevos: nos ofrecen las mejores proteínas y son fuente principal de hierro. Incluye a todas las carnes comestibles (de animales y aves de crianza o de caza y pescados y frutos de mar).

5. Aceites y grasas: son fuente principal de Energía y de vitamina E. los aceites y semillas tienen grasas que son indispensables para la vida.

6. Azúcar y dulces: dan energía y son agradables por el sabor.

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

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

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

Recomiendan también comer cinco porciones entre frutas y verduras por día, consumir por lo menos una vez al día, frutas y verduras crudas. Comer una variedad de carnes rojas y blancas (pollo y pescado) retirando la grasa visible tres a cuatro veces por semana. Aumentar el consumo de carne de pescado de mar o de río y disminuir el consumo de fiambres y embutidos.

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

similares.

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

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

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

La formación de buenos hábitos alimentarios es un excelente instrumento para prevenir las enfermedades y promover la salud en la población.

13. Antecedentes sobre el tema.

En el año 2011, se realizó un estudio en la Universidad de Maryland, en los Estados Unidos, a través del seguimiento de los hábitos alimentarios de 2.582 adultos mayores durante diez años, e indicó que la dieta poco saludable aumenta el 40% el riesgo de mortalidad.

El trabajo, que se publica en la revista de referato Journal of the American Dietetic Association, consistió en monitorear a los participantes que tenían entre 70 y 79 años, según sus patrones de alimentación. “El estudio demuestra que –al igual que desde la infancia como en el séptima década de la vida–, cuando se comen menos grasas, y más vegetales, granos enteros, carnes magras, se prolonga la vida y mejora su calidad. Esto es porque al adoptar un buen plan de alimentación se reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y cáncer, que son dos importantes causas de muerte”, comentó Susana Gutt, jefa de nutrición del Hospital Italiano de Buenos Aires, al ser consultada por Clarín.

Del total de los participantes, 374 mantuvieron principalmente el consumo de

alimentos saludables: registraban una alta ingesta de alimentos descremados, frutas, granos enteros, pollo, pavo, pavita, pescado, y vegetales. A la vez, tenían un bajo consumo de carnes, frituras, dulces, alimentos grasos (como los fiambres) y también bebidas azucaradas. En otro grupo se incluyó a los que consumían productos lácteos enteros, y helados con pobre ingesta de aves, productos bajos en grasas, arroz y pastas. Un tercer grupo estuvo integrado por los que consumían muchas carnes, frituras y alcohol. El resto de los grupos estaba formado por aquellos que consumían cereales en el desayuno, granos refinados, y dulces y postres.

Al analizar los patrones alimenticios y al evaluar el estado de salud de los participantes, se estimó que las personas que seguían una alimentación con productos lácteos enteros tenían un riesgo de mortalidad 40% mayor a las personas que consumían sólo alimentos saludables. En tanto, el grupo de los que consumían más dulces y postres tenían un 37% más de riesgo de mortalidad. Y no hubo diferencias significativas sobre el riesgo de mortalidad entre los grupos de “comidas saludables”, los del “desayuno con cereal”, y los “granos refinados”.

Con más consumo de alimentos saludables, se suman entonces años de vida. Aunque no se trata de realizar prohibiciones. El mejor peso posible para cada persona no es una cifra determinada arbitrariamente, sino que es un resultado de haber establecido hábitos de comer moderadamente y estar activo.

Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. Año 2008.⁶

El objetivo de este estudio fue describir en una muestra probabilística con representatividad nacional las entidades patológicas más frecuentes y algunos indicadores del estado de nutrición, como características antropométricas, anemia y concentraciones de colesterol de adultos mayores mexicanos. Se analizó la información de 5480 adultos mayores de 59 años de edad. Del total, 57% corresponde a mujeres, más de la mitad (54.5%) tenía entre 60 a 69 años de edad, 32.8% se hallaba en 70 a 79 años y 12.7% tenía más de 80 años. Esta investigación presenta evidencia de que los adultos mayores de 60 años de edad en México se caracterizan por estaturas muy bajas y una muy preocupante prevalencia de sobrepeso y obesidad. También poseen una elevada prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la obesidad troncal y la hipercolesterolemia, y existe una gran proporción que evidenció manifestaciones clínicas de ECNT como hipertensión arterial y DM2. Otro de los problemas importantes de salud de esta población fue la elevada prevalencia de anemia que resultó cuatro veces mayor a la encontrada en la población mexicana que vive en Estados Unidos de América. El incremento de la prevalencia de anemia conforme aumenta la edad se puede vincular con dietas insuficientes en micronutrientes, deterioro de la capacidad para absorber hierro, folato y vitamina B12 y es

⁶ SHAMAH-LEVY, Teresa et al. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud pública Méx* [online]. 2008, vol.50, n.5 [citado 2012-07-06], pp. 383-389.

similar a las tendencias halladas en otros estudios. Otras causas frecuentes de anemia en los adultos mayores son algunas afecciones inflamatorias y sangrados crónicos del tubo digestivo alto y bajo. Sin embargo, estas últimas son a su vez trastornos de la deficiencia de hierro. La vulnerabilidad de la población de adultos es alarmante, si se toma en cuenta que tiene una baja escolaridad, cerca de la mitad vive en niveles de pobreza, menos de la cuarta parte goza de una pensión, 40% no tiene ninguna cobertura de salud y las mujeres son las que se encuentran en situación más desventajosa. A lo anterior se suma la gran demanda de servicios vinculados con la elevada prevalencia de ECNT, como la diabetes e hipertensión y los problemas de nutrición, entre ellos la anemia; la accesibilidad a estos servicios es limitada.

Calidad dietaria, satisfacción vital y estados de malnutrición en ancianos, Córdoba, República Argentina, 2007.⁷

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre calidad dietaria, satisfacción vital y estados de malnutrición en Adultos mayores, de ambos sexos, que asisten a Hogares de Día provinciales en ciudad de Córdoba, año 2007. Universo: Ancianos autoválidos de ambos sexos ≥ 60 años (N=1360) que asisten a 34 Hogares de Día. Muestreo polietápico. n = 248 (53,6% varones; 46,4% mujeres). Variables principales: sexo, grupos de edad, nivel de instrucción, convivencia, calidad de la dieta, que se categorizó: Dieta variada

⁷ Acosta, R.S y Cols. "Calidad dietaria, Satisfacción Vital y Estados de Malnutrición en ancianos, Córdoba Republica Argentina. 2007". RESPYN. México. Enviado a publicar 12 de abril de 2008. Disponible desde: http://www.respyn.uanl.mx/xi/3/articulos/calidad_dietaria.htm; accedido en 07 de marzo 2012.

(DV), medianamente variada (DMV) y monótona (DM) a partir del consumo diario de los grupos de alimentos establecidos en Guías Alimentarias para la Población Argentina. 2000, satisfacción con la vida (SV), categorizada en muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho; estado nutricional: malnutrición por déficit MND ($IMC \leq 23,9 \text{ kg/m}^2$), normalidad ENN ($IMC 24-27 \text{ kg/m}^2$), malnutrición por exceso MNE ($IMC \geq 27,1 \text{ kg/m}^2$). El 87.5% de la población se distribuyó en las categorías viejo-joven y vejez-media. El promedio de edad en hombres fue $71,5 \text{ años} \pm 7,05$; en mujeres: $70,9 \text{ años} \pm 7,2$. La mitad de la población poseía nivel de instrucción bajo. El 27,8% de ancianos vivían solos y 1/3 en compañía de cónyuge, solo o con otras personas. El 63,3% consumía DM sin diferencias significativas por sexo y solo el 26,6% DV. El 15,8% de DM fue por falta de consumo de tres o más grupos de alimentos. La media de puntaje en el cuestionario de SV fue $16,96 \pm 4,11$ puntos. El 42,9% de entrevistados llevaba el tipo de vida que siempre soñó tener; el 62,8% consideró excelente sus Condiciones actuales de vida; el 71,3 % respondió haber conseguido las cosas importantes que había deseado en la vida. Del total de ancianos, el 20,2 % estuvo muy satisfecho con su vida, y el 44,9 % satisfecho. No se asociaron estadísticamente estado nutricional y SV. Hubo asociación significativa entre ENN y consumo de DV ($p=0,021$) y entre MND y vivir con otras personas (no familiares) ($p= 0,040$). La mayor parte de Adultos Mayores estudiados estuvo Satisfecho con su Vida. La DM fue predominante en el grupo. La población presentó elevada prevalencia de MNE, con obesidad en mujeres y pre-obesidad en varones. Se encontró asociación

entre la categoría satisfechos con la vida y DV, y entre DV y ENN.

Estado nutricional y composición corporal de un grupo de adultos mayores no institucionalizados del Estado Zulia, Venezuela. Año 1996.⁸

A objeto de conocer el estado nutricional y composición corporal de ancianos no institucionalizados del Estado Zulia en Venezuela, se estudiaron 94 individuos (69,55 ± 6,60 años). Se tomaron medidas antropométricas y se realizó un estudio dietético a través del recordatorio de 24 horas y Frecuencia de Consumo de Alimentos cuantitativa. Se observaron diferencias estadísticamente significativas según el sexo, con predominio en el sexo femenino, en todas las medidas e índices calculados a excepción de peso, cintura, área del brazo y área muscular. Así mismo se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) de acuerdo a la edad en peso, pliegue del tríceps, Índice de Quetelet, y Porcentaje de Peso Ideal (porcentaje PI). Los valores promedio de las medidas e indicadores antropométricos fueron mayores que los reportados para otros colectivos de ancianos. La frecuencia de obesidad medida con el Índice de Quetelet ($>30\text{Kg/m}^2$) fue de 42,6 por ciento en mujeres y 6,4 por ciento en hombres. Cuando se utilizó porcentaje PI, disminuyó la frecuencia en hombres (4,3 por ciento) y aumentó en las mujeres (48,9 por ciento). El índice CIN/CAD mostró una predominancia de distribución de grasa superior en el 21,3 por ciento de los hombres y 68,1 por ciento de las mujeres.

⁸ Falque-Madrid L, et al. Estado nutricional y composición corporal de un grupo de adultos mayores no institucionalizados del Estado Zulia, Venezuela. Arch Latinoam Nutr. [online]. 1996; 46(3):190-5.

En la evaluación dietética se encontraron diferencias significativas debidas al sexo, con predominio en los hombres, para energía, lípidos totales, carbohidratos, vitamina A (predominio en las mujeres), tiamina y hierro. Al comparar el consumo con las Recomendaciones Nutricionales para Venezuela observamos que se supera el 100 por ciento de adecuación en lípidos, calcio, fósforo, tiamina, niacina y hierro en ambos sexos. El estudio mostró una alta prevalencia de sobrepeso en los dos sexos y de obesidad en las mujeres, y acentúa la necesidad de estudiar en profundidad los diferentes factores que afectan el estado nutricional de la población anciana en el país (AU).

Se puede destacar en los trabajos de investigación nombrados que los problemas nutricionales más comunes en los adultos mayores no institucionalizados son, malnutrición con prevalencia de sobrepeso y obesidad, anemia debido a la deficiencia en vitaminas y minerales. También, se puede observar que con el consumo de una dieta variada y saludable se puede lograr el mejor peso posible, es decir un estado nutricional normal; y a su vez disminuir problemas cardiovasculares. Para lo lograr revertir la situación nutricional actual de los ancianos no institucionalizados, se debe realizar educación nutricional, poniendo énfasis en los métodos de cocción saludables, elección de alimentos variados, respetando el consumo de las cuatro comidas y en lo posible realización de ejercicio.

III. METODOLOGIA.

1. Área de estudio.

“Centro de jubilados y pensionados” correspondiente a la localidad de Roldán, provincia de Santa Fe, Argentina.

Roldán es una ciudad en la zona sur de la provincia de Santa Fe, Argentina, a 21 km al oeste de la ciudad de Rosario, en el departamento San Lorenzo, y tiene 11.470 habitantes (INDEC, 2001). Esta ciudad surge por generación espontánea, en tierras de privilegiada riqueza que antiguamente pertenecieron a los Jesuitas y más tarde adquiridas por el entonces diputado provincial Rosario Felipe M. de Roldán (de quien toma su nombre). Nace y se desarrolla a la vera de la estación del ferrocarril construido por los ingleses y se considera inaugurado el 1º de mayo de 1866, con el recorrido del primer tren desde Rosario hasta Tortugas. Se convirtió en una comuna el 29 de enero de 1891 y en municipio el 9 de diciembre de 1987. El “Centro de jubilados y pensionados” de esta localidad fue fundado un 22 de mayo de 1976, en el salón del Centro Cosmopolita Unión y Progreso, y su primer edificio fue el domicilio de Carlos Skinnef, en San Martín 750 de la ciudad. El objetivo de su creación es luchar por la mejora de salarios, la atención médica, descuentos en medicamentos, apoyo, asesoramiento y ayuda en los distintos trámites que un jubilado deba realizar. El “Centro de Jubilados y pensionados” de Roldán cuenta hoy con su

edificio propio ubicado en Independencia al 100.

2. Tipo de estudio: cuanti-cualitativo, observacional, descriptivo y transversal.

Es un estudio:

Cuanti-cualitativo: ya que permite no sólo analizar al individuo encuestado, sino también examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística.

Observacional: en el que no hay intervención por parte del investigador, se observó a un conjunto de población en un intento de encontrar tendencias.

Descriptivo: porque se estudió situaciones que ocurren en condiciones naturales permitiendo la descripción del problema, registrando las características de las personas afectadas.

Transversal: porque permitió analizar los hechos en un momento determinado.

3. Población objetivo.

La población seleccionada para la realización de esta investigación fueron los adultos mayores que durante el período mayo-julio de 2012 concurrieron al “Centro de jubilados y pensionados” perteneciente a la localidad de Roldán,

provincia de Santa Fe, Argentina.

Sobre un total de 84 adultos mayores, se incluyeron en la muestra, con carácter anónimo, previo consentimiento de los mismos, a aquellos adultos que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterio de inclusión:

- Tener una edad entre 70 y 75 años.

Criterio de exclusión:

- * A los adultos mayores que no podían valerse por sí mismos
- * A los menores de 70 años y mayores de 75.

4. Selección de la muestra.

Se conformó con 50 adultos mayores de ambos sexos, aplicando los criterios de inclusión y exclusión anteriormente detallados.

Muestra: no probabilística (intencional).

5. Métodos e instrumentos de recolección de datos.

Para poder llevar a cabo la investigación, se siguió el siguiente criterio ético: petición de la autorización del Presidente del Centro de Jubilados y

Pensionados de Roldán, como así también el consentimiento de cada adulto mayor (ver anexos 4).

Para la evaluación del estado nutricional se utilizaron los siguientes instrumentos:

- * **Balanza:** indispensable para determinar el peso actual del adulto mayor y luego determinar el índice de masa corporal del mismo.
- * **Cinta métrica:** necesaria para conocer la talla del geronte, y de esta manera junto con el peso actual anteriormente mencionado, determinar su IMC.
- * **Tabla nutricional:** utilizada para determinar el estado nutricional del adulto mayor de acuerdo a su índice de masa corporal.

El IMC (Índice de Masa Corporal): se calculó a partir de las medidas de peso y talla según la forma del Índice de Quetelet (Durnin y Fidanza, 1985):

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{Peso (kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m}^2\text{)}$$

En la **tabla 7** se presentan los valores de referencia del IMC normal en adultos mayores.

RANGO DE EDAD	IMC (MASCULINO)	IMC (FEMENINO)
60 - 69 años	24,4 – 30	23,5 – 30,8
70 – 79 años	23,8 – 26,1	22,6 – 29,9
80 y más	22,4 – 27	21,7 – 28,4

Tabla 7: NHANES III

La **tabla 8** refiere al IMC de adultos mayores de ambos sexos.

IMC	ESTADO NUTRICIONAL
< 23	Peso insuficiente
23,1 – 27,9	Normo Peso
28 – 31,9	Sobrepeso
> 32	Obesidad

Tabla 8: NHANES III. En: JAM Diet. Assoc: 2000

Una vez obtenidos los datos de cada adulto mayor, los mismos fueron registrados en un formulario que contiene la siguiente información: Datos personales y datos antropométricos (ver anexos 1).

La valoración dietética se efectuó a través de los siguientes instrumentos:

- **Encuesta nutricional:** se ha utilizado una encuesta estructurada, de elaboración propia, la cual se obtuvo luego de realizar una prueba piloto. La misma cuenta con 10 preguntas a responder por la muestra (ver anexos 2). Se empleó con el fin de recopilar los datos necesarios sobre los hábitos alimentarios de cada geronte en particular.
- **Cuadro de frecuencia de consumo de alimentos:** se realizó a fin de obtener mayor precisión sobre los hábitos alimentarios de los adultos mayores (ver anexos 3).

6. Relevamiento de datos.

Para la carga y el análisis descriptivo de datos se utilizó la herramienta Excel 2007 del paquete Microsoft Windows. Se analizó la información y se volcaron los datos obtenidos en cuadros simples o de distribución de frecuencia, gráficos de torta, barra y columna según corresponda.

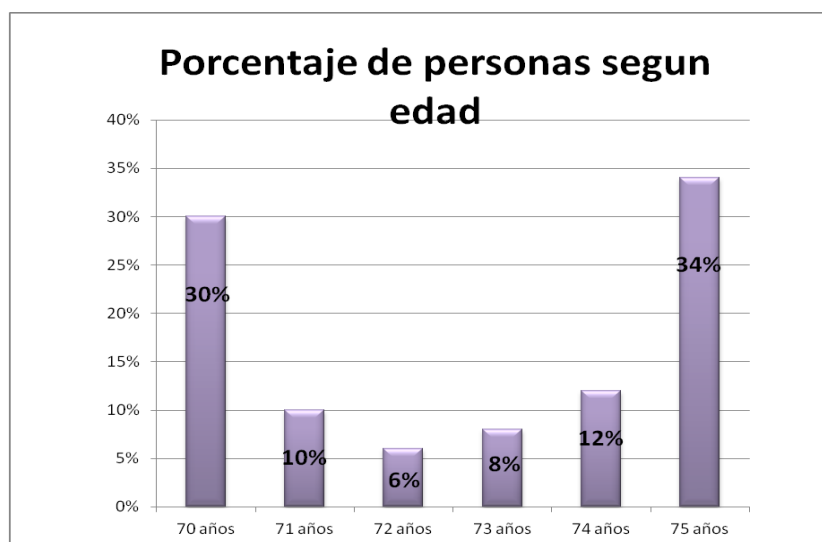
IV. TRABAJO DE CAMPO.

A continuación se presentan los resultados de la encuesta realizada a los adultos mayores del Centro de Jubilados y pensionados de Roldán.

Cuadro n°1: "Distribución de personas según edad".

Edad	Personas encuestadas	Porcentajes
70 años	15	30%
71 años	5	10%
72 años	3	6%
73 años	4	8%
74 años	6	12%
75 años	17	34%
TOTAL	50	100%

Gráfico n°1: "Porcentaje de personas según edad".



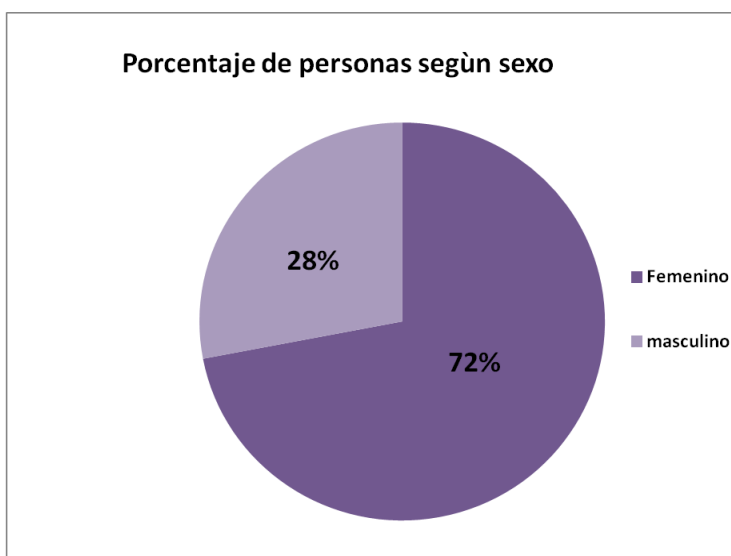
En el gráfico n°1 se puede observar que el mayor porcentaje de los individuos

encuestados presenta una edad de 75 años (representando el 34% del total); y 70 años (representando el 30% del total).

Cuadro n°2: “Distribución de personas según sexo”.

Sexo	Personas encuestadas	Porcentajes
Femenino	36	72%
masculino	14	28%
TOTAL	50	100%

Gráfico n°2: “Porcentaje de personas según sexo”.

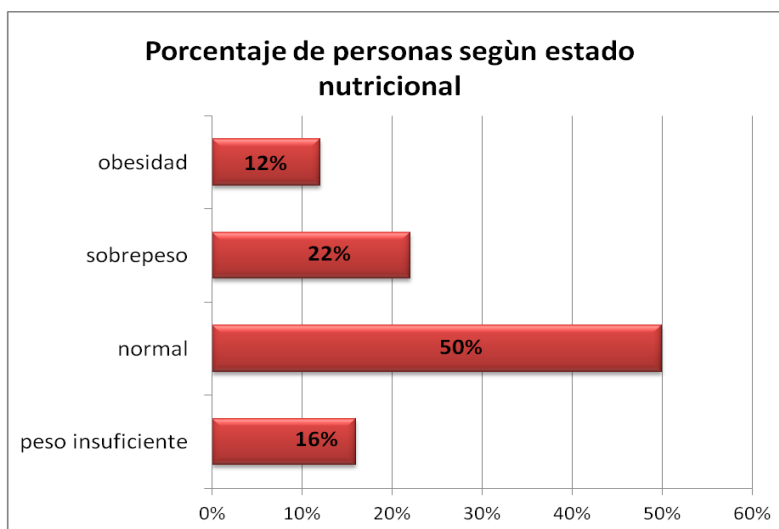


Del total de adultos mayores encuestados el 72% corresponde al sexo femenino y el 28% al sexo masculino.

Cuadro n°3: “Distribución de los adultos mayores según estado nutricional”

Distribución de personas según estado nutricional	Personas encuestadas	Porcentajes
peso insuficiente	8	16%
Normal	25	50%
Sobrepeso	11	22%
Obesidad	6	12%
TOTAL	50	100%

Gráfico n°3: “Porcentaje de adultos mayores según estado nutricional”.

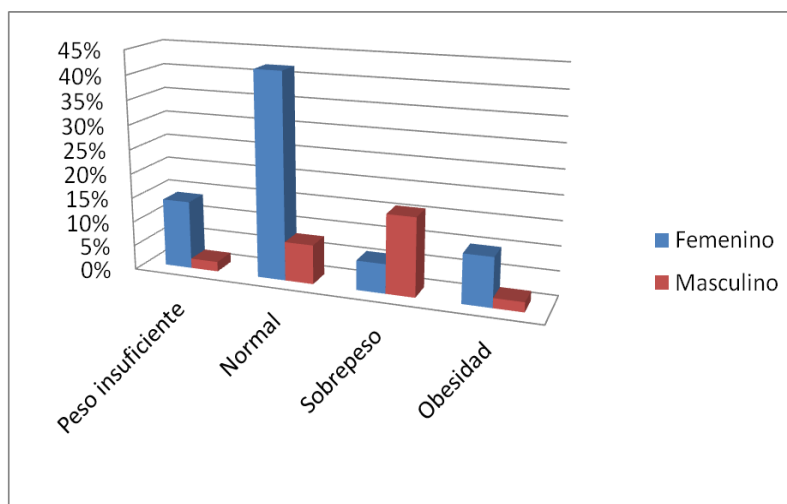


Del total de adultos mayores encuestados, el 50% se encuentra en un peso normal o saludable, y en sobrepeso el 22% del total. Se puede observar que el porcentaje de encuestados con obesidad y peso insuficiente es similar, 12% y 16% respectivamente.

Cuadro n°4: “Distribución de personas según sexo y estado nutricional”.

Masculino	Personas encuestadas	Porcentajes
Peso insuficiente	1	2%
Normal	4	8%
Sobrepeso	8	16%
Obesidad	1	2%
TOTAL	14	28%
Femenino	Personas encuestadas	Porcentajes
Peso insuficiente	7	14%
Normal	21	42%
Sobrepeso	3	6%
Obesidad	5	10%
TOTAL	36	72%

Gráfico n°4: “Porcentaje de personas según sexo y estado nutricional”.



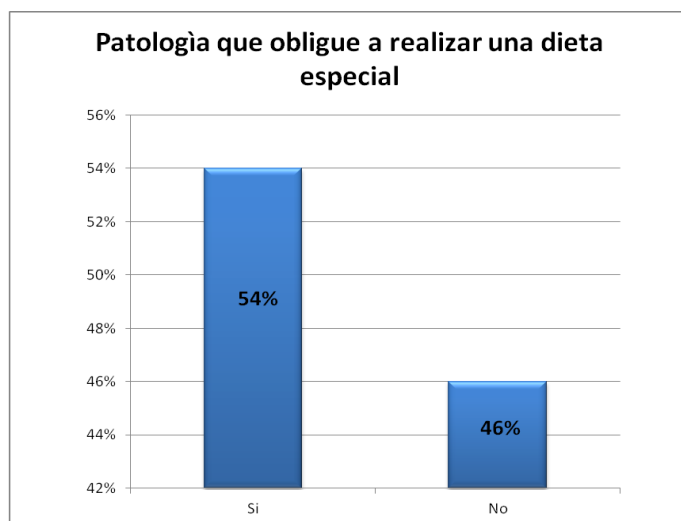
Del total de personas del sexo femenino (72%), el 42% presenta un peso normal, el 14% un peso insuficiente, el 10% obesidad y el 6% sobrepeso. Del total de personas del sexo masculino (28%), el 16% presenta sobrepeso, el 8% un peso normal, siendo igual el porcentaje de personas con peso

insuficiente y obesidad, 2% respectivamente.

Cuadro n°5: “Distribución de personas según presencia de patologías que obliguen a realizar una dieta especial”.

Patología que le obligue a realizar una dieta especial	Personas encuestadas	Porcentajes
Si	27	54%
No	23	46%
TOTAL	50	100%

Gráfico n°5: “Porcentaje de adultos mayores según presencia de patologías que obliguen a realizar una dieta especial”.

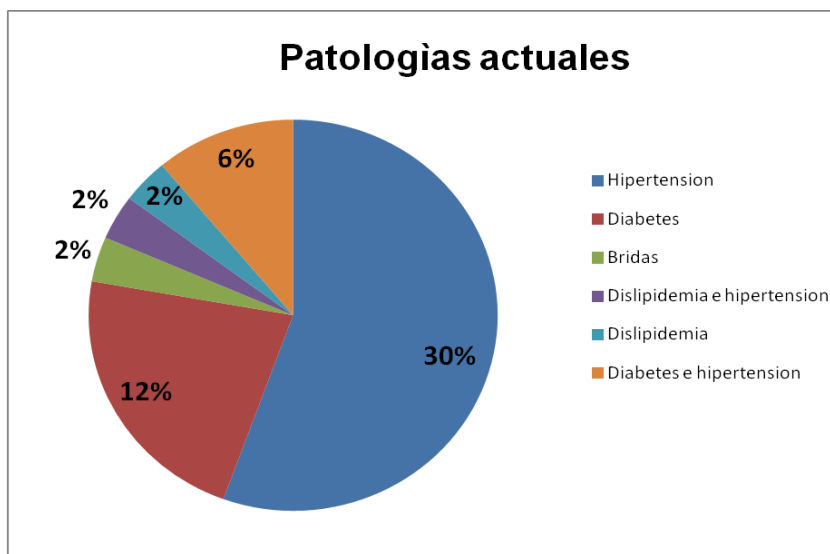


En el gráfico n°5 se puede observar que la mayor parte de los adultos mayores encuestados (54%) si presenta alguna patología que le obliga a realizar una dieta especial.

Cuadro n°6: “Distribución de los adultos mayores con patologías actuales”.

Patologías actuales	Personas encuestadas	Porcentajes
Hipertensión	15	30%
Diabetes	6	12%
Bridas	1	2%
Dislipidemias e hipertensión	1	2%
Dislipidemias	1	2%
Diabetes e hipertensión	3	6%
TOTAL	27	54%

Gráfico n°6: “Porcentaje de adultos mayores con patologías actuales”.

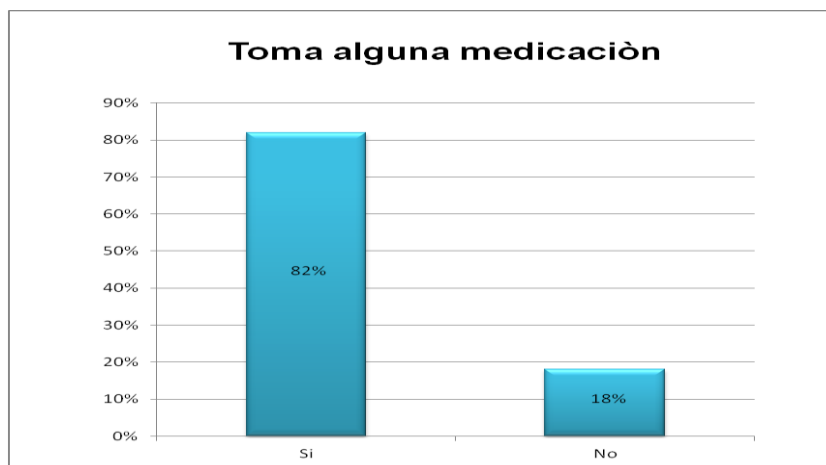


Se puede observar que las principales patologías que obligan a los adultos mayores a realizar una dieta especial son en primer lugar Hipertensión (30%) y en segundo lugar Diabetes (12%) y en menor porcentaje el resto de las patologías mencionadas.

Cuadro n°7: “Distribución de personas según consumo de medicamentos”.

Toma alguna medicación	Personas encuestadas	Porcentajes
Si	41	82%
No	9	18%
TOTAL	50	100%

Gráfico n°7: “Porcentaje de personas según consumo de medicamentos”.

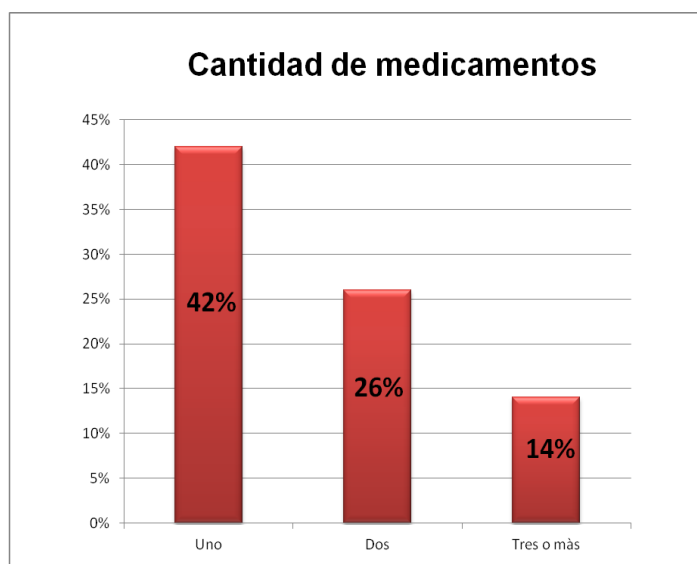


Del total de encuestados, el 82% toma alguna medicación, y sólo el 18% no toma medicación.

Cuadro n°8: “Cantidad de medicamentos”.

Cantidad de medicamentos	Personas encuestadas	Porcentajes
Uno	21	42%
Dos	13	26%
Tres o más	7	14%
TOTAL	41	82%

Gráfico n°8: “Porcentaje de personas según cantidad de medicamentos que consumen”.

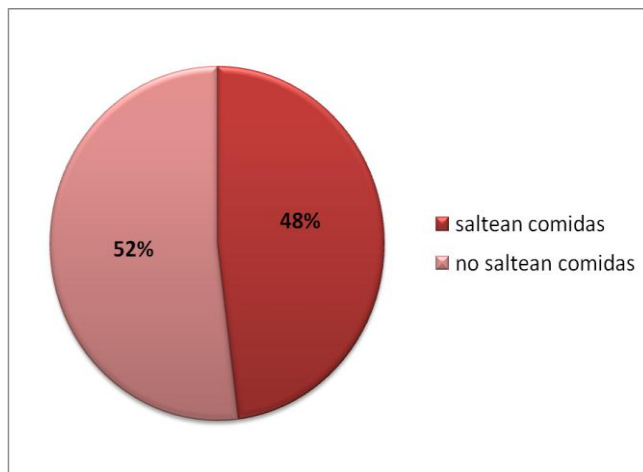


Se observa que la mayoría (el 42%), consume sólo un medicamento. El porcentaje de encuestados que consume dos, y tres o más medicamentos es menor, 26% y 14% respectivamente.

Cuadro n°9: “Distribución de adultos mayores según si saltean comidas o no”.

Saltea alguna comida	Personas encuestadas	Porcentajes
Si	24	48%
No	26	52%
TOTAL	50	100%

Gráfico n°9: “Porcentaje de encuestados según si saltean comidas o no”.

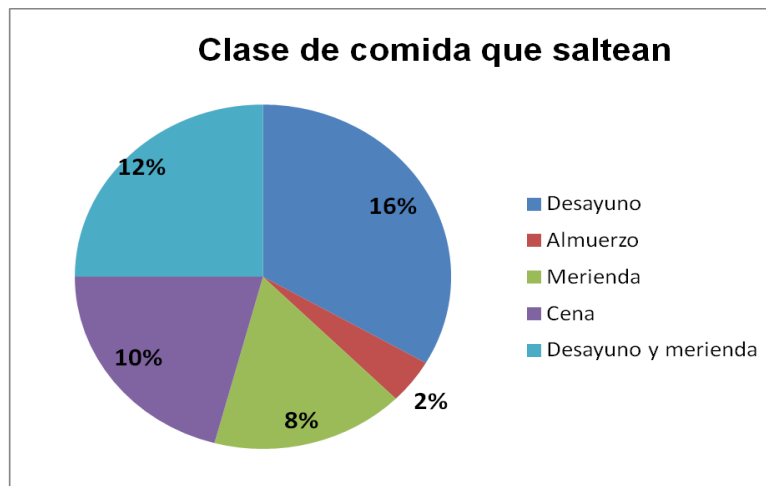


En el gráfico n°9 se puede observar que el 52% de las personas encuestadas no saltean las comidas y el 48% si lo hacen. Dentro de los encuestados que no saltean comidas se puede destacar que la mayoría presenta un buen estado nutricional.

Cuadro n°10: “Clase de comida que saltean”.

Clase de comida que saltean	Personas encuestadas	Porcentajes
Desayuno	8	16%
Almuerzo	1	2%
Merienda	4	8%
Cena	5	10%
Desayuno y merienda	6	12%
TOTAL	24	48%

Gráfico n°10: “Porcentaje de personas según clase de comida que saltean”.

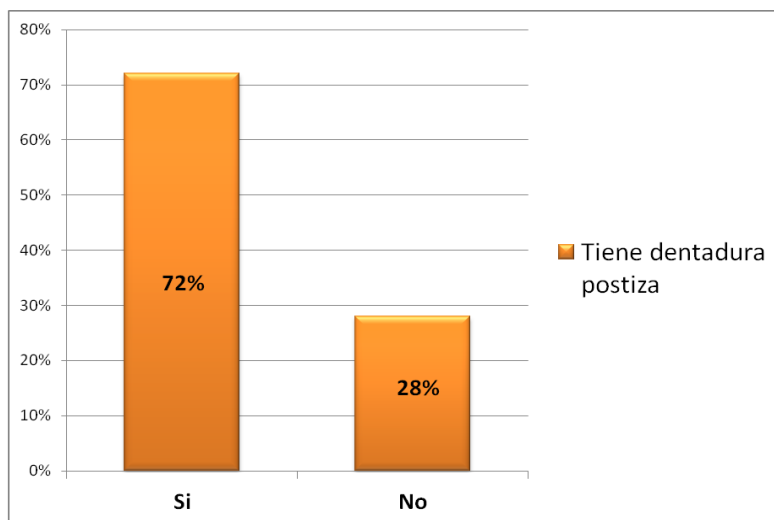


La mayoría de los encuestados saltan el desayuno (16%). El porcentaje de personas que saltan la cena o el desayuno y merienda es bastante similar, 10% y 12% respectivamente. El 8% saltan la merienda y sólo el 2% saltan el almuerzo.

Cuadro n°11: “Distribución de personas según presenten dentadura postiza o no”.

Tiene dentadura postiza	Personas encuestadas	Porcentajes
Si	36	72%
No	14	28%
TOTAL	50	100%

Gráfico nº11: “Porcentaje de personas según presenten dentadura postiza o no”

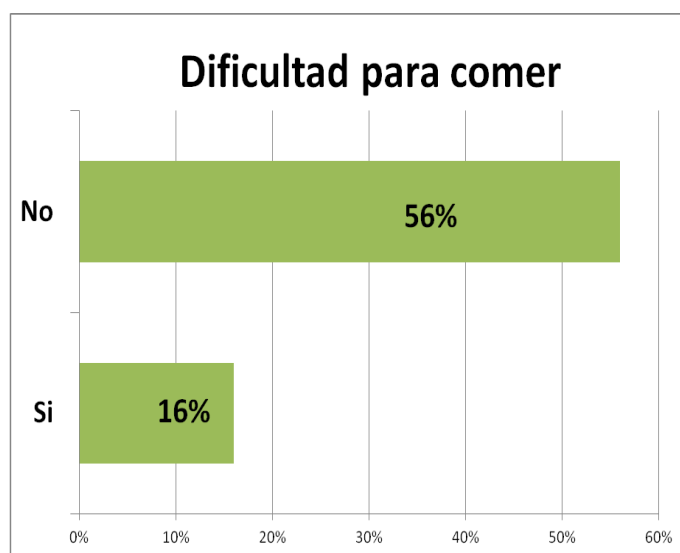


En el gráfico nº11 se puede observar que el 72% de los encuestados presentan dentadura postiza y sólo el 28% no presentan.

Cuadro nº12: “Distribución de personas con dentadura postiza según dificultad para comer”.

Dificultad para comer	Personas encuestadas	Porcentajes
Si	8	16%
No	28	56%
TOTAL	36	72%

Gráfico n°12: “Porcentajes de personas con dentadura postiza según dificultad para comer”.



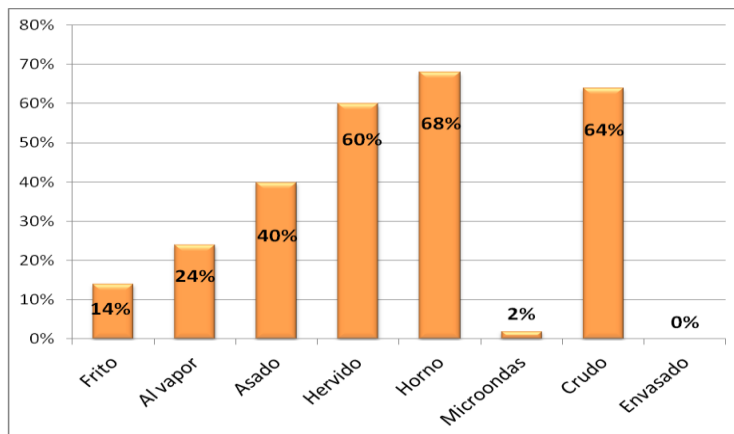
Del total de adultos mayores que presentan dentadura postiza, la mayoría (56%) no presentan dificultad para comer. El 16% de los encuestados que si presentan dificultad para comer se encuentra en bajo peso.

Cuadro n°13: “Métodos de cocción habituales”

Métodos de cocción	Personas encuestadas	Porcentajes
Frito	7	14%
Al vapor	12	24%
Asado	20	40%
Hervido	30	60%
Horno	34	68%
Microondas	1	2%
Crudo	32	64%
Envasado	0	0%
TOTAL⁹	136	272%

⁹ Se refiere al total sobre el cual están calculados los porcentajes ya que los adultos mayores pudieron seleccionar más de una opción.

Grafico n°13: “Métodos de cocción habituales”.



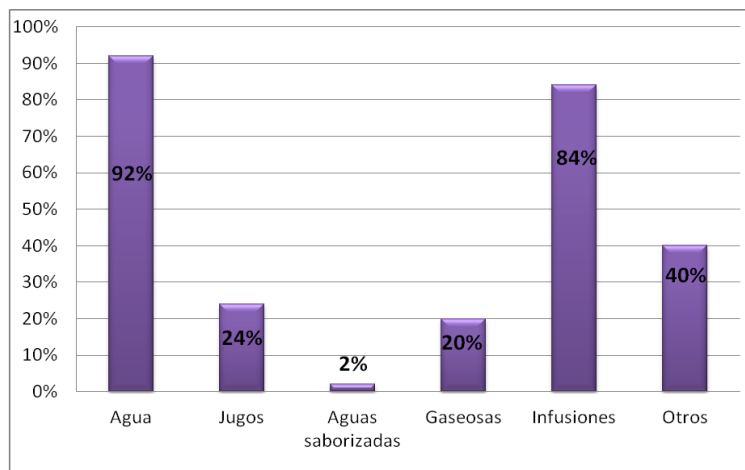
Se puede observar que los métodos de cocción más utilizados son horno (68%), Crudo (64%), y Hervido (60%). En menor porcentaje se destaca el asado (40%), al vapor (24%) y frito (14%). El porcentaje de personas que ha seleccionado microondas es mínimo (2%). Ningún encuestado ha seleccionado envasados. Se puede destacar la mayor parte de los encuestados que seleccionaron “frito” presentan sobrepeso y obesidad.

Cuadro n°14: “Tipos de líquidos ingeridos”.

Qué tipo de líquido ingiere	Personas encuestadas	Porcentajes
Agua	46	92%
Jugos	12	24%
Aguas saborizadas	1	2%
Gaseosas	10	20%
Infusiones	42	84%
Otros	20	40%
TOTAL¹⁰	131	262%

¹⁰ Se refiere al total sobre el cual están calculados los porcentajes ya que los adultos mayores pudieron seleccionar más de una opción.

Gráfico n°14: “Tipos de líquidos ingeridos”.

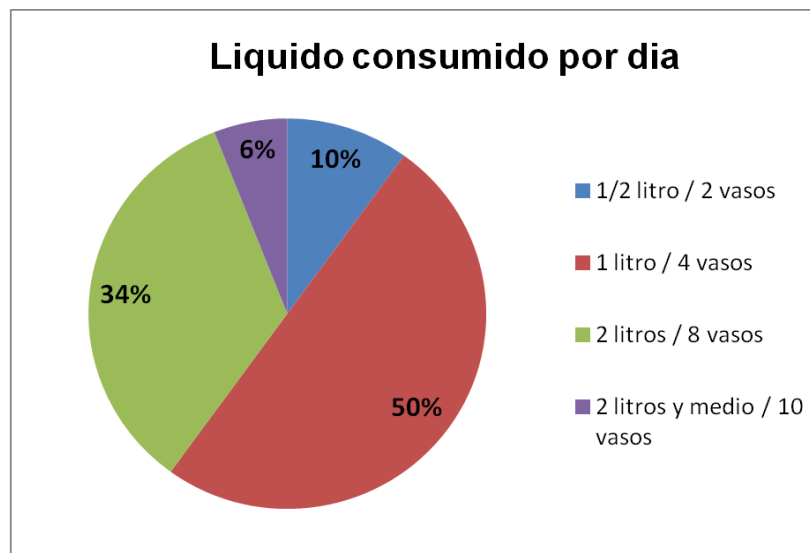


Se puede observar que los gerontes encuestados, ingieren mayormente agua (92%) e infusiones (84%) y en menor medida ingieren otros líquidos (40%). Se destaca un porcentaje similar en cuanto a la ingesta de jugos y gaseosas, representando el 24% y 20% respectivamente. En cuanto al consumo de aguas saborizadas es mucho menor (2%). Se puede destacar que la mayor parte de los encuestados que ingieren gaseosas se encuentran en sobrepeso.

Cuadro n°15: “Distribución de personas según cantidad de líquido que consumen por día”.

Líquido consumido por día	Personas encuestadas	Porcentajes
1/2 litro / 2 vasos	5	10%
1 litro / 4 vasos	25	50%
2 litros / 8 vasos	17	34%
2 litros y medio / 10 vasos	3	6%
TOTAL	50	100%

Gráfico n°15: “Porcentaje de personas según cantidad de líquido que consumen por día”.

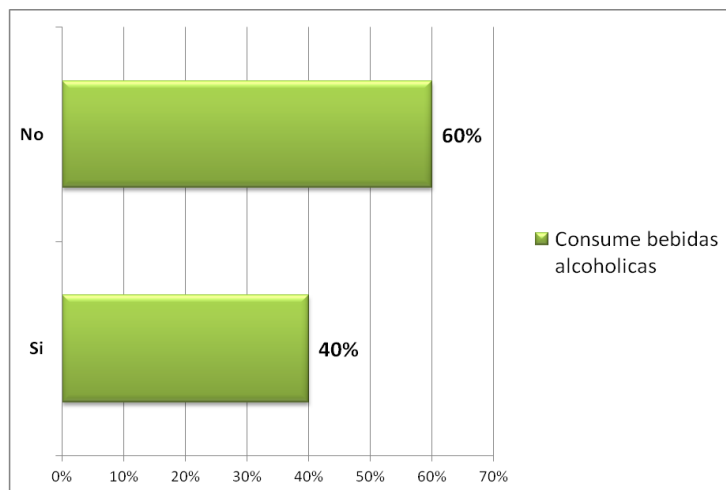


En el gráfico n°15 se puede observar que la mayoría de los adultos mayores encuestados (50%) consumen un litro de líquido por día, siendo significativo también el porcentaje de personas (34%) que consumen 2 litros de líquido por día.

Cuadro n°16: “Distribución de personas según si consumen o no bebidas alcohólicas”.

Consumo de bebidas alcohólicas	Personas encuestadas	Porcentajes
Si	20	40%
No	30	60%
TOTAL	50	100%

Gráfico n°16: “Porcentaje de personas que consumen o no bebidas alcohólicas”.

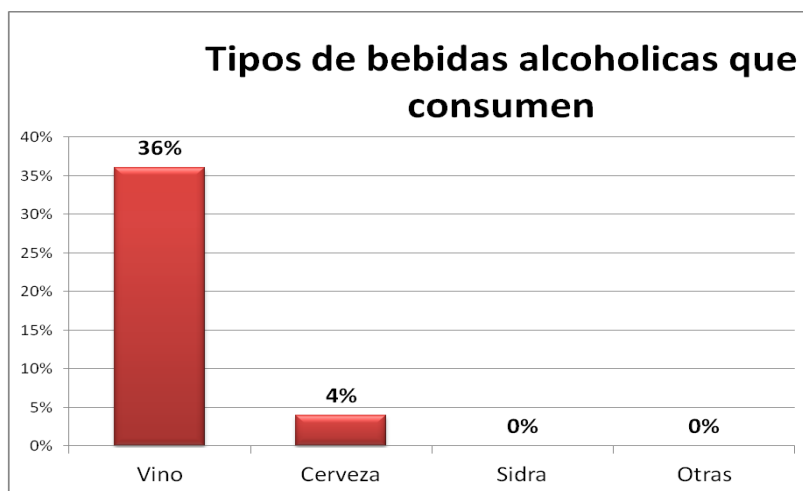


Se puede observar que sólo el 40% de las personas encuestadas consumen bebidas alcohólicas, mientras que la mayor parte de los encuestados (60%) no consumen. Dentro de los adultos mayores que no consumen bebidas alcohólicas la mayor parte se encuentra en peso normal.

Cuadro n°17: “Distribución de personas según tipo de bebidas alcohólicas que consumen”.

Tipos de bebidas alcohólicas	Personas encuestadas	Porcentajes
Vino	18	36%
Cerveza	2	4%
Sidra	0	0%
Otras	0	0%
TOTAL	20	40%

Gráfico n°17: “Porcentaje de personas según tipo de bebidas alcohólicas que consumen”.

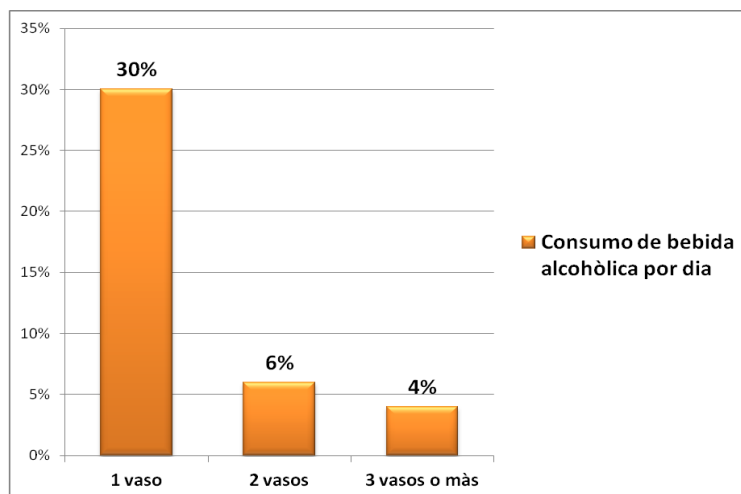


Dentro del grupo que ingieren bebidas alcohólicas, la mayor parte consume vino (36%) y sólo el 4% de ellos consume cerveza.

Cuadro n°18: “Distribución de personas según cantidad de bebida alcohólica que consumen por día”.

Consumo de bebida alcohólica por día	gr de etanol por día	Personas encuestadas	Porcentajes
1 vaso de cerveza	10	2	4%
1 vaso de vino	24	13	26%
2 vasos de vino	48	3	6%
3 vasos o más de vino	72	2	4%
TOTAL	160	20	40%

Gráfico nº18: “Porcentaje de personas según cantidad de bebida alcohólica que consumen por día”.

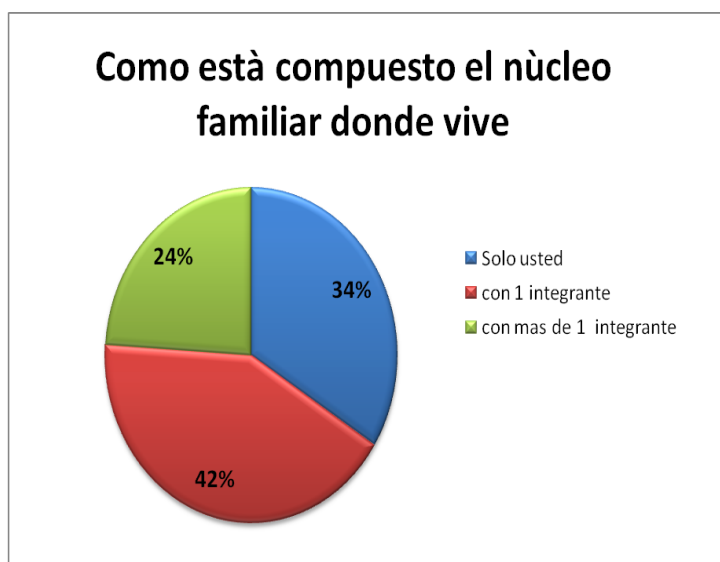


Se puede observar que dentro del grupo de adultos mayores que ingieren alcohol, la mayor parte de ellos (30%) consume sólo un vaso por día.

Cuadro nº19: “Distribución de personas según como está compuesto el núcleo familiar dónde viven”.

Como está compuesto el núcleo familiar donde vive	Personas encuestadas	Porcentajes
Solo usted	17	34%
con 1 integrante	21	42%
con más de 1 integrante	12	24%
TOTAL	50	100%

Gráfico n°19: “Porcentaje de personas según como está compuesto el núcleo familiar donde viven”.

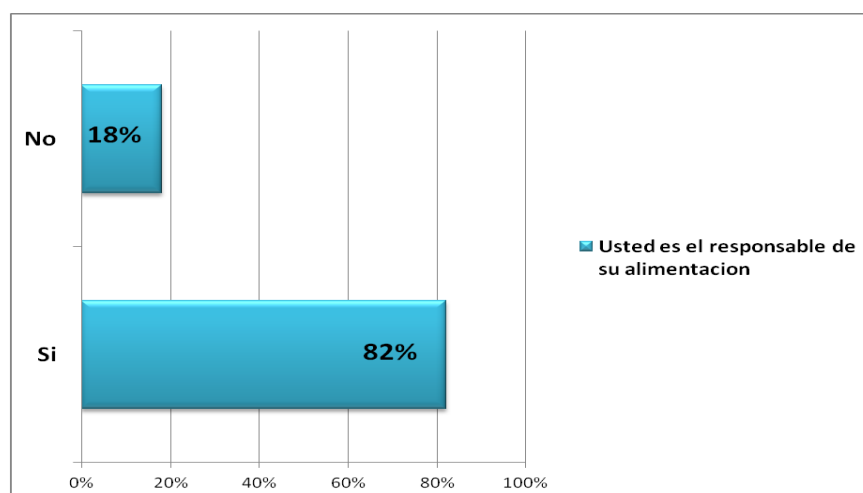


Se puede observar que el porcentaje de encuestados que viven con una persona o solos es del 42% y 34% respectivamente. Sólo el 24% viven con más de una persona. Del 34% que vive solo, 8 se encuentran en bajo peso.

Cuadro n°20: “Distribución de personas responsables de su alimentación”.

Usted es el responsable de su alimentación	Personas encuestadas	Porcentajes
Si	41	82%
No	9	18%
TOTAL	50	100%

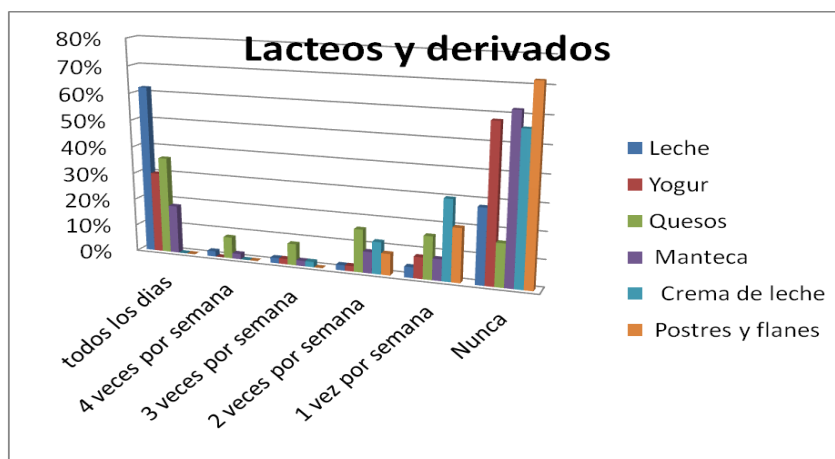
Gráfico n°20: “Porcentaje de personas responsables de su alimentación”.



CUADROS DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS.

Lácteos y derivados:

Grupos de alimentos	Todos los días	Veces por semana				Nunca
		Cuatro	Tres	Dos	Uno	
LECHE	31	1	1	1	2	14
%	62%	2%	2%	2%	4%	28%
YOGUR	15	0	1	1	4	29
%	30%	0%	2%	2%	8%	58%
QUESO	18	4	4	8	8	8
%	36%	8%	8%	16%	16%	16%
MANTECA	9	1	1	4	4	31
%	18%	2%	2%	8%	8%	62%
CREMA DE LECHE	0	0	1	6	15	28
%	0%	0%	2%	12%	30%	56%
POSTRES/FLANES	0	0	0	4	10	36
%	0%	0%	0%	8%	20%	72%
LACTEOS Y DERIVADOS	73	6	8	24	43	146
%	146%	12%	16%	48%	86%	292%



Del grupo de alimentos lácteos y derivados, lo que consumen la mayoría de los encuestados son leche y queso. La manteca, y postres y flanes la mayoría, no lo consumen. Con respecto al yogur y la crema de leche, es similar el número entres quienes consumen y no consumen.

Porcentaje de personas según estado nutricional que consumen lácteos y derivados.

Grupos de alimentos	Estado nutricional			
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
LECHE	7	19	7	3
%	14%	38%	14%	6%
YOGUR	6	8	4	3
%	12%	16%	8%	6%
QUESO	8	21	8	5
%	16%	42%	16%	10%
MANTECA	5	8	4	2
%	10%	16%	8%	4%
CREMA DE LECHE	4	11	5	2
%	8%	22%	10%	4%
POSTRES/FLANES	4	9	1	0
%	8%	18%	2%	0%
LACTEOS Y DERIVADOS	34	76	29	15
%	68%	152%	58%	30%

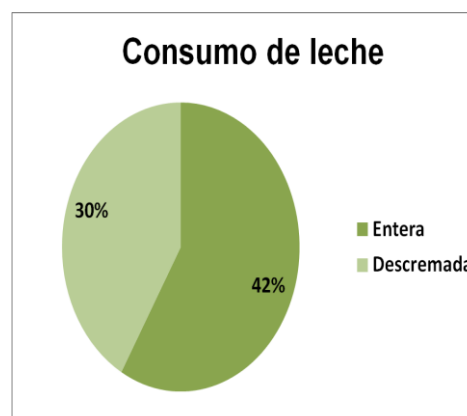
Porcentaje de personas según estado nutricional que no consumen lácteos y derivados.

Grupos de alimentos	Estado nutricional			
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
LECHE	1	6	4	3
%	2%	12%	8%	6%
YOGUR	2	17	7	3
%	4%	34%	14%	6%
QUESO	0	3	3	1
%	0%	6%	6%	2%
MANTECA	3	17	7	4
%	6%	34%	14%	8%
CREMA DE LECHE	4	14	6	4
%	8%	28%	12%	8%
POSTRES/FLANES	4	16	10	6
%	8%	32%	20%	12%
LACTEOS Y DERIVADOS	14	73	37	21
%	28%	146%	74%	42%

Se puede observar que la mayoría de los encuestados que consumen lácteos y derivados se encuentran en un peso normal al igual que aquellos que no consumen; y dentro de los que no consumen también se puede destacar que un alto porcentaje se encuentra en sobrepeso.

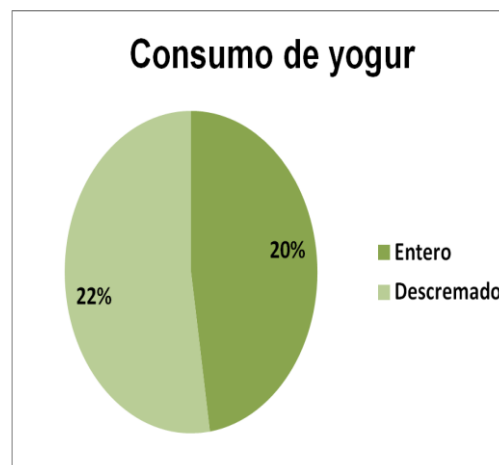
Del total de encuestados que consumen leche (72%), el 42% consume leche entera y el 30% descremada.

Leche	Personas encuestadas	Porcentajes
Entera	21	42%
Descremada	15	30%
TOTAL	36	72%



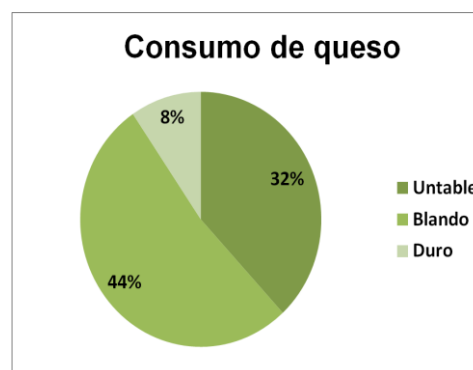
Del total de encuestados que consumen yogur (42%), el 20% consumen yogur entero y el 22% descremado.

Yogur	Personas encuestadas	Porcentajes
Entero	10	20%
Descremado	11	22%
TOTAL	21	42%



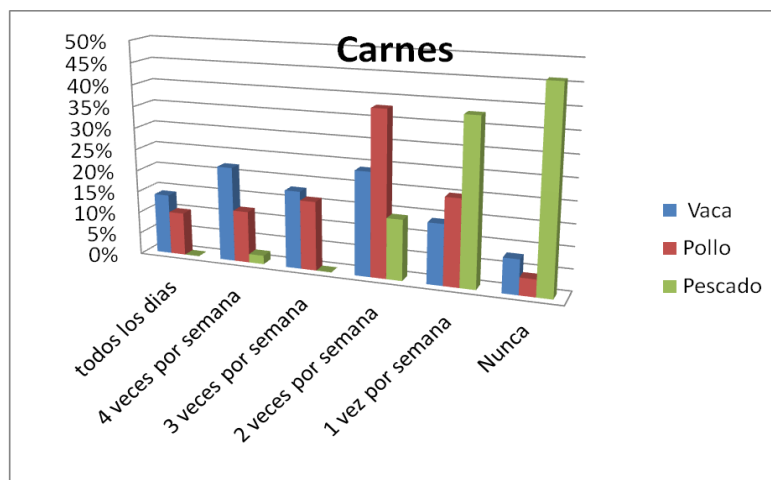
Del total de encuestados que consumen queso (84%), el 44% consume quesos blandos, el 32% untables y el 8% duros.

Queso	Personas encuestadas	Porcentajes
Untable	16	32%
Blando	22	44%
Duro	4	8%
TOTAL	42	84%



Carnes:

Grupos de alimentos	Todos los días	Veces por semana				Nunca
		Cuatro	Tres	Dos	Uno	
Vaca	7	11	9	12	7	4
%	14%	22%	18%	24%	14%	8%
Pollo	5	6	8	19	10	2
%	10%	12%	16%	38%	20%	4%
Pescado	0	1	0	7	19	23
%	0%	2%	0%	14%	38%	46%
Carnes	12	18	17	38	36	29
%	24%	36%	34%	76%	72%	58%



Respecto al grupo de las carnes, se puede observar que la mayoría de los encuestados consumen, carne de vaca entre cuatro a dos veces por semana, pollo lo consumen entre tres a una vez por semana, y en cuanto al pescado, es similar el número de adultos mayores que nunca consumen y los que lo hacen una vez por semana.

Porcentaje de personas según estado nutricional que consumen carnes.

Grupos de alimentos	Estado nutricional			
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
VACA	8	23	10	5
%	16%	46%	20%	10%
POLLO	8	23	11	6
%	16%	46%	22%	12%
PESCADO	7	11	4	5
%	14%	22%	8%	10%
CARNES	23	57	25	16
%	46%	114%	50%	32%

Porcentaje de personas según estado nutricional que no consumen carnes.

Grupos de alimentos	Estado nutricional			
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
VACA	0	2	1	1
%	0%	4%	2%	2%
POLLO	0	2	0	6
%	0%	4%	0%	12%
PESCADO	1	14	7	1
%	2%	28%	14%	2%
CARNES	1	18	8	8
%	2%	36%	16%	16%

Del total de encuestados que consumen carnes la mayoría se encuentra en un peso normal y en menor medida en sobrepeso y bajo peso. Y del total de personas que no consumen carnes la mayoría también se encuentra en peso normal y en menor medida en sobrepeso y obesidad.

Huevos, aceites y grasas:

Grupos de alimentos	Todos los días	Veces por semana				Nunca
		Cuatro	Tres	Dos	Uno	
Huevo	1	4	5	26	9	5
%	2%	8%	10%	52%	18%	10%
Aceite	50	0	0	0	0	0
%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Aderezo	0	0	1	1	9	39
%	0%	0%	2%	2%	18%	78%
Huevos, aceites y grasas	51	4	6	27	18	44
%	102%	8%	12%	54%	36%	88%



Dentro de este grupo de alimentos, el 100% de los encuestados consume aceites todos los días, huevos mayormente una o dos veces por semana, y en cuanto a los aderezos la mayoría de los adultos mayores nunca consume

Porcentaje de personas según estado nutricional que consumen huevos, aceites y grasas.

Grupos de alimentos	Estado nutricional			
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
HUEVO	8	24	7	6
%	16%	48%	14%	12%
ACEITE	8	25	11	6
%	16%	50%	22%	12%
ADEREZOS	2	6	1	2
%	4%	12%	2%	4%
HUEVO, ACEITE Y GRASAS	18	55	19	14
%	36%	110%	38%	28%

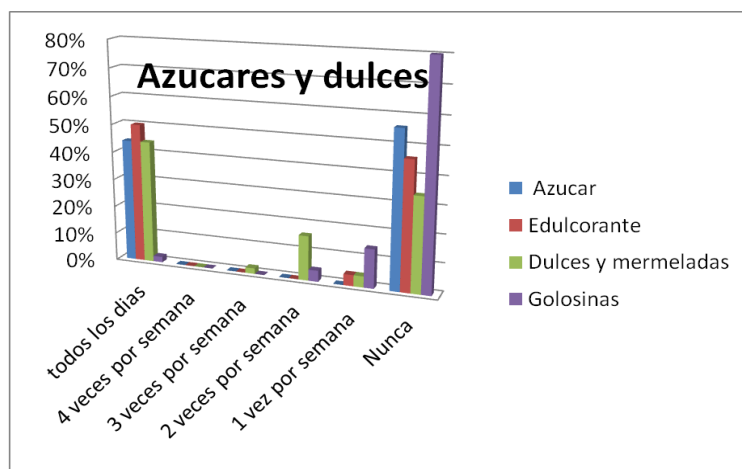
Porcentaje de personas según estado nutricional que no consumen huevos, aceites y grasas.

Grupos de alimentos	Estado nutricional			
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
HUEVO	0	1	4	0
%	0%	2%	8%	0%
ACEITE	0	0	0	0
%	0%	0%	0%	0%
ADEREZOS	6	19	10	4
%	12%	38%	20%	8%
HUEVO, ACEITE Y GRASAS	6	20	14	4
%	12%	40%	28%	8%

Del total de encuestados que consumen huevos, aceites y grasas, la mayor parte presenta peso normal, y en menor medida peso insuficiente y sobrepeso. Lo mismo sucede en el caso de los encuestados que no consumen huevos, aceites y aderezos.

Azúcares y dulces:

Grupos de alimentos	Todos los días	Veces por semana				Nunca
		Cuatro	Tres	Dos	Uno	
Azúcar	22	0	0	0	0	28
%	44%	0%	0%	0%	0%	56%
Edulcorante	25	0	0	0	2	23
%	50%	0%	0%	0%	4%	46%
Dulces/mermeladas	22	0	1	8	2	17
%	44%	0%	2%	16%	4%	34%
Golosinas	1	0	0	2	7	40
%	2%	0%	0%	4%	14%	80%
Azúcares y dulces	70	0	1	10	11	108
%	140%	0%	2%	20%	22%	216%



Se puede observar que es similar el número de encuestados que consumen azúcar y edulcorante todos los días y los que nunca consumen. En cuanto a dulces y mermeladas la mayor parte consume todos los días siendo menor el número de encuestados que nunca lo consume. Respecto a las golosinas la mayoría de los encuestados nunca consume.

Porcentaje de personas según estado nutricional que consumen azúcares y dulces.

Grupos de alimentos	Estado nutricional			
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
AZUCAR	6	9	5	2
%	12%	18%	10%	4%
EDULCORANTE	3	13	5	6
%	6%	26%	10%	12%
DULCES/MERMELADAS	7	17	6	3
%	14%	34%	12%	6%
GOLOSINAS	1	4	3	2
%	2%	8%	6%	4%
AZUCARES Y DULCES	17	43	19	13
%	34%	86%	38%	26%

Porcentaje de personas según estado nutricional que no consumen azúcares y dulces.

Grupos de alimentos	Estado nutricional			
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
AZUCAR	2	16	6	4
%	4%	32%	12%	8%
EDULCORANTE	5	12	6	0
%	10%	24%	12%	0%
DULCES/MERMELADAS	1	8	5	3
%	2%	16%	10%	6%
GOLOSINAS	7	21	8	4
%	14%	42%	16%	8%
AZUCARES Y DULCES	15	57	25	11
%	30%	114%	50%	22%

Del total de adultos mayores que consumen azúcares y dulces, la mayoría presenta un peso normal y en menor medida sobrepeso y peso insuficiente; lo mismo sucede en el caso de aquellos que no consumen azúcares y dulces.

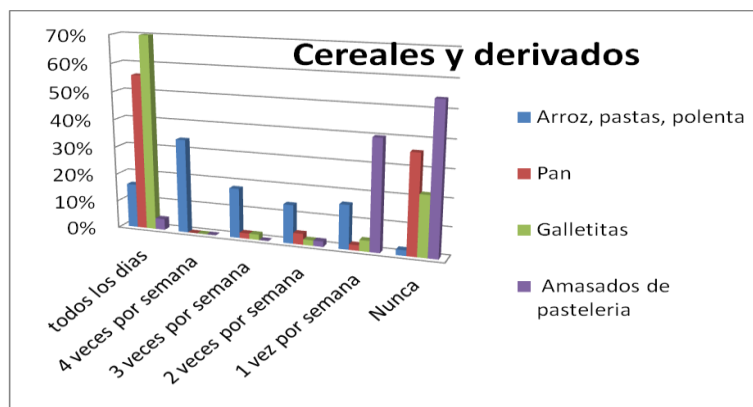
Del total de encuestados que consumen dulces y mermeladas (66%), el 32% consume dulces y mermeladas comunes y el 34% dietéticas.

Dulces/mermeladas	Personas encuestadas	Porcentajes
Comunes	16	32%
Dietéticas	17	34%
TOTAL	33	66%



Cereales y derivados:

Grupos de alimentos	Todos los días	Veces por semana				Nunca
		Cuatro	Tres	Dos	Uno	
Arroz/pastas/polenta	8	17	9	7	8	1
%	16%	34%	18%	14%	16%	2%
Pan	28	0	1	2	1	18
%	56%	0%	2%	4%	2%	36%
Galletitas	35	0	1	1	2	11
%	70%	0%	2%	2%	4%	22%
Amasados de pastelería	2	0	0	1	20	27
%	4%	0%	0%	2%	40%	54%
Cereales y derivados	73	17	11	11	31	57
%	146%	34%	22%	22%	62%	114%



Se puede observar que la mayoría de los encuestados consume arroz, pastas o polenta cuatro veces por semana. Respecto al pan, la mayoría lo consume todos los días y una menor proporción nunca consume. Las galletitas son consumidas todos los días por un número importante de encuestados. Los amasados de pastelería son consumidos casi por el mismo número de encuestados una vez por semana o nunca.

Porcentaje de personas según estado nutricional que consumen cereales y derivados:

Grupos de alimentos	Estado nutricional			
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
ARROZ/PASTA/POLENTA	8	25	10	6
%	16%	50%	20%	12%
PAN	7	14	8	3
%	14%	28%	16%	6%
GALLETITAS	7	21	6	5
%	14%	42%	12%	10%
AMASADOS DE PASTELERIA	4	11	5	3
%	8%	22%	10%	6%
CEREALES Y DERIVADOS	26	71	29	17
%	52%	142%	58%	34%

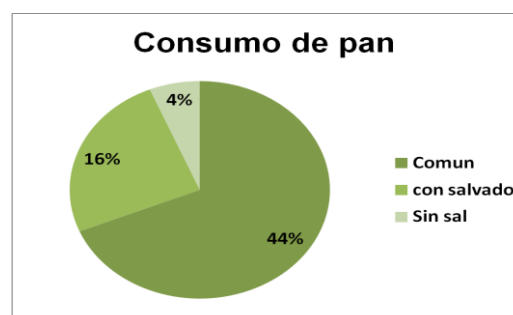
Porcentaje de personas según estado nutricional que no consumen cereales y derivados:

Grupos de alimentos	Estado nutricional			
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
ARROZ/PASTA/POLENTA	0	0	1	0
%	0%	0%	2%	0%
PAN	1	11	3	3
%	2%	22%	6%	6%
GALLETITAS	1	4	5	1
%	2%	8%	10%	2%
AMASADOS DE PASTELERIA	4	14	6	3
%	8%	28%	12%	6%
CEREALES Y DERIVADOS	6	29	15	7
%	12%	58%	30%	14%

Del total de encuestados que consumen cereales y derivados, la mayoría presenta un peso normal, aunque también existe un alto porcentaje de personas con sobrepeso y peso insuficiente. Del total de adultos mayores que no consumen cereales y derivados, la mayoría presenta peso normal y en menor medida sobrepeso.

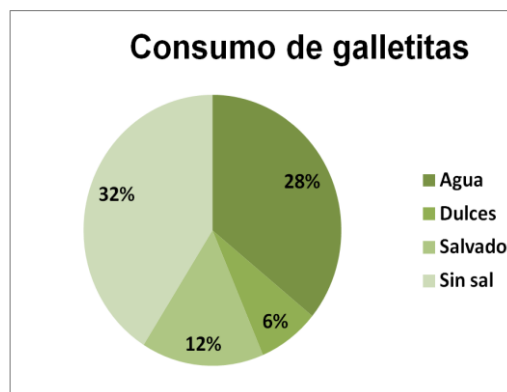
Del total de encuestados que consumen pan (64%), el 44% consume pan común, el 16% pan con salvado y el 4% sin sal.

Pan	Personas encuestadas	Porcentajes
Común	22	44%
con salvado	8	16%
Sin sal	2	4%
TOTAL	32	64%



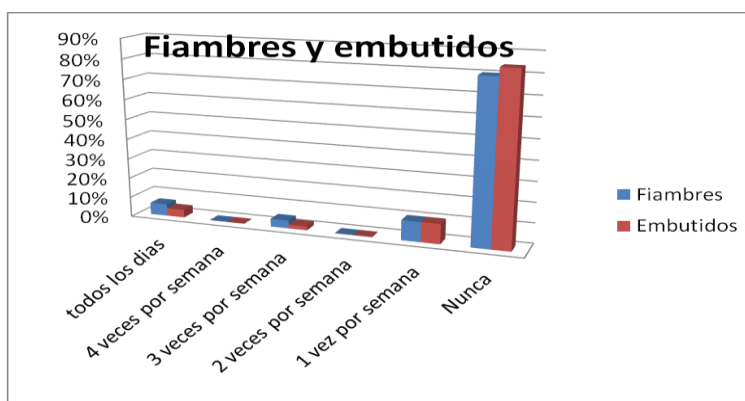
Del total de encuestados que consumen galletitas (78%), el 32% consume sin sal, el 28% consume galletitas de agua, el 12% de salvado, y el 6% dulces.

Galletitas	Personas encuestadas	Porcentajes
Agua	14	28%
Dulces	3	6%
Salvado	6	12%
Sin sal	16	32%
TOTAL	39	78%



Fiambres y embutidos:

Grupos de alimentos	Todos los días	Veces por semana				Nunca
		Cuatro	Tres	Dos	Uno	
Fiambres	3	0	2	0	5	40
%	6%	0%	4%	0%	10%	80%
Embutidos	2	0	1	0	5	42
%	4%	0%	2%	0%	10%	84%
Fiambres y embutidos	5	0	3	0	10	82
%	10%	0%	6%	0%	20%	164%



Se puede observar que el caso de los fiambres y embutidos, la mayor parte de los encuestados nunca los consume.

Porcentaje de personas según estado nutricional que consumen fiambres y embutidos:

Grupos de alimentos	Estado nutricional			
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
FIAMBRES	0	1	7	2
%	0%	2%	14%	4%
EMBUTIDOS	0	1	5	2
%	0%	2%	10%	4%
FIAMBRES Y EMBUTIDOS	0	2	12	4
%	0%	4%	24%	8%

Porcentaje de personas según estado nutricional que no consumen fiambres y embutidos:

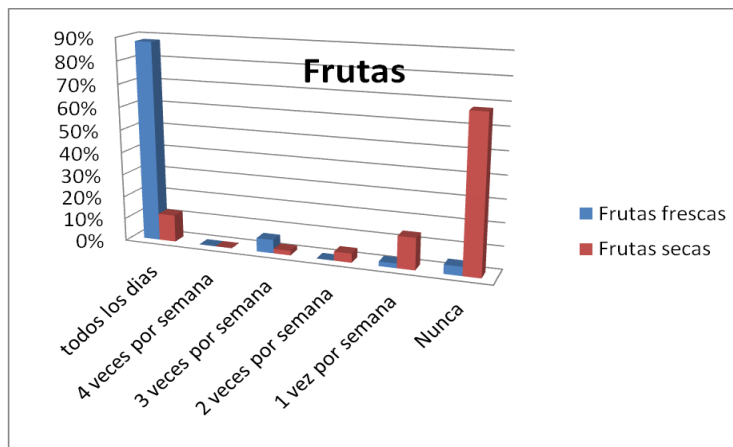
Grupos de alimentos	Estado nutricional			
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
FIAMBRES	8	24	4	4
%	16%	48%	8%	8%
EMBUTIDOS	8	24	6	4
%	16%	48%	12%	8%
FIAMBRES Y EMBUTIDOS	16	48	10	8
%	32%	96%	20%	16%

Del total de encuestados que consumen fiambres y embutidos la mayoría se encuentra en sobrepeso. Caso contrario ocurre en los que no consumen fiambres y embutidos ya que el mayor porcentaje de encuestados se encuentra

en peso normal.

Frutas:

Grupos de alimentos	Todos los días	Veces por semana				Nunca
		Cuatro	Tres	Dos	Uno	
Frutas frescas	44	0	3	0	1	2
%	88%	0%	6%	0%	2%	4%
Frutas secas	6	0	1	2	7	34
%	12%	0%	2%	4%	14%	68%
Frutas	50	0	4	2	8	36
%	100%	0%	8%	4%	16%	72%



Respecto a las frutas, la mayor parte de los encuestados consume frutas frescas todos los días y frutas secas nunca.

Porcentaje de personas según estado nutricional que consumen frutas.

Grupos de alimentos	Estado nutricional			
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
FRUTAS FRESCAS	8	24	10	6
%	16%	48%	20%	12%
FRUTAS SECAS	4	6	4	2
%	8%	12%	8%	4%
FRUTAS	12	30	14	8
%	24%	60%	28%	16%

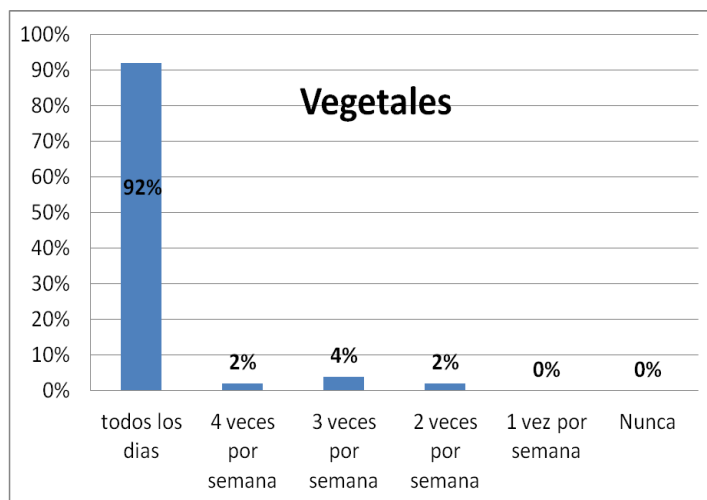
Porcentaje de personas según estado nutricional que no consumen frutas.

Grupos de alimentos	Estado nutricional			
	Peso insuficiente	Normal	Sobrepeso	Obesidad
FRUTAS FRESCAS	0	1	1	0
%	0%	2%	2%	0%
FRUTAS SECAS	4	19	7	4
%	8%	38%	14%	8%
FRUTAS	4	20	8	4
%	8%	40%	16%	8%

Del total de encuestados que consumen frutas la mayoría se encuentra en un peso normal al igual que aquellos que no consumen frutas.

Vegetales:

Grupos de alimentos	Todos los días	Veces por semana				Nunca
		Cuatro	Tres	Dos	Uno	
Vegetales	46	1	2	1	0	0
%	92%	2%	4%	2%	0%	0%



Se puede destacar que la mayoría de los encuestados consumen vegetales todos los días.

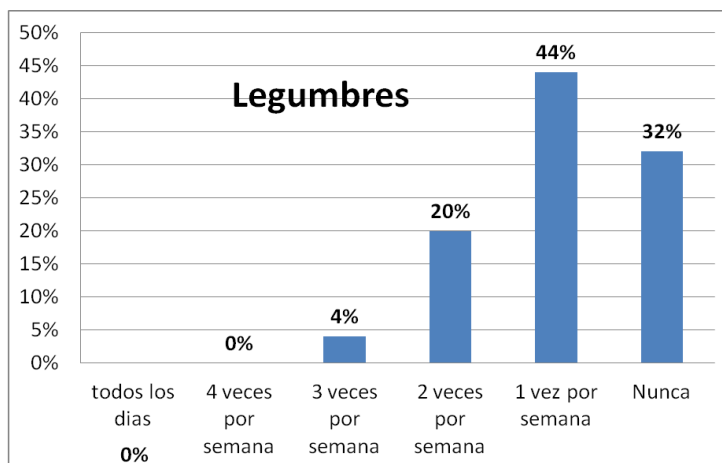
Porcentaje de personas según estado nutricional que consumen vegetales.

Estado nutricional			
Peso insuficiente	Normal	sobrepeso	obesidad
8	25	11	6
16%	50%	22%	12%

La mitad de los encuestados que consumen vegetales se encuentran en un peso normal.

Legumbres:

Grupos de alimentos	Todos los días	Veces por semana				Nunca
		Cuatro	Tres	Dos	Uno	
Legumbres	0	0	2	10	22	16
%	0%	0%	4%	20%	44%	32%



En el caso de las legumbres, es mayor el número de encuestados que lo consumen una vez por semana, y en menor porcentaje dos veces por semana o nunca.

Porcentaje de personas según estado nutricional que consumen legumbres.

Estado nutricional			
Peso insuficiente	Normal	sobrepeso	obesidad
7	16	7	4
14%	32%	14%	8%

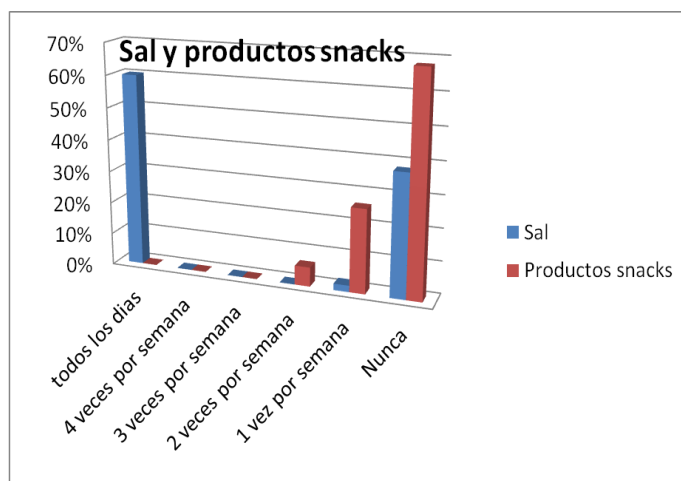
Porcentaje de personas según estado nutricional que no consumen legumbres.

Estado nutricional			
Peso insuficiente	Normal	sobrepeso	obesidad
1	9	4	2
2%	18%	8%	4%

Del total de encuestados que consumen legumbres la mayor parte presenta un peso normal. Y en el caso de los que no consumen la mayoría se encuentra en peso normal y en menor medida sobrepeso.

Sal y productos snacks:

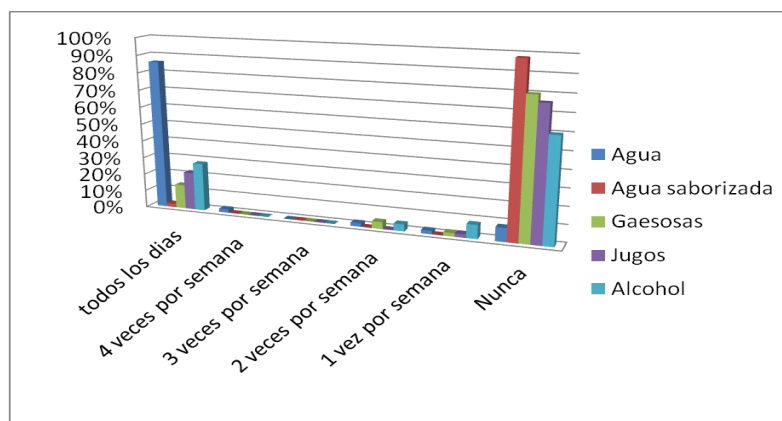
Grupos de alimentos	Todos los días	Veces por semana				Nunca
		Cuatro	Tres	Dos	Uno	
Sal	30	0	0	0	1	19
%	60%	0%	0%	0%	2%	38%
Productos snacks	0	0	0	3	13	34
%	0%	0%	0%	6%	26%	68%
Sal y productos snacks	30	0	0	3	14	53
%	60%	0%	0%	6%	28%	106%



Se puede observar que la mayoría de los encuestados consumen sal todos los días siendo menor el número de encuestados que nunca lo consumen. En el caso de los productos snacks, la mayor parte de los encuestados nunca consumen.

Líquidos:

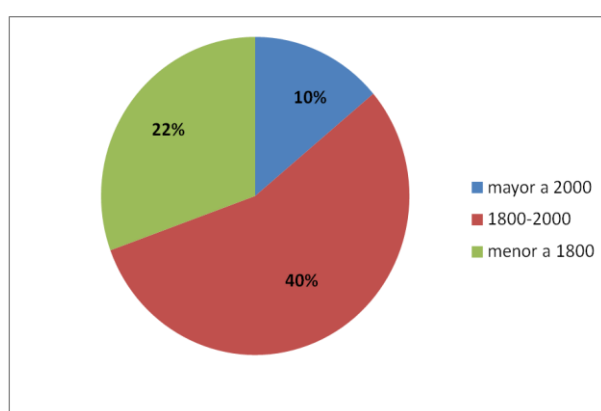
Grupos de alimentos	Todos los días	Veces por semana				Nunca
		Cuatro	Tres	Dos	Uno	
Agua	43	1	0	1	1	4
%	86%	2%	0%	2%	2%	8%
Agua saborizada	1	0	0	0	0	49
%	2%	0%	0%	0%	0%	98%
Gaseosas	7	0	0	2	1	40
%	14%	0%	0%	4%	2%	80%
Jugos	11	0	0	0	1	38
%	22%	0%	0%	0%	2%	76%
Alcohol	14	0	0	2	4	30
%	28%	0%	0%	4%	8%	60%
Líquidos	76	1	0	5	7	161
%	152%	2%	0%	10%	14%	322%



Dentro del grupo de líquidos, la mayoría de los encuestados consumen agua todos los días y agua saborizadas y gaseosas nunca. En cuanto a los jugos, la mayoría nunca consume aunque existe un pequeño porcentaje que lo consumen todos los días. Con respecto a las bebidas alcohólicas, también es mayor el porcentaje que nunca consume aunque un menor porcentaje consume todos los días.

Kilocalorías consumidas diariamente por el sexo femenino¹¹:

Kilocalorías diarias	Mujeres encuestadas	Porcentajes
mayor a 2000	5	10%
1800-2000	20	40%
menor a 1800	11	22%
TOTAL	36	72%



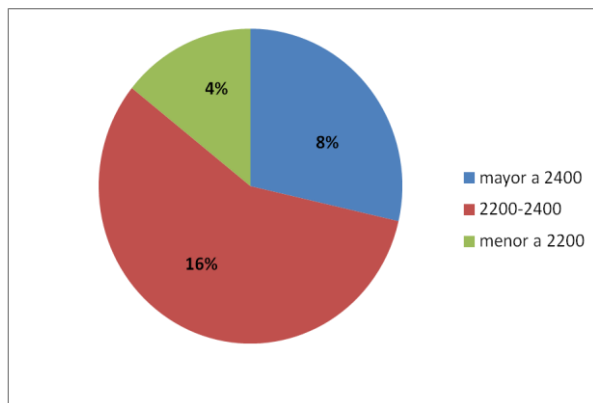
Se observó que el 40% de las mujeres encuestadas consume entre 1800-2000 kilocalorías diarias; el 22% consume menos de 1800 kilocalorías, y sólo el 10% consume más de 2000 kilocalorías.

Kilocalorías consumidas diariamente por el sexo masculino¹²:

Kilocalorías diarias	Hombres encuestados	Porcentajes
mayor a 2400	4	8%
2200-2400	8	16%
menor a 2200	2	4%
TOTAL	14	28%

¹¹ La carga calórica se obtuvo a partir de un programa de Excel de elaboración propia.

¹² Ídem 11.



Se observó que el 16% de los hombres encuestados consume entre 2200-2400 kilocalorías diarias, mientras que el 8% consume más de 2400 kilocalorías y sólo el 4% consume menos de 2200 kilocalorías.

V. CONCLUSION.

Tras la realización de este trabajo de investigación, al haber tenido contacto directo con los 50 adultos mayores que han sido encuestados, se pudo determinar que el 72% de la población pertenece al sexo femenino y el 28% restante al sexo masculino. Asimismo, se observó que la mayor parte de los adultos mayores presenta una edad de 70 y 75 años.

Con respecto al cumplimiento de los objetivos, uno de ellos era evaluar la frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos, teniendo en cuenta que las personas de la tercera edad son vulnerables a sufrir carencias y desequilibrios nutricionales según Schapira (2001); favorablemente pudo observarse que la mayor parte de la población en estudio consume cereales y derivados y de esta forma cubren en gran parte hidratos de carbono. Con respecto al consumo de carnes y huevos se pudo determinar el mismo resultado, esto significa que están cubiertos de proteínas completas y son fuente de hierro, como lo indican Las Guías alimentarias para la población Argentina diseñadas por Lama, Longo, Lopreste (2004). También se observó, que del grupo de alimentos lácteos y derivados, lo que consumen la mayoría de los encuestados son leche y queso, cubriendo en parte proteínas completas y calcio, debido a que gran parte de la población no ingiere yogur. Siguiendo a las Guías alimentarias para la población Argentina diseñadas por Lama, Longo, Lopreste (2004), con respecto a la vitamina E toda la población no debería presentar carencias ya que el 100% utiliza aceites. El aporte de vitaminas A y

C, fibras y minerales como potasio y magnesio, son cubiertos con los vegetales, no ocurre lo mismo con las frutas ya que un porcentaje de la población no las consume.

Otro objetivo planteado fue el de identificar la cantidad y el tipo de líquido que consumen, en el cual se pudo observar que la mayor parte de la población encuestada eligió agua e infusiones, y que el 50% de la población ingiere cerca de 1 litro de líquido por día, observándose que no cubren las necesidades nutricionales con respecto a la ingesta de agua diaria indicado por Russell et al. (1999). El 60% de los encuestados no consumen bebidas alcohólicas.

Respecto a las kilocalorías consumidas por las mujeres, la mayoría (40%) cubre las ingestas recomendadas para los individuos de su edad y sexo (1900 Kcal./día) y en cuanto a las kilocalorías consumidas por el sexo masculino, la mayor parte de ellos (16%) también cubren las recomendaciones para los individuos de su edad y sexo (2300 Kcal/día).

En la indagación de algunos factores que determinan directa o indirectamente el consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos, se encontró que:

- El 54% de la población encuestada vive acompañado, mientras que el 34% restante vive solo;
- El 82% de la población es responsable de planear, comprar y preparar su alimentación;
- El 52% de los encuestados realizan las 4 comidas;

- Además que el 72% de la población posee dentadura postiza aunque de ese porcentaje sólo el 16% presenta dificultad para comer;
- El 82% de los adultos mayores consume algún tipo de medicamentos y de ese porcentaje el 42% consume sólo un medicamento;
- Y por último que el 54% de los encuestados si padecen de alguna patología (principalmente Hipertensión), que les obliga a realizar una dieta especial.

Con respecto a los métodos habituales de cocción llevados a cabo por los gerontes, se pudo determinar que los más utilizados son horno, crudo y hervido, cumpliendo con lo recomendado por las Guías alimentarias para la población Argentina de evitar las frituras.

El estado nutricional se evaluó por medio del Índice de Masa Corporal (IMC), obteniéndose los siguientes resultados: el 50% se encuentra en un peso normal o saludable, el 22% en sobrepeso, y el porcentaje de encuestados con obesidad y peso insuficiente es similar, 12% y 16% respectivamente; del total de personas del sexo femenino (72%), el 42% presenta un peso normal, el 14% un peso insuficiente, el 10% obesidad y el 6% sobrepeso, en cambio, del total de personas del sexo masculino (28%), el 16% presenta sobrepeso, el 8% un peso normal, siendo igual el porcentaje de personas con peso insuficiente y obesidad, 2% respectivamente.

Teniendo en cuenta lo observado anteriormente, se pudo arribar a la siguiente

conclusión: los hábitos alimentarios influyen en el estado nutricional del adulto mayor, debido a que gran parte de la población encuestada posee hábitos alimentarios saludables e ingestas adecuadas de macro y micronutrientes, lo cual se refleja en el alto porcentaje de adultos mayores con peso normal o saludable. Cabe destacar que el Índice de Masa Corporal es sólo uno de los parámetros para evaluar el estado nutricional del individuo. En lo que respecta a mi opinión, deberían realizarse a futuro investigaciones más complejas sobre el estado nutricional de los adultos mayores profundizando en los siguientes parámetros: historia clínica y dietética, pruebas antropométricas, bioquímicas e inmunológicas.

VI. BIBLIOGRAFIA.

- * Acosta, R.S y Cols. "Calidad dietaria, Satisfacción Vital y Estados de Malnutrición en ancianos, Córdoba Republica Argentina. 2007". RESPYN. México. Enviado a publicar 12 de abril de 2008. Disponible desde: http://www.respyn.uanl.mx/xi/3/articulos/calidad_dietaria.html; accedido en 07 de marzo 2012.
- * Aranceta Bartrina J. Dieta en la tercera edad. En: Salvadó Jordi, Bonada Anna, Casañas Roser, Solà M. Engràcia, Peláez Rosa B, Aranceta Bartrina J. Nutrición y Dietética Clínica. España: Masson, 2008. 2º edición. Cap. 11, p. 142-152.
- * Carabajal, A. Ingestas recomendadas en personas de edad avanzada. Alimentación, Nutrición y Salud. España: Océano; 2001.
- * Cuestra Triana F. Nutrición Hospitalaria en el anciano. Revista Alimentación, Nutrición y Salud, Vol. 6, nº 1, 1999.
- * Dobboletta L, Morales M F, Sweheeler J. Evaluación de Hábitos y Conductas alimentarias en choferes de camiones (tesis). Rosario: Universidad del Centro Educativo Latinoamericano; 2008.
- * Falque-Madrid L, et al. Estado nutricional y composición corporal de un grupo de adultos mayores no institucionalizados del Estado Zulia, Venezuela. Arch Latinoam Nutr. [online]. 1996; 46(3):190-5.

- * Genua G. Nutrición y Valoración del Estado Nutricional en el Anciano. Agosto de 2001. Disponible desde: URL <http://www.matiaf.net/profesionales/articulos>; accedido en 5 de abril de 2012.
- * Harris N. Nutrición y Vejez. En Mahan K y Escote- Stump S. Nutrición y Dietoterapia de Krause. Decima edición. Ciudad de México: MacGraw-Hill-Interamericana; 2001. p. 313-333.
- * Instituto Nacional de Salud. Alimentación del adulto mayor. Boletín INS 2007 mayo – junio; 13 (5-6). p. 108.
- * Lama S, Longo E, Lopreste A. Guías alimentarias Argentinas. Segunda edición. Buenos Aires: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas; 2004.
- * López L, Suárez M. Nutrición en los adultos mayores. En: López L y Suárez M. Fundamentos de Nutrición Normal. Buenos Aires: Ateneo; 2002 .p. 376-387.
- * López L.B.& Suárez M.M. Requerimientos y recomendaciones nutricionales. En López L.B.& Suárez M.M. *fundamentos de nutrición normal* (1ª ed. pp. 24-41). Buenos Aires: El Ateneo, 2002.
- * López L.B.& Suárez M.M. (2009). Medidas, equivalencias y porciones por grupos de alimentos. En López L.B.& Suárez M.M. *alimentación*

saludable (1ª ed. pp. 17-21). Buenos Aires: Hipocrático S.A., 2009.

- * OISS, Personas mayores, dependencia y servicios sociales: situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico. Año 2006. Disponible desde: URL: www.oiss.org/.../Informe_2006_Def_Conosur_-_Apuntes_para_un_diagnostico; accedido en 03 de marzo 2012.
- * OPS, “Mantenerse en forma para la vida: necesidades nutricionales de los adultos mayores”, Agosto del 2006, pág. 2-11. Disponible desde: URL www.paho.org/spanish/dd/pub/mantenerse-lu.pdf; accedido en 08 de marzo 2012.
- * Periago M. Calidad de vida y longevidad: un nuevo reto para la salud pública en las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública (revista en línea) 2005; 17. Disponible desde: URL: www.scielop.org/pdf/rpsp; accedido en 7 de marzo de 2012.
- * Publicación Científica sobre Nutrición Clínica de la Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral, Vol. XVIII- nº2- abril- mayo- junio 2009. Disponible desde: URL http://www.aanep.com/revistas/rnc2_2009.pdf
- * Pupi Roberto E. Ancianidad. En: Girolami Daniel y colaboradores. Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal. Buenos Aires: El Ateneo, 2003. 1º edición. Sección 5, Cap. 29, p. 397-413.

- * Restepro M, Sandra Lucia et al. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. Rev. chil. nutr. [online]. 2006, vol.33, n.3 [citado 2012-07-06], pp. 500-510. Accedido en 06 de marzo 2012.
- * Schapira M. ¿Qué es envejecer? En: Carmuega E, Duran P, Schapira P, Soifer G, Carrera M, Delpietro S, Braña M. Nutrición y Tercera edad. Buenos Aires: Abbot Laboratorios Arg. SA; 2001. p. 67-130.
- * Seitz, M., "Argentina: más ancianos que hijos", Artículo periodístico, Abril del 2008, pág. 1/3. Disponible desde: URL:

<http://print/news.bbc.co.uk/hi/spanish>; accedido en 09 de abril de 2012.
- * Serra, L, Aranceta J, "Nutrición y Salud Publica", 2º Edición, Editorial: Masson, Barcelona, 2006.
- * Shamah-Levy, Teresa et al. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. Salud pública Méx [online]. 2008, vol.50, n.5 [citado 2012-07-06], p. 383-389.
- * Soifer G. Nutrición y Anciano. En: Carmuega E, Duran P, Schapira P, Soifer G, Carrera M, Delpietro S, Braña M. Nutrición y Tercera edad. Buenos Aires: Abbot Laboratorios Arg. SA; 2001 .p. 131-150.
- * Verdù J. y Monserrat U. Envejecimiento: Nutrición en la edad avanzada.

En: Verdù Mataix J. Tratado de nutrición y alimentación. Volumen II.
España (Barcelona): Océano, 2008. p. 1181-1212.

VII. **ANEXOS.**

1. Planilla de evaluación del estado nutricional.

EDAD:

SEXO:

PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS:

PESO:

TALLA:

IMC:

2. Modelo de encuesta alimentaria.

Marcar con una "cruz" en los casos que corresponda.

<p>1. Actualmente, ¿tiene alguna patología que le obligue a realizar una alimentación especial? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es SI ¿Cuál/es?.....</p>
<p>2. ¿Toma regularmente algún medicamento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Si su respuesta es SI ¿Cuántos toma?</p> <p>Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres o más <input type="checkbox"/></p>
<p>3. ¿Saltea alguna comida? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es SI, ¿Cuál/es?:</p> <p>Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/></p>
<p>4. ¿Tiene dentadura postiza? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Si su respuesta es SI, ¿le ocasiona dificultad para comer? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>5. ¿Cómo está preparada habitualmente su alimentación?</p> <p>Frito <input type="checkbox"/> Asado <input type="checkbox"/> Horno <input type="checkbox"/> Crudo <input type="checkbox"/></p> <p>Al vapor <input type="checkbox"/> Hervido <input type="checkbox"/> Microondas <input type="checkbox"/> Envasado <input type="checkbox"/></p>
<p>6. ¿Qué tipo de líquido ingiere?</p> <p>Agua <input type="checkbox"/> Gaseosas <input type="checkbox"/> Aguas saborizadas <input type="checkbox"/></p> <p>Jugos <input type="checkbox"/> Infusiones <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p>

7. ¿Qué cantidad de líquido consume por día?			
½ litro (2 vasos)	<input type="checkbox"/>	1 litro (4 vasos)	<input type="checkbox"/>
2 litros (8 vasos)	<input type="checkbox"/>	2 litros y medio (10 vasos)	<input type="checkbox"/>
8. ¿Toma alguna bebida alcohólica?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Si la respuesta es SI , ¿Cuál/es?:			
Vino	<input type="checkbox"/>	Cerveza	<input type="checkbox"/>
		Sidra	<input type="checkbox"/>
			Otras <input type="checkbox"/>
¿Qué cantidad?: *(1 vaso equivale a 250 ml)			
*1 vaso	<input type="checkbox"/>	2 vasos	<input type="checkbox"/>
		3 vasos o más	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cómo está compuesto el núcleo familiar donde vive?			
Solo	<input type="checkbox"/>	1 integrante	<input type="checkbox"/>
			Más de 1 integrante <input type="checkbox"/>
10. ¿Usted es responsable de planear, comprar y preparar su alimentación?			
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

ALIMENTOS	CALIDAD	TODOS LOS DIAS	VECES POR SEMANA				NUNCA	CANTIDAD POR VEZ
			4	3	2	1		
LECHE	ENTERA							
	DESCREMADA							
YOGUR	ENTERO							
	DESCREMADO							
QUESO	UNTABLES							
	BLANDOS							
	DUROS							
POSTRES/FLANES								
MANTECA								
CREMA DE LECHE								
HUEVO								
CARNE (VACA)								
POLLO								
PESCADO								
FIAMBRES								
EMBUTIDOS								
CEREALES (ARROZ/PASTAS/POLENTA)								
PAN	COMÚN							
	S/ SAL							
	C/ SALVADO							
GALLETITAS	AGUA							
	DULCES							
	SALVADO							
	SIN SAL							
LEGUMBRES								
AMASADOS DE PASTELERIA								
AZÚCAR								
EDULCORANTE								
DULCES/MERMELADAS	DIETÉTICAS							
	COMUNES							
GOLOSINAS								
SNACKS*								
ACEITES								
ADEREZOS								
SAL								
FRUTAS								
FRUTAS SECAS								
VEGETALES								
AGUA								
AGUA SABORIZADA								
GASEOSAS								
JUGOS								
BEBIDAS ALCOHOLICAS								

* palitos, chizitos, papitas, mani, conitos, etc.

3. Cuadro de frecuencia de consumo de alimentos.

Equivalencias:¹³

LECHE FLUIDA:

Taza de té o vaso = 200 ml - Pocillo tipo café=80 ml

Taza tamaño desayuno = 250 ml

Cucharada sopera = 15 ml - Cucharada de postre = 10 ml - Cucharada de café = 5 ml

LECHE EN POLVO, SIN DILUIR

Cucharada tipo postre = 10 g - Cucharada tipo té = 5 g

Cucharada sopera colmada = 15 g - Cucharada sopera al ras = 10 g

YOGUR:

1 pote sin frutas ni cereales=200 g -1 pote con frutas o cereales=170g

-1 pote chico por 2 unidades= 125g c/u

QUESO:

Untable: 1 cucharada de sopa colmada= 25g -1 cucharada tipo té colmada=15g

– 1 cucharada tipo café colmada= 10g

Queso cuartirolo o port salud: 1 porción tipo cassette= 60g

Queso en barra: 1 feta= 20g

Queso rallado: 1 cucharada de sopa al ras= 5g

HUEVO:

1 unidad=50g Huevo batido:1 cucharada de sopa=10g

CARNE:

Bife ancho con hueso: 1 unidad mediana (17x12x1, 5cm) =300g

Bife angosto con hueso: 1 unidad mediana (16x7x2 cm)=200g

Churrasco de roast beef: 1 unidad mediana (15x9x1,5 cm)=250g

¹³ Medidas, equivalencias y porciones por grupos de alimentos. López L.B.& Suárez M.M. (2009).

Churrasco de hígado: 1 unidad mediana=150g – 1 unidad grande=200g

Emincé (corte para milanesa): una unidad=80-100g

Hamburguesa: 1 unidad=80g -Albóndiga: 1 unidad mediana= 120g

Filet de pescado: 1 unidad mediana=120g – 1 unidad grande=175g

Atún envasado (escurrido): 1 lata chica=120g

Pollo: 1/4 pata muslo =390g –Muslo=220g –Pata=170g –Pechuga=320g

Cerdo: costilla, 1 unidad=200g

FIAMBRES Y EMBUTIDOS:

Salchichas tipo viena: 1 unidad=40g -Chorizo colorado: 1 unidad=100g

Chorizo bombón: 1 unidad=40-50g -Morcilla: 1 unidad=100g

Salchichón: 1 feta=15g -Mortadela: 1 feta= 25g

Salame: 1 feta= 10g -Jamón crudo: 1 feta= 15g -Jamón cocido: 1 feta=20g

CEREALES Y LEGUMBRES:

Arroz: 1 pocillo tipo café crudo= 70g- 1 pocillo tipo café cocido= 40g

-1 cucharada sopera colmada crudo=20g- 1 cucharada sopera colmada cocido= 10g

-1/2 plato cocido=100g

Sémola de trigo: 1 cucharada sopera cocida=20g

Harina de maíz: 1 pocillo tipo café crudo =70 g- 1 pocillo tipo café cocido=40g

Harina de trigo: 1 taza tamaño mediano=115g -Fécula de maíz: 1 cuchara de sopa= 15g

Fideos secos (spaghetti): 1 plato playo cocido de 22,5cm=200g –1 plato hondo cocido=300g

Ñoquis: 10 a 12 unidades (1/2 plato playo)=100g -Ravioles: 11 unidades (1/2 plato playo =100g

Canelón (masa y relleno). 1 unidad=100g

Tapa de empanada: 1 unidad=30g – Tapa de tarta grande:1 unidad=210g

Tapa de tarta chica: 1 unidad=125g –Tarta:1 porción doble tapa=70g

Empanada de carne, atún o pollo. 1 unidad=60g

Masa de pizza de molde: 1/8=75g -Pizza a la piedra 1/6=60g

Porotos, garbanzos, lentejas: 1 pocillo crudo=70g -1 plato playo cocido=180g

-1 cucharada sopera crudo=10g

PAN Y GALLETITAS:

Pan tipo molde: 1 rodaja estándar=25g -1 rodaja fina=15-20g

Pan para hamburguesa o pebete: 1 unidad=60g –Mignón: 1 unidad=40g – Felipe: 1 unidad=70g

Figacita de manteca: 1 unidad=30g – Pan árabe: 1 unidad=50g

–chip de salvado chico: 1 unidad=20 a 25g

Galletitas de agua: 1 unidad chica=5g -1 unidad tipo sándwich:7g

Medialuna de manteca: 1 unidad=40g –Medialuna de grasa:una unidad=30g

Sacramento: 1 unidad=40g –factura rellena: 1 unidad=60g

Tostadas: una unidad =7,5g

AZÚCAR Y DULCE:

Azúcar: 1 cda. de sopa=15g -1cda tipo postre=10g -1 cda tipo té=5g -1 cda tipo café=3g -1sobre=6,25 -1 taza=200g

Mermelada de frutas: 1 cda sopera=20g -1cda tipo postre=12g -1 cda tipo té=8g

–Individual de mermelada=12g -Dulce compacto: 1 trozo de 5 cmx5cmx1cm=50g

Dulce de leche: 1 cda sopera=20g -Helado de crema: 1 palito=80g

GRASAS Y ACEITES:

Manteca: 1 cda tipo té ó 1 rulo= 5g -1 pote individual=10g

Mayonesa: 1 cda sopera= 30g -1 sobre individual=8g

Aceite: 1cda sopera=15g – 1 sobre individual=8g

HORTALIZAS Y FRUTAS:

Acelga, cocida: 1 taza tamaño desayuno=200g -1 plato playo=150g

Lechuga y otras verduras de hoja, crudas: 1 plato playo=50g

Papa, puré: 1 taza ó un plato playo=200g -1cda sopera colmada=50g

Papa, tortilla: 1 porción de 8x10x3,5 cm(1/8) de sartén de 23 cm de diámetro=160g

Papas fritas: 1 porción de 1 papa de 150 g=60g

Papa, hervida en trozos: 1 taza tamaño desayuno=210g

Zapallo, puré: 1 plato playo=200g

Frutas secas: nuez, almendra, avellana (sin cáscara). 1 unidad=1-2g

HORTALIZAS: (EQUIVALENCIAS POR UNIDAD EN PESO BRUTO)

HORTALIZAS	GRANDE(G)	MEDIANO(G)	CHICA(G)
AJI	140	90	70
BATATA	220	180	100
BERENJENA	300	250	200
CALABAZA RODAJA	150	100	70
CEBOLLA	180	120	70
CHOCLO	200	160	100
PALMITO	100	50	15
PAPA	300	200	100
RABANITO	30	20	10
REMOLACHA	150	80	60
TOMATE	250	150	100
ZANAHORIA	170	100	70
ZAPALLITOS	200	150	80

FRUTAS: (EQUIVALENCIAS POR UNIDAD EN PESO BRUTO)

FRUTAS	GRANDE(G)	MEDIANA(G)	CHICA(G)
BANANA	200	160	100
CIRUELA	80	60	30
DURAZNO	200	150	100
DAMASCO	45	30	20
KIWI	120	100	60
MANZANA	250	180	120
MANDARINA	200	150	100
NARANJA	300	200	150
POMELO	300	230	150

4. Carta presentada al Centro de jubilados.



