



Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

“Hábitos alimentarios en mujeres adultas mayores que realizan aquagym en la ciudad de Rosario”.

Tutor: Mgr. Dr. Raúl J. Álvarez Lemos.

Tesista: María Florencia Bersia.

Título a obtener: Licenciada en nutrición

Facultad de Medicina y Ciencia de la Salud

Sede regional Rosario.

Fecha: Marzo de 2011

TÍTULO DE LA TESIS

“Hábitos alimentarios en mujeres adultas mayores que realizan aquagym en la ciudad de Rosario”.

RESUMEN

La investigación de mi tesis se desarrollo en la ciudad de Rosario sobre una población de adultos mayores que realizan aquagym en el Club Tiro Suizo, se cuestionó sobre los hábitos alimentarios a través de diferentes instrumentos como encuestas y formulario de frecuencia de comidas realizada a cada persona de manera individual con el objetivo de evaluar su alimentación habitual, haciendo hincapié en la cantidad y calidad de los grupos de alimentos que la conforman. También se tuvo en cuenta los métodos más elegidos a la hora de elaborar su comida.

Otro punto importante que se evaluó fue la influencia de la actividad física con respecto al consumo de alimentos, para ello se les cuestionó si su apetito se ha ido incrementando a medida que desarrollaba la actividad acuática, refiriendo en un gran porcentaje que antes de comenzar con la actividad acuática su alimentación era inadecuado y deficiente, ya sea por falta de conocimiento, costumbres o por procesos fisiológicos y/o patológico, generando después de la misma cambios favorables sobre sus hábitos.

En la ancianidad en muy frecuente la disminución del consumo de alimentos por múltiples factores que lo afectan, esto genera un déficit a la hora de consumir los requerimientos nutricionales necesarios, teniendo en cuenta que este grupo es una población muy vulnerable. Es por esto y por otras causas que el deporte en diferentes etapas de la vida se vuelve muy importante hasta casi imprescindible en muchas situaciones, que acompañado de una alimentación saludable, forman pilares importantes a la hora de pensar en la prevención y mejora de enfermedades, en una buena salud.

Luego del trabajo de recolección y análisis de datos los resultados de esta investigación evidencian que la Hipótesis ha podido ser comprobada dado que los hábitos alimentarios de las mujeres adultas que asisten al natatorio se vio favorecido con la implementación de la actividad física, se pudo observar un aumento del apetito, en la mayoría de las encuestadas, contribuyendo este a un mayor consumo y selección de alimentos de mejor calidad nutricional.

Se ha podido observar que la mayoría de las entrevistadas presentan, una alimentación completa, variada y suficiente, a esto se le suma el complemento de la actividad física desarrollada en el natatorio, contribuyendo ambos a mantener un buen estado de salud.

PRÓLOGO

La elección del tema surge, por considerar un problema mundial, la falta de actividad física y buenos hábitos alimentarios sobre todo en este grupo etáreo que se dan como consecuencia de diversos factores propios del envejecimiento y/o procesos patológicos que los hacen más vulnerables a padecer múltiples deficiencias nutricionales, disminuyendo así su calidad de vida.

Los adultos mayores como consecuencia del aumento de la expectativa de vida, en la actualidad viven vidas más largas, sanas y más funcionales que nunca.

La esperanza de vida ha aumentado 30 años en el siglo XX. En argentina está estimada en 72 años.

En el año 2030, la población mayor de 65 años se duplicara de 32 a 72 millones con un aumento del 12,5% al 20% de la población. En el 2030 el número de adultos mayores superara el número de niños de edad escolar en 10 estados.

Pocos adultos participan en el mínimo recomendado de 30 minutos o más de actividad física, 5 o más veces por semana. La inactividad es más común en personas mayores que en los jóvenes.

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, disminuyendo la calidad de vida de esta población.

El trabajo tiene como finalidad conocer los hábitos alimentarios de mujeres adultas mayores que realizan aquagym.

AGRADECIMIENTOS

A las alumnas de aquagym del club Tiro Suizo, que se prestaron voluntariamente a participar de este estudio y a la profesora Liliana Bellettieri que me permitió acceder a ellas.

A mi tutor, Dr. Álvarez Lemos, por su colaboración y dedicación permanente.

A mi familia por acompañarme y apoyarme todos estos años en mi carera y brindarme

Las herramientas necesarias para lograr concluir con este trabajo.

A mis compañeras Sofía Mengarelli y Melisa Santinelli por estar siempre en cada duda que me surgía.

A la estadista Paola Severi, quien colaboró en el análisis estadístico.

Gracias a todos, amigos y familiares por estar siempre...

ÍNDICE

Titulo de la Tesis.....	1
Resumen.....	1
Prólogo.....	3
Agradecimiento.....	4
I. INTRODUCCIÓN.....	8
1. Formulación del problema.....	9
2. Objetivo general.....	9
2.1 Objetivos Específicos.....	9
3. Hipótesis.....	9
II. MARCO TEÓRICO.....	10
1. ¿Que es envejecer?.....	11
2. Teoría del envejecimiento.....	12
3. Clasificación según la edad.....	14
4. El proceso de envejecimiento.....	15
4.1 Pérdida sensoriales.....	15
4.2 Estado de la salud oral.....	16
4.3 Función gastrointestinal.....	16
4.4 Osteoporosis senil.....	17
4.5 Función Metabólica	18
4.6 Función Cardiovascular.....	18
4.7 Función Renal.....	18
4.8 Función músculo- esquelética.....	19
4.9 Función neurológica.....	19

4.10. Capacidad Inmunitaria.....	20
4.11 Factores Psicosociales.....	20
5. Requerimientos Nutricionales.....	21
5.1 Energía.....	21
5.2 Proteínas.....	21
5.3 Hidratos de Carbono.....	21
5.4 Grasas.....	22
5.5 Fibras.....	23
5.6 Liquido.....	23
5.7 Vitaminas y Minerales.....	23
6. ¿Qué es un Hábito?.....	25
6.1 ¿Que son los hábitos Alimentarios?.....	25
7. Actividad Física.....	26
8. Osteoporosis y Actividad Física en la tercera edad.....	28
III ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA...	30
IV ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN.....	32
1. Área de Estudio.....	32
2. Tipo de Estudio.....	32
3. Población Objetivo.....	32
3.1 Criterios de exclusión.....	32
4. Universo.....	32
4.1 Muestra.....	32
5. Técnica de recolección de los datos.....	33
5.1 Instrumentos.....	33
6. Análisis de los datos.....	34

V. TRABAJO DE CAMPO.....	35
IV. CONCLUSIÓN.....	65
Bibliografía.....	66
Anexos y Apéndices.....	68

I. INTRODUCCIÓN

Argentina como también otros países desarrollados muestran una tendencia del aumento de la esperanza de vida de la población, situación que torna necesario adoptar medidas preventivas, para lograr “dar vida a los años y no solo años a la vida”¹

La alimentación del anciano es algo más que la ingestión de alimentos, es un vehículo para nutrirlo, mantenerlo bien tanto físicamente como psíquicamente y proporcionar placer y distracción.

El estado emocional y la salud mental son elementos determinantes en esta etapa para asumir las recomendaciones dietéticas.

El proceso de envejecimiento está condicionado por la interacción de factores genéticos y ambientales, presentando cambios en la mayor parte de los sistemas, resultando esencial lograr y mantener un buen estado nutricional para garantizar la salud y el mantenimiento de las funciones orgánicas de los ancianos.

En la ancianidad es muy frecuente la disminución del consumo de alimentos por múltiples factores que lo afectan, en consecuencia no se alcanzan a cubrir los requerimientos nutricionales.

Los hábitos alimentarios inadecuados en este grupo de personas 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 este colectivo humano.²

¹ Acosta, Raquel Susana. Evaluación Nutricional de Ancianos: Concepto, métodos y Técnicas manuales para trabajadores de gerontología y geriatría. Ed. Brujas. 1ra edición. Córdoba 2008 prologo Pág.7.

² Sandra Lucia Restrepo M., Rosa María Morales G., Martha Cecilia Ramírez G. María Victoria López L., Luz Estela Varela L. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. Rev Chil Nutr Vol. 33, N°3, Pág. 13 Diciembre 2006.

La realización de actividades acuáticas en forma constante y mantenida en el tiempo produce innumerables beneficios sobre la salud, siendo las más apropiadas para este tipo de población.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿El aquagym aporta cambios favorables sobre los hábitos alimentarios de las personas de la tercera edad?

2. OBJETIVO GENERAL:

Investigar los hábitos alimentarios que poseen los adultos mayores que realizan aquagym.

2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Evaluar sobre la calidad de los alimentos consumidos
- Analizar la cantidad y frecuencia de consumo de los diferentes alimentos.
- Establecer los métodos de cocción utilizados.
- Examinar cómo influye la actividad física en el consumo de alimentos.

3. HIPÓTESIS

Los hábitos alimentarios de las adultas mayores se ven beneficiados con la implementación de la actividad acuática.

II. MARCO TEORICO

La nutrición según *Escudero, Pedro* es el resultado o resultante de un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre si, que tiene como finalidad mantener la composición e integridad de la materia y conservar la vida.³

El consejo de alimentación y nutrición de la asociación medica Americana, sugiere que la nutrición es una ciencia que estudia los alimentos, los nutrientes, la interacción en relación con la salud y la enfermedad, los procesos de digestión, absorción, utilización y excreción de las sustancias alimentarias y también los aspectos socioeconómicos, culturales, sociales y psicológicos relacionados con los alimentos y la alimentación.

³ Suarez, Marta María, Lopez Laura Beatriz. Fundamento de Nutrición Normal .Buenos Aires.

1. ¿Qué es envejecer?

Envejecer es vivir. Comenzamos a envejecer desde el mismo momento de nacer. Unas células mueren antes que otras, y la vida es un continuo nacer y morir. Es raro morir por ser viejo; de hecho durante la vida se van acumulando agresiones externas que causan enfermedades, y al final, de una de ellas se muere.

Como decía ya hace muchos años Virchow. “No todos los tejidos del cuerpo nacen al mismo instante ni mueren todos al mismo tiempo; se encuentran tejidos juveniles en la extrema vejez y tejidos ya en senescencia en el feto”.

Se podría decir que el envejecimiento debe verse como un proceso inevitable de involución que puede conllevarse con un buen grado de serenidad y conformidad.

El hombre necesita 20 años para crecer y vive cinco veces 20 años, es decir 100. El camello crece durante ocho años y vive el quíntuplo de ocho, es decir 40 años. El caballo crece durante cinco años y vive el quíntuplo de cinco, es decir 25 años. Esta ley sólo se aplica a los mamíferos.

En los Estados Unidos de América el porcentaje de niños de 0 a 9 años y el de ancianos de 70 a 79 años es el mismo: un 9%. En el año 2020 habrá países con más de 20% de personas mayores de 60 años. Las consecuencias de estos hechos serán de tal magnitud que es muy posible que muchas de las conquistas logradas con el Estado de bienestar se verán muy comprometidas. También los parques y viviendas sufrirán modificaciones.⁴

⁴ Documento recuperado de: www.scielo.com .Anales Venezuela Nutrición v. 14 n. 1 caracas enero 2001. consultado: 20-06-2010.

2. Teoría del envejecimiento:

El envejecimiento es un proceso que afecta a todo el cuerpo. Cada órgano pierde de manera independiente su función y el organismo se vuelve senil.

Se sabe que los individuos envejecen con diferente rapidez, pero no se comprenden bien los procesos que controlan la celeridad con el cual se da este envejecimiento y cómo este afecta al desarrollo de enfermedades crónicas (Mitchell, 1997). Aunque no se han dilucidado bien los cambios degenerativos que acompañan al envejecimiento, se han propuesto diversas teorías para explicar el deterioro, por lo menos en parte. Los cambios relacionados con el envejecimiento están sujetos a la influencia parcial de la genética, la raza y el género. Es incierta la función que desempeñan los factores ambientales, psicosociales y de estilo de vida sobre las características patológicas de las enfermedades.

Teoría programática: Ha derivado de cultivos de células embrionarias en laboratorio, las cuales se han reproducido en un número infinito de veces y luego murieron. Si se detiene temporalmente la reproducción celular y luego se reanuda, ésta continúa sólo hasta que se ha llegado a un número establecido.

Teoría del error: Sugiere que el daño ambiental al templete de DNA produce errores en el programa genético. La producción subsiguiente de proteínas anormales origina mutaciones y sustancias teratógenicas.

Teoría celular: Se basa en la premisa de que los factores ambientales producen cambios degenerativos en los componentes celulares, y después se forman enlaces cruzados entre las macromoléculas.

Teoría de los radicales libres: Implica la formación continua de radicales libres como resultado de la exposición de oxígeno, radiación de fondo y otros factores ambientales. Se considera que estas sustancias tan reactivas dañan a los componentes celulares.

Diversos antioxidantes, como tocoferoles, dismutasa de superóxido y peroxidasa que glutatión, pueden reparar el daño ocasionado por los radicales libres. Sin embargo es desalentador que el tratamiento con antioxidantes no haya podido prolongar en grado importante el tiempo máximo de vida de mamíferos.⁵

⁵ Mahan, L Kathleen – Escott, Stump, Sylvia. Nutrición y dietoterapia de Krause. –10ma de la obra en ingles- España .Cáp.13 P. 315-316.

3. Clasificación según la edad

Ancianos jóvenes: personas de edades comprendidas entre los **65-74 años**. En general, este grupo de población goza de buena salud y de autosuficiencia -es independiente para realizar las actividades de la vida diaria-; por ello, el profesional sanitario deberá desarrollar para este colectivo.

Ancianos: personas de **75-84 años**. La invalidez funcional y la necesidad de ayuda para las tareas domésticas o el transporte suelen ser los cambios más destacables, así como la morbilidad y la mortalidad.

Ancianos viejos: personas de **más de 85 años**. La fragilidad y la incapacidad son los aspectos más predominantes

Centenarios: cuando tienen 100 o más años.⁶⁷

⁶ Mahan, L Kathleen – Escott Stump, Sylvia. Nutrición y dietoterapia de Krause. –10ma de la obra en inglés- España .Cap.13 Pág. 313.

⁷ Marcé Capo Pallá. Importancia de la nutrición en la persona de edad avanzada. 1 era edición 2002 Ed Novartis Consumer Health S.A Pág. 5.

4. El proceso del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso normal que comienza en la concepción y termina con la muerte. Durante los periodos de crecimiento, los procesos anabólicos superan 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.

4.1 Pérdidas sensoriales: El sentido del gusto, el olfato, la vista, la audición y el tacto disminuyen a velocidad individualizada. La disminución en los sentidos del gusto (**Disgeusia**) y el olfato (**hiposmia**) son comunes en los ancianos y se deben a diversos factores, incluido el envejecimiento normal; algunas enfermedades; medicamentos; intervenciones quirúrgicas; radioterapia y exposición ambiental. La disfunción del gusto y el olfato tiende a aparecer alrededor de los 60 años de edad, se vuelve más intensa después de los 70 años.

Es importante la reducción en la capacidad para detectar olores e identificar los alimentos que se consumen. La pérdida de los sentidos del gusto y el olfato no sólo reducen el placer y la comodidad que acompañan al alimento, sino que también

Plantea un factor de riesgo en relación con la intoxicación alimentaria o con la exposición ambiental excesiva a sustancias químicas peligrosas. Dado que la estimulación del gusto y el olfato induce a cambios fisiológicos y metabólicos, como secreciones salivales, de ácidos gástricos y pancreáticos, así como aumentos en las concentraciones plasmáticas de insulina, la menor estimulación sensorial altera estos procesos metabólicos.

La pérdida de la audición, las alteraciones en la visión y la pérdida del estado funcional también son comunes en las personas de edad avanzada y pueden ocasionar una merma en el consumo de los alimentos como resultado de una reducción del apetito, el reconocimiento de los alimentos y la capacidad para alimentarse por sí mismo.

4.2 Estado de salud oral: La xerostomía, que es la sensación subjetiva de sequedad de la boca producida por hiposalivación constituye un problema común en los ancianos. De hecho, afecta a más del 70 % de las personas de edad avanzada y altera en grado importante el consumo de alimentos.

La caries dentales y la periodontitis no tratadas son causas importantes de pérdida dentarias en este grupo de edad, y dan por resultado anodoncia y la necesidad de utilizar prótesis dentarias. En general, las personas que utilizan prótesis mastican una eficiencia 75 a 85% menos que las que tienen dientes naturales, lo cual conlleva un menor consumo de frutas, hortalizas y carne.

4.3 Función gastrointestinal: Durante el proceso de envejecimiento se presentan diversos cambios que afectan el consumo de nutrimento, la digestión y la absorción, en el sistema gastrointestinal. La declinación de la lactasa que comienza en el adulto y que interfiere en la digestión y en la absorción de la lactosa contenida en productos lácteos, suele ser una característica de un intestino envejecido. Este fenómeno representa un factor de riesgo para el desarrollo de osteoporosis.

Uno de los cambios más notables que se presenta es la aparición de gastritis atrófica y la incapacidad para secretar ácido gástrico. La hipoclorhidria afecta a un tercio de la edad avanzada y es causa de absorción deficiente consecutiva al desarrollo bacteriano en el intestino delgado y menor absorción de nutrimentos, como vitamina B12, lo cual acaba por producir anemia perniciosa.

El envejecimiento altera el metabolismo del calcio y la vitamina D por varios mecanismos que contribuyen a la pérdida acelerada del tejido óseo y al desarrollo de osteoporosis senil.⁸

4.4 Osteoporosis senil: Afecta a ambos sexo, generalmente después de los 70 años, pudiendo afectar tanto al hueso trabecular como cortical, el riesgo aumenta con la edad, si bien afecta a ambos sexo, las mujeres están más expuestas ya que se ven afectadas por el paso de los años y además por la pérdida de estrógenos después de la menopausia.

La incidencia de osteoporosis es mayor en las mujeres que en los hombres, ya que tiene más masa ósea. La osteoporosis afecta a 1/3 de las mujeres de entre 60-70 años y 2/3 de las mujeres de más de 80 años, el riesgo de sufrir fracturas es del 40% en mujeres y del 13% en hombres. En Argentina se producen más de 24.000 fracturas de cadera por año – 1 cada 22 minutos- con una mortalidad del 34,5% durante el primer año. El riesgo de morir luego de una fractura de cadera es igual al de cáncer de mama, una vez que se produjo una fractura vertebral, hay un riesgo aumentado 5 veces en sufrir una nueva fractura, por eso es fundamental prevenir la primera fractura.

La síntesis y la actividad del calcitriol (producida a nivel renal,) en la absorción del calcio por el intestino delgado, se atenúa con el envejecimiento.

La disponibilidad de este mineral es afectada por un consumo deficiente del mismo y de vitamina D, pero también una menor producción cutánea de vitamina D mediante exposición a la luz.

El estreñimiento, una de las molestias más comunes, aumentan su frecuencia en los ancianos, puede deberse a consumo deficiente de líquido, bajo consumo de fibras, y un estilo de vida sedentario.⁹

⁸ Mahan, L Kathleen – Escott Stump, Sylvia. Nutrición y dietoterapia de Krause. –10ma de la obra en inglés- España .Cáp.13 Pág. 317.

4.5 Función metabólica: La disminución en la tolerancia a la glucosa relacionada con el envejecimiento aumenta las concentraciones de glucosa en 1.5mg/dl por cada decenio.

La tasa metabólica en reposo, disminuye alrededor e un 15 a 20% durante toda la vida, principalmente a causa de cambios en la composición corporal y reducción en la actividad física. Cuando es difícil determinar la estatura, es muy útil medir la estatura de la rodilla, ya que esta no disminuye con la edad.

4.6 Función cardiovascular: Durante el proceso de envejecimiento, los vasos sanguíneos se vuelven menos elásticos y aumenta la resistencia periférica total, lo que acarrea un mayor riesgo de hipertensión. La presión arterial sigue aumentando en las mujeres de más de 80 años, pero declina sustancialmente en varones de edad avanzada. Los niveles de colesterol en suero en éstos tienden a alcanzar sus valores máximos a los 60 años, pero las concentraciones totales de colesterol y de la fracción de lipoproteína de baja densidad continúan aumentando en las mujeres hasta los 70 años de edad.

4.7 Función renal: La función renal y la tasa de filtración glomerular se reduce hasta un 60% entre los 30 y los 80 años de edad, lo cual se debe principalmente a determinados trastornos crónicos, una reducción en el número de nefronas y una disminución del flujo sanguíneo. Esto vuelve a los ancianos menos capaces de responder a cambios en el estado hídrico y a los retos impuestos al equilibrio acidobásico. Las cantidades excesivas de desechos de proteínas y electrolitos resultan cada vez más difícil de metabolizar. La nefropatía geriátrica es el resultado de una sobrenutrición proteínica crónica.

⁹ Torresani, María Elena- Somoza María Inés. Lineamiento para el cuidado nutricional, Osteoporosis), EUDEBA Buenos Aires 200, Pág. 102-109.

4.8 Función músculo esquelético: El envejecimiento se acompaña de cambios notables en la composición corporal, con una reducción en la masa magra y un aumento en la grasa corporal.

La **Sarcopenia:** es una pérdida de músculo esquelético relacionado con el envejecimiento y que ocurre como resultado de una declinación en la fuerza muscular

La masa corporal magra declina alrededor del 2 al 3% por decenio. El porcentaje de grasa corporal promedio en los varones aumenta desde casi 15% cuando son jóvenes hasta un 25% a la edad de los 60 años. Este cambio en la grasa corporal es atribuible a una actividad física menos intensa y a modificaciones en la síntesis de testosterona y hormona del crecimiento que afectan al anabolismo y al crecimiento del tejido magro.

El nivel de proteínas corporales en los ancianos saludable es de 30 a 40% menos que los adultos jóvenes. La merma en la masa muscular contribuye a las reducciones en la tasa metabólica basal, la fuerza muscular y los niveles de actividad que conllevan el envejecimiento. Un aumento en la masa grasa sobre todo en la zona abdominal conllevan mayor riesgo de enfermedades crónicas. Las mujeres de edad avanzada tienen un IMC más alto y una menor razón cintura-cadera que los varones de la misma edad.

Las mujeres seniles tienden a reducir su consumo de energía más que los varones.

Se ha demostrado que la actividad física ayuda a mantener la integridad tanto muscular como ósea.

4.9 Función neurológica: Los estados de confusión que se presentan en algunos ancianos obedecen a múltiples causas.

4.10 Capacidad inmunitaria: La función inmunitaria declina con la edad. Resultan afectadas las inmunidades tanto humoral como la mediada por células. Estos cambios resultan en una menor capacidad para combatir las infecciones. ¹⁰

4.11 Factores Psicosociales: La elevada prevalencia de depresión en la tercera edad se encuentra en gran parte determinada por factores psicosociales.

En los ancianos la depresión puede ser consecuencia del aislamiento social, con frecuencia provocado por la pérdida de uno de los esposos. Y representa una causa frecuente e involuntaria de anorexia, pérdida de peso y hasta mal nutrición.

La reducción del apetito se encuentra entre los síntomas de depresión más comunes que son señalados por este grupo etario. ¹¹

Otras razones que justifican la pérdida de peso son la falta de actividad física, el mayor aislamiento y el negarse a ingerir alimentos siendo utilizados como arma.

La soledad y los cambios en las actividades cotidianas, sobre todo las relacionadas con la adquisición de alimentos, su preparación y consumo, son comunes en la vejez.

La pérdida de la independencia y la movilidad pueden volverse aspectos estresantes en los ancianos.

La situación económica suele verse afectada en los ancianos jubilados y esto obliga a reducciones en las asignaciones de presupuesto para alimentarse. ¹²

¹⁰ Mahan, L Kathleen – Escott Stump, Sylvia. Nutrición y dietoterapia de Krause. –10ma de la obra en inglés- España .Cap.13 pag 316-320.

¹¹ Carmona, Ma. Fernanda. Anorexia y pérdida de peso en el anciano. Tesis de Carrera de posgrado de Médico especialista en geriatría. Rosario. UCA. (1998).

¹² Mahan, L Kathleen – Escott Stump, Sylvia. Nutrición y dietoterapia de Krause. –10ma de la obra en inglés- España.Cap.13 Pág. 316-320.

5. Requerimientos nutricionales:

5.1 Energía: La disminución en la cantidad de la masa metabolitamente activa que acompaña al envejecimiento lleva una disminución en los requerimientos energéticos.

El Nacional Resear Council propone un aporte energético diario para las mujeres mayores de 50 años 1.900 Kcal./día y para el hombre 2.300 Kcal./día, es decir, 300 y 600kcal menos que los adultos mayores.¹³

5.2 Proteínas: las necesidades proteinitas no suelen cambiar con la edad.

Las **recomendaciones americanas (RDA)** para hombres y mujeres sanos mayores de 51 años son de 0,8 g de proteínas/Kg./día, que equivale a 63 g/día para los hombres y 50 g/día para las mujeres

Las **recomendaciones españolas:** para varones y mujeres sanos de >50 años son de 54 g de proteína/día y de 41 g/día.

5.3 Hidratos de carbono: Las dietas hipocalóricas o los periodos de ayuno en personas mayores pueden favorecer la aparición de trastornos metabólicos importantes como son la lipólisis, la producción de cuerpos cetónicos, el catabolismo proteico y la pérdida de sodio, potasio y líquidos.

Por ello, se recomienda que un **50-60%** de la ingesta energética provenga de los carbohidratos en forma de **hidratos de carbono complejos**.

5.4 Grasas: Las recomendaciones para la población geriátrica respecto a la ingesta de grasas son similares al resto de la población. Se recomienda que los lípidos de la dieta no sobrepasen el 30%. Respetando las normas de ATPIII.

¹³ Suarez, Marta María, Lopez Laura Beatriz. Fundamento de Nutrición Normal. Buenos Aires. Cap 16 Pág. 380..

Normas dietoterápicas ATP III para el control de las dislipemias

VCT	Ajustado para lograr o mantener el peso deseable
HCO	50 % a 60% del VCT
PROTEINAS	15% del VCT aproximadamente
GRASAS	25 a 30% del VCT
Saturadas	Menos del 7% del VCT
Monoinsaturadas	Hasta el 20% del VCT
Poliinsaturadas	Hasta el 10% del VCT
Acidos grasos trans	Menos del 1% del VCT
Colesterol	Menos de 200 mg/día
Poli/saturados	1 a 2
Vitaminas	Acido fólico: 1 mg/día. Vit C: 150 mg/día. Vit E: 400 mg/día
Fibra soluble	10 a 25 g/día
Isoflavonas (soja)	40 a 50 mg/día
Estanoles/esteroles	2 g/día

14

5.5 Fibra: La fibra dietética es esencial para asegurar una óptima función gastrointestinal. El consumo de fibra junto con una ingesta hídrica adecuada previene el estreñimiento, favorece un mejor control de la glucemia y del colesterol y reduce el riesgo de aparición de algunas neoplasias. Las recomendaciones de fibra para las

¹⁴ Torresani, María Elenea – Somoza, María Inés. Lineamientos para el cuidado nutricional. Tercera edición. Av. Rivadavia 1571/73(1033), Buenos Aires, EUDEBA (Universidad de Buenos Aires). (Agosto de 2009).

personas mayores sanas, según la “American Dietetic Association” (2001), oscilan entre **20 a 35 g /día**, siendo los alimentos ricos en fibra, como los cereales, frutas y verduras la principal fuente alimentaria. Debido a la presencia en algunos casos de ciertas intolerancias gastrointestinales como flatulencias y distensión abdominal y a la menor ingesta energética diaria, algunos países como Francia e Inglaterra recomiendan un consumo menor de fibra para la población geriátrica, entre 18 y 20g/ día.

5.6 Líquido: El estado de hidratación es esencial para las funciones fisiológicas normales en todas las edades. El estado de hidratación de los adultos mayores es a menudo poco sólido. La masa magra disminuye con la edad lo que influye en el porcentaje de agua del cuerpo. Puede disminuir del 60% al 50% del peso corporal total. El consumo de al menos 1500ml/ día asegura una hidratación adecuada.¹⁵

5.7 Vitaminas y minerales

Nutriente	Hombre	Mujeres
Vitamina A (ug)	900	700
Vitamina D (ug)	10-15	10-15
Vitamina E (mg)	15	15
Vitamina C (mg)	90	75
Vitamina K (ug)	120	90
Tiamina (mg)	1.2	1.1
Riboflavina (mg)	1.3	1.1
Piridoxina (mg)	1.7	1.5
Niacina (mg)	16	14
Vitamina B12 (ug)	2.4	2.4

¹⁵ -Mahan, L Kathleen – Escott Stump, Sylvia. Nutrición y dietoterapia de Krause. –10ma de la obra en ingles- España. Cap.13.

Folatos (ug)	400	400
Yodo(ug)	150	150
Hierro (mg)	8	8
Zinc (mg)	11	8
Selenio(ug)	70	55
Calcio (mg)	1.200	1.200
Fósforo (mg)	700	700
Magnesio (mg)	420	320
Flúor (mg)	4	3

16

¹⁶ Suarez, Marta María, Lopez Laura Beatriz. Fundamento de Nutrición Normal. Buenos Aires. Cap 16 Pág. 384.

6. ¿Qué es un Hábito?

- Un hábito es hacer una misma cosa todo el tiempo sin esfuerzo alguno; es una acción automática; es como una ciega rutina.
- Una costumbre o práctica adquirida por frecuencia de repetición de un acto.
- Destreza que se adquiere por el ejercicio repetido.¹⁷

6.1 ¿Qué son los Hábitos Alimentarios?

Se definen como la experiencia de las creencias y tradiciones alimentarias de una población, está ligada al medio geográfico y a disponibilidad de los alimentos.

¹⁷ Documento recuperado en: wordreference.com. Diccionario de la Lengua Española. consultado 12-06-2010.

7. Actividad Física

La realización de programas de ejercicio, en este grupo, en forma constante y por periodos prolongados produce innumerables beneficios tales como:

- Menos incidencia de caídas y fracturas por aumento de la fuerza muscular y coordinación de los movimientos.
- Aumenta la masa corporal magra y disminuye el tejido adiposo.
- Aumenta el gasto calórico, contribuyendo a la pérdida de peso.
- Incrementa el apetito
- Fortalece los huesos y retrasa la aparición de osteoporosis sobre todo en mujeres menopausicas.
- Mejora la depresión, sobre todo en mujeres.
- Previene la aterosclerosis.
- Disminuye la hipertensión
- Mejora el sueño y sensación de bienestar.
- Incrementa la capacidad para desarrollar tareas cotidianas y laborales.

Hidrogimnasia. Las principales ventajas de este tipo de actividad en relación a los ejercicios realizados fuera del agua son:

- disminución de las fuerzas gravitacionales
- disminución del stress mecánico del sistema músculo-esquelético
- facilidad para la termorregulación - efecto natriuretico y diurético

Por estas razones los principales usos de la hidrogimnasia son:

1. Limitación de la movilidad articular

2. Dificultad en sustentar el peso corporal

3. Rehabilitación de lesiones.

5. Dolor lumbar

6. Osteoporosis Las variables que deben ser priorizadas para prescribir actividad física en la tercera edad para mantener la independencia funcional del individuo son en orden de importancia (MAZZEO et al. 1998):

1- Fuerza muscular

2- Equilibrio

3- Potencia Aeróbica

4- Movimientos corporales totales.

Además de los beneficios fisiológicos de la actividad física en el organismo las evidencias científicas muestran que existen alteraciones en las funciones cognitivas de los individuos que realizan actividad física regular (SPIRDUSO, 1995). Estas evidencias sugieren que el proceso cognitivo es más rápido y más eficiente en individuos físicamente activos por mecanismos directos: mejora de la circulación cerebral, alteración en la síntesis y degradación de neurotransmisores; y mecanismos indirectos como: disminución de la presión arterial, disminución de los niveles de LDL en el plasma, disminución de los niveles de triglicéridos e inhibición de la agregación plaquetaria.¹⁸

¹⁸ Documento recuperado de: www.deportesalud.com/deporte-salud-deporte-en-la-tercera-edad-html. Consultado: 02-06-2010.

8. Osteoporosis y actividad física en la tercera edad.

Los estudios científicos realizados en atletas o en individuos físicamente activos demuestran el efecto benéfico del ejercicio en la densidad ósea, ya que se observa que estos individuos tienen mayor porcentaje de densidad ósea, que varía de acuerdo con el estudio, en relación a los individuos sedentarios. Los estudios con diferentes programas de actividad física demuestran que el ejercicio tiene efecto benéfico en el sistema esquelético de mujeres con osteoporosis. En relación a las mujeres inactivas, que disminuyen la densidad ósea en el mismo período de tiempo, las mujeres físicamente activas aumentan la densidad ósea en media de 2-5%. La actividad física, dependiendo de la época de inicio, la duración y la intensidad, contribuye para aumentar el pico de masa ósea, mantener la masa ósea y disminuir la pérdida de densidad ósea que ocurre con la edad. La prescripción del ejercicio en estos casos depende de si el objetivo es la prevención, el tratamiento o la rehabilitación. Para la prevención de la osteoporosis están indicadas las actividades que soportan peso como caminar, correr o trotar. Ya para el paciente con alto riesgo de osteoporosis o con fracturas, están contraindicadas las actividades que soportan peso. En estos casos son recomendadas actividades como la natación, hidrogimnasia y pedalear en la bicicleta estacionaria. En todos los casos son fundamentales ejercicios para fortalecer la musculatura, principalmente la abdominal y lumbar y evitar siempre ejercicios que requieran flexión de la columna vertebral o torsión del tronco. Por esta razón no están indicados la práctica de tenis, golf o jugar bolos. Las revisiones más recientes demuestran la necesidad de incluir en cualquier programa de prevención de osteoporosis la realización de actividades de entrenamiento con pesos para la fuerza muscular ya que estas actividades están relacionadas con mayores aumentos de la densidad ósea. Además de estos programas específicos existen evidencias de que el estilo de vida (tiempo del día estando de pie, caminando, subiendo

escaleras, cargando peso, cuidando de la casa y del jardín) colabora en la prevención de fracturas por osteoporosis.¹⁹

¹⁹ *Ibíd.*

III ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA.

*Restrepo Sandra Lucia, Morales Maria Rosa, Ramírez Marta Cecilia, López Maria Victoria y Varela estela Luz. Hábitos alimentarios en los adultos mayores y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en la salud.*²⁰

Resultados:

En lo referente a los hábitos alimentarios de los adultos mayores se encontró que la mayoría consume tres comidas al día o más, sin embargo el 8.2% consume solo 1 o 2 comidas, lo que implica un riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes que contribuye a los procesos de fragilización. Al indagar por las comidas que hacen los adultos mayores, se encontró que las de mayor consumo son el desayuno, el almuerzo y la cena con porcentajes de 96%, 92% y 77% respectivamente. Llama la atención que un 23% de los participantes no consume la última comida del día lo que igualmente se convierte en un factor deteriorante del estado de salud.

Por otro lado, se identificó en la alimentación, un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de alimentos fritos, lo que se pudo constatar en la información cualitativa obtenida por medio de los grupos focales. Pese a que la mayoría de los adultos consume varias comidas, se detectó que la dieta es poco variada porque incluye poca diversidad de alimentos, además insuficiente, ya que se observó que no alcanzaba a cubrir las necesidades de calorías y de nutrientes y no es equilibrado en el consumo de alimentos ya que no se dieron las proporciones recomendadas, aspectos que pueden ser identificados como factores deteriorantes del estado de salud.

Al indagar por el consumo de lácteos, se encontró que el 43% consume lácteos una sola vez al día y el 25% los consume dos veces en el día, con un 68% de la población que no alcanza a cubrir las necesidades de calcio. Igualmente se encontró un bajo consumo de

²⁰ Documento recuperado de: www.scielo.cl/scielo. Rev. Chilena de nutrición. V33 N3 Santiago(diciembre 2006)- consultado:20-06-2010.

frutas y verduras, lo que no contribuye a cubrir las necesidades de vitaminas y minerales. El 50% de los adultos mayores consumen frutas y verduras solo una vez en el día. Acerca del consumo de carnes el 77% afirmó comerla todos los días, pero de estos el 42% la consumen una sola vez diariamente.

Este trabajo me aportó información acerca de cómo son los hábitos alimentarios de esta población y como se ven influenciados por diversos factores. Lo que me da una idea de lo que posiblemente voy a encontrar en mi investigación.

Proyecto de educación nutricional: “Hábitos alimentarios en mujeres adultas de 55 a 70 años que realizan actividad física”.

Las siguientes alumnas de 4º año de la Universidad de Concepción del Uruguay, para la cátedra de educación Nutricional Realizaron una investigación sobre los hábitos alimentarios en mujeres adultas de entre 55 a 70 años de edad que realizaban actividad física, durante todo el año 2008.²¹

Los resultados hallados en esta investigación fueron que sus hábitos alimentarios no eran los adecuados y describe cada grupo de alimentos y su consumo.

Este trabajo me aportará información sobre las características de la alimentación de mujeres adultas, brindándome más ideas de lo que posiblemente valla a encontrar en mi trabajo de campo.

²¹ Gabarra Candela, Marinucci Elaine y Tolosa Florencia. Proyecto “Hábitos alimentarios en mujeres adultas de 55 a 70 años que realizan actividad física”. Alumnas de 4º año de la Universidad de Concepción del Uruguay. (2008).

IV. ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN

1. ÁREA DE ESTUDIO

En la zona sur de la Ciudad de Rosario se encuentra el club Tiro Suizo, ubicado en la cortada Raffo 5120.

En el club se practican diferentes deportes, en las que se encuentran las actividades acuáticas que se desarrollan en una piscina climatizada. En donde se realizan las siguientes actividades, natación, nado libre, Water polo, macro natación y aquagym que es el área que voy a estudiar.

2. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo Retrospectivo con el objetivo de recopilar información de cómo estaba conformada su alimentación, el cuestionario de frecuencia de alimentos que se llevo a cabo fue una revisión retrospectiva de la frecuencia del consumo, es decir, alimentos consumidos por día, por semana o por mes.

De tipo observacional, de carácter descriptivo y transversal, se tomo una muestra en un momento dado sin hacer un seguimiento y se evaluó que pasaba, se limito solo a describir como eran sus hábitos alimentarios, sin intervenir en ellos y cualicuantitativo porque se obtuvieron datos de la calidad y la cantidad de los alimentos consumidos.

3. POBLACIÓN OBJETIVO: Mujeres de entre 60 y 75 años que realizan aquagim. .

3.1 Criterios de exclusión: Alumnas que hacían menos de 5 meses que realizabas aquagym.

4. UNIVERSO: El universo comprende 50 mujeres que concurren al natatorio Tiro Suizo a realizar aquagym de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe.

4.1 Muestra: 50 mujeres adultas mayores de entre 60 y 75 años.

5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de los datos por medio de las encuestas fue de forma voluntaria, se procedió con el previo permiso de los directivos encargados de la institución y autorización de la profesora a cargo de las actividades del grupo. Las alumnas, fueron abordadas en sus correspondientes domicilios. Se estableció si reunieron los criterios de exclusión, así se procedió a realizar la obtención de la información.

5.1 Instrumentos:

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de los datos fueron, entrevistas estructuradas de forma individual a las alumnas de aquagym, una encuesta alimentarias cerrada que consto de 15 preguntas y utilice un diario de frecuencia de comidas que cuenta con todos los grupos de alimentos para poder obtener información de que alimentos come, y cuales no y cuantas veces lo consume por semana.

La encuesta nutricional obtuvo información sobre datos personales como: edad, estado civil, ocupación, y luego abarcó los hábitos alimentario. Además se tuvo en cuenta, varios aspecto acerca de la actividad física realizada por la mujeres adultas.

Se utilizó un formulario de frecuencia de consumo de alimentos (FCA), a partir de otro ya existente, validado previamente por sus autores. El FCA permitió obtener una información cualitativa del consumo de alimentos. Se clasificó grupos de alimentos: carnes, huevo, lácteos, hortalizas, frutas, cereales, leguminosas, pan, embutidos, pizzas, dulces, productos de pastelería, y bebidas como gaseosas. La caracterización de la frecuencia de consumo de alimentos se realizó en función del número de veces que se ingirió un determinado grupo de alimentos semanalmente, por ejemplo: 1 a 2 veces por semana, 3 a 4 veces por semana, diariamente o nunca.

6. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Para su análisis se utilizaron medidas estadísticas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar) y medidas estadísticas descriptivas (distribución de frecuencias, porcentajes). Se utilizó el programa SPSS 15.0.

V. TRABAJO DE CAMPO.

Edad

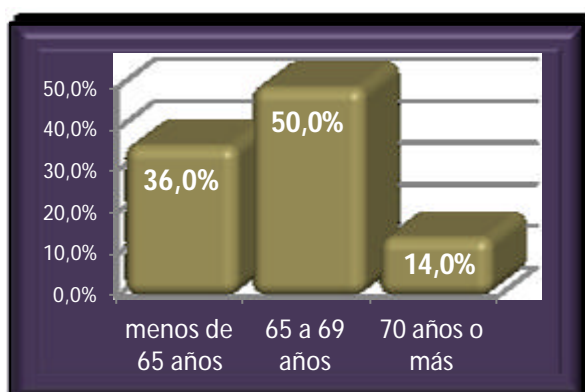
La población presenta una edad mínima de 59 años y una edad máxima de 73 años, con una media aritmética de 65.6 años ($DS \pm 3.5$), una mediana de 66 años y un modo de 65 años.

Tabla 1: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad de la población encuestada.

<i>Edad</i>		
	f	%
menos de 65 años	18	36,0%
65 a 69 años	25	50,0%
70 años o más	7	14,0%
Total	50	

Del total de la población estudiada ($n=50$), el 50% corresponde al intervalo de 65 a 69 años; el 36% al intervalo de menos de 65 años y el 14% al intervalo de 70 años o más.

Gráfico 1: distribución de las frecuencias relativas de la edad de la población encuestada.



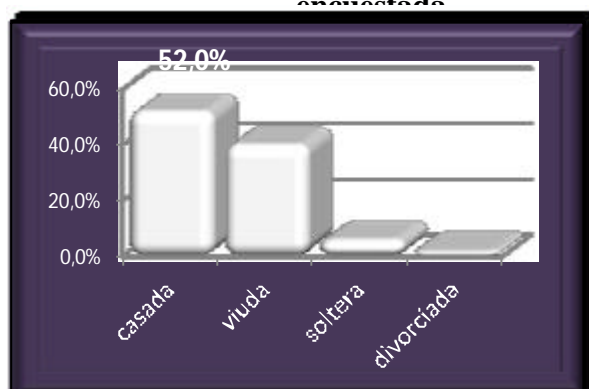
Estado civil

Tabla 2: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del estado civil de la población encuestada.

<i>Estado civil</i>		
	f	%
casada	26	52,0%
viuda	20	40,0%
soltera	3	6,0%
divorciada	1	2,0%
Total	50	

El 52% corresponde a mujeres casadas; el 40% viudas; el 6% solteras y el 2% divorciadas.

Gráfico 2: distribución de las frecuencias relativas del estado civil de la población encuestada



Ocupación

Tabla 3: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del estado civil de la población encuestada.

<i>Ocupación</i>		
	f	%
ama de casa	18	36,0%
empleada	16	32,0%
profesional	9	18,0%
jubilada	5	10,0%
secretaria	2	4,0%
Total	50	

El 36% corresponde a amas de casa; el 32% a empleadas; el 18% a profesionales; el 10% a jubiladas y el 4% a secretarías.

Gráfico 3: distribución de las frecuencias relativas del estado civil de la población encuestada



Alimentación

Tabla 4: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si siempre siguió la misma alimentación la población encuestada.

<i>¿Siempre ha seguido la misma alimentación?</i>		
	f	%
sí	32	64,0%
no	18	36,0%
Total	50	

El 64% refiere que siempre ha seguido la misma alimentación.

Gráfico 4: distribución de las frecuencias relativas de si siempre siguió la misma alimentación la población encuestada.

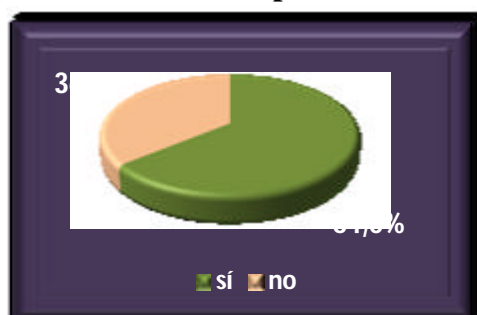


Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de cuándo cambió el tipo de alimentación la población encuestada.

<i>¿Cuándo cambió?</i>		
	f	%
menos de 6 meses	8	44,4%
6 a 12 meses	5	27,8%
más de 12 meses	5	27,8%
Total	18	

Del total de la población que refiere que cambió la forma de alimentarse (n=18), el 44.4% refiere que lo hizo hace menos de 6 meses; el 27.8% hace 6 a 12 meses y el 27.8% hace más de 12 meses.

Gráfico 5: distribución de las frecuencias relativas de cuándo cambió el tipo de alimentación la población encuestada.

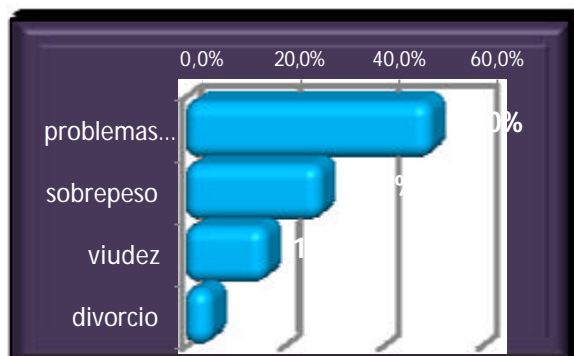


Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de por qué cambió el tipo de alimentación la población encuestada.

<i>¿Por qué cambió?</i>		
	f	%
problemas de salud	9	50,0%
sobrepeso	5	27,8%
viudez	3	16,7%
divorcio	1	5,6%
Total	18	

Del total de mujeres que cambiaron el tipo de alimentación (n=18), el 50% refiere por problemas de salud; el 27.8% por sobrepeso; el 16.7% por viudez y el 5.6% por divorcio.

Gráfico 6: distribución de las frecuencias relativas de por qué cambió el tipo de alimentación la población encuestada.



Apetito

Tabla 7: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de cómo describiría su apetito antes de realizar aquagim la población encuestada.

<i>¿Cómo describiría su apetito antes de empezar a realizar aquagim?</i>		
	f	%
moderado	46	92,0%
aumentado	2	4,0%
disminuído	2	4,0%
Total	50	

En el 92% el apetito antes de realizar aquagym era moderado; en el 4% aumentado y en el 4% disminuido.

Gráfico 7: distribución de las frecuencias relativas de cómo describiría su apetito antes de realizar aquagym la población encuestada.



Tabla 8: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de cómo describe su apetito actualmente la población encuestada.

<i>¿Y cómo lo describe ahora?</i>		
	f	%
moderado	15	30,0%
aumentado	33	66,0%
disminuído	2	4,0%
Total	50	

El 66% refiere que su apetito actualmente está aumentado; el 30% moderado y el 4% disminuido.

Gráfico 8: distribución de las frecuencias relativas de cómo describe su apetito actualmente la población encuestada.



Comidas

Tabla 9: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si come siempre a la misma hora la población encuestada.

<i>¿Come siempre a la misma hora?</i>		
	f	%
sí	40	80,0%
no	10	20,0%
Total	50	

El 80% refiere que come siempre a la misma hora y el 20% que no come siempre a la misma hora.

Gráfico 9: distribución de las frecuencias relativas de si come siempre a la misma hora la población encuestada.

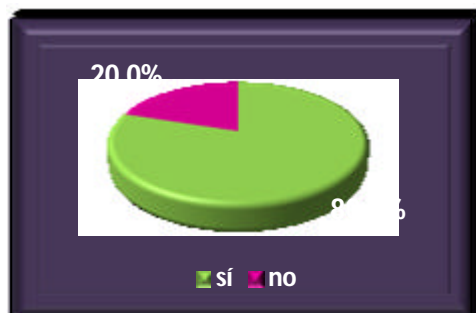


Tabla 10: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si desayuna todos los días la población encuestada.

<i>¿Desayuna todo los días?</i>		
	f	%
sí	38	76,0%
no	12	24,0%
Total	50	

El 76% refiere que desayuna todos los días.

Gráfico 10: distribución de las frecuencias relativas de si desayuna todos los días la población encuestada.

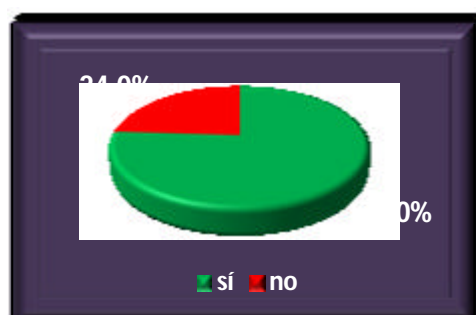


Tabla 11: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de cuántas veces a la semana no realiza el desayuno la población encuestada.

<i>¿Cuántas veces a la semana no realiza el desayuno?</i>		
	f	%
3 veces	5	41,7%
4 veces	7	58,3%
Total	12	

Del total de la población que refiere no desayunar todos los días (n=12), el 58.3% refiere que no desayuna 4 días a la semana y el 41.7% que no desayuna 3 días a la semana.

Gráfico 11: distribución de las frecuencias relativas de cuántas veces a la semana no realiza el desayuno la población encuestada.



Tabla 12: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si realiza las 4 comidas diarias la población encuestada.

<i>¿Realiza las 4 comidas diarias?</i>		
	f	%
sí	33	66,0%
no	17	34,0%
Total	50	

El 66% refiere que realiza las 4 comidas diarias.

Gráfico 12: distribución de las frecuencias relativas de si realiza las 4 comidas diarias la población encuestada.

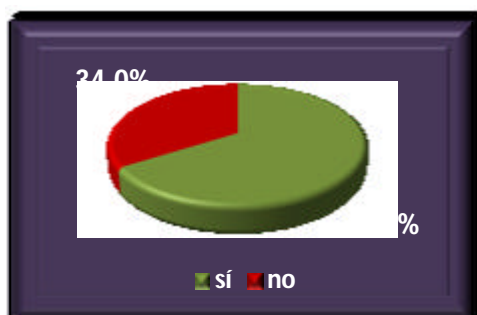


Tabla 13: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de cuántas comidas realiza al día la población encuestada.

<i>¿Cuántas comidas realiza al día?</i>		
	f	%
2 comidas	2	11,8%
3 comidas	15	88,2%
Total	17	

Del total de la población que refiere no realizar 4 comidas al día (n=17), el 88.2% refiere realizar 3 comidas y el 11.8% 2 comidas.

Gráfico 13: distribución de las frecuencias relativas de cuántas comidas realiza al día la población encuestada.

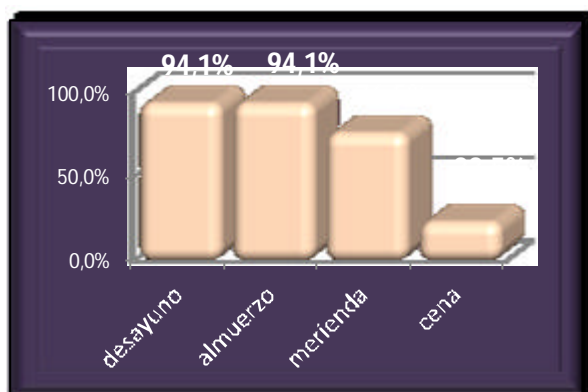


Tabla 14: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de las comidas que realiza la población encuestada.

<i>Comidas que realiza</i>		
	f	%
desayuno	16	94,1%
almuerzo	16	94,1%
merienda	13	76,5%
cena	4	23,5%

Del total de la población que refiere no realizar 4 comidas al día (n=17), el 94.1% refiere realizar el desayuno; el 94.1% el almuerzo; el 76.5% la merienda y el 23.5% la cena.

Gráfico 14: distribución de las frecuencias relativas de las comidas que realiza la población encuestada.



Alimentos

Tabla 15: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si hay alimentos que consume porque considera que son buenos para su salud la población encuestada.

<i>¿Hay alimentos que consume porque piensa que son buenos para su salud?</i>		
	f	%
sí	40	80,0%
no	10	20,0%
Total	50	

El 80% refiere que consume alimentos porque considera que son buenos para su salud.

Gráfico 15: distribución de las frecuencias relativas de si hay alimentos que consume porque considera que son buenos para su salud la población encuestada.

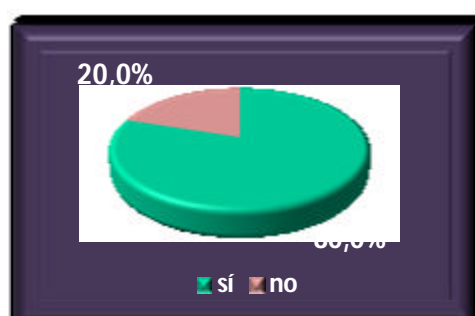


Tabla 16: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de alimentos que consume porque considera que son buenos para su salud la población encuestada.

<i>Alimentos que consume porque piensa que son buenos para su salud</i>		
	f	%
frutas	17	42,5%
verduras	15	37,5%
pescado	13	32,5%
lácteos	5	12,5%
agua	4	10,0%
productos light	3	7,5%
semillas de lino o chia	2	5,0%

Del total de la población que refiere consumir alimentos que considera buenos para su salud (n=40), el 42.5% consume frutas; el 37.5% verduras; el 32.5% pescado; el 12.5% lácteos; el 10% agua; el 7.5% productos light y el 5% semillas de lino o chia.

Gráfico 16: distribución de las frecuencias relativas de alimentos que consume porque considera que son buenos para su salud la población encuestada.

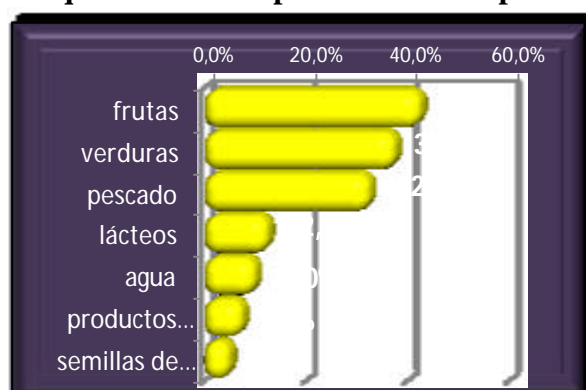


Tabla 17: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si hay alimentos que no consume porque considera que son malos para su salud la población encuestada.

<i>¿Hay alimentos que no consume porque piensa que son malos para su salud?</i>		
	f	%
sí	32	64,0%
no	18	36,0%
Total	50	

El 64% refiere que hay alimentos que no consume porque considera que son malos para su salud.

Gráfico 17: distribución de las frecuencias relativas de si hay alimentos que no consume porque considera que son malos para su salud la población encuestada.

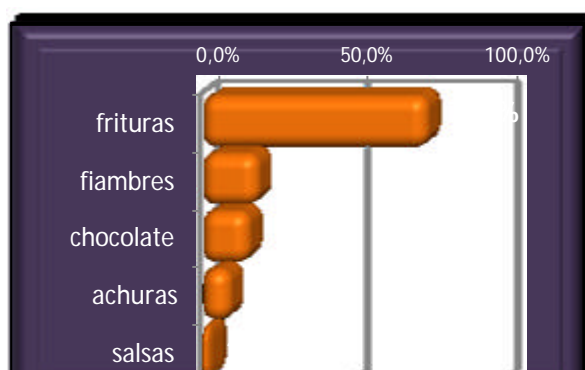


Tabla 18: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de alimentos que no consume porque considera que son malos para su salud la población encuestada.

<i>Alimentos que no consume porque piensa que son malos para su salud</i>		
	f	%
frituras	24	75,0%
fiambres	6	18,8%
chocolate	5	15,6%
achuras	3	9,4%
salsas	1	3,1%

Del total de la población que refiere no consumir alimentos porque considera que son malos para su salud (n=32), el 75% no consume frituras; el 18.8% fiambres; el 15.6% chocolate; el 9.4% achuras y el 3.1% salsas.

Gráfico 18: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de alimentos que no consume porque considera que son malos para su salud la población encuestada.



Lácteos y derivados

La totalidad de la población refiere consumir lácteos y derivados.

Tabla 19: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de lácteos que consume la población encuestada.

<i>Lácteos que consume</i>		
	f	%
leche	46	92,0%
queso	45	90,0%
yogurt	34	68,0%

El 92% de la población refiere consumir leche; el 90% queso y el 68% yogurt.

Gráfico 19: distribución de las frecuencias relativas del tipo de lácteos que consume la población encuestada.

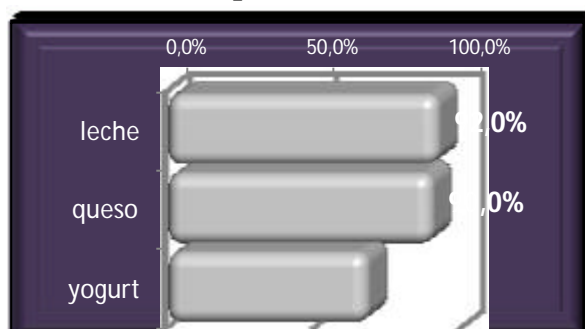


Tabla 20: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la calidad de lácteos que consume la población encuestada.

<i>Calidad de los lácteos que consume</i>		
	f	%
enteros	5	10,0%
semidescremados	45	90,0%
descremados	0	0,0%
Total	50	

El 90% refiere consumir lácteos semidescremados y el 10% lácteos enteros.

Gráfico 20: distribución de las frecuencias relativas de la calidad de lácteos que consume la población encuestada.



Tabla 21: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la calidad de la frecuencia de consumo de lácteos en la población encuestada.

<i>Frecuencia de consumo de lácteos</i>		
	f	%
3 veces	7	14,0%
4 veces	4	8,0%
5 veces	3	6,0%
7 veces	36	72,0%
Total	50	

El 72% refiere consumir lácteos 7 veces a la semana; el 14% 3 veces; el 8% 4 veces y el 6% 5 veces.

Gráfico 21: distribución de las frecuencias relativas de la calidad de la frecuencia de consumo de lácteos en la población encuestada.



Consumo de alimentos entre comidas

Tabla 22: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si usualmente come algo entre comidas la población encuestada.

<i>¿Come usualmente algo entre comidas?</i>		
	f	%
sí	36	72,0%
no	14	28,0%
Total	50	

El 72% refiere consumir algo entre comidas.

Gráfico 22: distribución de las frecuencias relativas de si usualmente come algo entre comidas la población encuestada.

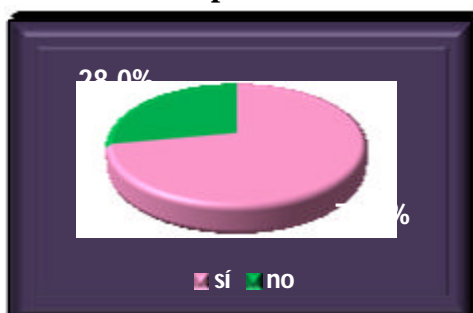


Tabla 23: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de alimentos que ingiere entre comidas la población encuestada.

<i>Alimentos que ingiere entre comidas</i>		
	f	%
frutas	24	66,7%
galletitas	20	55,6%
yogurt	5	13,9%
facturas	4	11,1%
barra de cereal	4	11,1%
turrón	2	5,6%

Del total de la población que refiere consumir algo entre comidas (n=36), el 66.7% consume frutas; el 55.6% galletitas; el 13.9% yogurt; el 11.1% facturas; el 11.1% barra de cereal y el 5.6% turrón.

Gráfico 23: distribución de las frecuencias relativas de alimentos que ingiere entre comidas la población encuestada.



Lugar donde come

La totalidad de la población refiere no comer fuera del hogar.

Dieta

Tabla 24: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si está bajo dieta especial la población encuestada.

<i>¿Esta bajo dieta especial?</i>		
	f	%
sí	6	12,0%
no	44	88,0%
Total	50	

El 88% refiere que no está bajo dieta y el 22% refiere estar bajo dieta especial.

Gráfico 24: distribución de las frecuencias relativas de si está bajo dieta especial la población encuestada.



Tabla 25: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del motivo por el cual está bajo dieta especial la población encuestada.

<i>Motivo de la dieta</i>		
	f	%
sobrepeso	2	33,3%
por colesterol elevado	2	33,3%
por hipertensión	1	16,7%
problemas de salud	1	16,7%
Total	6	

Del total de la población que refiere estar bajo dieta especial (n=6), el 33.3% refiere como motivo el sobrepeso; el 33.3% el colesterol elevado; el 16.7% hipertensión y el 16.7% otros problemas de salud.

Gráfico 25: distribución de las frecuencias relativas del motivo por el cual está bajo dieta especial la población encuestada.

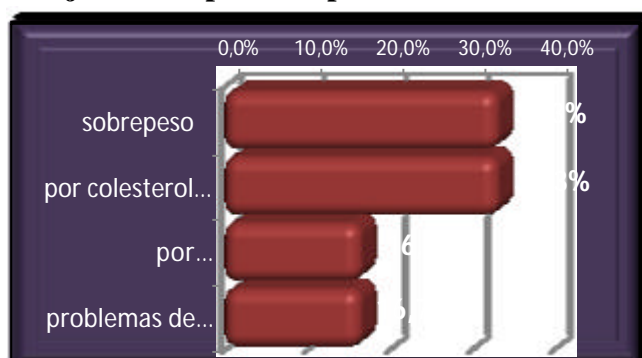


Tabla 26: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de quién recomendó la dieta en la población encuestada.

<i>Quién recomendó la dieta</i>		
	f	%
nutricionista	5	83,3%
médico	1	16,7%
Total	6	

El 83.3% refiere que la dieta la recomendó un nutricionista y en el 16.7% un médico.

Gráfico 26: distribución de las frecuencias relativas de quién recomendó la dieta en la población encuestada.



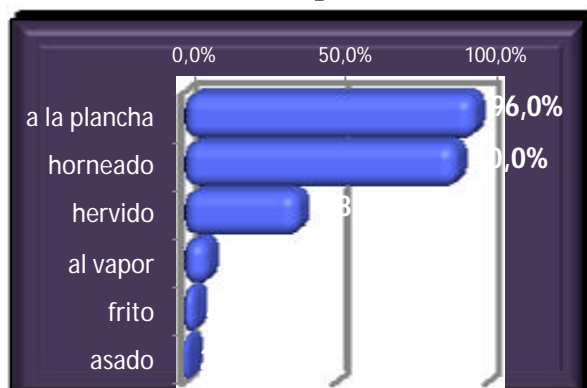
Elaboración de las comidas

Tabla 27: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los métodos que utiliza para elaborar las comidas la población encuestada.

<i>¿Cuáles son los métodos que más utiliza para elaborar las comidas?</i>		
	f	%
a la plancha	48	96,0%
horneado	45	90,0%
hervido	19	38,0%
al vapor	4	8,0%
frito	2	4,0%
asado	1	2,0%

El 96% refiere que elabora las comidas a la plancha; el 90% utiliza horneado; el 38% hervido; el 8% al vapor; el 4% frito y el 2% asado.

Gráfico 27: distribución de las frecuencias relativas de los métodos que utiliza para elaborar las comidas la población encuestada.



Peso

Tabla 28: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si ha tenido problemas con su peso la población encuestada.

<i>¿Ha tenido problemas con su peso?</i>		
	f	%
sí	32	64,0%
no	18	36,0%
Total	50	

El 64% refiere haber tenido problemas con su peso.

Gráfico 28: distribución de las frecuencias relativas de si ha tenido problemas con su peso la población encuestada.

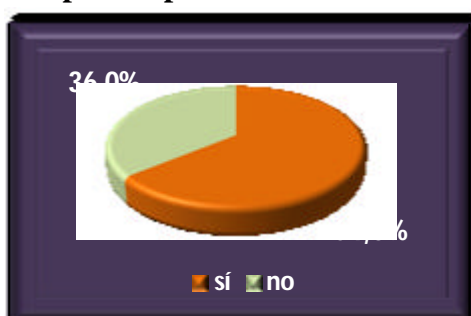


Tabla 29: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de problemas con el peso que ha tenido la población encuestada.

<i>Tipo de problemas con el peso</i>		
	f	%
sobrepeso	29	90,6%
bajo peso	3	9,4%
Total	32	

Del total de la población que refiere haber tenido problemas con su peso (n=36), en el 90.6% el problema fue sobrepeso y en el 9.4% bajo peso.

Gráfico 29: distribución de las frecuencias relativas del tipo de problemas con el peso que ha tenido la población encuestada.

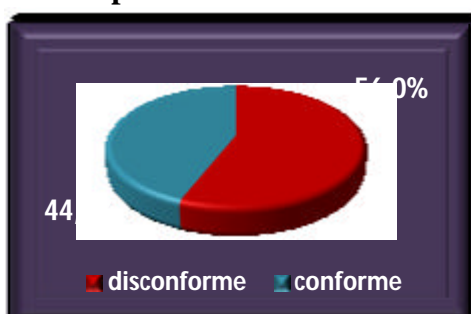


Tabla 30: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de cómo se siente con su peso la población encuestada.

<i>¿Cómo se siente con su peso?</i>		
	f	%
disconforme	28	56,0%
conforme	22	44,0%
Total	50	

Del total de la población, el 56% se siente disconforme con su peso y el 44% se siente conforme con su peso.

Gráfico 30: distribución de las frecuencias relativas de cómo se siente con su peso la población encuestada.



Antecedentes personales

Tabla 31: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si padece alguna patología la población encuestada.

<i>¿Padece de alguna patología?</i>		
	f	%
sí	44	88,0%
no	6	12,0%
Total	50	

El 88% de la población refiere padecer alguna patología.

Gráfico 31: distribución de las frecuencias relativas de si padece alguna patología la población encuestada.



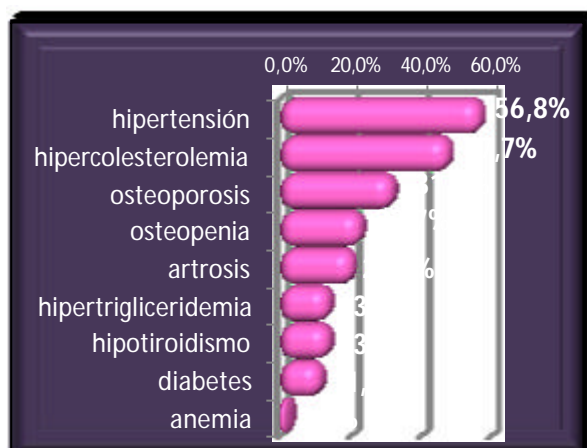
Tabla 32: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de patología que padece la población encuestada.

<i>Tipo de patología</i>		
	f	%
hipertensión	25	56,8%
hipercolesterolemia	21	47,7%
osteoporosis	14	31,8%
osteopenia	10	22,7%
artrosis	9	20,5%
hipertrigliceridemia	6	13,6%
hipotiroidismo	6	13,6%
diabetes	5	11,4%
anemia	1	2,3%

Del total de la población que refiere padecer alguna patología (n=44), el 56.8% refiere hipertensión arterial; el 47.7% hipercolesterolemia; el 31.8% osteoporosis; el 22.7%

osteopenia; el 20.5% artrosis; el 13.6% hipertrigliceridemia; el 13.6% hipotiroidismo; el 11.4% diabetes y el 2.3% anemia.

Gráfico 32: distribución de las frecuencias relativas del tipo de patología que padece la población encuestada.



Hábito de fumar

Tabla 33: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del hábito de fumar en la población encuestada.

	¿Fuma?	
	f	%
sí	1	2,0%
no	49	98,0%
Total	50	

El 98% de la población refiere no fumar y el 2% refiere fumar.

Gráfico 33: distribución de las frecuencias relativas del hábito de fumar en la población encuestada.



Actividad física

Tabla 34: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de qué ejercicios realiza la población encuestada.

<i>¿Qué ejercicios realiza?</i>		
	f	%
aquagym	50	100,0%
caminata	13	26,0%
yoga	5	10,0%
pilates	3	6,0%
bicicleta	3	6,0%

La totalidad de la población encuestada realiza aquagym; el 26% caminatas; el 10% yoga; el 6% pilates y el 6% bicicleta.

Gráfico 34: distribución de las frecuencias relativas de qué ejercicios realiza la población encuestada.

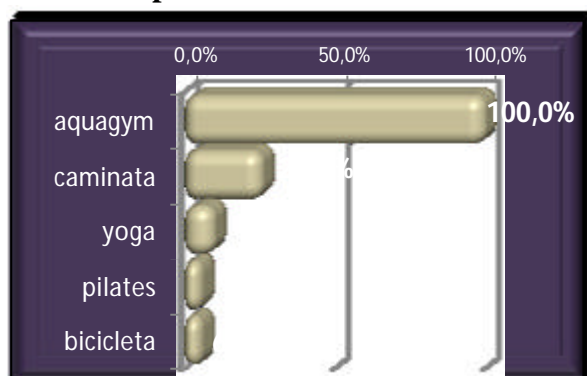


Tabla 35: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la frecuencia semanal de ejercicios que realiza la población encuestada.

<i>¿Cuántas veces a la semana?</i>			
		f	%
<i>aquagym (n=50)</i>	2 veces	50	100,0%
<i>caminata (n=13)</i>	1 vez	5	38,5%
	2 veces	4	30,8%
	3 veces	2	15,4%
	4 veces	1	7,7%
	5 veces	1	7,7%
<i>yoga (n=5)</i>	1 vez	3	60,0%
	2 veces	1	20,0%
	3 veces	1	20,0%
<i>pilates (n=3)</i>	1 vez	1	33,3%
	2 veces	2	66,7%
<i>bicicleta (n=3)</i>	2 veces	3	100,0%
Total		6	

La totalidad de la población que realiza aquagym (n=50) lo hace 2 veces a la semana.

Del total de la población que realiza caminatas (n=13), el 38.5% lo hace 1 vez a la semana; el 30.8% 2 veces a la semana; el 15.4% 3 veces a la semana; el 7.7% 4 veces a la semana y el 7.7% 5 veces a la semana.

Del total de la población que realiza yoga (n=5), el 60% lo hace 1 vez a la semana; el 20% 2 veces a la semana y el 20% 3 veces a la semana.

Del total de la población que realiza pilates (n=3), el 66.7% lo hace 2 veces a la semana y el 33.3% 1 vez a la semana.

La totalidad de la población que realiza bicicleta (n=3) lo hace 2 veces a la semana.

Gráfico 35: distribución de las frecuencias relativas de la frecuencia semanal de ejercicios que realiza la población encuestada.

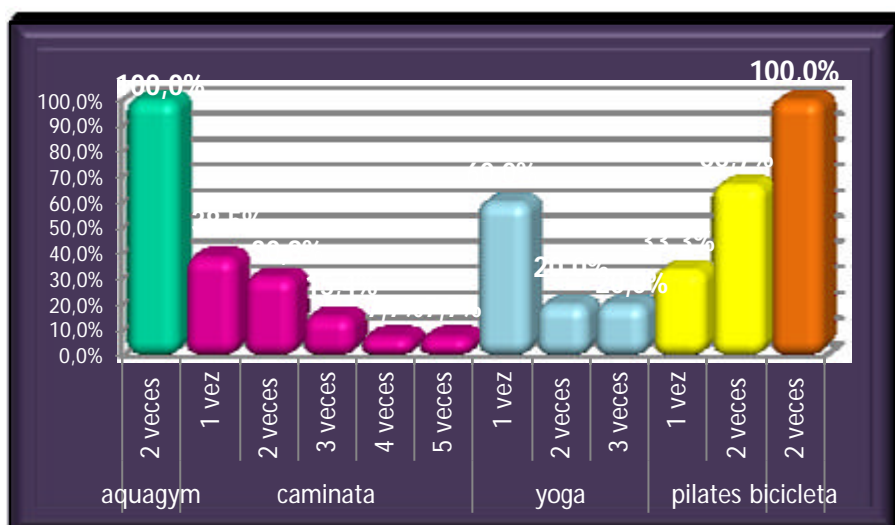


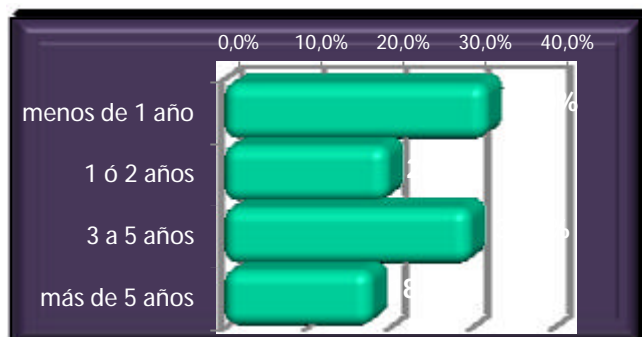
Tabla 36: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tiempo que hace que realiza ejercicios la población encuestada.

<i>¿ Cuánto tiempo hace que realiza ejercicio?</i>		
	f	%
menos de 1 año	16	32,0%
1 ó 2 años	10	20,0%
3 a 5 años	15	30,0%
más de 5 años	9	18,0%
Total	50	

El 32% refiere que realiza ejercicios desde hace menos de 1 año; el 30% desde hace 3 a

5 años; el 20% desde hace 1 ó 2 años y el 18% desde hace más de 5 años.

Gráfico 36: distribución de las frecuencias relativas del tiempo que hace que realiza ejercicios la población encuestada.



Frecuencia de consumo

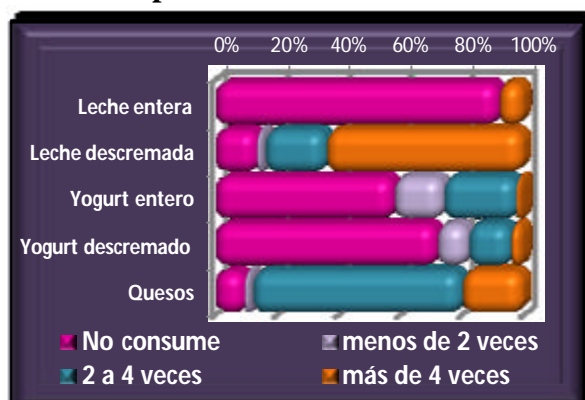
Tabla 37: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la frecuencia de consumo de alimentos en la población encuestada.

	<i>Frecuencia de consumo de alimentos</i>							
	No consume		menos de 2 veces a la semana		entre 2 y 4 veces a la semana		más de 4 veces a la semana	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Leche entera	46	92,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	8,0%
Leche descremada	7	14,0%	1	2,0%	10	20,0%	32	64,0%
Yogurt entero	29	58,0%	8	16,0%	12	24,0%	1	2,0%
Yogurt descremado	36	72,0%	5	10,0%	7	14,0%	2	4,0%
Quesos	5	10,0%	1	2,0%	34	68,0%	10	20,0%
Huevos	6	12,0%	2	4,0%	42	84,0%	0	0,0%
Carne	0	0,0%	0	0,0%	38	76,0%	12	24,0%
Fiambres	22	44,0%	18	36,0%	10	20,0%	0	0,0%
Pan	10	20,0%	0	0,0%	2	4,0%	38	76,0%
Productos de panadería	20	40,0%	20	40,0%	7	14,0%	3	6,0%
Galletitas	1	2,0%	0	0,0%	34	68,0%	15	30,0%
Cereales	0	0,0%	0	0,0%	46	92,0%	4	8,0%
Legumbres	15	30,0%	30	60,0%	5	10,0%	0	0,0%
Espinaca	16	32,0%	29	58,0%	5	10,0%	0	0,0%
Lechuga	11	22,0%	10	20,0%	27	54,0%	2	4,0%
Tomate	0	0,0%	3	6,0%	38	76,0%	9	18,0%
Zapallito	8	16,0%	33	66,0%	9	18,0%	0	0,0%
Cebolla	2	4,0%	4	8,0%	42	84,0%	2	4,0%
Zanahoria	0	0,0%	16	32,0%	34	68,0%	0	0,0%
Calabaza	7	14,0%	35	70,0%	8	16,0%	0	0,0%
Choclo	9	18,0%	33	66,0%	8	16,0%	0	0,0%
Papas	5	10,0%	23	46,0%	22	44,0%	0	0,0%
Cítricos	6	12,0%	1	2,0%	38	76,0%	5	10,0%
Manzana	3	6,0%	2	4,0%	42	84,0%	3	6,0%
Durazno	6	12,0%	25	50,0%	19	38,0%	0	0,0%
Pera	9	18,0%	13	26,0%	28	56,0%	0	0,0%
Uva	25	50,0%	23	46,0%	2	4,0%	0	0,0%
Banana	10	20,0%	2	4,0%	36	72,0%	2	4,0%
Frutilla	15	30,0%	27	54,0%	8	16,0%	0	0,0%
Azúcar	39	78,0%	0	0,0%	0	0,0%	11	22,0%
Golosinas	31	62,0%	16	32,0%	3	6,0%	0	0,0%
Gaseosas	42	84,0%	5	10,0%	3	6,0%	0	0,0%
Gaseosas light	46	92,0%	3	6,0%	1	2,0%	0	0,0%
Juqos	48	96,0%	0	0,0%	1	2,0%	1	2,0%
Jugos light	27	54,0%	1	2,0%	6	12,0%	16	32,0%
Alcohol	21	42,0%	5	10,0%	9	18,0%	15	30,0%
Empanadas	0	0,0%	49	98,0%	1	2,0%	0	0,0%
Pizzas	0	0,0%	45	90,0%	5	10,0%	0	0,0%

- **Consumo de lácteos**

El 92% refiere no consumir leche entera; el 64% refiere consumir leche descremada más de 4 veces a la semana; el 58% no consume yogurt entero; el 72% no consume yogurt descremado y el 68% consume quesos entre 2 y 4 veces a la semana.

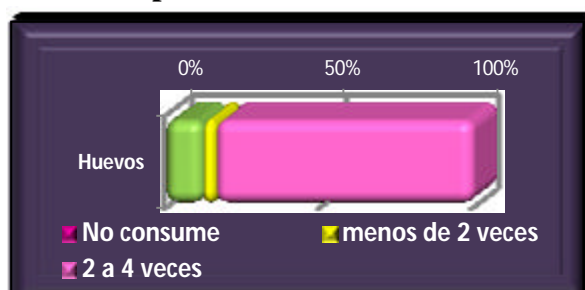
Gráfico 37: distribución de las frecuencias relativas del consumo de lácteos en la población encuestada.



- **Consumo de huevos**

El 84% refiere consumir huevos entre 2 y 4 veces a la semana.

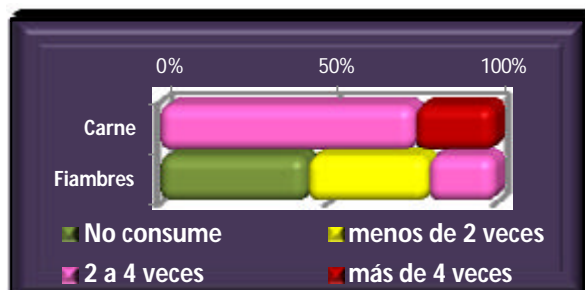
Gráfico 38: distribución de las frecuencias relativas del consumo de huevos en la población encuestada.



- **Consumo de carne y fiambres**

El 76% refiere consumir carne 2 a 4 veces a la semana y el 44% refiere no consumir fiambres.

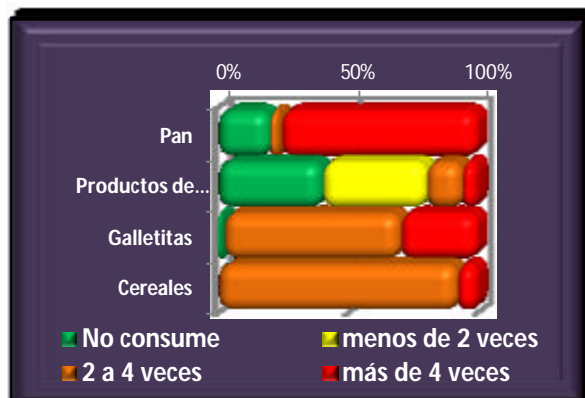
Gráfico 39: distribución de las frecuencias relativas del consumo de carne y fiambres en la población encuestada.



- **Consumo de pan, productos de panificación, galletitas y cereales**

El 76% refiere consumir pan más de 4 veces a la semana; el 40% refiere consumir productos de panificación menos de 2 veces por semana; el 68% refiere consumir galletitas 2 a 4 veces por semana y el 92% refiere consumir cereales 2 a 4 veces por semana.

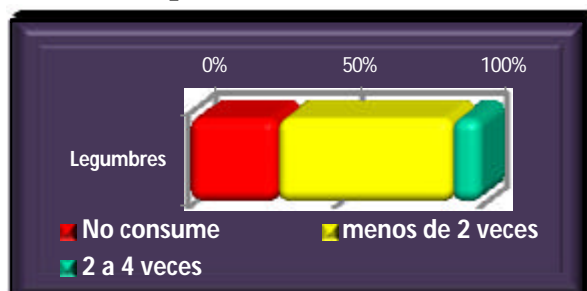
Gráfico 40: distribución de las frecuencias relativas del consumo de pan, productos de panificación, galletitas y cereales en la población encuestada.



- **Consumo de legumbres**

El 60% refiere consumir legumbres menos de 2 veces a la semana.

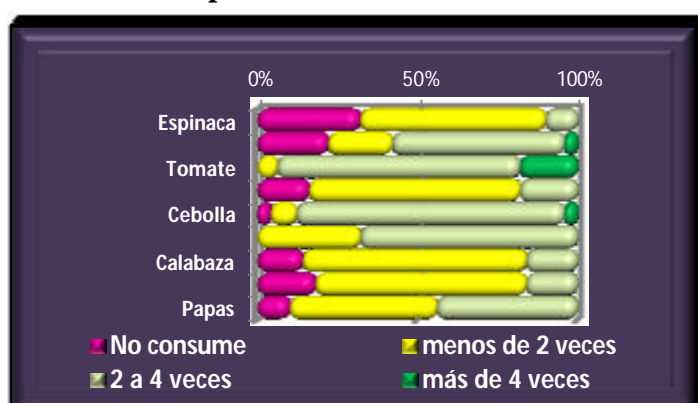
Gráfico 39: distribución de las frecuencias relativas del consumo de legumbres en la población encuestada.



- **Consumo de verduras**

El 58% refiere consumir espinacas menos de 2 veces a la semana; el 54% refiere consumir lechuga 2 a 4 veces a la semana; el 76% refiere consumir tomate 2 a 4 veces a la semana; el 66% refiere consumir zapallito menos de 2 veces a la semana; el 84% refiere consumir cebolla 2 a 4 veces a la semana; el 68% refiere consumir zanahoria 2 a 4 veces a la semana; el 70% refiere consumir calabaza menos de 2 veces a la semana; el 66% refiere consumir choclo menos de 2 veces a la semana y el 46% refiere consumir papas menos de 2 veces a la semana.

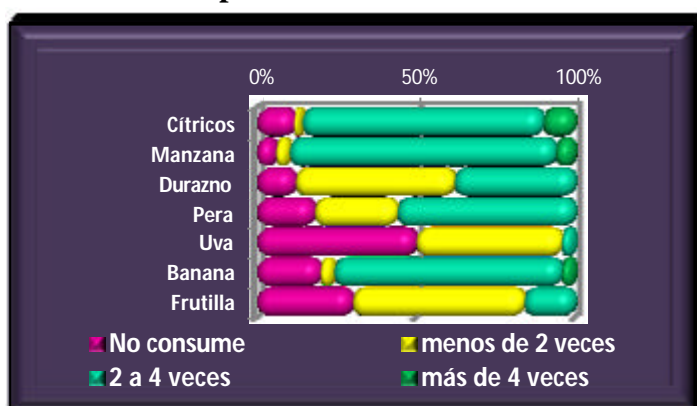
Gráfico 40: distribución de las frecuencias relativas del consumo de verduras en la población encuestada.



- **Consumo de frutas**

El 76% consume cítricos 2 a 4 veces por semana; el 84% consume manzana 2 a 4 veces por semana; el 50% consume durazno menos de 2 veces por semana; el 56% consume pera 2 a 4 veces por semana; el 46% consume uva menos de 2 veces por semana; el 72% consume banana 2 a 4 veces por semana y el 54% consume frutilla menos de 2 veces por semana.

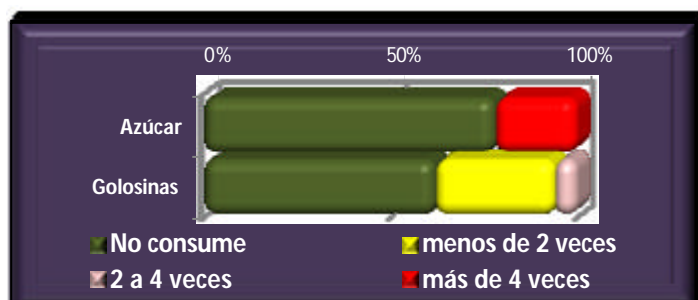
Gráfico 41: distribución de las frecuencias relativas del consumo de frutas en la población encuestada.



- **Consumo de azúcar y golosinas**

El 78% refiere no consumir azúcar y el 62% refiere no consumir golosinas.

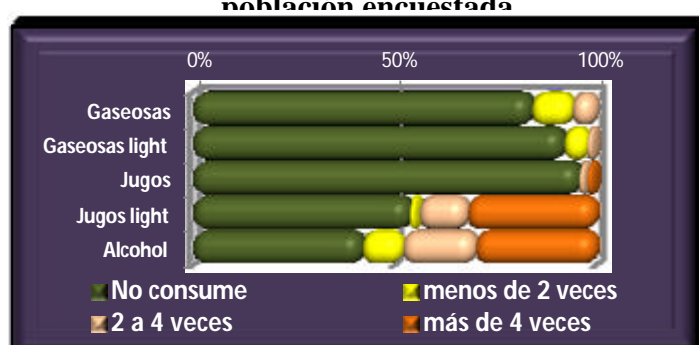
Gráfico 42: distribución de las frecuencias relativas del consumo de azúcar y golosinas en la población encuestada.



- **Consumo de bebidas**

El 84% refiere no consumir gaseosas; el 92% refiere no consumir gaseosas light; el 96% refiere no consumir jugos; el 54% refiere no consumir jugos light y el 42% refiere no consumir alcohol.

Gráfico 43: distribución de las frecuencias relativas del consumo de bebidas en la población encuestada



- **Consumo de empanadas y pizzas**

El 98% refiere consumir empanadas menos de 2 veces a la semana y el 90% refiere consumir pizzas menos de 2 veces a la semana.

Gráfico 44: distribución de las frecuencias relativas del consumo de empanadas y pizzas en la población encuestada.



VI. CONCLUSIÓN:

Luego del trabajo de recolección y análisis de datos los resultados de esta investigación evidencian que la Hipótesis ha podido ser comprobada dado que los hábitos alimentarios de las mujeres adultas que asisten al natatorio se vio favorecido con la implementación de la actividad física, se pudo observar un aumento del apetito, en la mayoría de las encuestadas, contribuyendo este a un mayor consumo y selección de alimentos de mejor calidad nutricional. También se pudo concluir que las adultas mayores hacen una buena selección de los alimentos, cantidad también acorde a sus necesidades nutricionales y utilizan adecuados métodos de cocción.

Concluyendo la investigación se puede argumentar que la mayoría de las entrevistadas presentan, una alimentación completa, variada y suficiente, a esto se le suma el complemento de la actividad física desarrollada en el natatorio, contribuyendo ambos a mantener un buen estado de salud.

Bibliografía:

- L Kathleen Mahan, Sylvia, Escott-Stump. Nutrición y dietoterapia de Krause. España, 1998, décima Edición cap13.
- L Kathleen Mahan, Sylvia, Escott-Stump. Nutrición y dietoterapia de Krause. 12 a edición. España, 2009 cap10 Pág. 287-288.
- Suárez, Marta María, López Laura Beatriz. Fundamento de Nutrición Normal, 1ª. ed., -Buenos Aires: El ateneo, Marzo, 2002.
- Torresani, María Elena- Somoza María Inés. Lineamiento para el cuidado nutricional, Osteoporosis, EUDEBA Buenos Aires 2000, Pág. 102-109.
- Torresani, María Elena – Somoza, María Inés. Lineamientos para el cuidado nutricional. Tercera edición. Av. Rivadavia 1571/73(1033), Buenos Aires, EUDEBA (Universidad de Buenos Aires). (Agosto de 2009).
- Suárez, Marta María, López Laura Beatriz. Alimentación Saludable. ed Akadia. Buenos Aires (2006).
- Sandra Lucia Restrepo M., Rosa María Morales G., Martha Cecilia Ramírez G. María Victoria López L., Luz Estela Varela L. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. Rev Chil Nutr Vol. 33, N°3, Pág. 13 Diciembre 2006.
- Acosta, Raquel Susana. Evaluación Nutricional de Ancianos: Concepto, métodos y Técnicas manuales para trabajadores de gerontología y geriatría. Ed. Brujas. 1ra edición. Córdoba 2008 prologo Pág.7.
- Carmona, Ma. Fernanda. Anorexia y pérdida de peso en el anciano. Tesis de Carrera de postgrado de Médico especialista en geriatría. Rosario. UCA. (1998).

Internet:

- Documento recuperado en: wordreference.com. Diccionario de la Lengua Española. consultado 12-06-2010.
- Documento recuperado de: www.deportesalud.com/deporte-salud-deporte-en-la-tercera-edad-html. Consultado: 02-06-2010.
- Documento (www) recuperado de: html.rincondelvago.com/actividad-fisica-en-la-tercera-edad.html. (consulta: 9-05-2010).
- Documento recuperado de: www.scielo.cl/scielo. Rev. Chilena de nutrición. V33 N3 Santiago (diciembre 2006)- consultado:20-06-2010.

Anexos y Apéndices

Formulario de frecuencia de comidas

Comidas	Come	No come	Consumo semanal
Carnes			
Fiambres			
Legumbres			
Huevo			
Leche entera			
Leche Desc.			
Yogurt entero			
Yogurt Desc			
Quesos			
Pan			
Productos de panadería			
Galletitas			
Cereales			
Espinaca			
Lechuga			
Tomate			
Zapallito			
Cebolla			
Zanahoria			
Calabaza			
choclo			
papa			
Cítricos			
Manzana			
Durazno			
Pera			
Uva			
Banana			
Frutilla			
Azúcar			
Golosinas			
Gaseosas			
Gaseosas light			
Jugos			
Jugos light			
Alcohol			
Empanadas			
Pizza			

Encuesta alimentaría

Apellido y Nombre:

Fecha:

Edad:

Estado civil:

Ocupación:

1. ¿Siempre ha seguido la misma alimentación? Si no

Si es no ¿cuándo cambio?

¿Por qué?

1.2 ¿Cómo describiría su apetito antes de empezar a realizar aquagim?

Aumentado

Moderado

Disminuido

1.3 ¿Y cómo lo describe ahora?

Aumentado

Moderada

Disminuido

2. ¿Come siempre a la misma hora? Si no A veces

3. ¿Desayuna todo los días? Si no

Si es no ¿Cuántas veces?

4. ¿Realiza las 4 comidas diarias? Si no

Si es no ¿Cuántas y Cuáles?

5. ¿Hay alimentos que consume porque piensa que son buenos para su salud? Si no

¿Cuáles?

5.1 ¿Hay alimentos que no consume porque piensa que son malos para su salud?

Si no ¿Cuáles?

6. ¿Ingiere lácteos y derivados? Si no

Si es si ¿Cuáles?

6.1 ¿Calidad? Enteros () semidescremados () descremados ()

6.2 ¿Con que frecuencia?

7 ¿Come usualmente algo entre comidas? Si no

Nombre que come.....

8. ¿Come fuera del hogar? Si no

¿Cuáles comidas?

9 ¿Esta bajo dieta especial? Si no

Si es si ¿Para qué y quien se la recomendó?

10. ¿Cuáles son los métodos que más utiliza para elaborar las comidas?

Frito- asado- horneado-al vapor-hervido- plancha.

11. ¿Ha tenido problemas con su peso? Si no

Si es si Sobrepeso bajo peso

12 ¿Cómo se siente con su peso?.....

13 ¿Padece de alguna patología? Si no

14 Si es si ¿Cuál?

14.1 ¿Toma medicación? Si no

¿Cuál?

15 ¿Fuma? Si no

16. ¿Qué ejercicios realiza?

16.1. ¿Cuántas veces a la semana?

16.2.¿ Cuánto tiempo hace que realiza ejercicio?