



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CATEDRA ADULTO Y ANCIANO



# FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR

## AUTORES:

Br. Castillo, Elizabeth  
Br. Mier, Alejandra  
Br. Moreira, Ana María

## TUTORES:

Prof. Agda. (s) Lic. Enf. Lacava, Esther  
Prof. Agda. (s) Lic. Bracco, Alicia

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2009

## INDICE

Abreviaturas	Pág. 2
Agradecimientos	Pág. 3
Resumen	Pág. 4
Introducción	Pág. 5
Planteamiento del problema y objetivos	Pág. 6
Marco teórico	Pág. 7
Metodología	Pág. 22
Variables	Pág. 23
Análisis de los datos obtenidos	Pág. 25
Análisis	Pág. 34
Conclusiones	Pág. 36
Sugerencias	Pág. 37
Bibliografía	Pág. 38
Anexos	Pág. 40

## **ABREVIATURAS**

ASSE – Administración Servicio Salud del Estado

Dto. – departamento

Adj. – Adjunta

Prof. – Profesora

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos agradecer a nuestras tutoras, las docentes Prof. Agda. (s) Lic. Esther Lacava y Prof. Agda. (s) Lic. Alicia Bracco por su constante orientación y apoyo durante nuestro proceso de investigación y formación.

A las autoridades del Centro de Salud de la Cruz de Carrasco por haber confiado en nosotros y permitirnos desarrollar nuestra investigación en dicha institución, a la directora Lic. Norma Recoba, Lic. Carmen Martínez y el personal de enfermería por su colaboración.

Familiares y amigos que su constante apoyo incondicional nos incentivaron a continuar y a superar los obstáculos encontrados.

A todos ellos muchas gracias.

## RESUMEN

La investigación se basó en el estudio de los factores de riesgo que influyen en la alimentación de los adultos mayores, a través de un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal prospectivo en el período comprendido entre el 30 de marzo al 7 de abril 2009.

Nuestro objetivo general fue identificar los factores que influyen en la alimentación de los adultos mayores de 65 a 85 años.

Para ello se tomó una totalidad de 52 adultos mayores que concurren al Centro de Salud Cruz de Carrasco, dependencia de la Red de Atención ASSE, ubicado en Juan Hagázzzi sin número y Camino Carrasco.

Los datos se recolectaron a través de una encuesta con pregunta tipo cerrada, para ello se creó un formulario. Los datos obtenidos fueron tabulados y graficados a través de una estadística descriptiva.

En los resultados encontramos que un mayor número de adultos mayores, el 67,3% eran de sexo femenino y la edad que prevalecía era de 65 a 75 años con un 78%; y que el 38,5% vivían con "otros" (entendiéndose por otro familiar directo hijos y/o nietos) y la mayoría con un 40,4% eran jubilados.

En lo referente a hábitos saludable se pudo saber que el 63,5% no realizaban actividades como paseos, juegos, etc. De la totalidad de los adultos mayores entrevistados, 42 correspondiendo al 80,7% realizaban caminatas diarias, de dicho total un 83,4% caminaban más de 5 cuadras.

Al realizar una valoración nutricional y caracterizar a la población mediante el IMC se reflejó que un 32% tenían un sobrepeso, 17,3% sobrepeso riesgoso y 9,7% sobrepeso de alto riesgo. Nos da un total de riesgo nutricional de contraer enfermedades el 59,7%.

Referente a la cavidad bucal el 90,4% correspondiendo a 47 adultos tienen piezas dentarias incompletas (de este total se pudo saber el 63,4% tenían prótesis parcial).

**Palabras claves:** Alimentación, Adulto Mayor, Proceso de envejecimiento, Enfermería.

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación se llevo a cabo por tres estudiantes del curso Profesionalización de Auxiliares de Enfermería del Ministerio de Salud Pública (Generación 2005) de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de la República.

La misma fue tutorada por las Docentes Prof. Agda. (s) Lic. Esther Lacava y Prof. Agda. (s) Lic. Alicia Bracco, de los departamentos de Salud de Adulto y Anciano y por el departamento de Salud Comunitaria.

La investigación se realizo atendiendo una exigencia curricular con base a un interés grupal sobre el tema de la alimentación en la tercera edad.

Nos sentimos incentivados con la población elegida al ser un tema importante ya que es el sector etareo predominante en nuestro país, y por ser un área en la que enfermería tiene un amplio campo a desarrollar.

Nuestra investigación se realizo en el Primer Nivel de Atención, en el Centro de Salud La Cruz de Carrasco, dependencia de la Red Atención Primaria ASSE; ubicado en Juan Hagátzi sin número y Camino Carrasco.

Se realizo un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal prospectivo que tubo como finalidad conocer los factores que inciden en la alimentación de los adultos mayores que concurren a dicho centro de salud, en el periodo comprendido del 30 de marzo al 7 de abril, para el análisis se determinaron la siguientes variables: edad, sexo, composición familiar, vivienda, hábitos saludables, hábitos nocivos, hábitos alimenticios, valoración sensorial, valoración nutricional y cavidad bucal.

Los datos fueron tratados con un programa informatizado (Excel) para luego realizar el análisis de estos a través estadística descriptiva, utilizando tablas de distribución y graficas.

Del análisis se obtuvo que el 63,3% pertenecía al sexo femenino, la edad que prevalecía con un 78,8 %era de 65 a 75, que el 38,5% vivían con otros (entendiéndose por otros a familiares directos y/o hijos/ nietos) el 40,4 %eran jubilados

Aunque no constituye un objetivo de este estudio, las autoras decidieron destacar que el 59,7% mantenían un sobrepeso riesgoso y con alto riesgo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Pregunta Problema:

¿Que factores influyen en la alimentación de los adultos mayores que concurren al Centro Cruz de Carrasco en el tiempo comprendido desde el 30 de marzo al 7 de abril de 2009 ?

### **OBJETIVO GENERAL**

- Identificar los factores que influyen en la alimentación de los adultos mayores de 65 a 85 años que concurren al "Centro de Salud La Cruz de Carrasco".

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar la población
- Describir los factores que influyen en la alimentación de dichas personas.

## MARCO TEÓRICO

Para tratar el tema de investigación de referencias sobre el estudio de los factores que influyen en la alimentación de los adultos mayores en el Centro de Salud de la Cruz de Carrasco hemos recurrido a nuestro marco teórico. El mismo se baso en la: situación demográfica de los adultos mayores en el Uruguay, Enfermería comunitaria en el Primer Nivel de Atención, Proceso de envejecimiento y Alimentación.

### SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DEL URUGUAY

Según el censo de población efectuado en el año 2004; constituyen el 13,4% de la población uruguaya (432981 personas) de las cuales el 60% son mujeres.

Esta población se divide en dos grupos: 65 a 74 años representando el 56% y 75 años y más el 44% restante; los mismos son los que requieren de más cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía (envejecimiento del envejecimiento)

El 94% de los individuos mayores de 60 años residen en la comunidad y casi la mitad 47% se concentra en Montevideo. Para el 2025 las proyecciones prevén que esta población alcance el 20% y que los mayores de 75 años constituirán el 40% del grupo etareo (375.000 individuos).

Los mayores de 65 años pueden presentar problemas médicos y sociales complejos y diferentes grados de declinación funcional; no obstante, la mayor parte de ellos son auto válido y socialmente integrado y solo un 20% viven solos. Esta situación suele presentarse con mayor frecuencia en los de mayor edad, pero la necesidad de cuidados continuos y de larga duración determina que el 3,11% de los ancianos viven en instituciones de larga estancia sometidos a cuidados especiales.

Es importante destacar que el resto (465.000 personas) viven en hogares uni o pluripersonales y es hacia ellos que van dirigidas nuestras recomendaciones para la promoción de una alimentación saludable, en el contexto del estilo de vida saludable.

En ancianos con mal nutrición la morbimortalidad es mayor que en los de buen estado nutricional.

La obesidad, el aumento, el riesgo de enfermedades cardiovasculares, el desarrollo de cáncer en varias localizaciones: mama, colón, vesícula, hígado, ovario, páncreas, endometrio, esófago y riñón.



Estudios epidemiológicos han demostrado menores tasas de cáncer en aquellos individuos que consumen dietas ricas en frutas y verduras: pobres en carnes rojas y grasas animales.

Un estado nutricional deficiente constituye un factor desfavorable para el adulto mayor; ya que existe una relación directa entre nutrición y enfermedad; enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más los ancianos enfermos. Un estado nutricional adecuado contribuye al mantenimiento de la función de los diferentes órganos y sistemas, disminuyendo la falta de vitalidad brindando mayor bienestar y energía a la persona de la tercera edad.

Muchos de los adultos mayores desconocen los componentes de los alimentos y muchas veces lo más necesario se consume en cantidades inadecuadas.<sup>1</sup>

Cabe destacar que existe un proyecto de ley denominado “promoción integral del adulto mayor” cuyo objetivo es: “disponer de pautas y protocolos orientados a mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor”.

Surge a partir de que en nuestro país las políticas sanitarias aún no están actualizadas con respecto a la actual situación del Uruguay: PAÍS ENVEJECIDO. Es así que dichas políticas deben de estar abocadas a un ENVEJECIMIENTO EXITOSO.

Con este proyecto de ley se apunta además a definir criterios, normalizar la asistencia en distintas áreas, priorizando la cobertura de necesidades básicas como: vivienda, ALIMENTACIÓN, salud (potenciando la promoción y prevención) y recreación, siguiendo planes específicos que aseguren la accesibilidad, equidad y la justicia del sistema.

En dicho programa se elaboró un carné del adulto mayor (Decreto N° 159/2006). En el cual nos aporta toda la información necesaria para realizar la valoración integral del anciano. El cual contempla todos los aspectos que desarrolla el programa.

En dicho programa se promueve también:

- a) Estimular la participación activa del adulto mayor en actividades de recreación, educación y vocacionales, disminuyendo costos, barreras arquitectónicas o ayudar para la adquisición de ayudas funcionales.
- b) Proporcionar oportunidades para que el adulto mayor transmita a los jóvenes su experiencia laboral en el ámbito de la educación técnica pública y privada.
- c) Política habitacional que permita acceso a una vivienda adecuada, a un costo reducido.

---

<sup>1</sup> Protocolo para el manejo en el primer nivel de atención de los principales síndromes geriátricos (Uruguay 2007)

- d) Estimular la creación de instituciones que agrupen al adulto mayor para actividades de recreación e integración social.
- e) Promover la integración en los planes educativos de los tres niveles de la enseñanza pública y privada, el tema del adulto mayor, su valoración y respeto en la sociedad y la familia.

#### Enfermería Comunitaria en Primer Nivel de Atención: y en la atención al Adulto Mayor:

La atención integral a la salud supone el desarrollo de acciones de promoción, recuperación y rehabilitación, dirigidas a las personas y el ambiente con el objeto de elevar la calidad de vida, controlar los riesgos y reparar los daños producidos actuando en todo momento con una orientación preventiva.<sup>2</sup>

Nosotros lo haremos desde el Primer Nivel de Atención que se define como la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada. Las actividades que se realizan son: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; con participación activa de la población. Se incluyen las policlínicas y centros de salud.<sup>3</sup>

En el año 1978 la conferencia de la OMS-UNICEF de Alma-Ata definió la Atención Primaria de Salud (A.P.S.) como: "La asistencia sanitaria esencial basados en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados socialmente aceptados puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad; mediante su plena participación a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y de autodeterminación".<sup>4</sup>

La declaración de APS esta impregnada conceptualmente de algunos elementos como: integral (el individuo como ser bio-sico-social-ambiental); continúa (seguimiento en las diferentes etapas de la vida); accesible; equipo interdisciplinario; comunitario y participativo; programada y evaluable, docente e investigadora.

---

<sup>2</sup> Lic. Nelly De Biase – Clase impartida año 2005

<sup>3</sup> 1er. Nivel de actuación

<sup>4</sup> Conferencia de las OMS – Unicef De Alma - Ata

Enfermería es un integrante activo e importante dentro del equipo interdisciplinario; definiendo a enfermería según INDE (1993 plan de estudio)<sup>5</sup> como una disciplina encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos poblacionales; realiza la atención de un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención. Dentro del primer nivel de atención las actividades que realiza enfermería como parte de la estrategia son:

- participación comunitaria (grupo, familia y del individuo)
- educación para la salud
- participación en diferentes programas de salud
- coordina y realiza actividades con otros sectores comunitarios
- participa activamente en actividades de vigilancia epidemiológica
- realiza visitas domiciliarias
- administra los cuidados de enfermería de los usuarios, recursos materiales y humanos del servicio
- realiza educación en el servicio, al personal de enfermería y otros técnicos
- realiza investigaciones de enfermería y/o conjuntamente con el equipo, sobre temas relacionados a la salud

Debido por la multicasualidad del proceso salud-enfermedad y entendiendo al hombre como ser social surge el concepto de Enfermería Comunitaria.<sup>6</sup> La cual, es una disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la enfermería y de la salud, los aplica como alternativa de trabajo de la comunidad, con el fin de promover; mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación de esta mediante cuidados directos e indirectos a los individuos, a las familias, a otros grupos y a la propia comunidad en su conjunto; como miembro de un equipo multidisciplinario y en el marco de una planificación general de atención a la salud.

---

<sup>5</sup> Def. del INDE de Enfermería

<sup>6</sup> Caja López. C.E.T. A.C. "Enfermería Comunitaria". Tomo I Editorial Masson – Barcelona 2003

## PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso progresivo natural del ser humano, que cada persona experimenta con diferente intensidad.

Las personas envejecen a medida que en su tránsito por las diversas etapas del ciclo de la vida, ganan en años.

Actualmente, es difícil establecer el comienzo de esta etapa de la vida en función exclusiva de la edad, dada la creciente longevidad que se considera que una persona es Adulto mayor a partir de los 65 años, y muy ancianas a aquellas que superan los 80.

Es así que tenemos:

- Adulto Mayor Sano: no presenta enfermedad ni alteración funcional, mental y social.
- Adulto Mayor Enfermo: presenta alguna afección aguda crónica, pero sin problemas funcionales, mentales o sociales.
- Adulto Mayor Frágil: presenta una serie de factores médicos (procesos crónicos, inválidos, polifarmacia, etc.) Deterioro funcional o mental, problemas sociales, cambios de domicilio.

La definición de envejecimiento incluye todos los cambios estructurales y funcionales que se producen a lo largo de la vida, desde el desarrollo embriogénico hasta senescencia, pasando por la maduración.

Significa también disminución de la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, determinando así una mayor sensibilidad.

La promoción de la salud en los ancianos es dirigida a mejorar y mantener la salud en el más alto nivel de función e independencia posible.<sup>7</sup>

Es así que el proceso de envejecimiento es un proceso altamente complejo y variado, que involucra cambios en la célula, en el tejido y en los organismos: se cree que se inicia por procesos internos (programación genética) e influido por factores externos; estresores del medio ambiente, estilo de vida, capacidad de adaptación, existencia o falta de apoyo social, sensación de utilidad y bienestar consigo mismo.

- Los individuos de este grupo etario se enfrentan a problemas físicos, psíquicos y sociales, originados de cambios biológicos propios de la edad, los que muchas veces condicionan la capacidad para llevar a cabo un acto tan natural como es: "el comer diariamente"; el cual a veces no se puede resolver completamente, pero sí paliarlo para lograr una mejora en la calidad de vida.

<sup>7</sup> Ministerio de Salud Pública Dirección General de Salud-Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención.

Se ha propuesto eliminar el concepto de envejecimiento normal y sustituirlo por envejecimiento habitual, en contraste con el envejecimiento exitoso; cuando el deterioro es menor del esperado, o patológico, cuando ocurre deterioro excesivo.

Encontramos que existen alteraciones patológicas asociadas al envejecimiento, relacionadas con el estilo de vida; como la intolerancia a los hidratos de carbono, la osteoporosis y la aterosclerosis; todas íntimamente ligadas al proceso de envejecimiento. Sin embargo, hoy se reconoce que cuando se controlan las otras variables, (Alimentación tabaquismo, ejercicio) solo un pequeño porcentaje del deterioro que se observa en tales circunstancias, es atribuible al envejecimiento en sí mismo.

Se ha podido demostrar que el ejercicio y la alimentación son los principales determinantes de cambios favorables en la salud del adulto mayor y han puesto en evidencia que existe una relación directa y significativa entre la condición física y la tolerancia a la glucosa o la resistencia a la insulina.

- Un factor muy importante para el mantenimiento de la salud integral es el espíritu, la moral, la actitud con la que vivimos y hacemos las cosas.

Investigaciones recientes revelan que si una persona considera que la vida es estimulante, significativa, interesante, incitante y no aburrida y tediosa, si persiste en propósitos importantes y vive experiencias satisfactorias; su organismo funciona mejor, se acrecienta su salud física, mental; y resiste y vence a las enfermedades.

La expectativa de vida a los 65 años es de 17 años y a los 75 es de 11 años; una cantidad considerable de tiempo para realizar cambios de comportamiento y percibir así los beneficios de salud.

La actividad física es fundamental para prevenir el envejecimiento innecesario; por tal motivo se debe informar a los adultos mayores sobre el papel de la actividad física y ayudar en la selección del tipo de ejercicio, enfatizando que sea regular y progresivo. Todo ejercicio debe adaptarse a las características de los adultos mayores a los que van dirigidos (caminar, nadar, pedalear).

El caminar es uno de los más eficaces en la prevención de la osteoporosis. Es el más conveniente y adaptable a todos los ejercicios. Cuando se realiza de forma bien orientada, ya que les da a las personas mayores sensación de seguridad, mejora el equilibrio, disminuye la aprensión, aumenta la velocidad de desplazamiento y disminuye la sensación de fatiga. Protege contra la cardiopatía isquémica, ayuda a disminuir la presión arterial y el peso.

Lo más conveniente es realizar caminatas por lo menos media hora al día con una marcha algo más rápida que la habitual, escogiendo terrenos llanos con suelo regular, con ropa cómoda; calzado confortable y procurar ir siempre acompañado.

Nadar también es uno de los medios más eficaces para mejorar y mantener la capacidad cardiorrespiratoria y el sistema neuro-muscular.

Pedalear es también muy recomendable, ofrece beneficios circulatorios; mantiene el tono de los brazos, columna y principalmente piernas.

El proceso del envejecimiento conduce a un adelgazamiento de los tejidos orales y una mayor vulnerabilidad a las lesiones de la cavidad oral. Este hace más probable que las personas mayores sufran daños en la mucosa como resultados de dentaduras postizas mal ajustadas.

La enfermedad periodontal, las infecciones no tratadas, los dientes cariados; pueden causar el aflojamiento de la unión de los dientes con la pérdida subsiguiente de incluso dientes sanos; y además a que las personas eviten ciertos alimentos.

Los alimentos muy calientes o muy fríos pueden agravar el dolor oral al igual que los alimentos muy duros o fibrosos, que requieren una fuerza de masticación significativa.

La pérdida de dientes y carecer de dentadura postiza o utilizar una mal ajustada interfieren con el placer asociados al consumo de alimentos, aunque la influencia del estado dental sobre la ingesta de nutrientes es controvertida.

Además la dentadura mal ajustada irrita a la lengua y los tejidos de la mucosa y producen dolor al masticar la comida.

Por dicha razón los ancianos deben modificar y adaptar su dieta a una textura blanda pero en muchas ocasiones, caen en errores dietéticos como dejar de consumir carnes, frutas y verduras o abusar de alimentos blandos fritos como las croquetas.

A continuación aparecen diferentes alimentos de fácil masticación clasificados por grupos:

- Grupo de los lácteos: leche, yogures, queso fresco, queso tierno, queso rallado, flan, crema y natillas.
- Grupo de las verduras y de las hortalizas: verduras en puré, verduras hervidas y chafadas, gazpacho, zumos de zanahoria o de otras hortalizas, lechuga cortada en juliana, zanahoria rallada, tomate o pepino rallado.
- Grupo de las frutas: zumos naturales, frutas en almíbar, compota de fruta, pera o manzana hervidas o al horno, batidos de fruta, plátano chafado, manzana rallada, tomate maduro sin piel, macedonia troceada en pedacitos pequeños y frutas blandas como la uva, las fresas, etc.

- Grupo de los farináceos: pan de molde, pan de viena sin costra, arroz pasta, patata hervida, al horno o en puré, legumbres en forma de puré o chafadas y galletas, bizcotes o melindros mojados con la leche.
- Grupo de los proteicos: carne picada, hamburguesas, albóndigas, croquetas, pescado, pasteles de carne o de pescado, huevos (el duro es mejor rallarlo), jamón york y fiambres (de pollo o pavo, etc.)<sup>8</sup>

Proporcionar fuentes nutritivas de calidad que requieren una sola una masticación limitada constituye una prioridad para las personas mayores con mal estado dental. Los productos lácteos, los huevos, carne picada, el pollo y el pescado muy cocidos, y las legumbres son fuentes de proteínas de alta calidad.

Los zumos de fruta, las verduras de hojas verdes, caídas y la papa pueden aportar vitaminas A, C y B6. Muchas frutas frescas, como las manzanas, los melones o las bananas, pueden ser consumidos por las personas total o parcialmente desdentadas.

En relación a la dieta en los adultos mayores, cabe agregar que aquellos individuos que consumen dietas ricas en frutas y verduras, pobres en carnes rojas y grasas animales, tienen menos posibilidades de enfermar de cáncer.

Se recomienda en la prevención primaria ingesta apropiada de calcio; comer cuatro comidas al día; hidratación adecuada (6 a 8 vasos de agua al día) y evitar “comer solo”; lo cual se ha convertido en un hecho social y familiar. También es conocida la sensación de desánimo cuando hay que “cocinar para uno solo”. Estas sensaciones se pueden combinar con los impedimentos físicos para ir “solo a la compra”, o estar “solos en la cocina”. Muchas veces la combinación de uno o varios de estos cambios redundan en dietas desequilibradas que no cubren los requerimientos nutricionales y no satisfacen las necesidades de apoyo y compañía de esta población.

La adaptación en los cambios en el estilo de vida. La salud, el status económico, pueden producir cambios en los problemas alimentarios. El aumento de la edad y el descenso de necesidades energéticas dan lugar a un menor consumo de alimentos y conducir a patrones nutricionales inadecuados.

La poca actividad física, el vínculo social, la depresión, la soledad y los sentimientos de autoestima pueden conducir al desinterés por las comidas.

Los cambios en el sentido del gusto y el olfato, la pérdida de dientes y la invalidez física pueden afectar de un modo adverso a la ingesta de nutrientes. Una persona que vive sola en su domicilio, o dependiente de otros para el suministro de alimentos o que no pueda moverse fácilmente por la casa para asumir la preparación de las comidas; se ve obligada a depender de artículos alimenticios pre cocinados y pueden tener ingesta limitadas de productos lácteos y frescos.

<sup>8</sup> Manual de Alimentación geriátrica. Marta González Caballero. Editorial Formación ALCALA, octubre 2007

Otro problema suele ser la depresión que acompaña la pérdida de movilidad, productividad y de imagen corporal, lo cual incide en la mejora de la calidad de vida. Estos cambios obligan a modificar la dieta del adulto mayor para evitar en algunos casos y compensar en otros las carencias nutricionales y consecuentemente los trastornos de la salud.

La jubilación es una de las etapas más importantes en los últimos años de vida del ser humano y, para la mayoría, supone un gran esfuerzo de adaptación. En la mayor parte de los ancianos viene unida a la pérdida de responsabilidad familiar, la disminución del poder adquisitivo. La aparición de un sentimiento de aislamiento social y la pérdida del prestigio social y para muchos, supone el comienzo de su final (trauma). El anciano pierde el contacto con sus compañeros de trabajo y debe reestructurar su vida en todos los niveles, provocando la aparición de conflictos personales. En ocasiones el anciano precisa de cuidados constantes por parte de su familia o de un cuidador y la relación afectiva puede verse deteriorada.

Sin embargo, para otros muchos, esta etapa más de la vida no es tan negativa (no supone ninguna crisis) y deciden vivirla con total armonía y satisfacción, dedicándola a realizar sus sueños (viajar, estudiar, realizar talleres varios, etc.).

Los factores que favorecen una adaptación positiva a la vejez son la actividad, los recuerdos positivos, la libertad de estilos de vida, las actitudes realistas sobre los cambios físicos y psíquicos, la aceptación de uno mismo, la participación continuada en actividades gratificantes, la aceptación por parte del grupo social, la salud y la economía suficientes, la falta de preocupaciones, la participación en algún tipo de grupo-comunidad, las relaciones intergeneracionales, el mantener intereses variados y la habilidad de disfrutar.

Por el contrario, los factores que producen una peor adaptación a la vejez son el poco interés en el mundo de hoy, la retirada a un mundo de fantasía, el poco contacto social, la falta de energía y de participación, el aislamiento en instituciones fuera del entorno, las preocupaciones constantes y la vuelta al pasado o reminiscencia patológica.

Existen múltiples teorías que ayudan a entender este proceso, tales como las teorías biológicas: entre ellas se mencionan la teoría de la inmunidad, de los radicales libres, del estrés, del error. Todas ellas son con un enfoque biológico.

Teorías biológicas del envejecimiento – Intentan explicar los procesos fisiológicos que se producen de forma gradual, que son automáticos y universales.

Teoría del envejecimiento programado (celular) – Establece que las manifestaciones de los cambios de la senectud son el resultado de programas genéticos que contienen "genes del envejecimiento" responsables de los cambios seniles que preceden al fallecimiento y muerte del organismo.



Teoría de enlace cruzado – teoría genética que se basa en la velocidad de reparación del ADN. Ya que está relacionada con la duración de la vida de las especies. En cultivo en células humanas la velocidad de reparación del ADN disminuye a medida que las células envejecen.

Teoría del deterioro aleatorio – teoría genética; se basan en las reacciones de los radicales libres (moléculas inestable que poseen una carga eléctrica adicional o electrones libres). Cuando los radicales libres atacan las moléculas lesionan las membranas celulares. El envejecimiento se produce a causa de una lesión celular acumulada que interfiere con la función celular.

Teoría de la auto inmunidad – con la edad disminuye la capacidad del sistema inmunológico. Esta teoría sostiene que las enfermedades que se producen en la vejez son debido a una disfunción inmunitaria, la cual explica los inicios de algunos procesos (cardiopatía reumáticas, enfermedades cardiovasculares, demencia senil, cáncer, etc.)

Teoría del stress y teorías virales – esta teoría establece que los factores estresantes internos y externos, físicos, sociológicos y ambientales producen cambios en la estructura y en las sustancias químicas del cuerpo. Causando una lesión irreversible en el organismo. Las teorías virales dicen que en el organismo existe un virus lento o común que puede formar parte del proceso del envejecimiento.

Teoría neuroendocrina – relaciona al sistema neurológico y endocrino, los cuales tienen un rol importante en la regulación del proceso de envejecimiento. Ligan al envejecimiento a un control en el encéfalo, hipotálamo e hipófisis y el sistema inmunitario.

Desde el punto de vista social hay 3 teorías que ayudan a comprender si la persona tiene una vejez exitosa demostrada a través de su capacidad de adaptación a los cambios inevitables y el grado de deterioro mientras que aún se sienten capaz de contribuir y crecer. Son las siguientes:

### Teoría de la Actividad

Afirma que el estado activo del individuo es la base para mantener u obtener satisfacción y autorrealización y que el decremento de las actividades sociales es una imposición de la sociedad ante el anciano y en contra de los deseos del mismo. Se hacen notar a través de esta teoría los siguientes puntos:

- 1) Que es necesaria la actividad social para continuar con el desarrollo de roles.
- 2) La continuidad de los roles son necesarios para la manutención de un auto concepto positivo; se dice que existe correlación entre la satisfacción con el estilo de vida y la actividad social (Haxighurst 1969)

### Teoría del descompromiso o disociación

Esta teoría sugiere que, con el paso del tiempo, el anciano empieza a dar de baja sus roles sociales y que hay un mutuo rechazo y aislamiento de la persona hacia la sociedad y viceversa.

Esta teoría apoya la idea que la vejez causa un alto nivel de satisfacción, y que el anciano acepta la inevitable disminución de interacciones sociales y se vuelve cada día más auto concentrado (Cumming 1961)

### Teoría de la continuidad

Es una estrategia de adaptación para enfrentarse a los cambios que se producen durante el envejecimiento normal, como se adaptan las personas al propio envejecimiento.

La premisa central de esta teoría es que los adultos mayores intentan conservar y mantener las estructuras internas y externas mediante estrategia que mantengan la continuidad.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencias que puedan presentarse en el anciano y que impidan el aprendizaje o que dificulten la adaptación a su nuevo estado de jubilado por eso se deberá vigilar y controlar los posibles problemas originados por la falta de motivación, disminución sensorial, depresión, falta de interés, debilidad sico-motriz y disminución de la capacidad de aprendizaje.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Havighurst (1969)

## ALIMENTACIÓN

Una vez conocidos las diversas circunstancias y cambios que afectan al proceso de envejecimiento, comenzaremos por definir alimentación, que consiste en la obtención, preparación e ingestión de los alimentos.

Sea cual sea la edad, es muy importante llevar a cabo una alimentación adecuada y un estilo de vida saludable, que incluye la práctica regular de ejercicio según la condición física individual y el abandonar hábitos perjudiciales (tabaco, alcohol, automedicación) y la ocupación del tiempo libre en actividades lúdico recreativas.

Una alimentación saludable no es comer de todo en abundancia ni privarse de los alimentos. Comer sano depende de una adecuada selección y preparación de los alimentos basada en los hábitos alimentarios, en los conocimientos acerca del valor nutricional de los alimentos, acorde con las diferentes posibilidades económicas y combinando diversos alimentos en forma equilibrada. No hay una dieta única perfecta.

- La variación de los alimentos hace agradable la dieta, estimula el apetito y garantiza el consumo adecuado de nutrientes que favorecen un buen estado nutricional.
  - Alimentarse bien y mantener el peso corporal adecuado previene las enfermedades nutricionales, tanto como déficit como por exceso.
  - El peso adecuado del adulto y del adulto mayor se mantiene al consumir estrictamente las calorías necesarias y llevar a cabo una vida física activa.
  - En una dieta para ancianos debe asegurar una buena disponibilidad de nutrientes, una preparación culinaria adecuada y un marco físico acogedor y sin tensiones.
- 
- Ingesta ante todo debe ser un acto de convivencia y relación social. Es importante que los alimentos sean vehículo de salud y que su degustación se realice dentro de un marco de armonía.
  - Mantener en lo posible los hábitos y gustos personales.

- Uso de productos alimenticios pre cocinados, listos para calentar y comer.

Debemos de aclarar que el uso de este tipo de alimentos tiene sus desventajas y ventajas:

Desventajas – dificultad de identificación, en cantidad y calidad, de los ingredientes. Existen sensibles diferencias en cuanto a la proporción y calidad de los ingredientes entre pre cocinados similares según la marca comercial. Alteraciones en el valor nutritivo: dado que muchos de estos alimentos ya están pre cocinados y pierden una gran cantidad de nutrientes y cada vez que se calientan pierden el aporte vitamínico. Las grasas saturadas y el colesterol suelen abundar debido a las salsas, las grasas y otros ingredientes que se emplean en su fabricación.

Ventajas – larga conservación, fácil preparación y variedad. La oferta es cada vez mayor de pre cocinados para personas con necesidades especiales. Desde hace 3 o 4 años han proliferado los preparados que van procedido con etiquetas, con denominaciones del tipo “sin colesterol” “Light” “sin azúcar” “bajo en sodio”. Esto ha permitido a diferentes personas que en principio no podían tener los preparados convencionales y algunos de sus componentes específicos, dispongan hoy en día de productos especiales obtenidos bajo diversas modificaciones, adaptadas a distintas necesidades.

En definitiva, los pre cocinados no son los más nutritivos y saludables del mercado pero tampoco hay que considerarlos como algo negativo. Simplemente hay que ingerirlos de forma ocasional y no como base de la dieta.

Cabe destacar que es muy normal que las personas mayores pierdan la sensación de sed. En este sentido deberá realizar un esfuerzo tratando de ingerir abundante agua y líquido con el fin de mantenerse bien hidratado.

#### Beneficios del ejercicio físico:

- Mejora la digestión y evita el estreñimiento se consigue más flexibilidad y mayor agilidad.
- Mejora la circulación sanguínea.
- Baja la tensión arterial.
- Disminuye el porcentaje de grasas y la obesidad.

- Aumenta la fuerza muscular.
- Mejora la postura y la armonía corporal.
- Aumenta la capacidad de trabajo.
- Disminuye los dolores musculares.
- Aumenta la estabilidad.

Entendiendo por nutrición al proceso mediante el cual los alimentos ingeridos se transforman y asimilan, es decir se incorporan al organismo de los seres vivos que deben comer sano.

Estado nutricional: estado de salud de una población o un individuo como consecuencia de la ingestión y utilización de nutrientes y no nutrientes. La cantidad y/o calidad inadecuada de la ingesta, la pobreza, el aislamiento social, las enfermedades o los cuadros crónicos, la invalidez, el uso crónico de medicamentos y la edad avanzada (más de 80 años) se asocian con el aumento de riesgo del estado nutricional deficiente.

Debemos destacar que previo a la programación de la dieta se debe realizar la valoración nutricional, por medio de la cual calculamos las necesidades nutricionales. El objetivo de la valoración es identificar las causas, iniciar el tratamiento y evitar las consecuencias de la malnutrición. Se debe realizar una adecuada intervención nutricional; individualizada, dirigida a corregir las carencias.<sup>10</sup>

En conjunto se debe realizar la valoración global subjetiva y la valoración nutricional clínica y antropométrica:

Los procesos metabólicos del envejecimiento, el consumo de muchos medicamentos y las enfermedades agudas o crónicas, hacen que sus necesidades energéticas se encuentren aumentadas.

Con la edad la absorción de calcio va disminuyendo en relación con la menor secreción de ácido gástrico, asociado con los niveles bajos de Vitamina D.

El déficit de hierro es un problema frecuente, relacionado con el consumo de antiácidos y anti-inflamatorios.

En el manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación<sup>11</sup> se encuentran las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA), que son un instrumento educativo que adopta los conocimientos

<sup>10</sup> Programa Nacional de Nutrición 2007. Valoración global subjetiva. Lectura sobre nutrición. Junio 2000, Vol. 7

<sup>11</sup> Programa nacional de nutrición Manual para la Promoción de Prácticas Saludables en la población uruguaya 2005

científicos sobre recomendaciones nutricionales y composición de los alimentos en mensajes prácticos que facilitarán a las personas la selección y consumo de una alimentación saludable. Son una serie de mensajes breves, claros, concretos, culturalmente aceptables, fundamentados en los hábitos o costumbre alimentarias de la población; dirigidos a personas sanas con objetivo de promover la salud y reducir el riesgo de enfermedades nutricionales, tanto por déficit como por exceso.

Esta guía tiene como objetivo general promover el consumo de una alimentación saludable a través de la mejora en el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas nutricionales de la población contribuyendo al mantenimiento de su adecuado estado de salud y nutrición.

Como objetivos específicos de los GABA:

A) Nivel individual:

- Fomentar una alimentación saludable y culturalmente aceptable
- Modificar los hábitos alimentarios inadecuados y reforzar aquellos adecuados para el mantenimiento de la salud.
- Orientar a la población en la elección de una dieta saludable estimulando el uso más racional y eficiente de los recursos económicos disponibles, jerarquizando los alimentos producidos en el país y tomando en cuenta la disponibilidad estacional de los mismos.

B) Nivel institucional: servir como instrumento en la planificación y evaluación de programas de alimentación y nutrición.

- Proporcionar pautas para la capacitación en servicios de diferentes niveles de atención.

C) A nivel industrial: orientar a la industria alimentaria en la elaboración de alimentos de alta calidad nutricional.

- Estimular la elaboración de alimentos saludables en los lugares de expendios de alimentos.
- Promover un adecuado etiquetado nutricional de los alimentos.

## METODOLOGÍA

### Tipo de estudio:

La presente investigación es un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal prospectivo que pretende conocer los factores que influyen en la alimentación de los adultos mayores que concurren al centro de Salud Cruz de Carrasco.

Población y muestra: La población de estudio estuvo constituida por 52 adultos mayores de ambos sexos entre 65 y 85 años de edad que concurren desde el 30 de Marzo al 3 de abril de 2009 a la consulta en dicho centro de salud. El tamaño de la muestra fue determinado por las autoras por conveniencia.

Exclusión: Aquellos adultos mayores que presentaron trastornos neurológicos, psiquiátricos y los mayores de 85 años. Aquellos adultos mayores que tienen 65 años a 85 años de ambos sexos que no acepten la realización de dicha encuesta

Método e instrumento para la recolección de datos: la misma se realizó a través de una encuesta con preguntas de tipo cerrado y para ello se creó un formulario. (ver anexo 1)

Definición operacional de las variables de investigación: ( ver pág. )

Procesamiento de los datos: se realizó a través de un plan de tabulación.

Análisis de los datos: se describen frecuencias absolutas y relativas de las variables.

Los procedimientos que garantizaron los aspectos ético-legales de la investigación consistieron en una carta dirigida a la autoridad de dicho centro.

Realizamos una prueba piloto con el instrumento, verificando confiabilidad y pertinencia de los datos a recabar, de igual manera su eficacia para el fin.

Definiciones operacionales de las variables.

Variables	Tipo	Definición operativa	Indicadores
Edad	Cuantitativa nominal	Período en años o meses comprendido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	65 – 75 años 76 – 85 años
Sexo	Cualitativa nominal	Identifica las características sexuales secundarias	Femenino, Masculino
Composición familiar	Cualitativa nominal	Forma de agruparse los miembros de una familia y en que cantidad variando de una sociedad a otra	Vive solo pareja Otros Cuales.....
Ingreso Familiar	Cualitativa nominal	Tener una ocupación, ejercer un oficio o profesión con fines de lucro	Jubilado Pensionista Trabajo Otros Cuales.....
Vivienda	Cualitativa nominal	Lugar cerrado y cubierto construido para ser habitado por personas.	Habitaciones Dormitorio Comedor Baño Cocina Monocambiente Iluminación  Mantiene una buena postura con un mobiliario adecuado Si no
Hábitos saludables	Cualitativa Nominal	Cualquier acto adquirido por la experiencia y realizado regular y automáticamente	Realiza actividades si no Camina Si no Cuantas cuerdas Mas de 1 : Mas de 3: Mas de 5:  Realiza natación Si no  Anda en bicicleta Si no  Realiza gimnasia o yoga

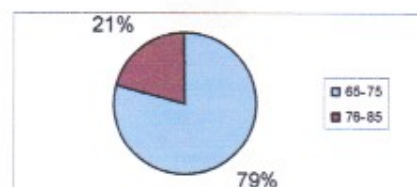


Hábitos nocivos	Cualitativa nominal	Cualquier acto que sea perjudicial para la salud	Si no Tabaquismo si no Alcoholismo si no
Hábitos alimentarios	Cualitativa nominal	Pertenciente o relativo a la alimentación (manera de obrar) Facilidad adquirida por la practica de un ejercicio para la elaboración, Obtención, Preparación e ingestión de los alimentos	¿Necesita ayuda para alimentarse? Si No  ¿Se alimenta solo? Si No  Come habitualmente acompañado? Si No  ¿Consumo alimentos pre cocidos? Si No
Valoración sensorial.	cualitativa	La percepción de los alimentos a través de los sentidos.	Sabor si no Aromas si no Entiende(escucha) Si no
Valoración nutricional	Cualitativa nominal	Peso ----- = IMC Talla <sup>2</sup>	Normal Sobre Peso Sobrepeso riesgoso Sobre peso con alto riesgo
Cavidad bucal	Cualitativa nominal	Abertura del tubo digestivo situada en la cabeza, donde se sitúa lengua y dientes si existen	Dentadura completa incompleta si no Prótesis dental parcial o completa Si no  Focos sépticos Si No

**ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS EN EL CENTRO DE SALUD  
LA CRUZ DE CARRASCO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO  
ENTRE EL 20 DE MARZO Y EL 30 DE ABRIL DE 2009**

Tabla Nº 1 – Distribución de edades

EDAD	FA	FR%
65-75	41	78.8
76-85	11	21.2
Total	52	100

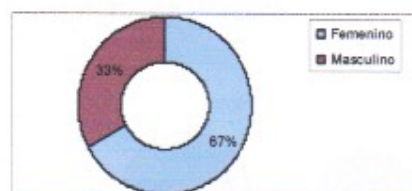


Fuente: los usuarios

Análisis: Podemos destacar que en la variable estudiada encontramos que el mayor porcentaje con un 78,8% corresponde a la edad de 65-75 y un 21,2% a la edad 76-85.

Tabla Nº 2 – Distribución según el sexo

SEXO	FA	FR%
FEMENINO	35	67.3
MASCULINO	17	32.7
Total	52	100

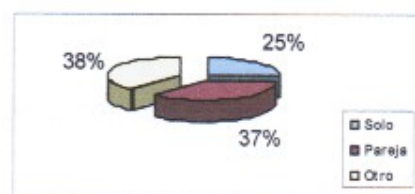


Fuente: los usuarios

Análisis: Según los datos obtenidos un 67.3% sexo femenino y un 32.7% sexo masculino, siendo éste la minoría.

Tabla Nº 3 – Composición familiar

INDICADORES	FA	FR%
SOLO	13	25
PAREJA	19	36.5
OTRO	20	38.5
TOTAL	52	100

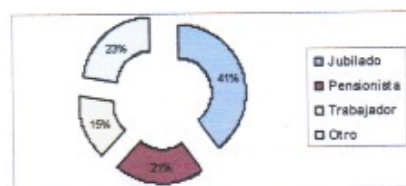


Fuente: los usuarios

Análisis: En la tabla Nº 3 encontramos que la mayoría el 38,5% viven con otros (entendiéndose como otros familiar directo hijos y/o nietos). Teniendo en cuenta también que el 36,5% y solamente el 25% vive solo en su hogar.

Tabla N° 4 – Ingreso familiar

INDICADORES	FA	FR%
JUBILADO	21	40.4
PENSIONISTA	11	21.2
TRABAJADOR	8	15.4
OTRO	12	23
Total	52	100



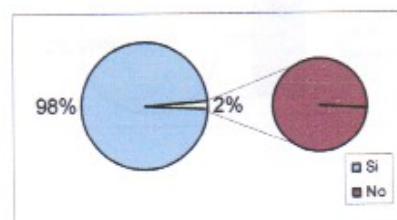
Fuente: los usuarios

Análisis: En este gráfico se destaca que en su mayoría son jubilados 40,4%, seguida por los siguientes pensionistas 21,2%, otros 23% (al destacar son dependiente económicamente de familiares directos) y solamente el 15,4% trabajaban.

### VIVIENDA

Tabla N° 5 – Distribución en el hogar de un lugar adecuado para elaboración de los alimentos

INDICADOR	FA	FR%
SI	51	98
NO	1	2
Total	52	100

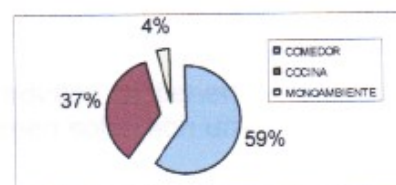


Fuente: los usuarios

Análisis: según los datos obtenidos notamos que un alto porcentaje de adultos mayores un 98% si lo tiene mientras que 2%, la minoría, no cuenta con el lugar adecuado para dicha elaboración de alimentos.

Tabla N° 6 – Distribución en el hogar de un lugar adecuado para consumir sus alimentos

INDICADOR	FA	FR%
COMEDOR	31	59.7
COCINA	19	36.5
MONOAMBIENTE	2	3.8
Total	52	100

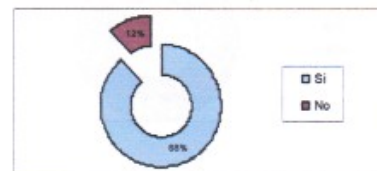


Fuente: los usuarios

Análisis: Según los datos obtenidos se destaca que la mayoría con un 59,7% se alimentaba en el comedor, mientras que un 36,5% lo hacía en la cocina, y solamente el 2% se alimentaba en un monoambiente.

Tabla N° 7 – Mantiene postura al alimentarse

INDICADORES	FA	FR%
SI 7	46	88.5
NO	6	11.5
Total	52	100

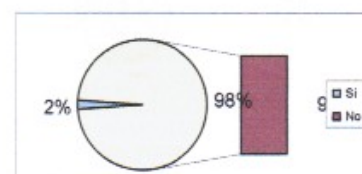


Fuente: los usuarios

Análisis: Podemos destacar que el 88,5% mantiene una buena postura al alimentarse, mientras que solamente un 11,5% no la mantiene.

Tabla N° 8 – Necesita ayuda para alimentarse

INDICADORES	FA	FR%
SI	1	2
NO	51	98
Total	52	100

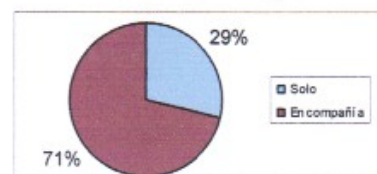


Fuente: los usuarios

Análisis: En este gráfico se destaca que el 98% de los adultos mayores no necesita ayuda para alimentarse y solamente el 2% si lo necesita.

Tabla N° 9 – Se alimenta

INDICADORES	FA	FR%
SOLO	15	28.8
EN COMPAÑÍA	37	71.2
Total	52	100



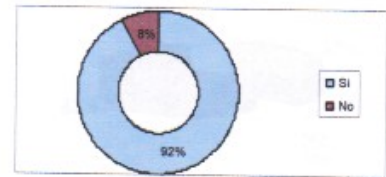
Fuente: los usuarios

Análisis: En este gráfico notamos que la mayoría de los adultos si tienen compañía a la hora de alimentarse con un 71.2% y los que comen solos son un 28.8%.

## VALORACIÓN SENSORIAL

Tabla N° 10– Distinguen los diferentes sabores

INDICADORES	FA	FR%
SI	48	92.3
NO	4	7.7
Total	52	100

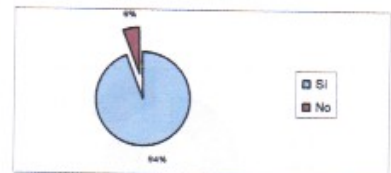


Fuente: los usuarios

Análisis: De este gráfico se destaca que en una amplia mayoría si perciben los aromas con un 92,3% y no lo perciben un 7,7%. Podemos decir que un alto porcentaje tiene presente la sensación del gusto.

Tabla N° 11 – Distinguen los diferentes aromas

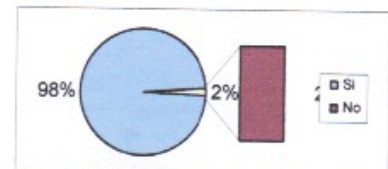
INDICADORES	FA	FR%
SI	49	94.2
NO	3	5.8
Total	52	100



Fuente: los usuarios

Tabla N° 12 – Entiende lo que le preguntan

INDICADORES	FA	FR%
SI	51	98
NO	1	2
Total	52	100



Fuente: los usuarios

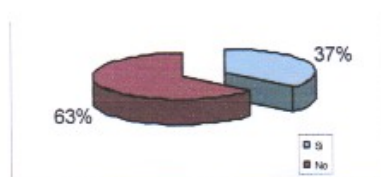
Análisis: Tabla N° 11 y 12

En estas 2 tablas se resalta que 49 adultos mayores, el 94,2% tienen presente dicho sentido mientras que solamente 3 de ellos, el 5,8% no lo tienen presente. Al referirnos a si entiende al valorar su audición se puede decir que en 51 adultos mayores el 98% escuchan lo que se le pregunta mientras que a solo 1 adulto con el 2% no lo entiende, o sea que, no escucha.

## HÁBITOS SALUDABLES

Tabla N° 13 – Realiza paseos, reuniones o recreación

INDICADOR	FA	FR%
SI	19	36.5
NO	33	63.5
Total	52	100

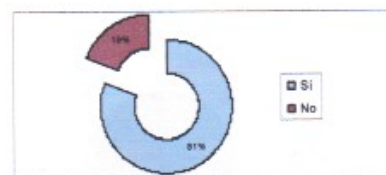


Fuente: los usuarios

Análisis: De la tabla se identifica que el 63.5% no realiza ninguna recreación, mientras que si el 36,5%, dando predominio al análisis a una población sedentaria.

Tabla N° 14 – Camina habitualmente

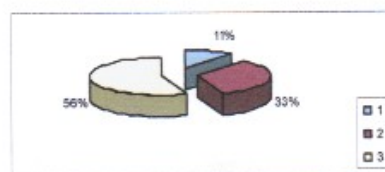
INDICADOR	FA	FR%
SI	42	80.7
NO	10	19.3
Total	52	100



Fuente: los usuarios

Tabla N° 15 – Número de cuadras caminadas

INDICADORES	FA	FR%
1	3	7.2
3	4	9.5
5	35	83.4
Total	42	100



Fuente: los usuarios

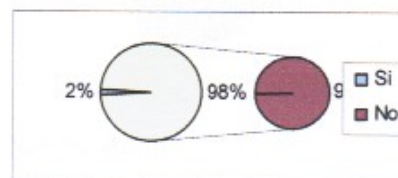
Análisis: De las tablas N° 14 y 15

En cuanto a la tabla N° 14 notamos que existe un alto porcentaje de adultos que camina 80,7% y no caminan 19.3%.

Teniendo en cuenta a los adultos que caminan en un total de 42 se pudo tabular que de esa cantidad el 7,2% caminan una cuadra, 9,5% caminan 3 cuadras y con un alto porcentaje (83,4%) caminan más de 5 cuadras.

Tabla N° 16 – realizan natación

INDICADORES	FA	FR%
SI	1	2
NO	51	98
Total	52	100

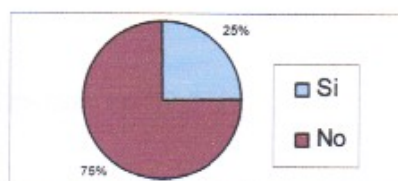


Fuente: los usuarios

Análisis: Resalta en esta tabulación que el 98% de estos adultos no practica dicho deporte, si lo practica el 2%.

Tabla N° 17 – Anda en bicicleta

INDICADORES	FA	FR%
SI	13	25
NO	39	75
Total	52	100

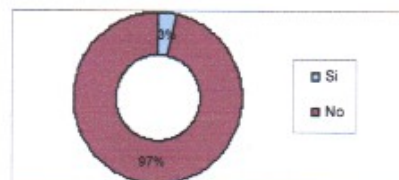


Fuente: los usuarios

Análisis: En este deporte notamos que 75% no anda en bicicleta y el 25% si. Cabe destacar que muchos adultos mayores no lo realizan por falta de seguridad.

Tabla N° 18 – Si realizan yoga o gimnasia

INDICADORES	FA	FR%
SI	2	3.3
NO	50	96.7
Total	52	100



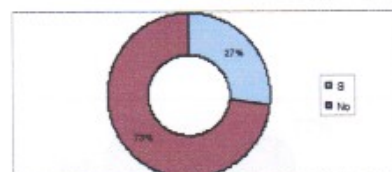
Fuente: los usuarios

Análisis: Podemos destacar que un gran porcentaje, el 96,7% no practica, si un 3,3%, siendo ampliamente la minoría.

## HÁBITOS NOCIVOS

Tabla N° 19 – Fuma

FUMA	FA	FR%
SI	14	27
NO	38	73
Total	52	100

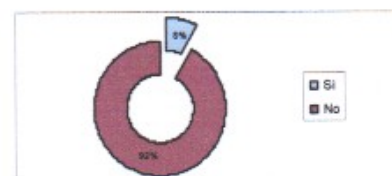


Fuente: los usuarios

Análisis: Referente a este hábito pudimos tabular y destacar que no fuman un 73% y si lo realiza un 27%.

Tabla N° 20 – Ingiere alcohol

INDICADORES	FA	FR%
SI	4	7.7
NO	48	92.3
Total	52	100



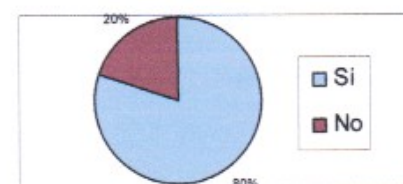
Fuente: los usuarios

Análisis: También referente al alcohol se pudo tabular y resaltar que un 92,3% no ingieren, si lo hace un 7,7%.

## HÁBITOS ALIMENTICIOS

Tabla N° 21 – Prepara su comida

INDICADORES	FA	FR%
SI	41	80
NO	11	20
Total	52	100



Fuente: los usuarios

Tabla N° 22 – Quien prepara los alimentos

INDICADORES	FA	FR%
PAREJA	7	63.7
FAMILIAR DIRECTO	4	36.3
Total	11	100

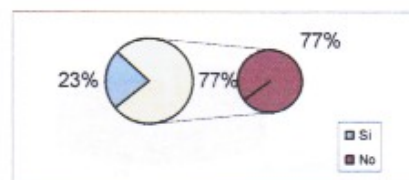




En lo referente a si el adulto mayor prepara su comida con un alto porcentaje de 80%, mientras el 20% no la prepara, en la tabla 21 se tabula que de 11 adultos, el 63.7 % la prepara su pareja, mientras que el 36,3% lo elabora algún familiar directo.

Tabla N° 23 – Consumo de alimentos precocidos

INDICADORES	FA	FR%
SI	12	23
NO	40	77
Total	52	100



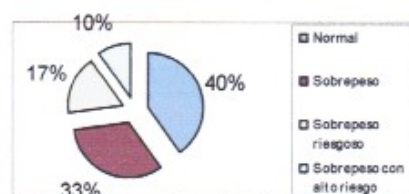
Fuente: los usuarios

Análisis: Igualmente podemos destacar que no consumen un 77%, si consumen un 23%.

### VALORACIÓN NUTRICIONAL

Tabla N° 24 – Índice de masa corporal

INDICADORES	FA	FR%
NORMAL	21	40.3
SOBREPESO	17	32.7
SOBREPESO RIESGOSO	9	17.3
SOBREPESO CON ALTO RIESGO	5	9.7
Total	52	100



Fuente: los usuarios

Análisis: Si bien el estudio de IMC no constituye el objetivo de nuestra investigación, si fue importante para caracterizarla, obteniendo que el 40,3% mantenían el peso normal (18, 5 a 25), que el 32,7% mantienen un sobrepeso (25,1 a 30), siguiendo por los siguientes datos: 17,3% sobrepeso riesgoso (valor 30,1 a 40) y el 9,7% mantenían un sobrepeso con alto riesgo (valor 40,1 a 70).

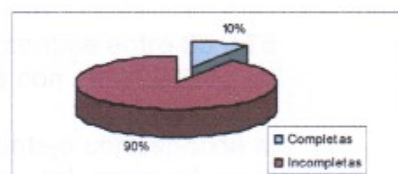
Destacándose que el IMC se calcula:

$$\frac{\text{Peso kg}}{\text{Talla}^2 \text{ cm}}$$

## CAVIDAD BUCAL

Tabla N° 25 – Piezas dentarias

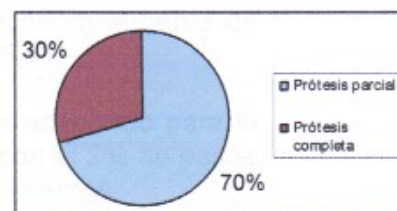
INDICADORES	FA	FR%
COMPLETAS	5	9.6
INCOMPLETAS	47	90.4
Total	52	100



Fuente: los usuarios

Tabla N° 26 – Piezas dentarias incompletas

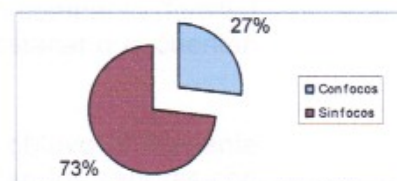
INDICADORES	FA	FR%
PROTESIS PARCIAL.	33	70.2
PROTESIS COMPLETA	14	29.8
Total	47	100



Fuente: los usuarios

Tabla N° 27 – Piezas dentales con focos

INDICADORES	FA	FR%
CON FOCOS	14	27
SIN FOCOS	38	73
Total	52	100



Fuente: los usuarios

Análisis: de las tablas N° 25, 26 y 27, se pudo analizar que en un gran número tienen piezas dentales incompletas con un 90,4%, el resto completas con un 9,6%. Sabiendo que 47 adultos tenían piezas incompletas se pudo tabular que de ese total el 63,4% tenían prótesis parcial y el 29,6 total. Con respecto a los focos sépticos el 73% de la población total tenían focos y el 14% no lo tenían.

## ANÁLISIS

Del proceso de investigación llevado a cabo en el Centro de Salud de Cruz de Carrasco, dependencia de la Red de Atención Primaria ASSE, con el estudio de una población de 52 usuarios adultos mayores en el período comprendido desde el 30 de marzo al 3 de abril de 2009 se obtuvo que:

Del perfil social de la población encontramos un mayor porcentaje entre 65 y 75 años con un 78,8% y un menor porcentaje de 76 a 85 años con un 21,2%.

Referentes al sexo se pudo determinar que el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino con un 67,3% en 35 adultos mayores y el resto al sexo masculino con un 32,3 correspondiente a 17 adultos.

Para realizar un análisis más detallado se encontró 20 adultos mayores con un 38,5% que conviven con "otro" (entendiéndose como otro a familiar directo hijos y/o nietos), en parejas 19 adultos 36,5% y 13 usuarios el 25% viven solos.

En lo que respecta al ingreso familiar 21 adultos mayores son jubilados que corresponde al 40,4%, pensionistas son 11 adultos mayores con un 21,2%, "otros" 12 adultos con el 23% (éstos con dependientes económicamente de familiares directos) y 8 de ellos trabajan representando un 15,4% .

Referente a la vivienda 51 usuarios el 98% tienen un lugar adecuado para la elaboración de sus alimentos y solamente un adulto mayor con el 2% no posee en su hogar un lugar adecuado para la elaboración de sus alimentos. Se ha podido determinar que 31 adultos con el 59,7% se alimentan en el comedor de su hogar, 19 adultos correspondientes al 36,5% en la cocina y solamente 2 del total de adultos con un 3,8% tenían un monoambiente. Un alto porcentaje de estos adultos mantienen una adecuada postura cuando ingieren sus alimentos correspondiendo a 46 usuarios el 88,5% y por la negativa 6 adultos el 11,5%. Creemos conveniente destacar que a 51 adultos el 98% no necesita ayuda al alimentarse y solamente 1 con el 2% necesita ayuda para alimentarse; y 37 de estos usuarios el 71,2% comen en compañía (familia) y solamente 15 e 28,8% comen solos en su hogar. Cabe destacar que cuentan con el mobiliario adecuado para consumir sus alimentos.

En lo que se refiere a la variable valoración sensorial, se obtuvo el siguiente análisis, que en una amplia mayoría de 48 adultos percibían los sabores con un 92,3% y no lo percibían 4 con un 7,7%; podemos decir que en un alto porcentaje tienen presente la sensación del gusto. Con respecto a los aromas en 49 adultos mayores el 94,2% lo tenían presente dicho sentido mientras que solamente 3 de ellos, el 5,8%, no lo tenían presente. Al referirnos a si entiende al valorar su audición se puede resaltar que en 51 adultos mayores con un 98% escuchan lo que se les pregunta, mientras que un solo adulto con el 2% no escucha y no entiende bien. También realizando una valoración de los hábitos saludables se identificó que 33 adultos mayores correspondientes al 63,5% no realiza paseos, juegos, ni participaba en reuniones de recreación, mientras que si concurrían a dichas

actividades 19 adultos mayores, un 36,5%. Teniendo en cuenta la si caminaban, realizaban natación, andaban en bicicleta o yoga se tabularon los siguientes datos: se puede decir que existe un alto número de adultos mayores que realizan caminatas, 42 adultos con un 80,7% y no lo realizan 10 adultos con un 19,3%, teniendo en cuenta a los adultos que realizaban caminatas en un total de 42 se pudo tabular que de esa cantidad 7,2% caminan 1 cuadra, 9,5% caminan 3 cuerdas y con un alto porcentaje caminan más de 5 cuerdas, con un 83,4%. En lo que respecta a la natación 51 adultos no la practican con un 98%, si la practica 1 adulto correspondiendo el 2%.

También al tabular si andaban en bicicleta, este deporte no lo practican 39 usuarios con un 75%, si lo realizan 13 usuarios con un 25%, cabe destacar que muchos de estos adultos no la realizan por falta de seguridad. Referente a la yoga en 50 adultos, el 96,2% no la practicaban, si en 2 adultos el 3,8%.

Al referirnos a hábitos nocivos, si fuma o ingiere alcohol, se pudo porcentuar que de 38 usuarios con un 73% no fumaban y si lo hacían 14 con un 27%; refiriéndonos al alcohol no lo hacían 48 usuarios con un 92,3% si lo ingerían 4 adultos mayores con un 7,7%.

En cuanto a los hábitos alimenticios, refiriéndonos a la preparación de la comida se pudo porcentuar que un alto porcentaje de 41 adultos mayores con un 80% lo preparaban mientras que 11 solamente, el 20%, no lo hacía; se pudo saber también, mediante la tabulación de datos que los 11 usuarios que no la preparan el 36,3% lo prepara su pareja y el 63,3% lo elaboran sus familiares directos.

En lo que respecta al consumo de alimentos precozidos por la negativa fueron 40 adultos mayores un 77% y por la afirmativa que si consumen fue 12 correspondiendo al 23%.

Para realizar un análisis más profundo se realizó una valoración nutricional por medio del IMC, considerando de gran importancia para caracterizar la misma, logrando acercarnos al usuario para obtener nuestro objetivo, se tabuló que en el total de la población 21 adultos, el 40,3% mantienen un peso normal (18,5 a 25), que 17 el 32,7% de los adultos estaban con sobrepeso (25,1 a 30), surgiendo de los siguientes datos de estos 9, el 17,3% tenían sobrepeso riesgoso (30,1 a 40) y en 5 adultos, el 9,7% mantenían un sobrepeso con alto riesgo( 40,1 a 70), destacándose que el IMC se calcula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso kg}}{\text{talla}^2 \text{ cm}}$$

Al referirnos a la cavidad bucal se pudo tabular que del total de la población un alto porcentaje de 47 adultos mayores, el 90,4%, tenían piezas dentarias incompletas y el 5 adultos mayores, 9,6% tenían piezas completas.

Sabiendo que 47 adultos mayores tenían piezas dentarias incompletas se pudo porcentuar que de ese total 63,4% tenían prótesis parcial, 29,6% prótesis dentaria total.

Sabiendo que existía focos sépticos se tabuló que en el total de 38 adultos, el 73% no poseían focos, mientras que en 14 usuarios si lo tenían con un 27%.

## CONCLUSIONES

De manera de concluir se pudo decir que se cumplió con los objetivos planteados, identificando los factores que influyen en la alimentación de los adultos mayores y caracterizarlos.

- Con respecto a la edad y al sexo constituye el reflejo fiel de la realidad socio-epidemiológica de nuestro país según el censo de la población efectuado en el año 2004.
- Con respecto a la composición familiar, la mayoría de los adultos mayores conviven con otros (familiar directo, hijos/nietos) en su mayoría se debe a la situación económica en el que se encuentre, teniendo un 23% dependientes económicamente de familiares directos.
- Referente a la vivienda el 98% tienen un lugar adecuado para la elaboración de sus alimentos, siendo esto importante para la preparación de los mismos, basada en los hábitos alimentarios de cada usuario, incluyendo la postura adecuada, la mayoría auto válidos, viviendo en compañía (familia), favoreciendo un envejecimiento exitoso.
- Con respecto a los hábitos saludables podemos resaltar que es una población sedentaria siendo uno de los principales determinantes de cambios favorables en la salud del adulto mayor .

A la vista de los resultados, creemos que en el futuro, a través de esta investigación sería necesario detenerse un momento en la valoración de los factores que han podido incidir en esta población, entre los que pensamos encontraríamos sin dudas cambios en los hábitos alimentarios, conductas sedentarias, estilo de vida saludables, así como el ejemplo del diario cuidado que debe aportar el entorno familiar.

Una actuación a tiempo evitaría problemas de salud a corto plazo, con esto nos referimos concretamente a la prevención y detención precoz enmarcado en el ámbito del Primer Nivel de Atención. En el cual el rol de la Licenciada en enfermería debe crear nuevos ámbitos de actuación y fortificar los ya existentes.

La enfermera profesional debe trabajar conjuntamente con el adulto mayor y el equipo multidisciplinario en la mejora de su salud, fortaleciendo en los planes de estudios la educación para la salud y más concretamente en los estilos de vida saludables; así como el ejemplo diario del cuidado de la salud que debe aportar el entorno familiar.

## **SUGERENCIAS**

Para contribuir el logro de esto como futuros profesionales de la salud, las autoras planteamos las siguientes sugerencias:

- Que el presente estudio sea el inicio de una investigación más profunda sobre el tema.
- Fortalecer ámbitos de actuación de la enfermería, planteando acciones específicas (promover el control de salud, hábitos higiénicos dietéticos saludables, educación sanitaria, ejercicio físico y control odontológico, etc.), que favorezcan la actitud del individuo, a resistir o evitar que generen el desarrollo de la enfermedad logrando así dichas políticas que deben estar abocadas a un envejecimiento exitoso.
- Hacer un llamado de atención a todos aquellos (personas, organismos, instituciones, etc.) que puedan aportar alguna propuesta a dar mejora a los estilos de vida saludables.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Caja López. C.E.T. A.C. "Enfermería Comunitaria". Tomo I Editorial Masson – Barcelona 2003
2. Nutrición en el envejecimiento. 2ª edición Eleonor D. Schelenker año 2006
3. M. En C. Hernández Sapieri, Dr. Fernández Collado, Dr. P. Baptista , Lucio "Metodología de la investigación" edición. México. Año 2003
4. Enfermería Básica Autoras Valoración de anciano Lic. Rosa Castro de Yépez, Lic. Madalena Guzman de Suarez. Manual de enfermería. Madrid, España. Havighurst (1969)
5. Manual de Enfermería Gerontológico. Pamela BABB STANLEY
6. Universidad Católica, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Diploma en Soporte Nutricional y Parenteral 2007.
7. Protocolo para el manejo en el primer nivel de atención de los principales síndromes geriátricos (Uruguay 2007)
8. Universidad Católica, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Diploma en Soporte Nutricional y Parenteral 2007.
9. Facultad de Medicina Hospital de Clínicas Departamento de Geriátrica Dr. Italo Savio. Curso de Enfermería (material de apoyo 1998)
10. Programa Nacional de Nutrición 2007. Valoración global subjetiva. Lectura sobre nutrición. Junio 2000. Vol. 7
11. Conferencia de las OMS – Unicef De Alma - Ata
12. Def. del INDE de Enfermería
13. Datos preliminares del Instituto Nacional de Estadística (I.N.E. 2006)
14. Lic. María Ema Leites y Cobs – Directora de la ENYD (Escuela de Nutrición y dietética)
15. Tendencias de medicina "Revista Científica" año XV Nº 31, octubre 2007, ISSM 0797-7271. Directora de la ENVD, Prof. Licenciada María Ema Lentés.
16. Lic. Nelly De Biase – Clase impartida año 2005
17. A.S.STAAB, L.C. HODGGS. Enfermería Gerontológico. Cap. 11. Problemas nutricionales. Mc Graw-Hill Interamericana.
18. [http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica\\_/guia/terc\\_edad/intro.htm](http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica_/guia/terc_edad/intro.htm)

19. [http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica\\_l/guia/terc\\_edad/dieta\\_ideal.htm](http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica_l/guia/terc_edad/dieta_ideal.htm)



# ANEXO 1

## INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

### 1) Datos patronímicos:

Edad    \_\_\_  \_\_\_

Sexo: femenino

      masculino

### 2) Composición familiar

Vive: - Solo

      - Pareja

      - Otro

Cuales \_\_\_\_\_

### 3) Ingreso familiar

- Jubilado

- Pensionista

- Otros

Cuales \_\_\_\_\_

### 3.1) Vivienda:

- Posee en su hogar un lugar adecuado para la elaboración de sus alimentos  
si  no

- En que lugar de su casa consume sus alimentos \_\_\_\_\_

- Mantiene una postura adecuada cuando ingiere alimentos  si  no

- Necesita ayuda para alimentarse    si  no

- Se alimenta solo    si  no

Come habitualmente solo o en compañía de otros? \_\_\_\_\_

La iluminación de su casa es: artificial

  natural

### 4) Valoración sensorial

- Usted diferencia los distintos sabores de las comidas  si  no  
(dulce, salado, amargo, etc.)?

- Distingue los diferentes aromas de las comidas?  si  no

- Entendió lo que le pregunté?  si  no

5) Hábitos:

- Realiza actividades: paseos, juegos, reuniones de recreación, si  no   
concorre a algún club?

Camina habitualmente? si  no

Cuántas cuerdas? más de 1   
más de 3   
más de 5

Realiza natación? si  no

Anda en bicicleta? si  no

Realiza gimnasia, yoga? si  no

Fuma? si  no

Ingiere alcohol? si  no

Otros \_\_\_\_\_

6) Hábitos alimenticios

Usted prepara su comida? si  no

Quien prepara los alimentos? \_\_\_\_\_

Consumo alimentos precocidos, congelados habitualmente? si  no

7) Valoración nutricional

Peso \_\_\_\_\_

Talla \_\_\_\_\_

IMC \_\_\_\_\_

8) Cavidad bucal: piezas dentales:

- completas

- incompletas

- prótesis dentales: parcial   
completa

- tiene focos sépticos

## EXPLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instructivo para la recolección de los datos se aplicó a los usuarios en sala de espera para realizar diferentes consultas.

Se procedió al llenado de este formulario de la siguiente forma:

Se realizará variable por variable

Edad: se consigna número de años

Sexo: se asigna con una cruz el sexo que corresponde

Composición familiar: se marcará la categoría correspondiente en el espacio asignado con una cruz.

Ingreso familiar: se marcará la categoría correspondiente en el espacio asignado con una cruz.

Vivienda: se marcará la categoría correspondiente en el espacio asignado con una cruz, según lo especificado en el formulario.

Valoración sensorial: se marcará la categoría correspondiente en el espacio asignado con una cruz, según lo especificado en el formulario.

Hábitos: se marcará la categoría correspondiente en el espacio asignado con una cruz, según lo especificado en el formulario. Teniendo en cuenta también la posibilidad de tener más de un hábito.

Valoración nutricional: los investigadores realizamos la valoración nutricional mediante el cálculo de IMS (en un consultorio equipado, previamente calibrados los instrumentos a utilizar).

Cavidad bucal: se marcará la categoría correspondiente en el espacio asignado con una cruz.