

2015-11-04

Situación de convivencia y estrategias de consumo alimentario en Adultos Mayores de la comarca Viedma-Patagones

Dell, Claudia E.

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/403>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

INFORME FINAL DEL TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

CARRERA DE ESPECIALIZACION EN GERONTOLOGIA COMUNITARIA E
INSTITUCIONAL

FACULTAD DE PSICOLOGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL - PRESIDENCIA DE LA NACIÓN

SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA

**Título de Tesis: “Situación de convivencia y estrategias de consumo
alimentario en Adultos Mayores de la comarca Viedma-Patagones”**

Región: Patagonia Norte

Tutora: María Inés Gaviola

Tutoras de Tesis: Mg. María Angélica Touceda - Médica Romina Rubin

Alumna: Lic. Claudia E. Dell

Fecha de entrega: 27/09/2014

ÍNDICE

1) Resumen

2) Introducción

2.1 Planteo del problema

2.2 Fundamentación

2.3 Objetivos

2.4 Aspectos metodológicos

3) Marco teórico

Capítulo 1: Envejecimiento

Capítulo 2: Situación de convivencia

2.1 Familia y vejez

2.2 Apoyo social en los adultos mayores

2.3 Fuentes de apoyo social en los adultos mayores

2.4 La red de apoyo social del adulto mayor

Capítulo 3: Alimentación

3.1 Estrategias domésticas de consumo alimentario

3.2 Hábitos alimentarios

3.3 Requerimientos nutricionales en el adulto mayor

3.4 Cambios fisiológicos en el proceso de envejecimiento

3.5 Posibles enfermedades que influyen en la alimentación

3.6 La alimentación en la tercera edad

4) Diagnóstico

5) Conclusión

6) Propuesta de intervención

7) Bibliografía y Anexos

RESUMEN

La presente investigación surge de identificar la situación de convivencia y las estrategias del consumo alimentario de los adultos mayores de la comarca Viedma-Patagones. Para tratar el interrogante planteado se realizo entrevistas a adultos mayores con vistas a mejorar el estado nutricional del adulto mayor y de las personas que comparten con él. Para lograr saldar estas situaciones se propuso la educación alimentaria para los adultos mayores, las familias y la comunidad

INTRODUCCIÓN

2.1 Planteo del problema

Al comenzar este proyecto de investigación con el fin de complementar mi Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, me surgieron varios interrogantes que podían ser investigados sin decidir cual era el que más me interesaba investigar.

Para interiorizarme realice lecturas bibliográficas que me orientaran, a la vez que comencé a intercambiar información con adultos mayores, colegas y profesionales de otras disciplinas, además tuve presente mi experiencia profesional en el área de Programas Alimentarios del Ministerio de Desarrollo Social.

Después de semanas de recopilar información me intereso conocer la situación de convivencia y su vinculación con estrategias domésticas de consumo alimentario en adultos mayores de la comarca Viedma-Patagones.

Igual seguían muchas dudas e interrogantes, no logrando focalizar el problema, surgían preguntas como ¿focalizaba mi investigación en adultos mayores que viven solos?, ¿comparaba el consumo alimentario según género? Después de varios talleres de integración con la tutora y compañeros de la Especialización logre plantear el problema.

2.2. Fundamentación

El envejecimiento poblacional, es un proceso que ha surgido por cambios demográficos como descenso de la fecundidad y de la mortalidad, permitiendo un aumento en la esperanza de vida de las personas y ha producido modificaciones en el seno de las familias, es decir, la estructura nuclear tradicional da lugar a otras formas de familia.

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), consideró tres líneas de acción: a) Personas de edad y el desarrollo; b) fomento de la salud y el bienestar; c) creación de un entorno propicio y favorable. En este marco de acción se ha promovido la incorporación de los derechos de las personas mayores como un eje clave en la agenda de los gobiernos.

Con este criterio, en América Latina, reconociendo también el proceso de envejecimiento, se acordó en el año 2003 la Estrategia Regional de Madrid, adaptándola a las realidades de cada región con el fin de responder eficazmente a las necesidades e intereses de los adultos mayores, propiciando la creación de condiciones que favorezcan un envejecimiento activo.

En cuanto al fomento de la salud y el bienestar en la vejez es indudable que factores como cuidado de la salud, la actividad física, recreativa, la nutrición tienen gran influencia en el buen estado de salud de los adultos mayores.

Uno de los desafíos que surgen para lograr que los adultos mayores envejezcan sin la presencia de enfermedades, es la promoción de conductas personales y ambientales saludables, que se lograrían mediante una alimentación balanceada, accesibilidad a información sobre hábitos saludables.

La alimentación de un grupo familiar, depende de cómo producen o adquieren los alimentos, cómo los almacenan, los procesan y preservan para hacer frente a períodos de escasez estacional, o mejoran la calidad y seguridad de la oferta de alimentos, cuidando sus preferencias tanto nutricionales como culturales.

En las personas mayores, si bien tienen más disponibilidad de tiempo para realizar compras de alimentos, preparar comidas elaboradas, surgen otras carencias que afectan el consumo de alimentos. Por esta razón se plantea el interrogante que motiva esta investigación: ¿existe relación entre la situación de convivencia y las estrategias domésticas de consumo alimentario en adultos mayores de 65 a 80 años de la comarca Viedma-Patagones?

2.3. Objetivos:

GENERAL

Investigar la situación de convivencia y las estrategias domésticas de consumo alimentario en adultos mayores de 65 a 80 años, de ambos sexos de la comarca Viedma-Patagones, en el período julio a diciembre 2010.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el perfil bio-psico-social de los adultos mayores de la comarca Viedma-Patagones, a diciembre 2010
- Identificar características de consumo alimentario de tales adultos mayores en relación a la situación de convivencia diaria.
- Identificar factores culturales que influyen en el consumo alimentario del adulto mayor.

2.4. Aspectos metodológicos

El tipo de diseño para esta investigación es el descriptivo, que apunta a conocer en detalle una serie de aspectos de la vida de los adultos mayores.

El tipo de estudio: transversal

El análisis de los datos que surjan de esta investigación será de tipo cualitativo – cuantitativo, dada la complejidad del nivel de análisis de los mismos.

Fases del proceso:

- * Revisión bibliográfica, búsqueda de antecedentes, etc.
- * Identificación de la población y/o variables principales
- * Elaboración de los instrumentos para recolección de información
- * Aplicación de los instrumentos
- * Sistematización de los datos obtenidos
- * Análisis de los resultados
- * Elaboración del Informe

Unidad de análisis: Adulto Mayor.

Variables:

- **Identificación:** 1) Características del grupo de estudio
2) Situación de salud y alimentaria.
3) Interés y necesidad de información sobre alimentación

- **Situación de convivencia:** 1) Estrategias domésticas de consumo.
2) Consumo alimentario.
3) Hábitos alimentarios.

Identificación

Con el fin de conocer al grupo de estudio, se analizó el sexo, edad y los ingresos económicos de los encuestados. En la situación de salud se considero si padece alguna enfermedad y la frecuencia de alimentos. En cuanto al interés y necesidad de información, se consultó sobre la importancia y beneficios de los alimentos en esta etapa de la vida y de donde obtienen información sobre alimentación.

Situación de Convivencia

Para tomar conocimiento de la situación de convivencia y las estrategias de consumo de los encuestados se analizó con quienes viven, quien prepara los alimentos, importancia de la mesa familiar, comidas habituales y cuáles son las que más consumen.

“El relevamiento de los datos puede realizarse a través de **fuentes secundarias y primarias**. En el primer caso el investigador recolecta información de archivos, bases, legajos, etc., que contienen información que ha sido previamente relevada por otras personas... La recolección de datos de fuentes primarias consiste en relevar información a partir de la administración de instrumentos elaborados a tal fin a los casos que conforman la muestra. Las investigaciones pueden desarrollarse utilizando alguno o ambos tipos de fuentes”¹ (Arias & Scolni, 2009)

Para esta investigación, las fuentes de recolección de datos serán:

Fuentes secundarias: se extraerán datos Censales, Encuesta permanente de hogares, Estadísticas consumo alimentario (Indec 2010).

Fuentes primarias: se aplicará la observación participante, entrevistas en profundidad a adultos mayores.

La población son adultos mayores, de 65 a 80 años de ambos sexos que residen en la comarca Viedma-Patagones.

En esta investigación la **muestra** es no probabilística ya que se pretende profundizar la situación convivencial y las estrategias domésticas de consumo alimentario en los adultos mayores, dando importancia a la diversidad de la información de los propios actores que residen en la comarca Viedma-Patagones. Para la selección, se tendrán en cuenta, la situación de convivencia, género, edad. Se realizara a un total de 16 adultos mayores.

¹ Arias, C., & Scolni, M. (2009). *Estrategias de investigación e intervenciones desde el apoyo social a los adultos mayores*. Mar del Plata: U.N.M.D.P./ Ministerio de Desarrollo Social. Pág.40

Se prevé que los **instrumentos de recolección de información** serán: entrevistas de tipo semi estructurada, teniendo como ejes temáticos:

1. composición de grupo familiar
1. alimentación (consumo, hábitos, creencias, costumbres)
1. características socio económicas

Los instrumentos de recolección de información para las fuentes secundarias: revisión bibliográfica, on line.

MARCO TEÓRICO

Capítulo N°1

Envejecimiento

La vejez, como un estado del individuo, supone una etapa de la vida: la última. El envejecimiento, es un largo proceso que ocurre, desde el nacimiento hasta la muerte.

No hay una concepción específica que defina que es vejez ni tampoco una variable única y relevante que determine este proceso natural e inevitable en el que se dan cambios y transformaciones en lo biológico, psicológico y social, diferenciando a cada persona.

“Por lo tanto, el envejecimiento es un proceso que dura toda la vida, a pesar que no es fácil reconocerlo. Es necesario saberlo y estar preparado para “hacerlo mejor” a medida que atravesamos las distintas etapas de la vida”.²

Se puede afirmar que el envejecimiento en las personas, con el paso del tiempo modifican los órganos, aparatos y sistemas del organismo y pierden la capacidad de hacerle frente a la enfermedad. Estos cambios son variables en todas las personas y las modificaciones están influenciadas por los hábitos de la vida, algunos aspectos genéticos y efectos del ambiente en el que se vive.

La calidad de vida en la vejez es una consecuencia directa de las acciones y omisiones durante la vida. Las posibilidades de alcanzar o de sobrepasar los niveles proyectados de esperanza de vida y la calidad de vida que se tenga durante ese tiempo, dependen de las oportunidades y privaciones que se tuvieron durante la vida, de los ambientes en que se creció, del capital social y económico adquirido, en síntesis, del cúmulo de experiencias vividas durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

² Touceda, M., & Rubin, R. (2007). *Salud, epidemiología y envejecimiento*. Mar del Plata: U.N.M.d.P. / Ministerio de Desarrollo Social. Pág 45

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad sino todo lo contrario, una vida activa es la forma más segura para conservar la salud en la vejez. “La Organización Mundial de la Salud considera que en la vejez la salud se mide mas en términos de funciones que se pueden realizar que de enfermedades que se padecen.

Por eso la salud de los ancianos se relaciona mas con las posibilidades de funcionar con autonomía en su ambiente familiar, que con padecer tal o cual enfermedad”³.

La salud en esta etapa vital esta condicionada por el estado de salud en etapas anteriores, siendo prioritario el auto cuidado durante toda la vida, evitando hábitos perjudiciales como el consumo de drogas, no fumar, ingerir poco alcohol, realizar ejercicios físicos y consumir una adecuada alimentación.

“Si una persona anciana se mantiene física, social e intelectualmente activa, puede considerarse sana aunque padezca alguna enfermedad crónica. El prejuicio de la sociedad, la ausencia u oposición de la familia, sumado a las limitaciones propias de cada individuo, determinan un “ya no puedo” o “no debo”, que lleva a la marginación y al aislamiento del adulto mayor o lo que es peor creándole sensaciones de enfermedad e impedimentos que no tiene base real.”⁴

Así el concepto de envejecimiento activo surge del mantenimiento de las capacidades físicas, las funciones cognitivas e intelectual, la integridad afectiva y la participación social, la motivación, el mantenimiento de un buen estado de salud y de elaboración de proyectos personales

Según las pautas dadas por la Organización Mundial de la Salud (2002), el marco conceptual del envejecimiento activo es “...el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad de manera de realzar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.⁵

³ Touceda, M., & Rubin.R. (2007). *Salud, epidemiología y envejecimiento*. Mar del Plata: U.N.M.d.P. / Ministerio de Desarrollo Social. Pág 47

⁴ Idem Pág 48

⁵ Roqué, M., & Fassio, A. (2009). *Gerontología comunitaria e institucional*. Mar del Plata : U.N.M.d.P. / Ministerio de Desarrollo Social Pág 29

Para el fomento del envejecimiento activo es necesario un sistema integral de apoyo basado en los principios de A) seguridad y apoyo social B) justicia, equidad y solidaridad C) dignidad D) independencia E) participación.

Desde esta mirada el envejecimiento activo, rubrica en el escenario social acciones productivas con amplio reconocimiento comunitario. Lo que implica una diferencia entre estar o acompañar a formar parte de las redes sociales, reforzar la pertenencia al contexto social y fundamentalmente tomando parte, influyendo y decidiendo.

Capítulo N° 2

Situación de convivencia

2.1 Familia y vejez

Si bien tradicionalmente el rol de la familia era considerado como un sostén principal en el cuidado y atención de las personas mayores, las transformaciones sociales han producido la disminución en la red de apoyo socio – familiar de las personas mayores. “En la antigüedad la palabra de los ancianos era escuchada con respeto y se valoraba su experiencia como fuente de sabiduría. Hoy, a pesar del aumento de las expectativas de vida el concepto de ancianidad tiene connotaciones menos positivas.”⁶

El proceso de envejecimiento poblacional imprime modificaciones en el seno de las familias y en las relaciones inter e intrageneracionales, surge un aumento en las relaciones intergeneracionales y disminuyen las intrageneracionales por falta o disminución de dichos miembros.

Como se menciona, “se ha producido una revolución demográfica y otros cambios que han transformado las expectativas sociales sobre la vejez y la familia. Ha aumentado la esperanza de vida al descender la mortalidad, ha disminuido la fecundidad y se han debilitado las estructuras familiares entre las diversas generaciones. Ha aumentado la diversidad en las formas familiares, normas y costumbres. Eso conlleva que se produzca gran heterogeneidad en lo referente a la situación de las personas ancianas en sus relaciones familiares”.⁷

⁶ Kirchner, A. (2010). *Políticas Sociales del Bicentenario. Un Modelo Nacional y Popular*. Buenos Aires: Brapack. S.A. Pág 42

⁷ Bazo Royo, M. (2004). Sociedad y vejez: La familia y el trabajo. En R. Fernández-Ballesteros: *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide. (pp 241-248).

“Disminuyen las tasas de natalidad, el número de hijos por familia y el tamaño de las familias, pero se incrementan las generaciones, por lo menos en el momento actual: las familias se han **verticalizado**: muchas generaciones de pocos miembros cada una; al tiempo que aumentan los abuelos y bisabuelos, disminuyen los hermanos, tíos y primos.

También han surgido las familias **ensambladas**, producto de la monogamia secuencial y de altas tasas de divorcio e insatisfacción matrimonial, así incrementan las responsabilidades con respecto a los miembros mayores, se multiplican las relaciones con abuelos y bisabuelos, generándose nuevos vínculos y responsabilidades”⁸.

El proceso de envejecimiento de la sociedad tiene consecuencias profundas en la estructura y funciones de la familia, en la organización de los servicios de salud, educacionales y sociales.

Esta etapa de la vida se caracteriza por el retiro de las responsabilidades laborales, acentuándose la dependencia cada vez más de la familia, la comunidad y la sociedad. La disminución de la capacidad física propia del proceso, a su vez, conduce a la población adulto mayor a depender cada vez más de sus familiares para su cuidado y atención. El cambio de rol (de jefes de familia a dependiente de otros miembros) el abundante tiempo libre disponible y los problemas de funcionalidad son circunstancias para las cuales, de no haberse preparado adecuadamente, pueden incrementar los estados depresivos y el aislamiento social. Por lo tanto, la presencia de adultos mayores exige cambios para sus miembros.

La residencia de adultos mayores con sus familiares directos constituye una alternativa aceptada, pues no solo recibe bienes y servicios en el hogar, sino también compañía y la satisfacción de ocupar roles tradicionales.

La asistencia prestada por la familia se extiende al apoyo económico, emocional, social y de salud, resultando necesaria cuando la persona de edad carece o dispone de recursos económicos insuficientes o sus facultades físicas no le permiten convivir en forma autónoma.

⁸ Acrich de Gutman, L. (2007). *Consideraciones sobre familia y envejecimiento*. Mar del Plata: Facultad de Psicología U.N.M.d.P.

El estado civil es destacado como parte de las relaciones familiares debido a su relación con la satisfacción sentimental, psicológica y de compañía en los individuos, principalmente en los adultos mayores ya que permite la atención, cuidados y apoyos.

Las causas por las que un adulto mayor viva solo, son por viudez, divorcio o porque han sido solteras, por lo cual “las relaciones familiares son más limitadas, porque no han tenido hijos. Por otro lado, el haber sido siempre solteras ha hecho que hayan adquirido habilidades para vivir de forma independiente y a solas, por lo que no experimentan el impacto negativo de la viudez o el divorcio”⁹. Vivir solo o sola la pareja esta ligada a los niveles de ingresos disponibles y a la posibilidad de poder valerse por si mismos.

Otra de las posibilidades de residencia que surge en los adultos mayores, es la institucionalización, por lo general, la decisión del anciano a residir en un geriátrico no es plenamente libre y aún cuando no se vea constreñido directamente por sus familiares, aparecen razones que lo llevan a ver a ésta como la única opción.

La falta de recursos económicos y afectivos, impiden al anciano hacer frente a la enfermedad, las disminuciones funcionales propias del proceso de envejecimiento, el aislamiento, la soledad. Es así que se ve en la necesidad de optar por vivir en un geriátrico, con lo que ello supone: abandonar su casa, sus pertenencias, sus recuerdos.

2.2 Apoyo social en los adultos mayores

El grupo familiar tradicional va desapareciendo y surgen otras formas de organización familiar: familias resultantes de nuevos matrimonios y monoparentales: desaparición progresiva de la familia extensa, reemplazada por familias nucleares con características de familia extensa modificada con proximidad geográfica.

⁹ Bazo Royo, M. (2004). Sociedad y vejez: La familia y el trabajo. En R. Fernández-Ballesteros: *Gerontología Social* Madrid: Pirámide. (pp 241-248).

Estos nuevos escenarios implican cambios y readecuaciones tanto en los apoyos sociales informales como formales con los que cuentan los adultos mayores.

“Los apoyos sociales, son un conjunto de transacciones interpersonales o transferencias que operan en las redes, presentándose como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula”¹⁰.

El apoyo social es proporcionado mediante la estructura o red social y puede materializarse en ayuda ya sea emocional, instrumental o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social.

“El modelo de apoyo social sostiene que la participación activa en los espacios sociales y la integración familiar y comunitaria incrementan el bienestar y eleva la calidad de vida”.¹¹

2.3 Fuentes de apoyo social en los adultos mayores

Entre las fuentes de apoyo social se puede distinguir las formales y las informales. “Los apoyos brindados por las **fuentes formales** pueden provenir del ámbito público o privado, poseen una estructura burocrática y objetivos orientados a ofrecer ayuda en determinadas áreas específicas. La disponibilidad de este tipo de apoyo se vincula con el nivel de institucionalidad existente en un territorio determinado. Los apoyos proporcionados por **fuentes informales** corresponden a las redes personales tanto vínculos familiares como no familiares y a las comunitarias que no estén estructuradas como programas de apoyo”.¹²

Las personas mayores requieren fuentes de ayudas institucionales provenientes del estado y de la comunidad, así como soportes relacionales de sus vínculos familiares que promuevan identidad, optimicen su integración intergeneracional o de pares y prevengan su fragilidad en las postrimerías de la vida.

Este conjunto de fuentes de ayudas materiales, físicas, instrumentales y cognitivas son mecanismos de soporte interpersonal que mitigan las etapas de crisis, permiten viabilizar problemas y afrontar conflictos durante el proceso de envejecimiento.

¹⁰ Villanueva, A.; Fernandez Salvador, C. (2010). Las personas mayores y su entorno social, económico y cultural. En M. Roqué (comp) *Manual de cuidados domiciliarios: Nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos.* (pp 95-105) Mar del Plata: Analía Elía.

¹¹ Arias, C.; Scolni, M. (2009). *Estrategias de investigación e intervenciones desde el apoyo social a los adultos mayores.* Mar del Plata: U.N.M.d.P./Ministerio de Desarrollo Social Pág.100

¹² Idem 11 Pág 101

2.4 La red de apoyo social del adulto mayor

“Las redes sociales pueden ser consideradas prácticas simbólico – culturales que incluyen el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico, emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto”¹³.

“Todas las personas están vinculadas con la sociedad e integradas a diferentes redes sociales, pero no todas son redes sociales de apoyo, pues en muchas de ellas no se realizan actividades de intercambio ni asistencia mutua. Las redes varían en el tiempo y en el espacio, se activan o desactivan en coyunturas específicas y en algunos casos, pero no en todos, pueden cumplir un rol relevante para la vida de las personas”¹⁴.

“La funcionalidad de una red en el adulto mayor está dada por la presencia de apoyos sociales, conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares que brindan alguna o varias formas de apoyo. Si bien la persona no recibe permanentemente estas ayudas, puede disponer de ellas en situaciones críticas y fundamentalmente para desarrollar soluciones creativas frente a conflictos y problemas. La red de apoyo social puede ser evaluada en lo que respecta a sus características estructurales, funcionalidad y atributos de los vínculos que la componen”¹⁵.

Los tipos de apoyo son el apoyo emocional, ayuda práctica, ayuda económica, la compañía y la guía o consejo.

El papel que adquiere la persona mayor en las redes de apoyo social, no solo es como receptor sino que juega un rol dinámico y de intercambio, en cuanto a la construcción de relaciones y provisión de apoyos.

¹³Villanueva, A.; Fernandez Salvador, C. (2010). Las personas mayores y su entorno social, económico y cultural. En M. Roqué (comp) *Manual de cuidados domiciliarios: Nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos.*(pp 95-105) Mar del Plata: Analía Elía.

¹⁴ CEPAL - CELADE,.(2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez.* Santiago de Chile: Naciones Unidas. Pág 124

¹⁵ Arias, C.; Scolni, M. (2009). *Estrategias de investigación e intervenciones desde el apoyo social a los adultos mayores.* Mar del Plata:U.N.M.d.P./Ministerio de Desarrollo Social Pág 102

“La red social durante la vejez tiende a reducir su tamaño, distribuirse irregularmente, homogeneizarse y perder funcionalidad; sin embargo, inciden positivamente en la salud física, el estado funcional de los adultos mayores y el desarrollo de las actividades de la vida diaria”¹⁶.

“La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios”¹⁷.

¹⁶ Arias, C.; Scolni, M (2009). *Estrategias de investigación e intervenciones desde el apoyo social a los adultos mayores*. Mar del Plata U.N.M.d.P. / Ministerio de Desarrollo Social Pág 110

¹⁷Bazo, M. T.: *Vejez dependiente, políticas y calidad de vida*. Papers, 56 - 1998

Capítulo N°3

Alimentación

3.1 Estrategias domésticas de consumo alimentario

“Se considera a las estrategias domésticas de consumo alimentario como las prácticas y representaciones acerca de las comidas, realizadas por los agregados familiares, reiteradas a lo largo de su ciclo de vida, tendientes a obtener, respecto de la alimentación, una gama de satisfactores para cumplir con sus fines productivos y reproductivos”¹⁸.

Las estrategias son un despliegue activo de conductas, líneas de acción y prácticas, orientadas a la obtención de satisfactores respecto de la alimentación. Las mismas se desarrollan en la práctica por ensayo y error, alimentadas por los resultados de la experiencia familiar y del entorno de amigos, vecinos e iguales.

Estas prácticas o representaciones son aprendidas, imitadas, contrastadas y transmitidas, pueden ser reiteradas o adaptadas y modificadas para responder a circunstancias similares.

“Las estrategias no son individuales sino del agregado social que llamamos hogar o familia o unidad doméstica, porque allí se realizan los más importantes y significativos eventos para la alimentación de las personas, quienes deciden en conjunto el destino de los ingresos y egresos, la preparación, distribución y consumo de los alimentos, todo esto justificado por creencias y valores acerca de que se debe o puede comer”¹⁹.

¹⁸ Aguirre, P. (2010). *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*. Buenos Aires: Miño y Dávila. Pág 32

¹⁹ Aguirre, P. (2004). *Seguridad alimentaria. Una visión desde la antropología alimentaria*. Córdoba: Fundación CLACYD. Pág 11

Cuando se mencionan una gama de satisfactores en la alimentación para cumplir con fines productivos y reproductivos, la comida no puede ser vista solo en su aspecto nutricional, como cobertura de una necesidad biológica, sino que abarca toda una gama de uso sociales: como principio de incorporación, saciedad simbólica, placer, identificación y diferenciación (entre sectores, edades y género), usos rituales de los tiempos, formatos, etc.

3.2 Hábitos alimentarios

La adaptación en el paladar a determinados alimentos desde edades tempranas, influenciado por las costumbres y las condiciones climáticas del lugar, llevan a conformar hábitos alimentarios, los cuales forman parte de la cultura de los pueblos determinados por las condiciones socioeconómicas imperantes.

La alimentación es una de las manifestaciones socioculturales más importante en la vida de los pueblos. El alimento es una forma de comunicación, vehículo de conductas y normas. Cada comunidad selecciona sus alimentos entre lo que encuentra en su entorno, según sus hábitos alimentarios, dando respuesta a realidades históricas, medioambientales, socioeconómicas.

La alimentación es un aspecto de la vida que sirve, a nivel social, para crear relaciones entre las personas. Cada cultura va a definir lo que es o no válido como alimento, condicionando así su utilización más allá de su disponibilidad. El alimento juega un papel central en el día a día y más en concreto en las relaciones sociales, las creencias y las prácticas alimentarias son difíciles de cambiar, aún cuando interfieren con una correcta nutrición.

Los factores que afectan a la elección de los alimentos y que pueden condicionar el estado nutricional son, entre otros, las pautas de crianza, el marco familiar, las preferencias alimentarias, los tabúes, el marco social, el costumbrismo, el nivel cultural, el marco educativo, los hábitos de higiene, el estado de salud, la educación alimentaria, la publicidad, el marketing, la disponibilidad económica, etc. Todos estos factores son importantes a la hora de decidir lo que comemos y cómo lo comemos, generando así modelos de consumo alimentario diferentes en cada lugar.

3.3 Requerimientos nutricionales en el adulto mayor

La alimentación es el factor primario de la nutrición y tiene una doble función: físico/nutricional y afectivo/gratificador. Está comprobado que una correcta alimentación es la base del desarrollo y de la salud, como así también de la mejor recuperación frente a las enfermedades.

Para una buena nutrición son varias las acciones que se deben realizar, nutrirse comprende: pensar, elegir, adquirir, transportar, almacenar, elaborar, cocinar, servir, masticar, ingerir y absorber.

Las distintas etapas del ciclo vital tienen necesidades energéticas propias para cada momento biológico. Las necesidades energéticas se reducen a medida que la edad avanza.

En la tercera edad la cantidad de calorías debe ser suficiente para mantener al anciano dentro de un peso razonable y con una sensación de bienestar y vigor físico que le permitan una vida plena, en relación con sus años.

Los requerimientos nutricionales que pueden compensar o evitar carencias nutricionales en esta etapa de la vida son los energéticos, proteínas, hidratos de carbono, lípidos, minerales, vitaminas y agua.

“Para el requerimiento **energético** se debe tener en cuenta que es necesario mantener un balance energético equilibrado en función de la actividad física y del gasto energético basal. No está documentado que hay disminución del metabolismo basal con la edad, especialmente ahora que la actividad es mayor en las personas de edad avanzada.”²⁰

Un adecuado **aporte de proteínas**, que cubra entre el 15% y 20% del Valor Calórico Total, es importante en esta etapa de la vida. La pérdida involuntaria de masa muscular es frecuente en la población anciana, debido a una inadecuada ingesta de proteínas, a la disminución del ejercicio físico y a una disminución de la proteína del músculo. Esta pérdida de masa muscular se relaciona con un deterioro de la capacidad funcional y una menor autonomía.

Las personas de edad avanzada pueden combinar proteínas de elevada calidad como leche, huevos, pescado, carne y otras de origen vegetal para cubrir las necesidades proteicas.

Los **hidratos de carbono** deberán cubrir entre el 55% al 60% del Valor Calórico Total. Con la edad aumenta el riesgo de sufrir alteraciones de la curva de glucosa en sangre, que se asocia a un mayor deterioro funcional y a una limitación en las actividades diarias.

Por lo que es importante en la dieta del adulto mayor incorporar hidratos de carbono integrales, ricos en fibras y alimentos con bajos o moderado índice glucémico; priorizando alimentos como el arroz, panes y pastas, avena, galletitas integrales y cereales.

El **aporte de fibras**, también es importante en la alimentación del adulto mayor, ayuda a la función gastrointestinal. “Las personas de edad son más susceptibles de padecer estreñimiento, su alimentación debe contener una cantidad de fibra de unos 20 – 25 g/día, a partes iguales entre fibra soluble (leguminosas, frutos secos, algunas frutas y verduras) e insolubles (cereales integrales, pan, piel de frutas y algunas verduras) para asegurar una motilidad intestinal normal. Un aporte superior puede ocasionar molestias digestivas.”²¹

²⁰ UNED. (2014). *Guía de alimentación y salud: Alimentación de la tercera edad*. Obtenido de www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia

²¹ Martín Salinas, C (2005). *Nutrición y alimentación de las personas de edad avanzada*. Obtenido de www.uam.es/personal_pdi/.../4.../nutricion.../alimentacion_mayores.htm

Los **requerimientos lipídicos**, es decir, el **aporte de grasas**, es necesario también en la alimentación del adulto mayor porque proveen energía, ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles; confieren sabor a la dieta y tienen un índice de saciedad mayor. Se sugiere el consumo de aceite de una sola semilla crudo de forma diaria (maíz, soja).

Las personas mayores tienen tendencia a padecer de aumento de tensión arterial, elevación del colesterol sanguíneo, debido a factores relacionados con el estilo de vida como disminución de la actividad física, consumo elevado de alimentos hiper calórico.

Las recomendaciones de aportes en grasas para esta población oscilan entre un 25% y un 35% del Valor Calórico Total en la dieta. Los alimentos ricos en lípidos son de una gran palatabilidad, así como una fuente concentrada de energía, características ambas muy necesarias en personas con poco apetito y que rechazan comidas abundantes.

Es importante asegurar las cantidades adecuadas en general de **los minerales**, y en la tercera edad tener especial atención con el hierro, calcio y zinc.

El calcio es un nutriente de gran importancia, ya que interviene en la conservación del tejido óseo. “Los estudios epidemiológicos parecen demostrar que aumentando la ingestión de calcio disminuye la pérdida de masa ósea. La mejor forma de conseguir este aporte de calcio es aumentar el consumo de leche o derivados lácteos a tres o cuatro raciones diarias”.²² La falencia de este mineral, provoca la osteoporosis en los ancianos. Es importante señalar que el metabolismo cálcico está relacionado con la vitamina D.

En caso de no asegurar su aporte con la ingesta de alimentos, es conveniente suplementar la dieta con este mineral, siempre acompañado de vitamina D y la exposición al sol para aumentar su biodisponibilidad.

²²Martín Salinas, C (2005). *Nutrición y alimentación de las personas de edad avanzada*. Obtenido de www.uam.es/personal_pdi/.../4.../nutricion.../alimentacion_mayores.htm

El hierro en los adultos mayores no tiene las necesidades aumentadas. Las anemias en los ancianos frecuentemente tienen su origen en pérdidas sanguíneas sobre todo a través del sistema gastrointestinal, causadas en general por una menor ingesta de alimentos que contienen este mineral o por carencias de vitaminas (B12, ácido fólico). Las mejores fuentes de hierro son las carnes rojas, hígado, yema de huevo, lentejas.

“El hierro que mejor se absorbe es el que está en los tejidos animales, y el que peor el de los tejidos vegetales. Este motivo es el que lleva a recomendar, para esta etapa de la vida, la ingesta de una cantidad mínima diaria de alimentos (carnes, huevos o pescado) que aseguren el aporte de hierro en una forma fácilmente accesible.”²³

El zinc, es un nutriente antioxidante, las consecuencias de su deficiencia se relaciona con alteración de la función inmunológica, anorexia, cicatrización retardada de las heridas, pérdida de la capacidad gustativa. La fuente principal de zinc, la constituyen las carnes, pescados, lentejas, quesos y también los cereales completos.

Las **vitaminas** forman parte del grupo de elementos imprescindibles en una dieta saludable. Se las define como sustancias necesarias para la vida y trabajan en nuestro organismo en distintas formas. Algunas participan transformando en energía a los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas.

Otras, en cambio poseen amplias funciones fisiológicas, como absorber el calcio o el hierro para reforzar el sistema inmunitario.

Pero pesar que no todas funcionan de la misma manera, lo que tienen en común es que son sustancias orgánicas sin ningún rol energético, es decir que no aportan calorías, pero si cumplen una tarea fundamental en las reacciones bioquímicas del organismo y lo protegen y previenen de distintos tipos de enfermedades.

²³ UNED. (2014). *Guía de alimentación y salud: Alimentación de la tercera edad*. Obtenido de www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia

“El **agua** es una sustancia imprescindible para el mantenimiento de la vida, considerándose como un verdadero nutriente que debe ser aportado diariamente, especialmente en las personas de edad avanzada... debido a que el agua es necesaria para evitar estados de deshidratación, mantener la filtración glomerular y compensar mediante una mayor dilución, la disminución de la función renal que aparece con la edad.”²⁴

La mayoría de los adultos mayores presenta una disminución de la función renal y la sensación de sed disminuye también. Algunos restringen la ingestión de agua por miedo a la incontinencia o para evitar la urgencia de tener que ir al baño cuando están fuera de casa. Otros, debido a su situación clínica, son incapaces de beber sin ayuda. Además, interviene en el control del estreñimiento. Por todas estas razones, las personas de edad avanzada tienen un riesgo elevado de deshidratación,

“El estado de deshidratación puede tener consecuencias importantes, como disminución de la conciencia o confusión mental, irritación, aumento de la toxicidad de medicamentos, aumento de la temperatura corporal y cefaleas.”²⁵ Es aconsejable que los adultos mayores consuman al menos 8 vasos de agua diaria, incluso aunque no tengan sed, a intervalos regulares de tiempo.

3.4 Cambios fisiológicos en el proceso de envejecimiento

En el envejecimiento se producen cambios fisiológicos que generan modificaciones en las actividades básicas de la vida diaria como la alimentación, que influye en la elección de los alimentos, la preparación y cantidad de comidas diarias.

“Los cambios que acontecen no son uniformes, ni en individuos de la misma especie, ni tampoco dentro de los distintos órganos y sistemas: varían el inicio, la rapidez y la magnitud de los mismos. Estos cambios determinan una disminución de la reserva funcional y una alteración de la respuesta ante el stress.”²⁶

²⁴ Martín Salinas, C (2005). *Nutrición y alimentación de las personas de edad avanzada*. Obtenido de www.uam.es/personal_pdi/.../4.../nutricion.../alimentacion_mayores.htm

²⁵ Martín Salinas, C (2005). *Nutrición y alimentación de las personas de edad avanzada*. Obtenido de www.uam.es/personal_pdi/.../4.../nutricion.../alimentacion_mayores.htm

²⁶ Touceda, M.; Rubin, R. (2007). *Salud, epidemiología y envejecimiento*. Mar del Plata: U.N.M.d.P. / Ministerio de Desarrollo Social Pág 64-65

Los procesos metabólicos y fisiológicos cambian en la medida en que avanza la edad y estos cambios tienden a tener un efecto adverso sobre el estado nutricional del adulto mayor.

Con el envejecimiento, en algunas áreas del sistema nervioso central se produce pérdida del número de neurona, con el consecuente descenso de la percepción sensorial.

El sentido del olfato se vuelve menos agudo con la edad y puede empeorar a causa de la medicación o las enfermedades.

“La agudeza visual disminuye también con la edad pudiendo contribuir a ello alteración de las células receptoras en la retina. Los párpados se encuentran más caídos.”²⁷ Estos cambios en el sentido de la visión pueden ocasionar que los alimentos pierdan intensidad en su color, resultando menos atractivos. También pueden surgir dificultades para la lectura de las instrucciones de preparaciones o las fechas de caducidad.

La disfunción auditiva lleva a la dificultad para oír los sonidos propios de la masticación. “Se produce una disminución de la capacidad para percibir los tonos de alta frecuencia a causa de la degeneración del aparato receptor del oído interno en un fenómeno que se llama sordera del envejecimiento.”²⁸

La alteración en el sentido del gusto modifica la percepción en el sabor de los alimentos. “Con la edad se pierden papilas gustativas siendo especialmente llamativa la pérdida de la percepción del gusto para los sabores dulces.”²⁹

La funcionalidad del riñón disminuye gradualmente, lo que condiciona un mayor trabajo por parte del riñón. La masa renal disminuye entre un 25% a 30% hacia el final de la vida.

²⁷ Touceda, M.; Rubin, R. (2007). *Salud, epidemiología y envejecimiento*. Mar del Plata: U.N.M.d.P. / Ministerio de Desarrollo Social. Pág 67

²⁸Ídem anterior Touceda, M.; Rubin, R

²⁹Ídem anterior Touceda, M.; Rubin, R

Uno de los cambios más importantes en la composición corporal es la disminución en la masa magra metabólicamente activa, por pérdida de masa muscular y de células de diferentes órganos y tejidos. Estos cambios también se ven influenciados por un estilo de vida más sedentario en esta etapa.

La masa ósea disminuye, especialmente en las mujeres a partir de la menopausia. La consecuencia más directa con implicaciones sobre la salud, es la osteoporosis, aumentando la fragilidad ósea y la frecuencia de fracturas.

“Los cambios en la altura son por variantes en las vértebras, la postura general y los relacionados con el arco del pie. La altura disminuye progresivamente con los años, las vértebras disminuyen por pérdida de calcio y deshidratación de los fibrocartílagos; cambia el arco del pie por debilidad.”³⁰

La fuerza muscular y el número de células musculares disminuyen con la edad. La masa muscular es remplazada por tejido graso, alterando la composición corporal.

No solo aumenta la grasa corporal, sino que hay una redistribución de la misma con mayor localización en el tronco. “El peso en los hombres aumenta entre los 50 años y 60 años, y luego tiende a caer, mientras que en las mujeres puede aumentar.”³¹

“Aparecen con la edad una serie de cambios en el sistema gastrointestinal que tienden a dificultar la digestión y modificar la absorción de nutrientes. Por alteración funcional de las glándulas salivares, hay un descenso de la secreción salival, que da lugar a sequedad de boca, dificultando tanto la apetencia como la masticación y la elaboración del bolo alimenticio y, por tanto, la deglución.”³²

³⁰ Touceda, M.; Rubin, R. (2007). *Salud, epidemiología y envejecimiento*. Mar del Plata: U.N.M.d.P. / Ministerio de Desarrollo Social. Pág 69

³¹ Ídem anterior Touceda, M.; Rubin, R

³² Martín Salinas, C (2005). *Nutrición y alimentación de las personas de edad avanzada*. Obtenido de www.uam.es/personal_pdi/.../4.../nutricion.../alimentacion_mayores.htm

Otro problema que afecta directamente al proceso de la digestión de la mayoría de los adultos mayores es la pérdida total o casi total de las piezas dentarias, aparecen infecciones periodontales y es frecuente que allá una mala adaptación a la prótesis, por los cambios en la estructura de las encías.

La masticación se hace dolorosa y difícil por lo que los adultos mayores tienden a evitar la ingestión de determinados alimentos, como las carnes, el pan, las frutas y las verduras crudas observándose una mayor tendencia a consumir comidas blandas de menor valor nutricional. También la falta de salivación afecta el consumo de alimentos en la primera etapa de la digestión.

Los problemas de memoria en los adultos mayores también pueden contribuir a impedir el preparar la comida de forma adecuada, por ejemplo olvidar un paso importante o equivocarse en las temperaturas o el tiempo de cocción, influyen en la alimentación.

La realización de tareas diarias tales como pelar verduras o frutas, revolver la comida o abrir y cerrar envases, por la pérdida de fuerza y destreza en los dedos, dificultan y producen cambios en la realización de comidas y en la dieta del adulto mayor.

3.5 Posibles enfermedades que influyen en la alimentación

En la población de los adultos mayores, las variaciones individuales respecto al estado de salud, actividad física, cambios fisiológicos y padecimiento de alguna enfermedad son mayores que en los más jóvenes y pueden influir de manera mucho más importante en el estado nutricional.

Algunas de las enfermedades son:

Hipertensión:

“Es la elevación anormal de la presión sanguínea arterial que es determinada por cuánta sangre bombea el corazón (gasto cardíaco) y por la resistencia a la circulación sanguínea en el sistema vascular. Es consecuencia ya sea a una rigidez o estrechez arterial, una elevada frecuencia cardíaca, un incremento en el volumen sanguíneo, contracciones cardíacas más poderosas o cualquier combinación de las anteriores. La HTA es el principal factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.”³³

Diabetes:

“La diabetes es un grupo de enfermedades caracterizadas por un alto nivel de glucosa resultado de defectos en la capacidad del cuerpo para producir o usar insulina.”³⁴

Hay dos tipos de diabetes, tipo 1 que generalmente se diagnóstica a niños y adultos jóvenes. Diabetes tipo 2, es el tipo más común, el cuerpo fabrica insulina pero no la utiliza debidamente. La probabilidad de contraer la diabetes tipo 2 es más alta en personas con exceso de peso, personas que no hacen ejercicio físico o que ya tienen una historia de diabetes en la familia. La diabetes puede afectar el funcionamiento del corazón, los vasos sanguíneos, la vista, los riñones, el sistema nervioso, los dientes y las encías.

Celiaquía:

“Es una intolerancia permanente al gluten, conjunto de proteínas presentes en el trigo, avena, cebada y centeno (TACC) y productos derivados de estos cuatro cereales. Pueden padecerla tanto niños como adultos”.³⁵

La enfermedad celíaca en un adulto mayor puede haber estado presente toda su vida, provocando síntomas leves o más severos y pudo haber sido confundida con muchas otras enfermedades.

La celiacía es mas frecuente en mujeres que en hombres, esta tendencia tiende a cambiar a partir de los 65 años de edad, en donde los casos de celiacía descienden en mujeres y aumentan en los hombres. En el adulto mayor es más difícil de diagnosticar la enfermedad debido a que los síntomas pueden confundirse con otras enfermedades propias de la edad.

³³ Molina del Río, C. (2014). *Hipertensión arterial*. Clínica Integral del Adulto. Seminario N° 10. Obtenido de www.es.slideshare.net

³⁴ *Información básica de la Diabetes*. Obtenido de www.diabetes.org

³⁵ Asociación Celiaca Argentina (2010). *¿Qué es la celiacía?*. Obtenida de www.celiaco.org.ar

Gastritis:

“Uno de los problemas digestivos más comunes que se observan en los adultos mayores es la gastritis o inflamación de la mucosa que recubre el interior del estómago, la cual se manifiesta a través de indigestión, dolor y gases abdominales, náuseas, vómito, pérdida del apetito y presencia de heces y aliento con olor a amoníaco.

El estómago es un órgano, que conforme transcurren los años trabaja con mayor lentitud, tiene dificultad para digerir algunos alimentos y condiciona cierta predisposición a la pérdida de apetito. A esto deben sumarse otros factores, como estrés, ingesta de medicamentos y alimentación poco saludable, pues todos ellos aceleran su deterioro y aumentan la probabilidad de sufrir enfermedades.”³⁶

En los adultos mayores tomar en exceso café, té o bebidas alcohólicas, el riesgo de padecer gastritis es mayor.

3.6 La alimentación en la tercera edad

“A lo largo de la vida la nutrición juega un papel fundamental en el crecimiento y el desarrollo, en la prevención de las enfermedades y en la recuperación de la salud. Los hábitos alimentarios del adulto mayor, adquiridos durante las etapas iniciales de su vida, así como sus costumbres actuales, influyen en gran medida sobre su estado de salud y pueden afectar a las actividades de la vida diaria y a la calidad de vida.”³⁷

El estado nutricional de los ancianos no solo está determinado por los requerimientos y la ingesta de alimentos, sino que también está influenciado por otros factores como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad física y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socio- económicas.

³⁶ Cortés, I: (2014) *Gastritis atrófica, mal común en el adulto mayor*. Obtenido de www.saludymedicinas.com.mx

³⁷ Martín Salinas, C. (2005). *Nutrición y alimentación de las personas de edad avanzada*. Obtenido de www.uam.es/personal_pdi/.../4.../nutricion.../alimentacion_mayores.htm

La ancianidad es un periodo de la vida, resultado del proceso natural de envejecimiento, caracterizado por el conjunto de cambios en la estructura y función de los órganos y tejidos corporales que se ha ido produciendo a lo largo del tiempo. Cuando se habla de la nutrición en el adulto mayor se debe señalar todos los factores bio-psico-sociales que acompañan en este periodo de la vida.

En este estadio el organismo presenta una serie de modificaciones como la pérdida de masa muscular, la disminución de la densidad ósea, y la reducción de la movilidad de las articulaciones, que originan movimientos más lentos y torpes.

El proceso de envejecimiento también tiene consecuencias sobre la capacidad para alimentarse y obtener los nutrientes necesarios porque afecta al aparato digestivo, la dentadura, la producción de saliva. Así, las secreciones del estómago disminuyen, lo que retrasa la digestión y reduce la absorción de vitaminas.

Las dificultades para masticar y tragar los alimentos, relacionadas con el deterioro de la dentadura y una menor producción de saliva, provocan gases y estreñimiento.

Esto hace que el adulto mayor tenga que adaptar su dieta a la nueva condición de su aparato digestivo, modificando el tipo de alimento para que resulten fáciles de tragar y digerir y les aporten los nutrientes necesarios, de acuerdo a sus características fisiológicas, nivel de actividad y afecciones que padezcan en su caso.

También surgen restricciones sociales, que llevan a cambiar la alimentación en esta etapa de vida, la disminución de redes sociales por pérdida de parejas, amigos, vecinos, los tiempos limitados de hijos o nietos que no los pueden acompañar a realizar compras de alimentos, el no poder desplazarse sin ayuda y por lo cual no pueden salir a comprar, acaban acumulando productos alimentarios inadecuados, que producen cambios en la alimentación del adulto mayor.

DIAGNÓSTICO

El estudio se desarrollo en la ciudad de Carmen de Patagones (provincia de Buenos Aires) y Viedma (provincia de Río Negro) capital de la provincia, ambas ciudades conforman la Comarca Viedma – Patagones. Estas ciudades se encuentran ubicadas en provincias diferentes pero presentan características sociales, culturas, económicas, demográficas parecidas, solo que están divididas por aguas del río negro.

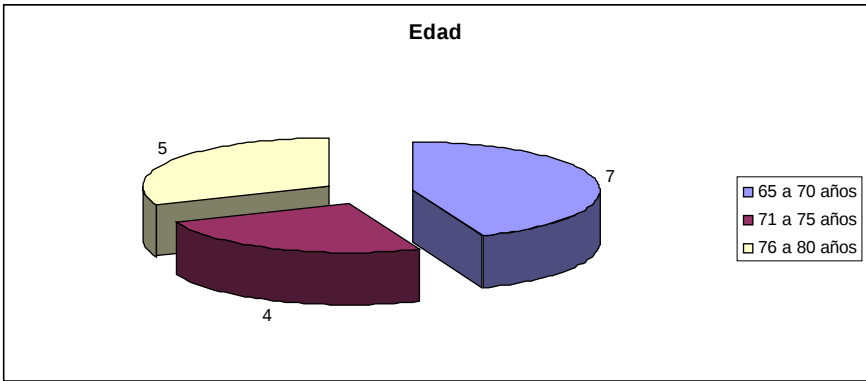
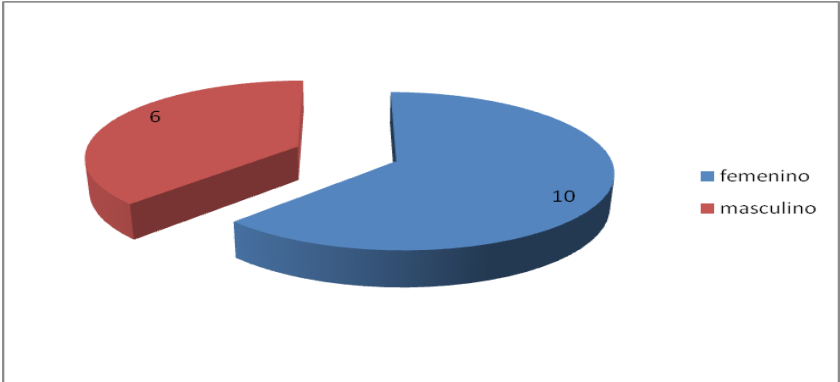
El relevamiento de datos de esta investigación, se efectúo mediante una muestra no probabilística, donde se pretendió profundizar sobre la situación de convivencia y las estrategias domésticas de consumo alimentario en adultos mayores.

Se incluyen 16 encuestas a personas mayores de 65 a 80 años, de ambos sexos, que voluntariamente prestaron su consentimiento para participar en el estudio y tienen residencia continúa en la comarca Viedma – Patagones.

Mediante las entrevistas que se efectuaron, se tomo conocimiento de los diferentes hábitos alimentarios y estrategias que realizan en los momentos de alimentación influenciado por la situación de convivencia.

Tabla 1: Edad de adultos mayores según sexo

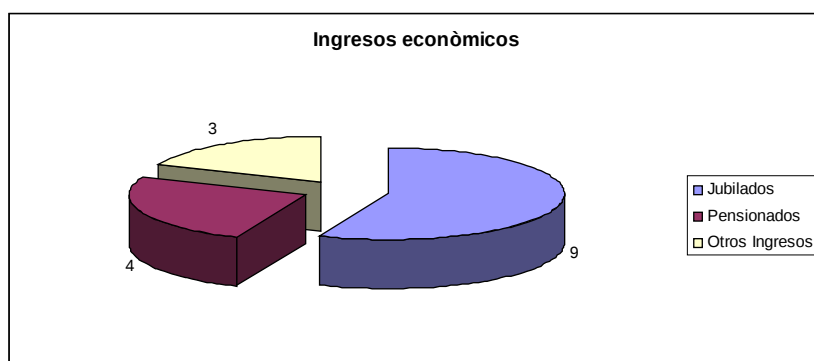
Edad	Femenino	Masculino
65 – 70 años	4	4
71 - 75 años	3	0
76 – 80 años	3	2
Total	10	6



La población estudiada estuvo conformada por 10 personas del sexo femenino y 6 del sexo masculino. Con respecto a la edad, se estudio adultos mayores de sexo femenino como masculino de 65 – 70 y 76 – 80 años, en la categoría 71 – 75 años solo se encuestó a personas del sexo femenino.

Tabla 2: Ingresos económicos de adultos mayores según sexo

Ingresos económicos	Femenino	Masculino
Jubilación	8	3
Pensión	-	1
Otros Ingresos	-	2
Jubilación / pensión	2	-
Total	10	6



La población estudiada tiene seguridad económica, que se refleja en la jubilación y pensión. Solo se observa 2 casos de adultos mayores, que poseen otros ingresos derivados de trabajos temporarios, como consecuencia de estar tramitando la jubilación para ingresar al sistema de seguridad social, adultos mayores del sexo masculino. También hay dos casos de sexo femenino, con dos haberes económicos, como consecuencia de poseer pensión por viudez, más la jubilación.

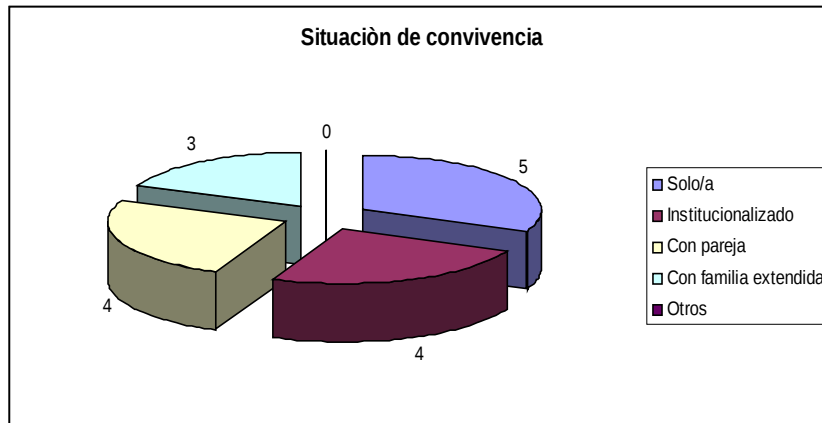
Inversión aproximada del ingreso económico en alimentos:

En el análisis del ingreso económico que invierte un adulto mayor en alimentación, se observó que influye la situación de convivencia de cada uno de ellos. Las personas adultas que viven sola/o o con su pareja destinan un 85 % de los ingresos, disminuye el porcentaje a 55 % en adultos mayores que conviven con familia extendida, como consecuencia de compartir gastos con otros miembros de la familia que también tienen haberes económicos.

Con respecto a adultos mayores institucionalizados, otorgan un 50 % de sus ingresos económicos a la institución, previo acuerdo al ingresar a la misma. Este aporte es destinado a las diferentes necesidades básicas del adulto mayor, sin discriminar solo el alimento por lo cual no hay referencia en la inversión aproximada en alimentos.

Tabla 3: Situación de convivencia de adultos mayores según sexo

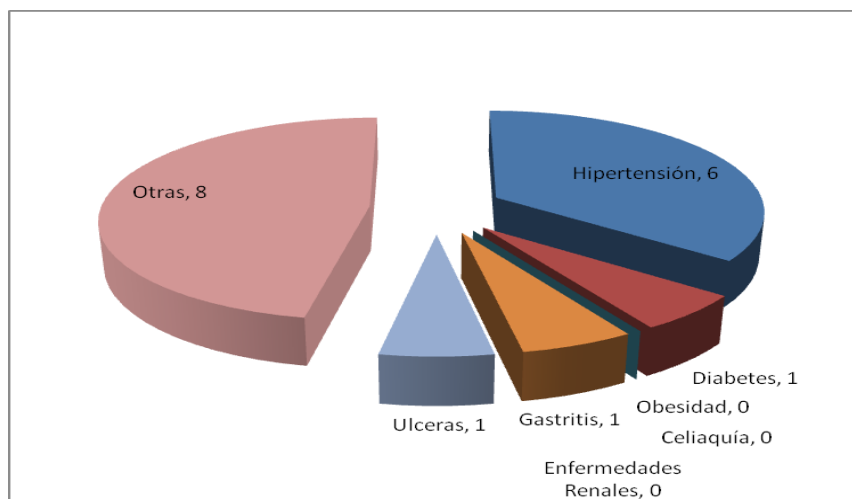
Situación de convivencia	Femenino	Masculino
Solo/a	4	2
Institucionalizado	2	1
Con pareja	3	1
Con familia extendida	1	2
Otros	-	-
Total	10	6



Seis adultos mayores vive solo/a predominando las de sexo femenino. En la población estudiada también hay 4 adultos mayores que conviven con su pareja. La categoría convivencia con familia extendida (hijos, nietos) fue prevalente en el sexo masculino (02), mientras que en la categoría adultos mayores institucionalizados, predomina el sexo femenino (02).

Tabla 4: Adultos mayores según padecimiento de alguna enfermedad

Enfermedades	Cantidad de adultos mayores
Hipertensión	6
Diabetes	1
Obesidad	0
Celiaquía	0
Enfermedades Renales	0
Gastritis	1
Úlceras	1
Otras	8

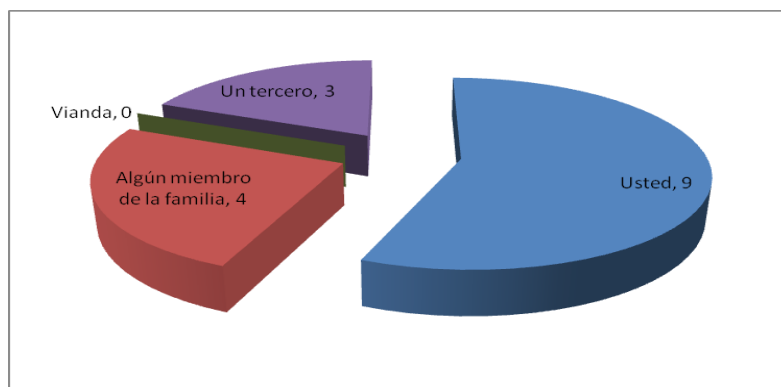


De la población estudiada, hay 6 adultos mayores que están afectados por problemas de hipertensión arterial, ocasionados por la edad, cambios en el estilo de vida como disminución de la actividad física y por los inadecuados hábitos alimentarios como el consumo de sal.

En los adultos mayores que se encuestó, en la mayoría que tenía hipertensión arterial, presentaba otra enfermedad como artritis (o reuma), que se caracteriza por dolor e hinchazón en las articulaciones, dolor de huesos en los dedos, rodillas, caderas.

Tabla 5: Adultos mayores según quien cree que debe preparar la alimentación en la casa

Encargado de la alimentación	Cantidad de adultos mayores
Usted	9
Algún miembro de la familia	4
Vianda	0
Un tercero	3
Total	16



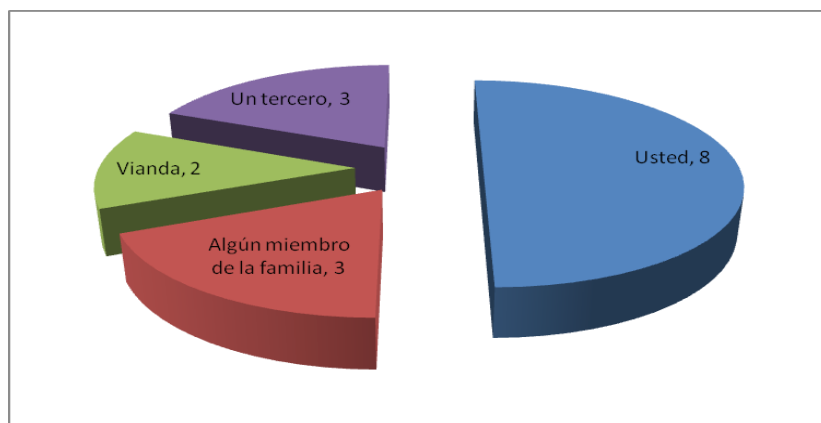
La mayoría de los adultos mayores considera que debe preparar los alimentos que consume, 9 de ellos; 4 adultos considera que debe prepararlos algún miembro de la familia y 3 un tercero.

¿Por qué?

La población estudiada considera que debe preparar los alimentos porque cada uno de ellos sabe los ingredientes, condimentos, especies que posee la comida que están consumiendo.

Tabla 6: Quién prepara los alimentos en la casa

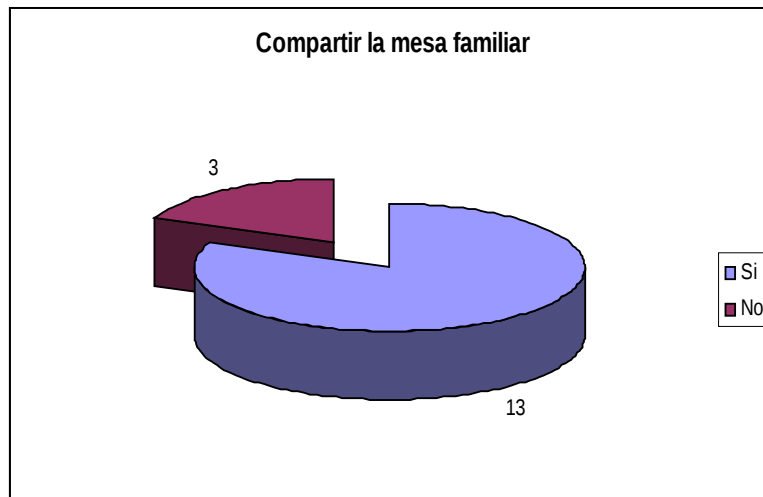
Persona encargada de la preparación	Cantidad de adultos mayores
Usted	8
Algún miembro de la familia	3
Vianda	2
Un tercero	3
Total	16



Los adultos mayores mayoritariamente preparan sus alimentos. Esta característica se da tanto en el sexo masculino como femenino. Los que conviven con algún miembro de familia, los más jóvenes son los que se encargan de preparar los alimentos. El porcentaje de la preparación de alimentos por “un tercero” surge de los adultos mayores institucionalizados.

Tabla 7: Distribución sobre la importancia de compartir la mesa familiar

	Cantidad de adultos mayores	Porcentaje
Si	13	81,25%
No	3	18,75%
Total	16	100%

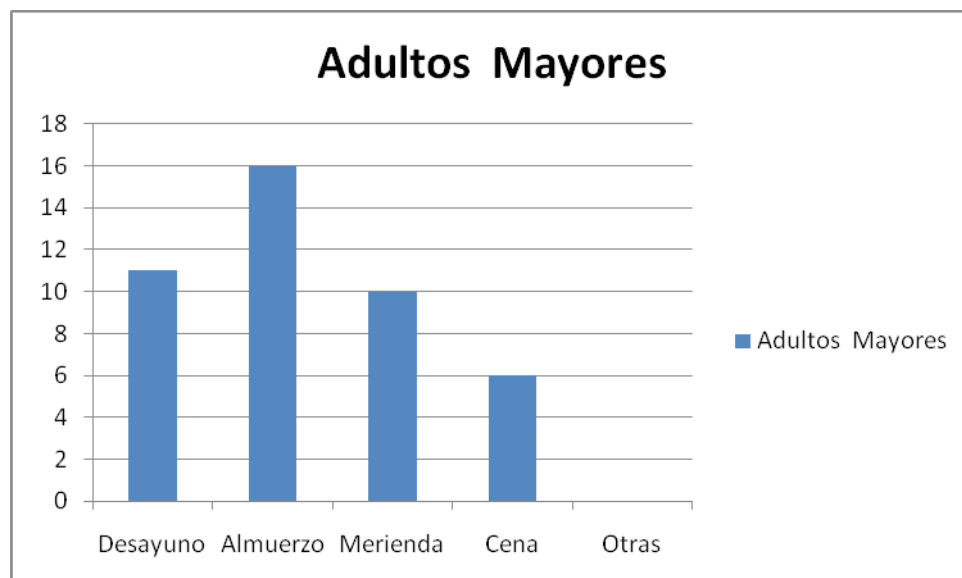


¿Por qué?

Los adultos mayores manifiestan que compartir la mesa familiar facilita y enriquece la comunicación con los demás, se puede lograr intercambiar experiencias, esto le permite al adulto mayor estabilidad emocional en un ambiente favorable y armónico donde se estrechan los vínculos. Además disfrutar de comidas familiares regulares permite que realicen todas las comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda, cena) y consumen una mayor variedad de alimentos.

Tabla 8: Cuántas comidas realizan por día los adultos mayores?

	Desayuno	Almuerzo	Merienda	Cena	Otras
A Mayores	11	16	10	6	-



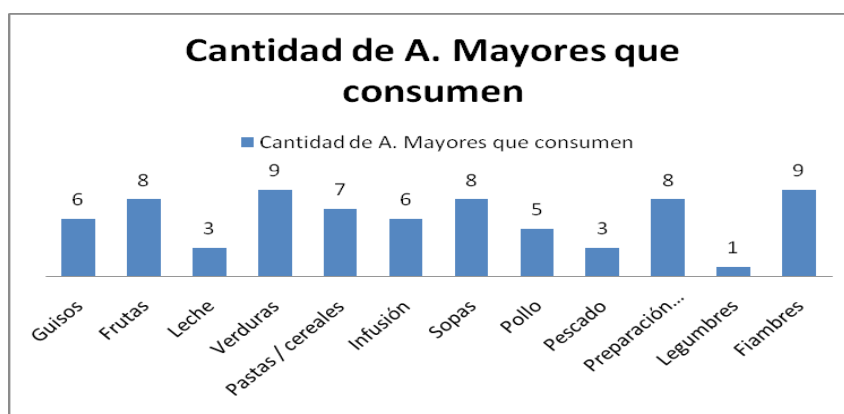
De los adultos mayores entrevistados 11 desayunan con alguna infusión que incluye te, leche, mate cocido y un porcentaje mayor manifiesta el consumo de mate; el almuerzo lo realizan todos los adultos mayores que se entrevistaron; la merienda la efectúan 10 adultos mayores la misma esta compuesta por alguna infusión y alimentos como galletitas. En lo referente a la cena 6 adultos mayores realizan esta comida.

Se observa que los adultos mayores no realizan cuatro comidas al día; todos efectúan el almuerzo, surgiendo las diferencias entre las otras comidas al día, dado que el que merienda generalmente no efectúa la cena.

Ante estas diferencias, las respuestas de los adultos mayores al consultar por el número de comidas que realizan por día, manifiestan que es lenta la digestión, que produce constipación, estreñimiento, descompensación estomacal, por lo que deciden realizar menos comidas al día.

Tabla 9: Comidas habituales de los adultos mayores

Comidas habituales	Cantidad de A. Mayores que consumen
Guisos	6
Frutas	8
Leche	3
Verduras	9
Pastas / cereales	7
Infusión	6
Sopas	8
Pollo	5
Pescado	3
Preparación con carne	8
Legumbres	1
Fiambres	9
Otros	Quesos untables, manteca, embutidos



De la población estudiada, los alimentos que más consumen son verduras, frutas, sopas, pastas/ cereales, preparación con carne (empanadas, pan de carne, costeletas) y fiambres (embutidos, chorizos caseros). Los alimentos que menos consumen los adultos mayores entrevistados surgen legumbres, pescado, pollo, leche. Como se observa el consumo de leche, fuente de calcio es bajo, siendo reemplazada por infusiones como mate, té, mate cocido las cuales no aportan ningún valor nutricional.

Tabla 10: Cuáles son los alimentos que más consumen los adultos mayores

	Alimentos que se consumen
1, 2 veces por semana	Legumbres, pescados, pollo, arroz
2, 3 veces por semana	Guisos/ pastas, fiambres, lácteos, cereales
Diariamente	Verduras, frutas, carnes, sopas, infusiones(té, café) mate

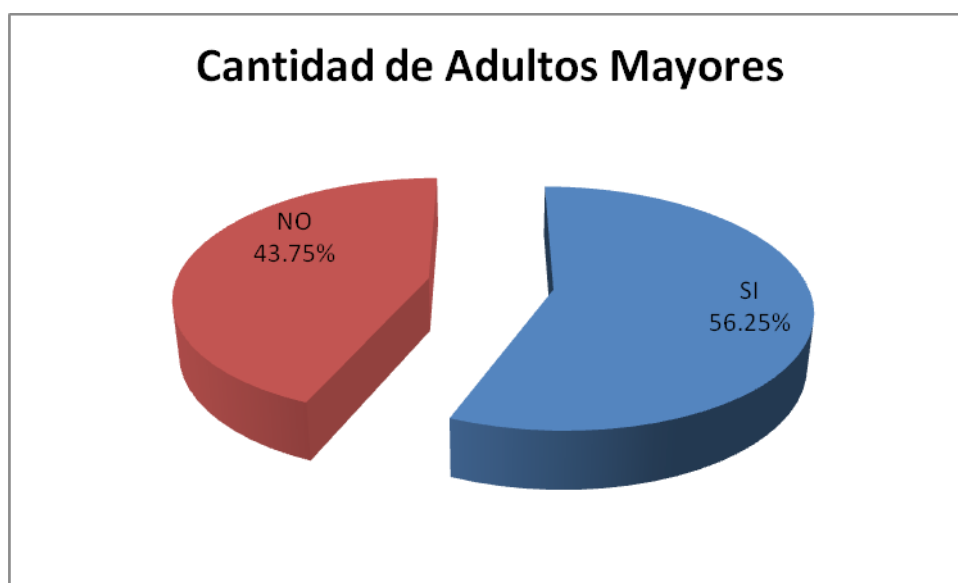
Los alimentos que menos consumen los adultos mayores entrevistados, se pueden enumerar las legumbres (porotos, lentejas, garbanzos), pescado, pollo, arroz.

Además mencionan que dos o tres veces por semana, se alimentan con pastas, guisos, lácteos y cereales principalmente en las comidas de desayuno o merienda. Un dato representativo del grupo encuestado, es el consumo de fiambres o embutidos caseros (chorizos, morcillas, queso de chanco, panceta, jamón crudo) que son realizados por familiares en la zona rural y entregados a los adultos mayores.

Diariamente se nutren con alguna fruta o verdura y carne. Las infusiones de té, café solo o con leche, mate cocido son utilizados en el desayuno o merienda. El mate es realizado en cualquier momento del día.

Tabla 11: Qué importancia tiene la alimentación en los adultos mayores

Importancia de la alimentación	Cantidad de Adultos Mayores	Porcentaje
SI	9	56,25%
NO	7	43,75%
Total	16	100%



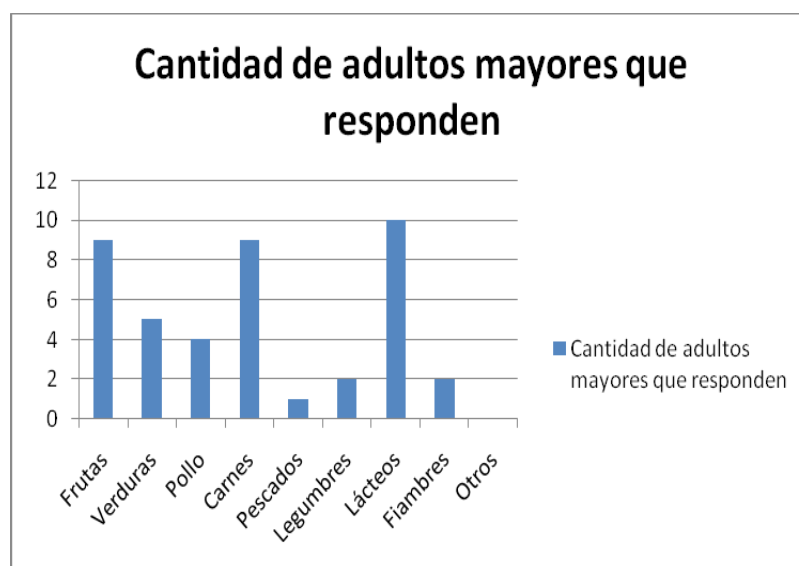
Por qué?

La mayoría de los adultos mayores encuestados considera que los alimentos que consumen interfieren en el estado de salud de cada uno de ellos. Mencionan que si comen alimentos más sanos tienen menos posibilidades de tener enfermedades.

Con respecto a los adultos mayores que responden que no es importante la alimentación, tienen desconocimiento sobre si hay alimentos que nutren o mejoran la calidad de vida. Comen lo que les gusta sin saber los beneficios o causas que puedan aportar a su salud.

Tabla 12: Cuáles son los alimentos beneficiosos para los adultos mayores?

Alimentos	Cantidad de adultos mayores que responden
Frutas	9
Verduras	5
Pollo	4
Carnes	9
Pescados	1
Legumbres	2
Lácteos	10
Fiambres	2
Otros	0



Por qué?

Los adultos mayores encuestados manifiestan que los alimentos más beneficiosos para esta etapa de la vida, son los lácteos, frutas, verduras y carne. Los lácteos, principalmente la leche asegura el aporte de calcio, por lo tanto ayuda a los huesos y evita enfermedades como artrosis, reuma, osteoporosis. Las frutas y verduras aportan vitaminas, favorecen la digestión y reducen el colesterol por su contenido en fibras. La carne la consideran beneficiosa por su aporte en hierro.

13. De dónde han obtenido los adultos mayores información sobre alimentación

Los adultos mayores encuestados manifiestan que tienen información sobre alimentos por los medios de comunicación, algunos mediante propagandas que promocionan productos que ayudan en la tercera edad, también tienen presente lo que alguna persona de su entorno les comento sobre ese alimento.

Otros mencionan que al concurrir a un profesional médico le ha sugerido consumir determinados alimentos.

CONCLUSIÓN

Los adultos mayores de esta investigación en su mayoría son de sexo femenino. Tanto los hombres adultos como las mujeres poseen seguridad económica, los ingresos provienen por tener pensión o jubilación. De estos haberes los adultos mayores que viven solos o en pareja, destinan un 85% a la alimentación mientras que los que viven con otros familiares aportan un 55% para la compra de alimentos.

La mayoría de los adultos mayores entrevistados refieren que realizan las comidas que consumen porque de esta manera saben lo que están comiendo, conocen los ingredientes y condimentos que tienen las preparaciones de las comidas.

De la investigación se puede concluir que la situación de convivencia influye en las estrategias de consumo alimentaria, por lo tanto interfiere en la nutrición y alimentación de los adultos mayores.

Ante lo cual, la conducta alimentaria está influenciada por el entorno familiar, amigos, pares, es decir, la composición del hogar, el vivir solo, con otros miembros o con la presencia de niños pequeños/ jóvenes, repercute en la elección de los alimentos que integran el menú familiar. Los que viven solos o en pareja, preparan comidas monótonas y pobres en nutrientes y el número de comidas omitidas va siendo mayor, reemplazando las mismas por infusiones como mate, té, café con porciones menores de galletitas o panificados. Principalmente se da por falta de motivación en realizar comidas más elaboradas.

Los adultos mayores encuentran significación a la hora de comer en familia, porque les permite comunicarse, expresarse, intercambiar experiencias, posibilitando una estabilidad emocional. Gozar de apoyo social y comer en compañía mejora el apetito, la cantidad de alimento ingerido por tanto repercute en el estado nutritivo y favorece la formación de hábitos adecuados.

El apoyo social se convierte en un recurso social importante, no solo a la hora de sentarse a la mesa y compartir la comida, sino también en el momento de comprar los alimentos, realización y preparaciones de las comidas. Surgen así los apoyos sociales mediante ayuda emocional, instrumental o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social.

Otra característica que provoca cambios en la alimentación del adulto mayor, es padecer alguna enfermedad como diabetes, hipertensión, gastritis, junto con el tratamiento farmacológico o dietético asociado, incrementan aún más las posibilidades de nutrición inadecuada. A esto se suma los cambios fisiológicos y metabólicos propios de la vejez como estreñimiento, descenso de la percepción sensorial (la vista disminuye al igual que la audición, pérdida de papilas gustativas) deterioro de la dentadura, trastornos en la digestión, que limitan el consumo de diferentes alimentos principalmente duros y/o crudos como frutas o verduras.

Por las diferentes patologías que pueden presentar los adultos mayores se ha generado modificaciones en su alimentación y que si bien dichas modificaciones son importantes para mantener un buen estado de salud, para ellos representa una dificultad al tener que modificar hábitos alimentarios que tuvieron por años.

Otra particularidad que se da en esta investigación, donde la conducta alimentaria, los hábitos alimentarios de los adultos mayores están muy arraigados en sus estilos de vida, es el consumo de fiambres/embutidos caseros como chorizos, panceta, jamón, queso de choncho, morcillas, entre otras. Esto se da en los adultos mayores, ya que hay un desplazamiento del entorno rural al urbano, cuando tienen una determinada edad y no pueden desarrollar actividades en las zonas rurales comienzan a vivir en la ciudad, pero sus hijos, nietos, vecinos o “conocidos” siguen elaborando estos alimentos y son dados a los adultos mayores para que los consuman.

Por esto surge que los adultos mayores entrevistados reconocen la necesidad de cambiar sus hábitos alimentarios para el manejo y control de enfermedades, pero igualmente plantean que esto significa una renuncia a sus preferencias alimentarias, agradables por su sabor y por lo que estos representan y principalmente cuando comparten las comidas con algún miembro familiar o entre amigos/ conocidos.

También se ha evidenciado en las entrevistas efectuadas que gran parte de los adultos mayores desconocen cual son los alimentos beneficiosos en esta etapa de la vida, al igual que los miembros que conviven con ellos.

Por lo expresado, los adultos mayores manifestaron interés en conocer temas relacionados a alimentación y nutrición adecuada para su edad, gran parte de ellos no tienen conocimientos y se encargan de preparar su propia alimentación, además pueden prevenir problemas de salud. También por su situación de convivencia es importante comunicar a las familias y a la sociedad en general sobre alimentación en la tercera edad, ya que hay escasa información.

Lo analizado sobre la situación de convivencia y estrategias de consumo alimentario en los adultos mayores, lleva a buscar herramientas que posibiliten modificar esta situación, surge así la educación alimentaria como posibilidad para la población de adultos mayores, así pueden prevenir enfermedades y evitar el consumo de alimentos que surgen por medio de publicidad engañosa, donde los anuncios televisivos, juegan un papel crucial a la hora de establecer determinados hábitos alimentarios de forma innecesaria suplementos nutricionales y sustancias terapéuticas adquiridas sin prescripción, que pueden tener un costo elevado y producir efectos adversos múltiples.

La educación sobre alimentación, nutrición e higiene de los alimentos es uno de los factores determinantes del nivel de nutrición de una población. Por lo anterior la educación alimentaria debe realizarse utilizando estímulos de refuerzo positivo que relacione una alimentación saludable con una mejor calidad de vida.

PROPUESTA
DE
INTERVENCIÓN

De acuerdo a la investigación realizada y al análisis de los resultados obtenidos de las entrevistas efectuadas, surge que la situación de convivencia y las estrategias de consumo alimentario influyen en la vida diaria de los adultos mayores de la comarca Viedma – Patagones.

Si bien comer es una de las actividades más esperadas y disfrutada por los adultos mayores, porque muchos de ellos, elaboran y preparan las comidas, el comer en soledad, puede reflejarse en una alimentación insuficiente y monótona. De esta manera, la diversidad de alimentos que componen la dieta habitual suele disminuir y verse alterada su proporcionalidad, poniendo en riesgo su salud nutricional.

Sucede a la inversa cuando las preparaciones y elaboraciones alimentarias se disfrutan en familia o se comparten con pares, amigos, en un entorno social familiar, suelen comer una mayor variedad de alimentos; además el establecimiento de un ambiente favorable y armónico estrecha los vínculos de afecto, facilita y enriquece la comunicación, refuerza el intercambio de experiencias y muchas veces realizar la comida en familia favorece la formación de hábitos adecuados.

Los cambios corporales en esta edad, también condicionan los alimentos que ingiere un adulto mayor, la comida debe ser fácil de asimilar, por lo cual alimentos duros o muy secos no son los apropiados. Una alimentación deficiente en nutrientes puede conllevar a distintas enfermedades y alteraciones en el organismo.

La escasez de información sobre buenos hábitos alimentarios, la incidencia de los medios de comunicación con productos o suplementos alimentarios, interfiere en la alimentación de las personas mayores.

Como propuesta de intervención de esta investigación surge la *educación alimentaria*, que consiste en un conjunto de actividades de comunicación que buscan una modificación voluntaria de prácticas que influyan en el estado nutricional, con el objetivo de mejorarlo.

La educación alimentaria no se debe dirigir únicamente a corregir malos hábitos alimentarios o aquellas conductas o factores precursores de enfermedad, sino que más bien se debe enfocar al proceso de reconocer, rescatar y fortalecer aquellos hábitos y tradiciones alimentarias que poseen cualidades saludables.

No solo se propone la educación alimentaria nutricional para los adultos mayores sino también para las personas que conviven, interactúan con ellos, es decir, profundizar las acciones de la educación para que impacten sobre las prácticas personales, familiares, institucionales y comunitarias, con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

La modificación del comportamiento alimentario hacia perfiles más saludables hace necesario diseñar y programar capacitaciones que ayudará a los adultos mayores y la población en general a saber cómo alimentarse y nutrirse mejor. Además los momentos de talleres de capacitación que realiza una persona son favorables para el intercambio de experiencias mediante la comunicación, lo que fortalece las redes sociales entre las personas.

Objetivo General:

Promover prácticas saludables de alimentación en adultos mayores de la comarca Viedma – Patagones, mediante educación alimentaria.

Objetivos Específicos:

- Concientizar al adulto mayor y a su entorno social sobre las variables de consumo alimentario para mejorar los hábitos alimentarios saludables, conducentes a una mejor calidad de vida.
- Lograr la participación activa del adulto mayor a través de la implementación de actividades de educación alimentaria en la comunidad.

Estrategia:

Elaborar e implementar talleres de capacitación de educación alimentaria con participación de adultos mayores y comunidad sobre la alimentación saludable en la tercera edad.

Descripción del procedimiento:

Según el análisis de los resultados de la presente investigación y con el objetivo de saldar la escasez de información alimentaria en los adultos mayores de la comarca Viedma – Patagones, surge como estrategia la implementación de talleres de capacitación basada en los buenos hábitos alimentarios.

Antes de elaborar los contenidos educativos de los talleres, se observaron y percibieron características propias de la comunidad y los saberes previos de los adultos mayores. Después de conocer esta información se identificaron, caracterizaron los aspectos a mejorar en relación a las estrategias de consumo alimentario y las redes sociales de los adultos mayores para las propuestas de capacitación.

Se considera que antes de comenzar con los talleres de capacitación, se comentará a los adultos mayores y comunidad los resultados obtenidos en la investigación, esta actividad de sensibilización permitirá entender la importancia de la asistencia y constancia a los talleres programados.

La metodología educativa estará basada en la acción participativa de los adultos mayores y para el planteamiento de las actividades, se tendrá en cuenta una serie de aspectos como la población objeto, el entorno social, cultural (provenientes de zonas rurales), su nivel educativo, por lo cual durante el desarrollo de los talleres se pretende utilizar lenguaje y terminología sencilla; el interés y la disposición que tienen las personas en recibir capacitación en temas de alimentación y nutrición como lo han manifestado en las entrevistas efectuadas. También para el proceso de aprendizaje en el adulto mayor, se le dará importancia a las teorías constructivistas, donde el aprendizaje es un proceso en el cual los nuevos conocimientos se relacionan con los previos, es decir, la persona mayor podría alcanzar un conocimiento más abundante o profundo, según su bagaje cultural.

Además en un adulto mayor, el aprendizaje más efectivo es el que favorece la actividad, es decir, donde el propio protagonista se sienta involucrado. Es más probable que sea consciente de su aprendizaje si este está relacionando con una práctica concreta, ya que el factor experimental es más importante que el teórico.

Toda esta metodología se tendrá presente en el momento de desarrollar los diferentes temas de alimentación saludable en la tercera edad. A la vez para lograr un ambiente de aprendizaje armonioso y con posibilidades de participación activa de los adultos mayores, se considerará al taller como un encuentro entre pares, de mitigación de la soledad o simplemente de esparcimiento, debido a que el aprendizaje colaborativo, entre compañeros, permite disminuir la tensión propia de la situación de aprendizaje y la convierte en un encuentro social esperado, en el que al mismo tiempo se da el pleno desarrollo de las capacidades intelectuales.

El desarrollo de los talleres de capacitación, estará a cargo de profesionales especializados, quienes desarrollaran temas como: guías alimentarias, alimentos saludables, hábitos alimentarios inadecuados, enfermedades y sus consecuencias en la alimentación, buenas prácticas manufactureras de los alimentos, distribución del recurso económico para la compra de alimentos, etc.

Cada uno de los talleres, tendrá una parte teórica y una parte práctica, que permita desarrollar los contenidos, proponiendo difundir los contenidos aprendidos en instituciones educativas como jardines de infantes, maternales; elaboración de mensajes de alimentación para medios de comunicación: radiales, televisivos, diarios, entre otras actividades.

Acciones

- Reunión con profesionales interesados en la temática de alimentación para la planificación de temas relacionados a la problemática.
- Reunión con adultos mayores y organizaciones en la comunidad para sensibilizar sobre la alimentación en la tercera edad.
- Selección de instalaciones donde se desarrollarán las actividades.
- Selección y diseño de los contenidos y actividades de los talleres de capacitación.

- Distribución de material informativo en la comunidad sobre los talleres a realizarse para la participación comunitaria.
- Ejecución de los talleres de capacitación.
- Evaluación de las actividades desarrolladas en los talleres.

Evaluación:

Para conocer el impacto de los talleres de capacitación se realizará a cada participante una encuesta de opinión, lo que permitirá conocer el alcance de los objetivos propuestos, conocer el grado de cumplimiento de sus expectativas, la valoración acerca de los conocimientos adquiridos.

Además se incentivará a difundir los conocimientos adquiridos mediante actividades como cartelera que se ubicará en instituciones educativas, centros de día, centros de jubilados y pensionados, centros de salud; también se propondrá difusión de mensajes alimentarios en medios radiales, televisivos y aviso en diarios locales. Estas acciones se tomarán como parte de la evaluación para medir el impacto de las capacitaciones.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- ACRICH, L; (2007) Consideraciones sobre familia y envejecimiento. Artículo. Especialización en gerontología comunitaria e institucional. Mar del Plata: Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.
- AGUIRRE, P. (2010). Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen. Buenos Aires. Editores Miño y Dávila.
- AGUIRRE, P; (2004) Seguridad alimentaria. Una visión desde la antropología alimentaria. Córdoba. Fundación CLACYD
- ARIAS, C; SCOLNI, M (2009). Estrategias de investigación e intervenciones desde el apoyo social a los adultos mayores. Especialización en gerontología comunitaria e institucional. Mar del Plata. U.N.M.d.P. / Ministerio de Desarrollo Social
- ASOCIACION CELIACA ARGENTINA (2010) ¿Qué es la celiacía? www.celiaco.org.ar
- BAZO ROYO, M. T. (2004) Sociedad y vejez: La familia y el trabajo. En R. Fernández – Ballesteros: Gerontología Social. Madrid. Ediciones Pirámides.
- BAZO, M. T. (1998) Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. Papers, 56
- CEPAL (2004): Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile
- CEPAL - CELADE (2006) Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile. Publicado por Naciones Unidas.
- CORTES, I (2014) Gastritis atrófica, mal común en el adulto mayor. www.saludymedicinas.com.mx
- DIABETES (2014) Información básica de la Diabetes. www.diabetes.org
- KIRCHNER, A. (2010) Políticas Sociales del Bicentenario. Un Modelo Nacional y Popular. Buenos Aires. Brapack. S.A.
- MARTIN SALINAS, C (2005) Nutrición y alimentación de las personas de edad avanzada. www.uam.es/personal_pdi/.../4.../nutricion.../alimentacion_mayores.htm
- MOLINA DEL RIO, C (2014) Hipertensión arterial. Clínica integral del Adulto. Seminario N° 10 www.es.slideshare.net
- NACIONES UNIDAS (2002) Plan de Acción Internacional Madrid sobre el Envejecimiento. www.un.org

- ROQUE, M; FASSIO, A (2009). Gerontología comunitaria e institucional. Especialización en gerontología comunitaria e institucional. Mar del Plata. U.N.M.d.P./ Ministerio de Desarrollo Social
- TOUCEDA, M; RUBIN, R (2007). Salud, epidemiología y envejecimiento. Especialización en gerontología comunitaria e institucional. Mar del Plata. U.N.M.d.P./ Ministerio de Desarrollo Social
- UNED (2014) Guía de alimentación y salud: Alimentación de la tercera edad.
www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guía
- VILLANUEVA, A; FERNANDEZ SALVADOR, C (2010) Las personas mayores y su entorno social, económico y cultural. En M. Roqué (comp) Manual de cuidados domiciliarios: Nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos. Mar del Plata. Editorial Analía Elía

ANEXOS

Instrumento de recolección de datos

1) Sexo M F

2) Edad 65 – 70 71 – 75 76 – 80

3) Ingresos Económicos

- 3.1 Jubilado
- 3.2 Pensionado
- 3.3 Otros ingresos

4) Cuánto invierte aproximadamente del ingreso económico en alimentos?

.....
.....

5) Condición de Convivencia

- 5.1 Solo / a
- 5.2 Institucionalizado / a
- 5.3 Con pareja
- 5.4 Con familia extendida (hijos – nietos)
- 5.5 Otro

6) Padece alguna enfermedad?

- 6.1 Hipertensión
- 6.2 Diabetes
- 6.3 Obesidad
- 6.4 Celiaquía
- 6.5 Enfermedades renales
- 6.6 Gastritis
- 6.7 Úlcera
- 6.8 Otras

7) Quién cree que debe preparar la alimentación en la casa?

- 7.1 Usted
- 7.2 Algún miembro de la familia
- 7.3 Vianda
- 7.4 Un tercero

¿Por qué?
.....
.....

8) ¿Quién prepara los alimentos en la casa?

- 8.1 Usted
- 8.2 Algún miembro de la familia
- 8.3 Vianda
- 8.4 Un tercero

9) ¿Cree que es importante compartir la mesa familiar?

SI NO

¿Por qué?
.....
.....

10) Cuántas comidas realiza al día?

- 10.1 Desayuno
- 10.2 Almuerzo
- 10.3 Merienda
- 10.4 Cena
- 10.5 Otro.....

11) Cuáles son sus comidas habituales?

Guisos	Pastas / cereales	Sopas
Preparac con Carne	Pollo	Pescado
Frutas	Verduras	Infusión
Leche	Legumbres	Fiambres
Panificados	Otros	

12) De estas preparaciones cuál es la que consume?

- 12 1.2 veces por semana
- 12 2.3 veces por semana
- 12 3 Diariamente

13) Usted cree que es importante la alimentación en esta etapa de la vida?

SI NO

Por qué?

14) ¿Cuál cree usted que son los alimentos beneficiosos en esta etapa?

- | | | |
|--------------------|-------------------|----------|
| Guisos | Pastas / cereales | Sopas |
| Preparac con Carne | Pollo | Pescado |
| Frutas | Verduras | Infusión |
| Leche | Legumbres | Fiambres |
| Panificados | Otros | |

Por qué?

15) ¿De dónde obtuvo esta información?

.....
.....
.....

Observaciones / sugerencias

.....
.....
.....

