

Roja, Lorena

Nutrición en adultos mayores

2020

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Compartir Igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Roja, L. (2020) Nutrición en adultos mayores [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TRABAJO FINAL DE LA CARRERA

"NUTRICION EN ADULTOS MAYORES"

ALUMNA: LORENA ROJA

DIRECTOR DE TRABAJO FINAL: LIC. Leonardo Palacios

FLORENCIO VARELA, JULIO DE 2020.

INDICE

Introducción.....	3
Planteamiento del problema	4
Fundamentación.....	4
Objetivo General.....	6
Objetivo específico	6
Marco teórico.....:	7
Metodología.....	30
Resultados.....	33
Conclusiones.....	45
Bibliografía.....	47
Anexos.....	49

INTRODUCCION:

Es apropiado hacer mención que según Roth (2014), una buena alimentación se puede lograr de muchas maneras, para esto se deben combinar varios alimentos en forma equilibrada. Es importante que los adultos mayores tengan un estilo de vida saludable; con el propósito de promover el bienestar integral y disminuir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles: hipertensión, diabetes y cáncer, entre otras. A través de la observación diaria dentro del contexto laboral, urge el interés en la presente investigación de conocer los Factores de Riesgo Alimenticios que presentan los adultos mayores del Centro de Jubilados “Amigos” del Barrio San Nicolás, del partido de Florencio Varela, durante el período comprendido entre mayo y diciembre 2018.

Es Roth (2014), quien afirma que al llegar a la tercera edad es relevante cuidar la forma de alimentarse, pues la misma se relaciona de manera directa e indirecta con la calidad de vida, para una alimentación saludable, es importante tener presente que comer no es solamente un placer, es también satisfacer las necesidades nutritivas para un correcto crecimiento y desarrollo de las capacidades intelectuales y físicas del ser humano.

Es pertinente hacer mención que Roth (2014) expresa que alimentarse bien es fundamental para la vida diaria. En el adulto mayor la cantidad de proteínas, grasas, azúcares, vitaminas y otros nutrientes es fundamental para que su organismo funcione correctamente.

En este estudio con diseño descriptivo y con un enfoque cualitativo, se tendrá como propósito brindar un aporte a aquellos lectores interesados en profundizar sus conocimientos sobre la nutrición en adultos mayores. La realización del presente trabajo pretende concientizar sobre la importancia de contribuir a tomar medidas de prevención y promoción, así también como cuidados e intervenciones de enfermería sobre el adulto mayor para garantizar, mejorar y prolongar la calidad de vida de los mismos, a través de llevar a cabo una adecuada nutrición.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se ha observado que en el Centro de Jubilados “Amigos” del Barrio San Nicolás, del partido de Florencio Varela existen claros riesgos nutricionales en lo respectivo a los adultos mayores que concurren a dicho lugar. Por ello es que dentro del contexto de la problemática mencionada, surge el siguiente interrogante:

¿Qué factores de riesgo nutricionales presentan los adultos mayores del Centro de Jubilados “Amigos” del Barrio San Nicolás, del partido de Florencio Varela, en el período comprendido entre mayo y diciembre de 2018?

La realización del presente estudio reviste importancia, pues a partir de la identificación de los hábitos nutricionales de los adultos mayores, los profesionales de enfermería podrán desarrollar acciones de promoción la salud, en el Centro de Jubilados “Amigos”, con la colaboración del equipo interdisciplinario de salud del Barrio.

FUNDAMENTACIÓN

Según la OMS las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas y a las que sobrepasan los 90 se denominan grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 se denominará de forma indistinta persona de la tercera edad.

El término adulto mayor posee una denotación brindada por la misma sociedad, es una definición social. Cabe mencionar que actualmente parte de la población mundial tiene un envejecimiento notorio a partir de los 80 años de edad, eso hace pensar que el término de adulto mayor podría incluso, en unos años, referirse a personas aún mayores de 70 o 75 años.

El adulto mayor enfrenta varios cambios en su organismo que requieren también de cambios en la alimentación. Muchas veces, en razón de presentar problemas de salud, requieren de dietas especiales que implican cambios en los hábitos alimentarios. Los adultos mayores deben consumir una gran variedad de nutrientes esenciales que ayuden a la digestión: tales como las proteínas encontradas en el pan integral, el cereal, el arroz y las pastas. Es pertinente interrogarse: ¿Qué son los nutrientes esenciales? Puerto (2007) afirma que estos son sustancias aprovechadas por el organismo, y se encuentra distribuido en los alimentos de forma desigual, como por ejemplo: hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas y minerales.

Es Cabrera (2009), quién afirma que el adulto mayor constituye un desafío en la actualidad, pues requiere de un abordaje integral de su situación, considerando además que con el envejecimiento, existe una alta probabilidad de alteraciones afectivas y cognitivas que pueden generar complicaciones en el ámbito social.

Por su parte, es Hernández (2012), quién sostiene que el envejecimiento de la población se asocia a una mayor prevalencia de problemas nutricionales, es decir constituye la probabilidad de que una persona desarrolle desnutrición y, como consecuencia, tenga un peor estado de salud. Es también este autor quién plantea que los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer malnutrición por diferentes factores como la disminución en la ingestión de alimentos, anorexia asociada a factores psicosociales, problemas masticatorios y de deglución,

cambios fisiológicos en la función gastrointestinal, enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas, polifarmacia, depresión, entre otros. Aquí es pertinente interrogarse: ¿Cómo interviene el/la profesional enfermero/a en el cuidado de los adultos mayores para prevenir riesgos nutricionales en este sector de la población? Para ello, en primer lugar debe mencionarse que según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la profesión de Enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos.

Los profesionales de enfermería trabajan en el cuidado de la salud, en un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda (sujeto de atención) y otra capaz de brindársela (profesional de enfermería).

Por ello es que la presente investigación se centra específicamente en conocer los factores de riesgo nutricionales que presentan los adultos mayores que concurren al Centro de Jubilados “Amigos” del Barrio San Nicolás del partido de Florencio Varela, en el período comprendido entre mayo y diciembre de 2018. A su vez, este estudio pretende vislumbrar la importancia del rol del profesional de enfermería en lo concerniente al cuidado del adulto mayor para prevenir riesgos nutricionales.

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer que factores de riesgo nutricionales presentan los adultos mayores que concurren al Centro de Jubilados “Amigos” del Barrio San Nicolás del partido de Florencio Varela, en el período comprendido entre mayo y diciembre de 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar a los adultos mayores según sexo, nivel educativo, grupo de convivencia y persona que prepara los alimentos.
- Conocer qué tipo de desórdenes alimentarios presenta la población en análisis.
- Calcular el Índice de Masa Corporal de los adultos mayores.
- Conocer la existencia de prescripción dietaria.
- Identificar los motivos de incumplimiento de la dieta prescripta.
- Conocer si la ingesta de alimentos se considera adecuada.
- Identificar factores que intervienen en la ingesta inadecuada de alimentos.
- Conocer cuáles de las principales comidas diarias se cumplen, la realización de colaciones, el tipo de bebida con que se acompañan las comidas y los alimentos de consumo más frecuente.

MARCO TEORICO:

En este apartado, se describen los principales conceptos que atañen a la temática en abordaje.

Adulto Mayor

Con el incremento de la esperanza de vida, el deseo de mantener una buena salud, funcionalidad y máxima calidad de vida en edades avanzadas constituye una prioridad en las personas mayores. Aunque la genética es un determinante de la salud y la expectativa de vida, existen otros factores extrínsecos directamente implicados en la calidad de vida del adulto mayor, entre los que cabe destacar la alimentación.

En cualquier etapa del crecimiento y desarrollo humano, la vida ha estado condicionada por la nutrición y la salud. Al igual que las enfermedades, una nutrición inadecuada acelera el envejecimiento. Es discutido el papel que desempeña la nutrición en el proceso de envejecimiento, así como el efecto de la edad en la alimentación de los individuos. El hecho es que la población adulta mayor de 65 años está en alto riesgo de desarrollar enfermedades nutricionales debido a que el proceso de envejecimiento se acompaña de una variedad de cambios fisiológicos, bioquímicos, biológicos y psicológicos, que alteran no sólo la actividad física del individuo sino también sus hábitos, conductas alimentarias y sus relaciones sociales.

La dieta y el estado nutricional tienen gran influencia, particularmente en la prevención o tratamiento de diversas enfermedades que afectan a este grupo, uno de los más heterogéneos y vulnerables de la población en países poco desarrollados, con un mayor riesgo de sufrir desequilibrios, carencias y problemas nutricionales. Los numerosos cambios físicos, psíquicos y sociales que acompañan al envejecimiento y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, también contribuyen a esta situación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto de manifiesto el riesgo de las ingestas inadecuadas y de la malnutrición, aumentando la vulnerabilidad para otras enfermedades.

Teniendo en cuenta el concepto definido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y por la OMS, se entiende como adulto mayor a

toda persona de 65 años o más. Este grupo poblacional se encuentra en una etapa que presenta deficiencias funcionales como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, el estilo de vida y factores ambientales.

Envejecer constituye un proceso cambiante, tanto a nivel fisiológico como social, que disminuye la calidad de vida de este colectivo humano algunos cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor son:

- Factores físicos como problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva.
- Factores fisiológicos como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones farmacológicas, nutrientes, menor actividad física y anorexia.
- Factores psicosociales: pobreza, limitación de recursos, soledad, depresión y aislamiento. Estos aspectos contribuyen a la fragilización del individuo, entendida ésta como una condición que se encuentra con frecuencia y genera una morbilidad y mortalidad importante.

La alimentación, el estado nutricional y la actividad física que realiza cada individuo influyen en la salud y calidad de vida de los adultos mayores.

Es Roth (2006), quién expresa que los marcadores predictivos de fragilidad son los criterios médicos, funcionales y socio demográficos. Para unos, el término fragilidad lo marca la coexistencia de determinados procesos clínicos; para otros, la necesidad de cuidados institucionales. El concepto de fragilidad, reconoce una etiología multifactorial.

El adulto mayor frágil tiene aumentado el riesgo de incapacidad y muerte ante mínimos factores estresantes externos.

El estado de salud físico y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia y edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psicosocial que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población.

Entre los aspectos psicosociales que afectan la calidad de vida y buena nutrición de los adultos mayores, pueden mencionarse la soledad, la falta de

recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia y las enfermedades crónicas, entre otros.

Además de los cambios físicos, la persona que envejece se enfrenta a cambios sociales que, de manera directa o indirecta, contribuyen al proceso de fragilización.

Existen una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad y debilidad, consolidando un estereotipo de un adulto maduro “incapaz”, en cierto punto, legitimado por la sociedad. Si bien la vejez genera limitaciones a los sujetos, también genera potenciales únicos y distintivos como la serenidad de juicio, experiencia, madurez vital y una perspectiva de la historia personal y social (Restrepo, 2006)

Prevención de enfermedades en el adulto mayor:

Investigaciones científicas han demostrado que en las zonas geográficas donde los ácidos grasos Omega 3 y Omega 6 se encuentran muy presentes en la alimentación cotidiana, los niveles de aterosclerosis y las enfermedades cardiovasculares son apenas existentes.

Estos ácidos producen un efecto de disminución de los niveles de colesterol y triglicéridos, reducen la agregación plaquetaria en las arterias y previenen la formación de coágulos. Además de reducir los niveles séricos de colesterol y triglicéridos, disminuyen el daño isquémico consecutivo al ataque cardíaco y los accidentes cerebrovasculares, al reducir la viscosidad de la sangre y la presión arterial. Para prevenir este tipo de afecciones es útil el consumo de 400 gramos semanales (dos porciones) de pescado. (Roth, 2014).

Las denominadas comidas rápidas, los alimentos congelados, los dulces, las galletas y los pasteles suelen contener ácidos grasos trans o grasas saturadas que hacen daño a la salud, por lo que es necesario reducir su consumo.

Es Roth (2014), quién afirma que los prebióticos presentan un efecto beneficioso en presencia de diarreas, infecciones del sistema urinario, desórdenes inmunológicos, intolerancia a la lactosa, hipercolesterinemia, algunos tipos de cáncer y alergias alimentarias. El yogur tiene las condiciones necesarias

para ser considerado como un alimento prebiótico. Contiene microorganismos vivos. Una parte de ellos permanece en el sistema intestinal e interactúa con la flora bacteriana. Por su grado de acidez no es recomendable su ingesta diariamente.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la cantidad de agua y fibra dietética ingerida diariamente.

El proceso de envejecer se asocia a pérdidas de líquido extracelular que, unido a la atenuación en el mecanismo de la sed asociada a la edad, ocasiona mayor riesgo de pérdidas y aumento de la vulnerabilidad de los diferentes órganos y sistemas, como consecuencia de la deshidratación. Por esto, y como norma, debe recomendarse la ingesta diaria de, al menos, 1, 5 a 2 litros de líquido en cualquiera de sus formas. Por lo antes expuesto es necesario que hay que brindarle líquidos a los adultos mayores, sin esperar a que los pidan.

Por otra parte, la dieta y nutrición son muy importantes para promover y mantener la buena salud a lo largo de toda la vida. Está bien establecida su función como factores determinantes de enfermedades no transmisibles crónicas, y eso los convierte en componentes fundamentales de las actividades de prevención (King, Aubert, y Herman, 1995).

El empleo regular de la fibra dietética en la dieta mejora la función intestinal, evita el estreñimiento secundario a las pérdidas de la función motora del tubo digestivo y permite un mejor control metabólico en enfermedades de alta prevalencia en el adulto mayor, de ahí que se deben ingerir frutas y vegetales diariamente. (Suárez, 2009). Otras recomendaciones de carácter general relativas a una dieta saludable según Suárez (2009) son:

- Evitar dietas excesivamente uniformes basadas en una política de prohibiciones. Considerar las preferencias de los adultos mayores.
- Preparar los menús de acuerdo con los hábitos culturales del anciano.
- Presentación atractiva de los alimentos.
- Establecer un esquema de 4/5 comidas al día.

- Ingerir el contenido líquido de los alimentos para aprovechar sus minerales y vitaminas.
- Evitar y reducir los alimentos fritos.
- Incrementar el consumo de frutas y vegetales frescos.

La pirámide de los alimentos considera a todos los diferentes grupos de alimentos, especificando para cada uno de ellos la cuantía de su consumo. A medida que se estrecha la pirámide disminuye la frecuencia del consumo de alimentos.

La base está constituida por alimentos vegetales de todo tipo: panes, arroz, cereales y pastas, los que deben elaborarse, preferentemente con cereales integrales

En el segundo nivel está el grupo de la leche y sus derivados y en el vértice se encuentran las grasas y los dulces. Se insiste en una dieta adecuada respetando las proporciones de la pirámide. Los alimentos de la base contienen hidratos de carbono no complejos como los almidones y las fibras, mientras que las hortalizas y frutas proveen de las vitaminas A y C, entre otras.

Es Suárez (2009), quién expresa que la valoración nutricional es un instrumento de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del adulto mayor, que debe ser periódicamente realizada a fin de detectar trastornos en los que se intervendrá nutricionalmente, en forma individualizada, sin dejar de lado la realidad socioeconómica, la cantidad y calidad de apoyo familiar que tenga y todos los aspectos relacionados con el estado nutricional del adulto mayor, de forma integral.

Nutrición y alimentación saludable

Una alimentación saludable es aquella que repercute en forma positiva en la salud, y para ello debe ser variada y equilibrada; es decir que debe contener todos los nutrientes necesarios para que sea efectiva. Los nutrientes necesarios para toda alimentación saludable deben ser diferenciados para cada persona, según factores determinados tales como: talla; sexo y edad y peso corporal. Los hábitos alimentarios de cada individuo se adquieren desde la infancia y se van

modificando con el transcurso de los años, según las circunstancias en que se ingieren los alimentos. Es preciso destacar que, para delimitar una dieta que repercuta positivamente en la salud, se deben requerir conocimientos nutricionales adecuados. Cáceres Dieguez (2002) afirma que la nutrición es la ciencia que tiene como objeto de estudio la relación que existe entre los alimentos y los seres vivos. En el caso de la nutrición humana los estudios se dirigen a conocer las necesidades de nutrientes que tiene el hombre y las enfermedades que se producen por la ingestión insuficiente o excesiva. También se dedica al estudio de la calidad de los alimentos. Existen enfermedades que pueden prevenirse o mejorarse con una dieta adecuada.

Las células del cuerpo requieren una nutrición adecuada para su funcionamiento normal, todos los sistemas pueden afectarse cuando hay problemas nutricionales. La nutrición adecuada es un factor fundamental para el vigor y el desempeño de una persona, y para que una persona funcione goce de una buena salud, debe consumir las cantidades adecuadas de alimentos que contengan los nutrientes esenciales para la vida humana. Una alimentación saludable se logra combinando varios alimentos en forma equilibrada, lo cual satisface las necesidades nutritivas para un correcto crecimiento y desarrolla e incrementa las capacidades físicas e intelectuales.

Una alimentación saludable se caracteriza por la selección e inclusión en la dieta de todo tipo de alimento, con prioridad por los vegetales y las frutas por su contenido en carbohidratos, fibra, vitaminas y minerales.

Gil García (2000) estipula que los vegetales son recomendados por el alto contenido de fibra necesaria para el funcionamiento gastrointestinal, valor alimenticio, sabor agradable y propiedades aromáticas, son los principales proveedores de las vitaminas necesarias para el funcionamiento del organismo, mantienen el equilibrio ácido básico y contienen sustancias especiales que eliminan o detienen el desarrollo de microorganismos patógenos.

Comer diversos alimentos, todos ellos saludables, es importante para cubrir las necesidades nutricionales del organismo. Para obtener una alimentación saludable se deben seleccionar diariamente alimentos de los 7 grupos básicos (Izquierdo Hernández., Armenteros Borrell., Lancés Cotilla., y González, 2004):

- Grupo I: cereales
- Grupo II: vegetales
- Grupo III: frutas
- Grupo IV: carnes, pescado, pollo, huevos y frijoles.
- Grupo V: leche, yogurt, queso
- Grupo VI: grasas
- Grupo VII: azúcar y dulces.

Los alimentos del grupo I, II, III pueden consumirse en mayor cantidad, los del grupo IV y V en cantidades moderadas y los del grupo VI y VII en cantidades limitadas. En fin, la alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y energía que cada persona necesita para mantenerse sana. Los nutrientes esenciales son: proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua.

Es de gran importancia tener una alimentación saludable debido a que mejora notablemente la calidad de vida y salud de una persona. También es preponderante no excluir a la actividad física, debido a que en conjunto con una alimentación saludable, contribuye a mantener una salud excelente, previniendo las enfermedades crónicas como la obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, diabetes etc. Así, la alimentación saludable permite mejorar la calidad de vida en todas las edades. La base de una alimentación saludable es consumir en forma equilibrada todos los alimentos disponibles. Para hacer una correcta selección y un adecuado consumo de los mismos se los clasifica en diferentes grupos, organizados para facilitar su comprensión. Existen diferentes maneras de ilustrar estos grupos de alimentos en una gráfica. La más conocida es la Pirámide, que es de origen norteamericano.



Figura 1. Fuente: Pirámide de la Alimentación Saludable. SENC (2004).

En Argentina también se elaboró una guía alimentaria saludable dirigida a toda la población auspiciada por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, y por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las Guías Alimentarias para la Población Argentina (2003) se acompañan de una gráfica denominada: “La gráfica de la alimentación saludable” (ver Gráfico 2) que ha sido diseñada con el objeto de subrayar cuatro aspectos fundamentales a tener en cuenta en la alimentación cotidiana:

1. Consumir una amplia variedad de alimentos
2. Incluir alimentos de todos los grupos a lo largo del día
3. Consumir una proporción adecuada de cada grupo
4. Elegir agua potable para beber y preparar los alimentos

La base de una alimentación saludable es consumir en forma equilibrada todos los alimentos disponibles. Para hacer una correcta selección y un adecuado

consumo de los mismos se los clasifica en diferentes grupos, organizados para facilitar su comprensión.

Figura 2 Fuente: Guías Alimentarias para la Población Argentina.

Cereales: (arroz, avena, cebada, maíz, trigo), sus derivados (harinas y productos elaborados con ellas: fideos, pan, galletas, etc.).

Legumbres secas (arvejas, garbanzos, lentejas, porotos, soja): Son fuente principal de Hidratos de Carbono y de Fibra.

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

Leche, Yogur y Queso: Ofrecen proteínas completas y son fuente principal de Calcio.

Carnes y Huevos: Ofrecen las mejores proteínas y son fuente principal de Hierro. Incluye a todas las carnes comestibles; de animales y aves de crianza o de caza y pescados y frutos de mar.

Aceites, frutas secas, semillas y grasas: Son fuente principal de Energía y de Vitamina E.

Azúcar y dulces: Otorgan energía y son agradables por su sabor, pero no ofrecen sustancias nutritivas indispensables. Se consideran alimentos complementarios.

Todos estos grupos son importantes, siempre y cuando sean consumidos adecuadamente y proporcionalmente.

Desorden Alimentario

El Síndrome de Descontrol Alimentario (SDA) es uno de los tipos de trastornos alimentarios, conocido como "Binge Eating Disorder" o BED". "La palabra Binge Eating es traducida como atracón, o sea como la ingestión en un tiempo breve, generalmente inferior a 2 horas, de una gran cantidad de comida, en forma desordenada y rápida y, fundamentalmente, con una sensación de pérdida de control sobre el tipo de ingesta y la cantidad de la misma" (Torresani y

Somoza, 2009, p. 283). Las mencionadas autoras también sostienen, que el Síndrome de Descontrol Alimentario se caracteriza por la permanente recurrencia de los episodios de atracones, pero que no son acompañados por conductas compensatorias inapropiadas; y que generalmente dicho desorden afecta a las personas obesas en tratamiento, aunque aclaran que no todas las personas obesas presentan estos episodios. La prevalencia aumenta en las personas obesas bajo tratamiento, dependiendo del grado de obesidad y del grado de restricción calórica.

Los criterios de diagnóstico están determinados según DSM – IV (1995) por los siguientes factores:

1. Presencia de atracones, caracterizados por:
 - a- Ingesta aumentada de alimentos en corto tiempo.
 - b- Sensación de pérdida del control sobre este tipo de ingesta de alimentos.
2. Los episodios de Descontrol Alimentario se asocian por lo menos con tres de los siguientes rangos:
 - a- Comer mucho más rápido que lo normal.
 - b- Comer hasta sentirse totalmente lleno.
 - c- Comer abundantemente sin sensación de hambre.
 - d- Comer solo por sentirse avergonzado de la actitud.
 - e- Sentir culpa o depresión de la sobrealimentación.
3. Marcado malestar, aflicción o angustia por el descontrol alimentario.
4. Los atracones ocurren, en promedio, al menos 2 veces a la semana durante un período de seis meses.
5. No presenta conductas compensatorias.

Torresani y Somoza (2009) sostienen que los pacientes con desorden alimentario presentan síntomas tales como: Baja autoestima; dietismo permanente, mayor capacidad gástrica; malestar general tales como náuseas o dolor epigástrico luego del atracón, y sensación penosa de culpa o autorreproche.

Las autoras afirman que el tratamiento debe ser el mismo que para el paciente con bulimia nerviosa.

Otro de los tipos de trastornos alimentarios conforme el criterio científico de DSM- IV, más graves de los últimos tiempos, es la Anorexia Nerviosa, la cual se caracteriza por presentar las siguientes características:

1. Rechazo por parte de la persona enferma a mantener un peso corporal igual o por encima de un mínimo normal.
2. Pérdida de peso igual o superior a un 15% del peso normal.
3. Miedo profundo a ganar peso aun estando por debajo de un peso normal.
4. Alteraciones en la valoración del peso y de la silueta corporal: Distorsión de la Imagen Corporal.
5. En las mujeres, pérdida de tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea si sus periodos únicamente se dan después de la administración de hormonas.

Subtipo Bulímico: Durante el periodo de Anorexia Nerviosa la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta de alimentos.

Subtipo Restrictivo: Durante el periodo de Anorexia Nerviosa la persona no presenta episodios recurrentes de sobreingesta de alimentos.

“La Anorexia Nerviosa es un síndrome psiquiátrico diferenciado, con una patogénesis compleja. Aparece una imagen distorsionada del cuerpo, con un temor mórbido a engordar. Generalmente no se pierde el apetito, pero se niega la sensación de hambre. La controlan voluntariamente, ingiriendo menor cantidad de alimentos que los necesarios para cubrir sus necesidades nutricionales, con lo cual pierden peso progresivamente”. (Torresani y Somoza, 2009, p. 266).

Torresani y Somoza (2009) afirman que las características más sobresalientes en una persona con anorexia nerviosa son: Alteración del esquema corporal; obsesión por el cuerpo y la comida; restricción severa de alimentos; cumplidores y obedientes; elevada inteligencia; desconcentración y fracaso escolar; hiperactivos pero ineficaces; mayor dedicación a la limpieza; rechazo a la vida sexual; insomnio; depresión y aislamiento.

Según el DSM IV, la anorexia nerviosa puede presentarse bajo dos formas:

- 1) Restrictiva: Es aquella que constituye el cuadro clásico de la enfermedad. La paciente para lograr la delgadez extrema, limita su alimentación hasta un mínimo por debajo de lo indispensable para subsistir. Tiene un control total de la situación.
- 2) Bulimarexia: Son las anoréxicas que en determinados momentos de su enfermedad, presentan síntomas bulímicos. Esta situación se da aproximadamente en el 50% de las mujeres anoréxicas.

El tratamiento para las personas que sufren anorexia nerviosa, en su mayoría mujeres, es un tratamiento que integra aspectos clínicos y psicológicos, es por eso que los profesionales encargados de dicho tratamiento trabajan en conjunto. Los objetivos del tratamiento radican en: La estabilización del estado clínico; expectativa de incremento de peso; cambios en la conducta alimentaria y modificación de síntomas psiquiátricos. Los tres pilares del tratamiento consisten en: Terapia Nutricional; Psicoterapia para el paciente y Terapia de apoyo familiar.

“Bulimia es un término que significa comilona, es decir un episodio caracterizado por la ingestión rápida de grandes cantidades de comida en un corto tiempo. A veces esta comilona puede ser social y no siempre necesariamente compulsiva. La compulsión es vivida como algo indebido y perjudicial” (Torresani y Somoza, 2009, p. 276). En la bulimia nerviosa, la comilona compulsiva es una conducta habitual y conlleva un cuadro de alteraciones psiquiátricas, por eso se dice que se está ante un “Trastorno”. Los pacientes que padecen bulimia, presentan distorsión del esquema corporal, y un gran anhelo de adelgazar en exceso. Al no poder controlar las compulsiones, recurren a conductas compensatorias. Según cuáles sean estas conductas compensatorias, la bulimia nerviosa puede ser de dos tipos:

- a) Tipo 1 o Purgativa: Producida por el uso de diuréticos, laxantes y vómitos.
- b) Tipo 2 o no Purgativa: Producida por realizar ejercicios físicos extenuantes, largos períodos de ayuno y dietas estrictas.

La Bulimia Nerviosa según DSM-IV, también forma parte de uno de los trastornos alimentarios más graves de los últimos años, en dónde las principales señales corresponden a las siguientes conductas:

1. Episodios repetitivos de sobreingesta de alimentos, de manera compulsiva denominado también “atracones”. Un atracón se caracteriza por comer durante un período de tiempo una cantidad determinada de comida que es superior a la que la mayoría de gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas.
2. Sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante el episodio de atracón.
3. Sentimiento de descontrol y culpa en relación a los atracones.
4. Conductas recurrentes inadecuadas para compensar y prevenir el aumento de peso después de los episodios de atracón como el vómito, uso de laxantes, incremento del ejercicio físico o el ayuno.
5. Autoestima excesivamente influenciada por el peso y la silueta.
6. El trastorno no tiene lugar exclusivamente durante episodios de Anorexia Nerviosa.

El tratamiento para erradicar la bulimia nerviosa se asemeja notablemente al de la anorexia nerviosa, en dónde se integran aspectos clínicos y psicológicos. Los objetivos del tratamiento también son similares entre ambos porque consisten en: La estabilización del patrón alimentario; modificar pensamientos y sentimientos; modificación de síntomas psiquiátricos, y prevenir recaídas.

Macronutrientes

Es Martín de Portela (2006) quién sostiene que un nutriente es una sustancia química que se encuentra en los alimentos y son utilizados por el cuerpo y que necesita la célula para realizar sus funciones vitales, es empleada por el organismo no como fuente de energía, sino para otras funciones, tales como para el crecimiento o la reparación de sus estructuras. Los nutrientes son tomados por la célula y transformados en constituyentes celulares a través de un proceso de biosíntesis llamado anabolismo. Para que el organismo humano,

alcance un estado relativo de equilibrio y funcione adecuadamente necesita de algunos nutrientes en cantidades muy pequeñas, sin la presencia de ellos puede alterarse este equilibrio. Esto quiere decir que si no se consumen en cantidad y calidad suficientes, puede dar lugar a desnutriciones que cesan cuando se consume el nutriente implicado. La principal evidencia que un nutriente es esencial es precisamente la capacidad que tiene de curar una determinada enfermedad. Los nutrientes se clasifican en macronutrientes, integrados por las proteínas, lípidos e hidratos de carbono; y los micronutrientes, integrados por las vitaminas y minerales.

Características de los Macronutrientes

Los macronutrientes constituyen los principales ingredientes de la dieta y son el material básico que compone el cuerpo humano. Están integrados por:

Proteínas: Son aquellas que forman parte de la estructura básica de los tejidos como los músculos, tendones, piel y uñas. Desempeñan funciones metabólicas y reguladoras, transporte de oxígeno y de grasas en la sangre, inactivación de materiales tóxicos y definen la identidad de cada ser vivo por ser la base de la estructura del código genético (el ADN es una proteína). Pujal Amat (1991) afirma que los macronutrientes son moléculas de gran tamaño formadas por largas cadenas de aminoácidos. Los aminoácidos son compuestos orgánicos que incluyen nitrógeno en su estructura. Existen 20 aminoácidos distintos. En las dietas de los seres humanos, se puede distinguir entre proteínas de origen animal y vegetal. Las proteínas de origen animal tienen mayor cantidad de aminoácidos esenciales y su digestibilidad es mayor. Las proteínas vegetales tienen factores que impiden su absorción y los aminoácidos esenciales se encuentran en menor proporción. Las proteínas de origen animal están presentes en carnes, pescados, aves, huevos y productos lácteos en general. Las de origen vegetal se encuentran principalmente en legumbres y, en mucha menor proporción, en los cereales. Para asimilar las proteínas de la dieta el organismo debe fraccionarlas en los distintos aminoácidos que las conforman. Esta descomposición se realiza en el estómago y el intestino. Los aminoácidos obtenidos pasan a la sangre y se distribuyen hacia los tejidos, donde se combinan de nuevo y forman distintas proteínas específicas. La mitad del peso seco del cuerpo es proteína distribuida en los músculos, huesos, cartílagos, etc. Las proteínas se utilizan principalmente

para la reparación y formación de nuevos tejidos. Cuando las proteínas consumidas exceden las necesidades del organismo, sus aminoácidos pueden ser utilizados para obtener energía. Además de proporcionar energía corporal, los carbohidratos mantienen las funciones del hígado, corazón, cerebro y sistema nervioso. También previenen el exceso de degradación de las grasas y proteínas para suministrar energía evitando el estado perjudicial de cetoacidosis.

Dentro de los macronutrientes también se encuentran las grasas o lípidos:

“Las grasas son compuestos orgánicos que se forman de carbono, hidrógeno y oxígeno y son la fuente más concentrada de energía en los alimentos. Las grasas pertenecen al grupo de las sustancias llamadas lípidos y vienen en forma líquida o sólida. Todas las grasas son combinaciones de los ácidos grasos saturados y no saturados por lo que se les denomina muy saturadas o muy insaturadas, dependiendo de sus proporciones”(Pick, 2009, p.41).

Al igual que los glúcidos, las grasas se utilizan en su mayor parte para aportar energía al organismo, pero también son imprescindibles para otras funciones como la absorción de algunas vitaminas, la síntesis de hormonas y como material aislante y de relleno de órganos internos. También forman parte de las membranas celulares. Las grasas son un nutriente necesario e indispensables, el problema radica en si se consumen grasas en exceso o grasas no ideales, ejemplo, el consumo de grasa de cerdo. Las moléculas esenciales que constituyen la grasa son los ácidos grasos. Según el grado de saturación de estos se clasifican en dos grupos: Grasas saturadas y grasas no saturadas.

“Las grasas saturadas son generalmente grasas sólidas de origen animal; por ejemplo, las grasas en la carne, leche entera, crema, queso y manteca. Las grasas saturadas son duras y requieren refrigeración. Los alimentos que contienen grasas saturadas son los de origen ovino, bovino, porcino, materias grasas hidrogenadas, chocolate, coco, cremas heladas, manteca, margarinas comunes, leche entera, quesos en base a leches enteras, crema y muchas grasas sólidas para repostería” (Wade, 1987, p.4).

Las grasas saturadas lo que provocan es aumentar progresivamente el nivel de colesterol en sangre. Un exceso de grasas saturadas puede causar

depósitos de colesterol dentro y alrededor de las arterias, y predisponer a una persona a trastornos cardíacos y arteriosclerosis.

Las grasas no saturadas o poliinsaturadas son grasas líquidas, tales como aceites de frutas, verduras y semillas, así como tipos esenciales de margarinas. Las grasas no saturadas son líquidas y permanecen en ese estado. Generalmente son aceites líquidos de frutas, hortalizas y semillas. Incluyen el aceite de hígado de bacalao, el aceite de cereales, azafrán, soja, nuez, sésamo, y aderezos para ensaladas y margarinas especiales. Las grasas no saturadas hacen descender el colesterol sanguíneo. Para las personas afectadas por el colesterol elevado, el médico puede recomendar el cambio a grasas suaves o no saturadas, como forma de dieta que ayude a disminuir el exceso de colesterol. (Wade, 1987, p.5).

Los Carbohidratos o también denominados “Hidratos de Carbono” forman parte de la familia de los macronutrientes. Los hidratos de carbono o carbohidratos son las sustancias orgánicas más ampliamente distribuidas y se presentan en mayor cantidad en los alimentos. Son nutrientes básicos, incluso aquellos no digeribles son necesarios para una alimentación equilibrada. Portela (1993) sostiene que existen básicamente dos tipos de carbohidratos: simples y complejos:

Los carbohidratos simples constan de unidades de azúcares sencillos o dobles que se digieren con facilidad, que proporcionan energía de forma rápida y que realizan importantes funciones en la estructura del material genético y en los sistemas enzimáticos.

Los carbohidratos complejos o polisacáridos están menos preparados para su utilización. Aunque varían algo en su efecto sobre la glucemia, en general proporcionan energía de forma más lenta y ayudan a prevenir grandes fluctuaciones de los niveles de glucosa sanguínea.

El principal rol nutricional de los carbohidratos es el aporte energético, pero una de sus propiedades importantes es el sabor dulce que poseen los alimentos de este grupo en mayor o menor medida. Se clasifican con el nombre de hidratos de carbonos los azúcares y las féculas, por ser sustancias orgánicas compuestas por carbono, hidrógeno y oxígeno, en combinación con moléculas de agua. Al ser

ingeridas, tanto las féculas consideradas hidratos de carbono complejos, como los azúcares, denominados simples, se convierten en su mayor parte en glucosa, elemento que se incorpora a la corriente sanguínea y aporta la energía necesaria al cuerpo humano. Un segundo grupo de hidratos de carbono complejos está constituido por las celulosas que, aunque no son asimiladas por el organismo humano, tiene propiedades beneficiosas para la salud. En el campo nutricional las celulosas tienen una considerable importancia, porque su ingestión da sensación de plenitud, lo que reduce el apetito, y además, porque el no ser asimilada por el organismo, no liberan calorías.

Micronutrientes

A las vitaminas y minerales se los denominan micronutrientes debido a que el cuerpo solamente necesita pequeñas cantidades de ellos todos los días. Las vitaminas son compuestos orgánicos que realizan funciones especiales en el cuerpo, denominadas catalíticas y funcionan como coenzimas o en el control de ciertas reacciones metabólicas. Todas son relevantes y necesarias en la alimentación y se clasifican en liposolubles e hidrosolubles (Pujol Amat, 1991). El grupo que contiene mayor cantidad de vitaminas y minerales lo integran las frutas y verduras. Las vitaminas son necesarias para que todas las partes del cuerpo funcionen bien, para que se formen la sangre, el pelo, vitaminas, las uñas y la piel, así como para prevenir enfermedades.

Características de los Micronutrientes

Con respecto a las vitaminas, es preciso recordar que la mayoría de las vitaminas reciben nombres de letras: A, B, C, D, E, H, K, y a la vitamina B se le agregan números para distinguirlas unas de otras. Es por eso que hay distintas clases de Vitaminas: Vitamina B1, B2, B3, B5, B6, B12. A continuación se podrán observar las distintas funciones de cada vitamina:

- Vitamina A o Retinol: Es un alcohol primario que deriva del caroteno. Afecta la formación y mantenimiento de membranas, de la piel, dientes, huesos, visión, y de funciones reproductivas. El cuerpo puede obtener vitamina A de dos maneras: fabricándola a base de caroteno (encontrado en vegetales como: zanahoria, calabaza, etc.,)

o la otra, alimentándose de animales que se alimenten de estos vegetales, y que ya hayan realizado la transformación.

- **Vitamina B o Betacaroteno:** Este grupo de vitaminas se reconoce porque son sustancias frágiles solubles al agua. La mayoría de las vitaminas del grupo B son importantes para metabolizar hidratos de carbono. Dentro de la Vitamina B, se encuentran el siguiente grupo de Vitaminas:
- **Vitamina B1 o Tiamina:** Sustancia incolora. Actúa como catalizador de los hidratos de carbono. Lo que produce este proceso es metabolizar el ácido pirúvico, haciendo que el hidrato de carbono libere su energía. LA tiamina regula también algunas funciones en el sistema nervioso. La tiamina se encuentra, pero en cantidades bajas, en los riñones, hígado y corazón.
- **Vitamina B2 o Riboflavina:** La riboflavina actúa como enzima. Se combina con proteínas para formar enzimas que participan en el metabolismo de hidratos de carbono, grasas y especialmente en el metabolismo de las proteínas que participan en el transporte de oxígeno. También mantiene las membranas mucosas.
- **Vitamina B3 o Niacina:** Se conoce también con el nombre de vitamina PP. Funciona como coenzima que permite liberar energía de los nutrientes. Esta vitamina afecta directamente el sistema nervioso y el estado de ánimo. Pero prolongada sobredosis son perjudiciales para el hígado.
- **Vitamina B5 o Acido pantoténico:** Constituye una enzima clave en el metabolismo basal. Favorece el crecimiento del cabello. Es fabricado por bacterias intestinales, y se encuentra en muchos alimentos.
- **Vitamina B6 o Piridoxina:** La Piridoxina es necesaria en la absorción y en el metabolismo de aminoácidos. Actúa también en el consumo de grasas del cuerpo y en la producción de glóbulos rojos. La Piridoxina es proporcional a las proteínas consumidas en el cuerpo.

- Vitamina B8 o Biotina: Participa en la formación de ácidos grasos y en la liberación de los hidratos de carbono. Es coenzima del metabolismo de glúcidos y lípidos. Es sintetizada por bacterias intestinales y se encuentra en muchos alimentos.
- Vitamina B9 o Ácido fólico: Coenzima necesaria para la formación de proteínas estructurales y hemoglobina. Se usa para el tratamiento de la anemia y la psilosis. A diferencia de otras vitaminas también hidrosolubles, la folacina se almacena en el hígado.
- Vitamina B12 o Cianocobalamina: Es necesaria para la formación de nucleoproteínas, proteína, y glóbulos rojos. La falta de esta vitamina se debe a la incapacidad del estómago para procesar glicoproteínas. Esta vitamina se obtiene sólo del hígado, riñones, carne, etc. por lo que a los vegetarianos se les aconseja tomar suplementos vitamínicos B12.
- Vitamina C o Ácido ascórbico: Es importante en la formación de colágeno. Colágeno es una proteína que sostiene muchas estructuras corporales y tiene un papel muy importante en la formación de huesos y dientes; además de favorecer la absorción de hierro. La ausencia de Ácido ascórbico puede derivar en escorbuto. Esta enfermedad consiste en la caída de dientes, debilitamiento de huesos, y aparición de hemorragias; síntomas que se deben a la ausencia de colágeno. Todavía no está completamente probado que la vitamina C ayuda a prevenir resfríos; pero sí está probado que, aunque el exceso se elimina rápidamente por la orina, el excesivo consumo puede provocar cálculos a los riñones y la vejiga.
- Vitamina D o Calciferol: Tiene una importante función en la formación y mantención de huesos y diente. Se puede obtener de alimentos como huevo, hígado, atún, leche; o puede ser fabricado por el cuerpo cuando los esteroides se desplazan a la piel y reciben luz solar. Su excesivo consumo puede ocasionar daños al riñón, y pérdida del apetito.

- Vitamina E o Alfatocoferol: La vitamina E posee la función de ayudar a la formación de glóbulos rojos, músculos, y otros tejidos. Previene de la oxidación de la vitamina A y las grasas.
- Vitamina K o Fitomenadiona: Es necesaria para la coagulación de la sangre. Es necesaria porque produce una enzima llamada protrobina; la que interfiere en la producción de fibrina; que es la que finalmente interfiere en la coagulación. Normalmente se obtiene de la alimentación y de la cantidad segregada por las bacterias intestinales.

La gran diferencia que existe entre los macronutrientes y micronutrientes, es que los macronutrientes aportan energía y los micronutrientes no aportan energía, sino que están compuestos por minerales y vitaminas, cuyo requerimiento diario es relativamente mínimo pero indispensable para que el metabolismo funcione.

Influencia de los factores socioculturales en la nutrición de los adultos mayores

Los principales procesos patológicos en la vejez son la depresión y la demencia, lo que conlleva que el individuo se vuelva dependiente del apoyo familiar. El rol de la familia cambia, el adulto mayor, en estos casos, pasa de ser un sujeto activo que contribuía al cuidado de sus hijos y nietos a ser un individuo pasivo que necesita de cuidados especiales. Las pérdidas afectivas, principalmente la del cónyuge, son difíciles de superar y tienen una repercusión importante en el estado psicológico y nutricional del adulto mayor, presentándose una disminución del apetito y rechazo por el alimento

Factores sociales como la pobreza, la incapacidad para hacer compras, de preparar comidas, de alimentarse por sí mismo, el vivir solo, el aislamiento social, la falta de red de apoyo social, la institucionalización, son factores que pueden producir depresión y la consiguiente alteración de la nutrición. También la demencia, la Enfermedad de Alzheimer, el alcoholismo y otras afecciones influyen en la alimentación. (Suarez, 2015).

Valoración nutricional geriátrica y cuidado del adulto mayor

Es pertinente destacar que la valoración nutricional geriátrica debe ser completa e integral, recopilando datos relacionados con la antropometría, sociales, hábitos alimentarios, farmacológicos, parámetros bioquímicos y aspectos psicológicos.

Tras la elección del modelo de Virginia Henderson como marco conceptual y conociendo la importancia de la fase de valoración dentro del proceso enfermero, se considera de importancia la valoración de las distintas necesidades y hábitos alimentarios, así como su estado nutricional y la existencia o riesgo de malnutrición, para planificar su atención con respecto a una alimentación e hidratación correcta. (Vallejo, 2006).

En el juramento que realizó Florence Nightingale, planteó:

“Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta Asamblea, llevar una vida pura; y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad. Me abstendré de todo lo que sea perjudicial o maligno o de tomar o administrar a sabiendas, ninguna droga que pueda ser nociva a la salud. Haré cuanto esté en mi poder por elevar el buen nombre de mi profesión y guardar inviolable el secreto de todas las cuestiones personales que se me confíen, y asuntos de familia de que me entere en el desempeño de mi cometido. Con lealtad procuraré auxiliar al facultativo en su obra y me dedicaré al bienestar de todos los que estén encomendados a mi cuidado”. (Nightingale, 1969, p.82).

Como se puede observar, en este juramento, Nightingale (1969) aclaró los aspectos éticos que caracterizan su acto profesional, quedando como legado para la posterior creación del código ético de los enfermeros; Además de los legados éticos, mostró claramente la responsabilidad que asumía con el cuidado de la salud de las personas a ella confiadas y como aspecto importante, el cuidado que tendría con su propia salud.

Vallejo (2006) explica que casi un siglo después de los postulados de Nightingale, una de las principales teóricas de la escuela de las necesidades, Dorothea E. Orem, contempló dentro de su teoría del Déficit de Auto cuidado, tres

sub-teorías relacionadas entre sí, que provocaron un gran impacto en la práctica de enfermería. Estas son:

- Teoría del Auto cuidado.
- Teoría del Déficit de Auto cuidado.
- Teoría de los Sistemas de Enfermería.

La autora plantea que: El arte de la Enfermería es actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar por sí misma y/o ayudarla a aprender a actuar por sí misma. La apropiación de esa teoría ha permitido a las enfermeras perfeccionar sus prácticas cotidianas mediante la observación, descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos de la realidad en la que están inmersas; pero muy especialmente del objeto de estudio de su ciencia particular: el cuidado de las personas, familia y comunidad.

Enfermería: responsabilidad de velar por la salud de otros. Acciones de cuidado de la persona y su entorno, a partir del desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio. Profesión basada fundamentalmente en el cultivo de las mejores cualidades morales.

Enfermera: persona con conocimientos teóricos y habilidades prácticas capacitadas para observar inteligentemente a los pacientes y su entorno, proporcionarles los cuidados necesarios para su salud e influir en la modificación de la misma mediante el fomento de mejoras en sus condiciones de vida. Profesional capacitado para presentar a los médicos "no opiniones, sino hechos".

Educación en enfermería: enseñanza específica para cuidar a los enfermos y para impartir cuidados sanitarios preventivos, en centros de salud pública. Abogó por la independencia de las escuelas de enfermería con respecto a los hospitales. Estaba convencida de que un buen ejercicio profesional sólo podía provenir de una completa formación (instrucción en los principios científicos y la experiencia práctica para dominar las técnicas). (Vallejo, 2006).

El modelo de Virginia Henderson hace énfasis en las necesidades humanas básicas como foco central de la práctica de la enfermería. Ha llevado a

desarrollar muchos otros modelos en los que se enseña a los enfermeros a asistir a los pacientes desde el punto de vista de sus necesidades.

Vallejo (2006) afirma que según Henderson, en un inicio una enfermera debe actuar por el paciente solo cuando este no tenga conocimientos, fuerza física, voluntad o capacidad para hacer las cosas por sí solo o para llevar correctamente el tratamiento.

La idea es asistir o contribuir a la mejoría del paciente hasta que él mismo pueda atenderse por sí solo. También incluye la asistencia a una persona enferma ayudando a llevarlo a una muerte tranquila y pacífica.

El modelo de Virginia Henderson hace énfasis en las necesidades humanas básicas como foco central de la práctica de la enfermería. Ha llevado a desarrollar muchos otros modelos en los que se enseña a los enfermeros a asistir a los pacientes desde el punto de vista de sus necesidades. (Vallejo, 2006).

Según Henderson, en un inicio una enfermera debe actuar por el paciente solo cuando este no tenga conocimientos, fuerza física, voluntad o capacidad para hacer las cosas por sí solo o para llevar correctamente el tratamiento. (Vallejo, 2006). La idea es asistir o contribuir a la mejoría del paciente hasta que él mismo pueda atenderse por sí solo. También incluye la asistencia a una persona enferma ayudando a llevarlo a una muerte tranquila y pacífica.

METODOLOGIA

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo, y de corte transversal. La investigación se realizó en el marco de las normativas éticas internacionales y nacionales, no existiendo vínculo financiero real o potencial alguno que pueda motivar parcialidad o conflicto de intereses.

Como primera actividad se realizó una reunión con los asistentes del Centro de Jubilados, con la participación de jubilados, trabajadores sociales del Municipio y los responsables de la institución a efectos de informar sobre las características del estudio.

En dicha reunión se resaltó el carácter voluntario y la confidencialidad de la información obtenida.

El trabajo de campo se organizó de tal manera que no alteró las actividades laborales habituales, ofreciendo los días y horarios alternativos al centro.

Lugar:

Se realizó en el Centro de Jubilados “Amigos” del Barrio San Nicolás del partido de Florencio Varela.

Tiempo:

El estudio se llevará a cabo entre los meses de mayo y diciembre de 2018.

Universo:

Se encontró conformado por todos los adultos mayores de 65 años del Barrio San Nicolás del partido de Florencio Varela.

Población:

La población estuvo compuesta por los adultos mayores de 65 años (hombres y mujeres) que concurren al Centro de Jubilados “Amigos” del Barrio San Nicolás del partido de Florencio Varela, en el período comprendido entre mayo y diciembre de 2018.

Muestra:

Estuvo conformada por 50 adultos (25 mujeres y 25 hombres) seleccionados/as aleatoriamente de la población en estudio.

Unidad de análisis y respuesta:

Cada uno de los adultos mayores que conforman la muestra.

Instrumento de recolección de datos:

Se realizó un cuestionario con preguntas cerradas implementado a través de una entrevista. Dicho cuestionario también contiene datos como peso y talla de los participantes del análisis.

Tabulación y procesamiento de los datos:

Los datos obtenidos fueron consignados, para su procesamiento y análisis, en una planilla del Programa Excel.

Presentación de los resultados:

Los resultados serán presentados en tablas y gráficos.

Variables:

- **Sexo:** Femenino – Masculino.
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** Se calculó de acuerdo a la fórmula de la OMS (división del peso en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros – peso (kg)/ talla (m²). Las categorías corresponden a la Tabla de la OMS: Bajo peso= < 18.5 – Peso normal= 18.5/24.9 – Sobrepeso= 25.0 /29.9 – Obesidad= ≥ 30.0.
- **Nivel educativo: Se consignará el máximo nivel alcanzado:** Sin escolaridad - Primario – Secundario – Terciario/universitario. Para todas las categorías se considerarán las sub-categorías completo e incompleto.
- **Prescripción dietaria:** Sí – No.
- **Cumplimiento de la dieta prescrita:** Sí – No.
- **Motivos de incumplimiento de la dieta prescrita:**

- **Persona que prepara los alimentos:**
- **Opinión sobre la ingesta adecuada de alimentos:** Sí – No.
- **Factores que intervienen en la ingesta inadecuada de alimentos: -**
 - Dificultades para cocinar
 - Falta de recursos económicos
 - Falta de apetito
 - Desinterés por cocinar
- **Realización de las principales comidas diarias:** Desayuno – Almuerzo – Merienda – Cena.
- **Realización de colaciones:** Sí – No
- **Alimentos de consumo frecuente:**

Lácteos – Carnes – Huevos – Harinas – Cereales – Frutas – Verduras - Legumbres – Otros.
- **Tipo de bebida con que acompaña las comidas:** Alcohólicas – Agua - Soda – Gaseosas – Jugos naturales – Jugos artificiales.

RESULTADOS

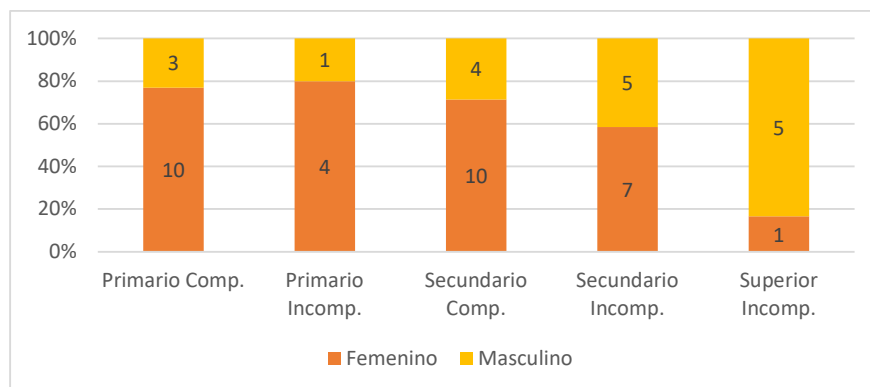
1. Caracterización de los adultos mayores según sexo, nivel educativo, grupo de convivencia y persona que prepara los alimentos

Tabla N° 1. *Distribución de la población según nivel educativo y sexo, adultos mayores de 65 Años del centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás en el periodo comprendido entre mayo a diciembre 2018.*

Nivel educativo	Sexo		Total	
	Femenino	Masculino	Nº	%
Primario Comp.	10	3	13	26
Primario Incomp.	4	1	5	10
Secundario Comp.	10	4	14	28
Secundario Incomp.	7	5	12	24
Superior Incomp.	1	5	6	12
Total	32	18	50	100
%	64	36	50	100

Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de Florencio Varela.

Gráfico N°1. *Población adultos mayores de 65 Años del centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás en el periodo comprendido entre mayo a diciembre 2018.*



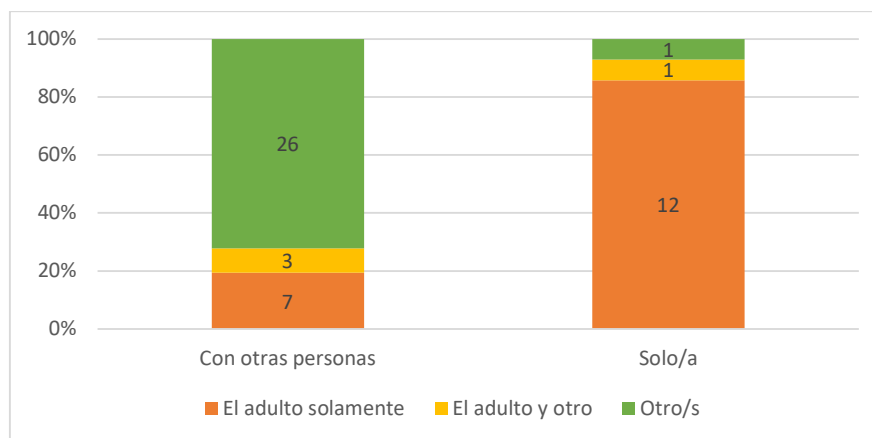
Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de Florencio Varela.

Tabla N° 2. Distribución de la población según grupo de convivientes y persona que prepara los alimentos, adultos mayores de 65 años del centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás en el periodo comprendido de mayo a diciembre de 2018.

Grupo de convivientes	Persona que prepara los alimentos			Total	
	El adulto solamente	El adulto y otro	Otro/s	Nº	%
Con otras personas	7	3	26	36	72
Solo/a	12	1	1	14	28
Total	19	4	27	50	100
%	38	8	54	50	100

Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de Florencio Varela

Gráfico N°2. Distribución de la población según grupo de convivientes y persona que prepara los alimentos, adultos mayores de 65 años del centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás en el periodo comprendido de mayo a diciembre de 2018.



Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de Florencio Varela.

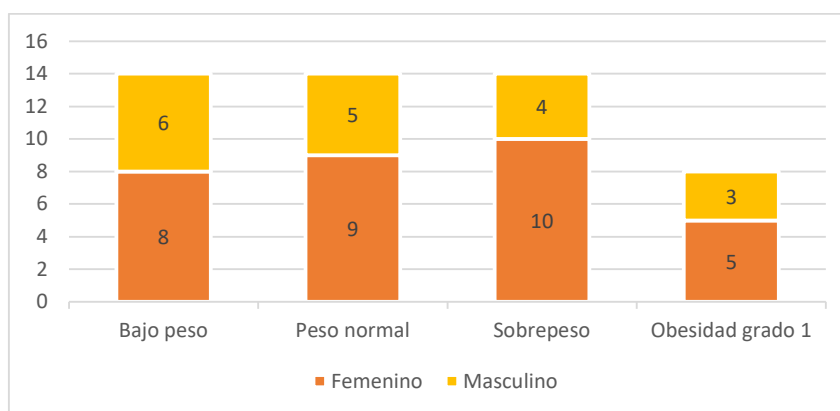
2. Cálculo del Índice de Masa Corporal y el estado nutricional objetivo, y conocimiento de la percepción sobre la valoración que hacen de la calidad de su ingesta los adultos mayores.

Tabla N°3. *Distribución de la población según IMC de los Adultos mayores que concurren al centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás del centro de jubilados amigos entre el periodo comprendido de mayo a diciembre de 2018.*

Cuenta de IMC	Sexo		Total	
	Femenino	Masculino	Nº	%
Bajo peso	8	6	14	28
Peso normal	9	5	14	28
Sobrepeso	10	4	14	28
Obesidad grado 1	5	3	8	16
Total	32	18	50	100

Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de la localidad de Florencio Varela.

Gráfico N°3. *Población según IMC de los Adultos mayores que concurren al centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás del centro de jubilados amigos entre el periodo comprendido de mayo a diciembre de 2018.*



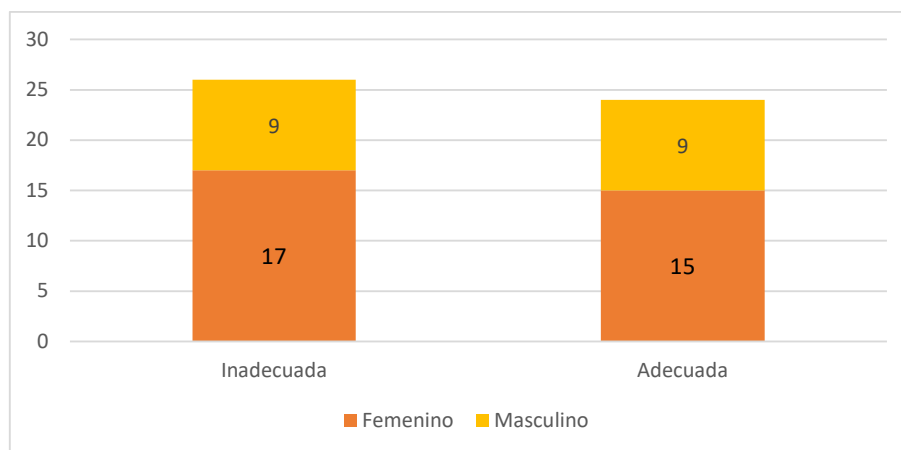
Fuente. Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de la localidad de Florencio Varela.

Tabla N° 4: *Percepción de la calidad de la dieta consumida, adultos mayores del centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás entre el periodo comprendido entre mayo a diciembre de 2018.*

Percepción de la calidad de la dieta consumida	Sexo		Total	
	Femenino	Masculino	Nº	%
Inadecuada	17	9	26	52
Adecuada	15	9	24	48
Total	32	18	50	100
%	64	36	50	100

Fuente: Centro de Jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de la localidad de Florencio Varela.

Gráfico N°4. *Percepción de la calidad de la dieta consumida, adultos mayores del centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás entre el periodo comprendido entre mayo a diciembre 2018.*



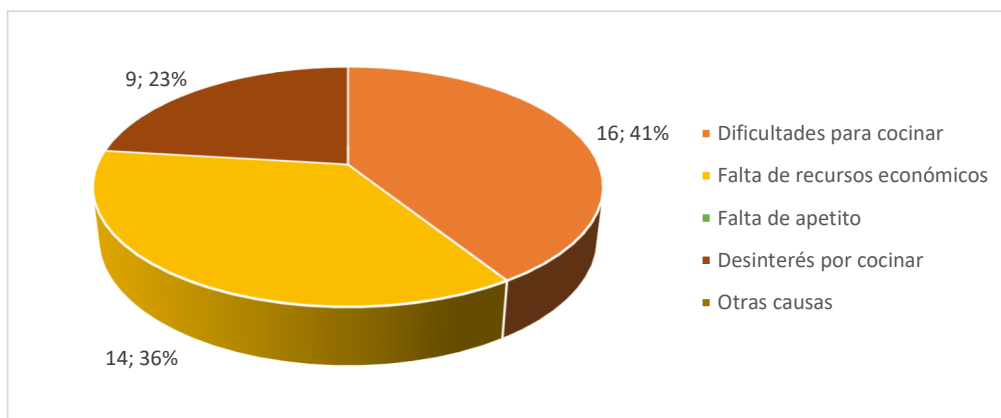
Fuente: Centro de Jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de la localidad de Florencio Varela.

Tabla N°5. *Motivos por lo que el adulto mayor percibe que su alimentación es inadecuada, centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás entre el periodo comprendido de mayo a diciembre de 2018.*

Motivos de la percepción de alimentación inadecuada	Nº	%
Dificultades para cocinar	16	32
Falta de recursos económicos	14	84
Falta de apetito	0	0
Desinterés por cocinar	9	18
Otras causas	0	0
TOTAL	39	100

Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de Florencio Varela.

Gráfico N° 5. *Motivos por lo que el adulto mayor percibe que su alimentación es inadecuada, centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás entre el periodo comprendido de mayo a diciembre de 2018.*



Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de Florencio Varela.

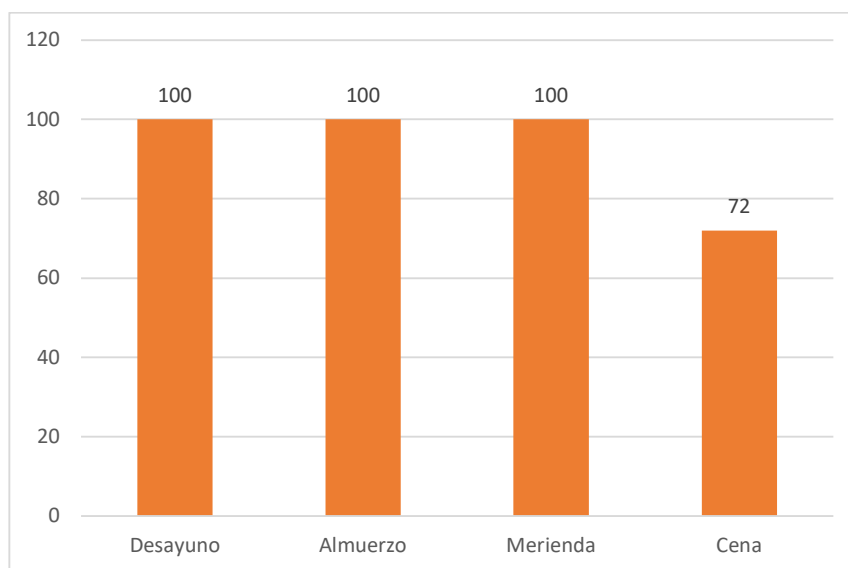
3. Identificación de las principales comidas diarias que se cumplen, realización de colaciones, el tipo de bebida con que se acompañan las comidas y los alimentos de consumo más frecuente de los adultos mayores.

Tabla N°6. Comidas diarias que realizan los adultos mayores del centro de jubilados amigos del centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás en el periodo comprendido entre mayo a diciembre de 2018.

Comidas principales consumidas	N°	%
Desayuno	50	100
Almuerzo	50	100
Merienda	50	100
Cena	36	72

Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de Florencio Varela.

Gráfico N°6. Comidas diarias que realizan los adultos mayores del centro de jubilados amigos del centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás en el periodo comprendido entre mayo a diciembre de 2018.



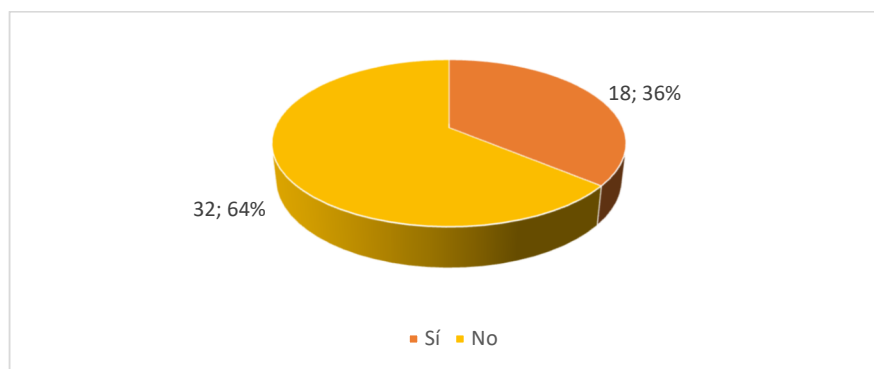
Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de Florencio Varela.

Tabla N°7. Realización de colaciones entre comidas a los adultos mayores del centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás entre el periodo comprendido entre mayo a diciembre de 2018.

Realización de colaciones entre comidas	Nº	%
Sí	18	36
No	32	64
TOTAL	50	100

Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de la localidad Florencio Varela.

Gráfico N°7. Realización de colaciones entre comidas a los adultos mayores del centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás entre el periodo comprendido entre mayo a diciembre de 2018.



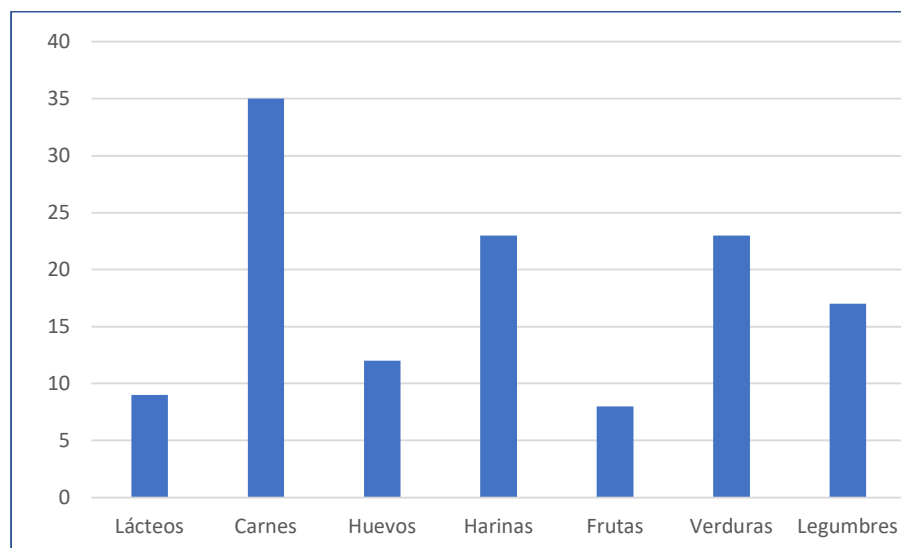
Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de la localidad Florencio Varela.

Tabla N°8. *Alimentación que consume con más frecuencia a los adultos mayores del centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás de la localidad de Florencio Varela.*

Alimentación que consume con más Frecuencia	N°	%
Lácteos	9	18
Carnes	35	70
Huevos	12	24
Harinas	23	46
Frutas	8	16
Verduras	23	46
Legumbres	17	34
	50	100

Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de la localidad Florencio Varela.

Gráfico N°8. *Alimentación que consume con más frecuencia a los adultos mayores del centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás de la localidad de Florencio Varela.*



Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de la localidad Florencio Varela.

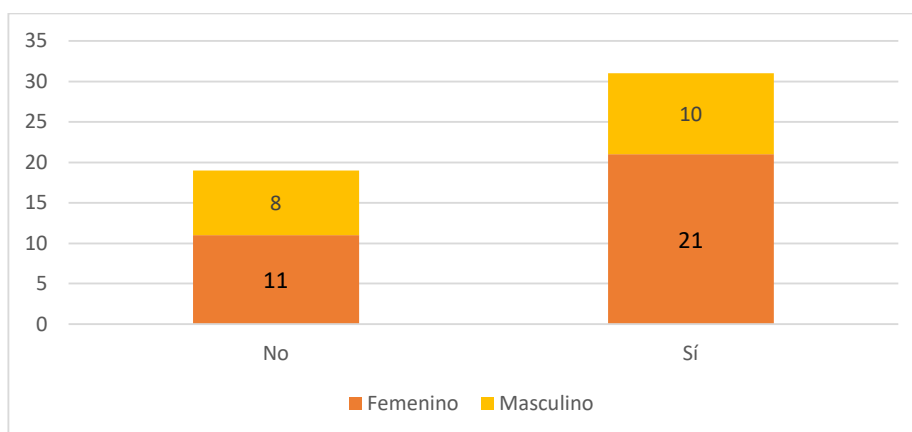
4. Identificación de la existencia de prescripción dietaria, y los motivos de incumplimiento de la dieta prescrita en caso de observarse

Tabla N°9: *Prescripción dietaria y los motivos de incumplimiento de la dieta prescrita a los adultos mayores del centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás entre el periodo comprendido entre mayo a diciembre de 2018.*

Prescripción dietaria	Sexo		Total	
	Femenino	Masculino	Nº	%
No	11	8	19	38
Sí	21	10	31	62
Total	32	18	50	100
	64	36	50	100

Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de la localidad Florencio Varela.

Gráfico N° 9 *Prescripción dietaria y los motivos de incumplimiento de la dieta prescrita a los adultos mayores del centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás entre el periodo comprendido entre mayo a diciembre de 2018.*



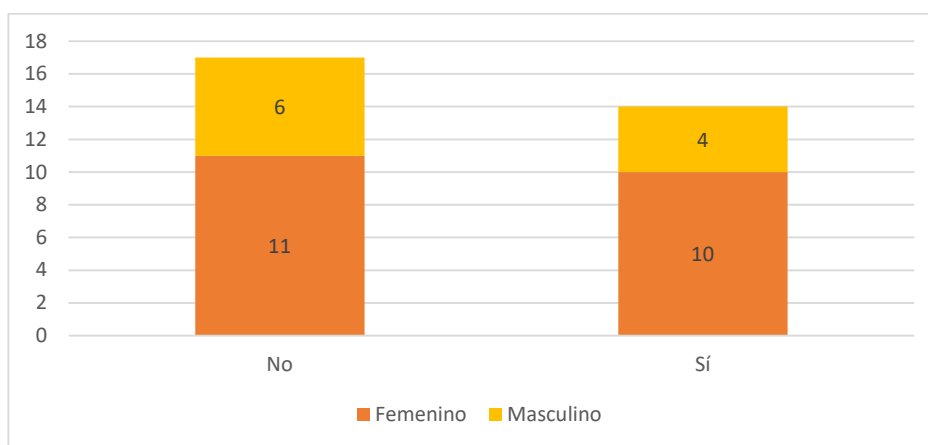
Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de la localidad Florencio Varela.

Tabla N° 10. Prescripción dietaria y los motivos de incumplimiento de la dieta prescrita a los adultos mayores del centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás entre el periodo comprendido entre mayo a diciembre de 2018.

Cumplimiento de la prescripción dietaria	Sexo		Total	
	Femenino	Masculino	Nº	%
No	11	6	17	55
Sí	10	4	14	45
Total	21	10	31	100

Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de la localidad de Florencio Varela.

Gráfico N° 10. Prescripción dietaria y los motivos de incumplimiento de la dieta prescrita a los adultos mayores del centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás entre el periodo comprendido entre mayo a diciembre de 2018.



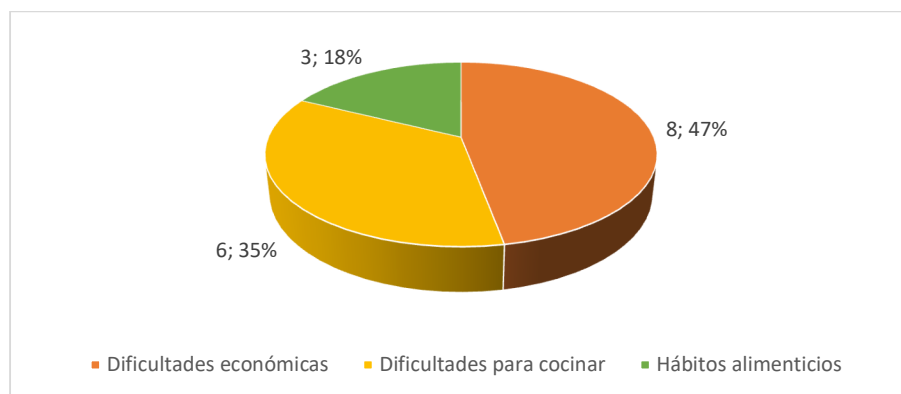
Fuente: Centro de jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de la localidad de Florencio Varela.

Tabla N° 11. *Dificultades referidas por los adultos mayores para el incumplimiento de la prescripción dietaria, centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás del centro de jubilados amigos entre el periodo comprendido de mayo a diciembre 2018.*

Dificultades referidas	Nº	%
Dificultades económicas	8	47
Dificultades para cocinar	6	35
Hábitos alimenticios	3	18
TOTAL	17	100

Fuente: Centro de Jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de Florencio Varela.

Gráfico N° 11. *Dificultades referidas por los adultos mayores para el incumplimiento de la prescripción dietaria, centro de jubilados amigos del Barrio San Nicolás del centro de jubilados amigos entre el periodo comprendido de mayo a diciembre 2018.*



Fuente: Centro de Jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de Florencio Varela.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación se ha trabajado con la población comprendida por adultos mayores. Es relevante mencionar que conforme la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas y a las que sobrepasan los 90 se denominan grandes viejos o grandes longevos. Por ello, a todo individuo mayor de 60 se denomina de forma indistinta persona de la tercera edad.

El término adulto mayor posee una denotación brindada por la misma sociedad, es una definición social. Cabe mencionar que actualmente parte de la población mundial tiene un envejecimiento notorio a partir de los 80 años de edad, eso hace pensar que el término de adulto mayor podría incluso, en unos años, referirse a personas aún mayores de 70 o 75 años.

El adulto mayor enfrenta varios cambios en su organismo que requieren también de cambios en la alimentación. Muchas veces, en razón de presentar problemas de salud, requieren de dietas especiales que implican cambios en los hábitos alimentarios. Los adultos mayores deben consumir una gran variedad de nutrientes esenciales que ayuden a la digestión: tales como las proteínas encontradas en el pan integral, el cereal, el arroz y las pastas. Es pertinente interrogarse: ¿Qué son los nutrientes esenciales? Son sustancias aprovechadas por el organismo, y se encuentra distribuido en los alimentos de forma desigual, como por ejemplo: hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas y minerales.

¿Cómo interviene el/la profesional enfermero/a en el cuidado de los adultos mayores para prevenir riesgos nutricionales en este sector de la población? Para ello, en primer lugar debe mencionarse que según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la profesión de Enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos.

Los profesionales de enfermería trabajan en el cuidado de la salud, en un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda (sujeto de atención) y otra capaz de brindársela (profesional de enfermería).

En lo respectivo al estudio realizado, se ha trabajado con 25 mujeres adultas mayores y 25 hombres adultos mayores, concurrentes del Centro de Jubilados Amigos del Barrio San Nicolás de Florencio Varela. El objetivo general se centró específicamente en conocer los factores de riesgo nutricionales que presentan los adultos mayores que concurren al dicho centro, tomando el período mayo-diciembre de 2018.

Se pudo observar que en el Centro de Jubilados “Amigos” del Barrio San Nicolás, del partido de Florencio Varela existen claros riesgos nutricionales en lo respectivo a los adultos mayores que concurren a dicho lugar. Por ello, urge la imperiosa necesidad de que los profesionales de enfermería desarrollen acciones de promoción la salud, en el Centro de Jubilados “Amigos”, con la colaboración del equipo interdisciplinario de salud del Barrio. ¿En qué deben consistir dichas acciones de promoción de salud? En concientizar y brindar información a la población concurrente del Centro de Jubilados desde nuestro rol profesional, sobre la necesidad de llevar una adecuada nutrición y de tener hábitos saludables, con el propósito de prevenir patologías y mejorar la calidad de vida de este sector de la población.

BIBLIOGRAFIA

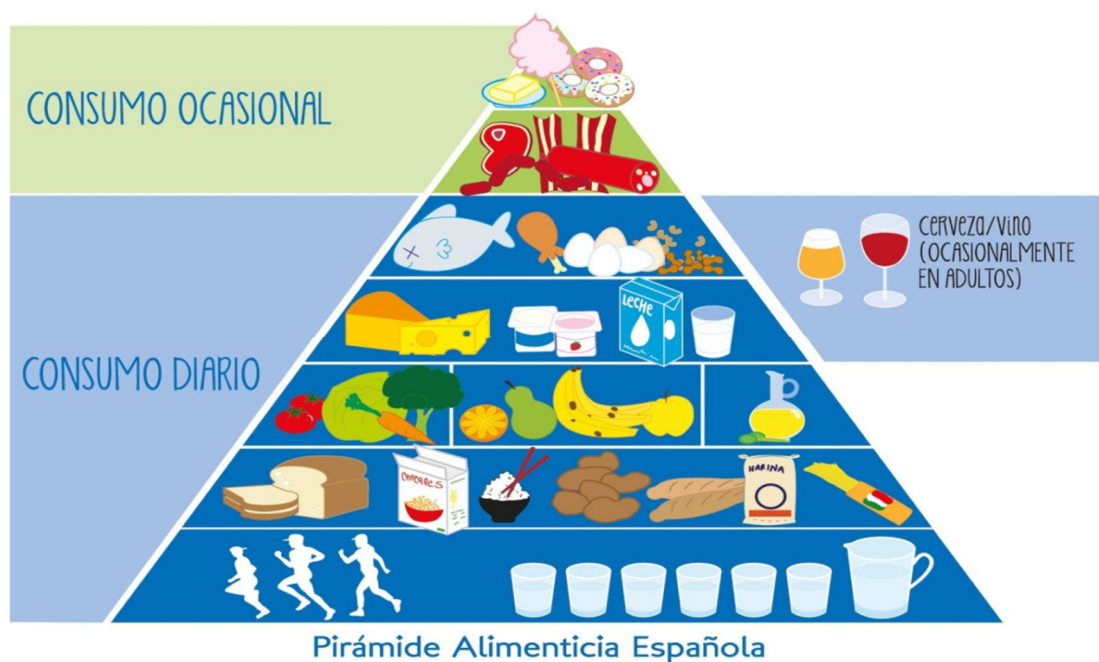
- Aranceta et al. (2003). *Obesidad y Riesgo Cardiovascular*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- <http://books.google.com.co/books?id=ICk9TMGdDQYC&pg=PA1&dq=enfermedades+cardiovasculares&hl=es-419&sa=X&ei=PIN6Uob-EovskQfE3YDwCw&sqj=2&ved=0CDEQ6AEwAQ#v=onepage&q=enfermedades%20cardiovasculares&f=false>
- Barreto Penié, J., y Estrada Alfonso, A. (2011) *Prevención cardiovascular*. Rev Esp. Cardiol. Cuba.
- Braguinsky, J. (1996). *Obesidad*. Patogenia, Clínica y Tratamiento. Ed. El Ateneo.
- Cáceres Dieguez A. (2002). *Las vitaminas en la nutrición humana*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
- Carter, J. (1996). Hipercolesterolemia. *Los 5 minutos claves en la consulta de atención primaria*. Ed. Médica. USA.
- Figuerola Pino, D. (1997). *Diabetes*. Ed. Masson. Barcelona.
- García Palacios, A., Rivero, I. y Botella, C.(2004). “*Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Comparación entre una muestra control y una muestra desde un enfoque categorial y dimensional*”. Revista Argentina de Clínica Psicológica, volumen 2, 91-109.
- Gil García E.(2000). *Prevención de las patologías de los trastornos de la conducta alimentaria*. Rev Metas Enfermería; 3: 42-5.
- <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/guias-alimentarias.pdf>
- Izquierdo Hernández. (2004), Armenteros Borrell., Lancés Cotilla., y González. Rev. Cubana de Enfermería V.20 N°.1 Ciudad de la Habana. pp. 25.
- Kerschner, V. (1984). *Nutrición y Terapéutica Dietética*. Ed. El Manual Moderno.
- King, H; Aubert, R y Herman, W. (1998). *Global burden of diabetes*. Rev Diabetes Care, USA.
- La Justicia Bergasa. (2002) *Colesterol, triglicéridos y su control*. Ed. Edaf. Madrid.
- Mann, J. (2000). *Stemming the tide of diabetes mellitus*. Ed. Lancet. USA.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM- IV, 1995

- <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Martín De Portela, M. (2006) *“Energía y macronutrientes en la nutrición del siglo XXI”*. Ed. La Prensa Médica Argentina. Buenos Aires.
- Mata P, Oya M de, Pérez-Jiménez F y Ros Rahola E. (1994). *Dieta y enfermedades cardiovasculares: Recomendaciones de la Sociedad Española de Arteriosclerosis*. Clínica e Investigación en Arteriosclerosis. Madrid.
- Ministerio de la Salud de la Nación Argentina. *“Guías Alimentarias para la Población Argentina”*.
- Montero, J. (1997). *Obesidad en el adulto. Etiopatogenia, Fisiopatología, Clínica y Tratamiento*. Ed. D&P, Buenos Aires.
- Nightingale F. (1969). *Notes on Nursing. What it is and what it is not*. New York: Dover Publications, Inc.
- Pick, M. (2009). *La dieta del equilibrio esencial*. Ed. Hay House. USA.
- Portela, M. (1993). *Vitaminas y Minerales en Nutrición*. Libreros López Editores. Buenos Aires.
- Pujol Amat. (1991). *“Nutrición, Salud y Rendimiento deportivo”*. Espaxs. Barcelona. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. (SENC). *“Guía de la Alimentación saludable”*.
http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/come_seguro_y_saludable/guia_alimentacion2.pdf
- Restrepo, S. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Rev. chil. nutr.* vol.33, n.3.
- Roberts, L. (1981) *Nutrición*. Ed. Universitaria. Puerto Rico.
- Roth, R. (2014). *Nutrición y Dietoterapia*. McGraw Hill. México.
- Torresani, M., y Somoza, M. (2009). *Lineamientos para el cuidado nutricional*. Ed. Eudeba. Buenos Aires.
- Vallejo, M.A.(2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*,27(2),92-99.
- Wade,C (1987). *“Grasas, aceites y colesterol”*. Ed. Lidium. Buenos Aires.

ANEXOS

Anexo 1:

Pirámide Alimenticia



Anexo 2:



Anexo 3:

Modelo de encuesta a adultos mayores – Centro de Jubilados “Amigos”- Barrio San Nicolás- Partido de Florencio Varela

Encuesta N°:.....

Fecha:.....

1) Sexo

Femenino

Masculino

2) Índice de Masa Corporal

(a completar por el entrevistador)

3) ¿Con quién/es convive?

Con otras personas

Solo/a

4) ¿Cuál es su máximo nivel educativo?

Sin escolaridad

Primario

- Incompleto

- Completo

Secundario

- Incompleto

- Completo

Terciario – Universitario

- Incompleto

- Completo

5) ¿En estos momentos tiene indicada una dieta?

Si

No

Sólo para quienes contesten afirmativamente la pregunta 5:

5.1) ¿En general, cumple la dieta?

Si

No

Sólo para quienes contesten negativamente la pregunta 5.1:

5.2) ¿Por qué motivo/s no cumple la dieta?

.....

.....

.....

.....

6) ¿Quién es la persona que prepara los alimentos en su casa?

.....

.....

7) ¿Considera que su alimentación es adecuada?

Si

No

Sólo para quienes contesten negativamente la pregunta 7:

7.1) ¿Por qué considera que su alimentación no es adecuada?

Dificultades para cocinar

Falta de recursos económicos

Falta de apetito

Desinterés por cocinar

Otros Especificar.

.....

8) Indique las comidas diarias que realiza

Desayuno

Almuerzo

Merienda

Cena

9) ¿Realiza alguna colación entre comidas?

Si

No

10) ¿Qué alimentos consume con más frecuencia?

Lácteos

Carnes

Huevos

Harinas

Frutas

Verduras

Legumbres

Otros (Especificar)

11) ¿Con qué bebidas suele acompañar las comidas?

Alcohólicas

Agua

Soda

Gaseosas

Jugos naturales

Jugos artificiales

Otras (Especificar)

.....

.....

¡Muchas gracias!

ANEXO 3:

Imágenes del Centro de Jubilados



Anexo 4:

Imágenes del Centro de Jubilados

