



Revista Chilena de Nutrición

ISSN: 0716-1549

sochinut@tie.cl

Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y  
Toxicología  
Chile

Restrepo M., Sandra Lucia; Morales G., Rosa María; Ramírez G., Martha Cecilia; López L., Maria  
Victoria; Varela L., Luz Estela

LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LOS PROCESOS  
PROTECTORES Y DETERIORANTES EN SALUD

Revista Chilena de Nutrición, vol. 33, núm. 3, diciembre, 2006  
Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología  
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46914636006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# **LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LOS PROCESOS PROTECTORES Y DETERIORANTES EN SALUD**

## **NUTRITIONAL HABITS IN SENIOR ADULTS AND ITS RELATIONSHIP WITH PROTECTIVE OR DETERIORATING EFFECTS IN HEALTH**

**Sandra Lucia Restrepo M. (1), Rosa María Morales G. (1), Martha Cecilia Ramírez G. (2), María Victoria López L. (2), Luz Estela Varela L. (2)**

(1) Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia. Colombia.

(2) Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Colombia

---

### **ABSTRACT**

**Aim:** To investigate the protective and deleterious aspects relative to nutrition and nourishment of elderly. **Methodology:** Research was focused on critical epidemiology and strategic monitoring. Quantitative and qualitative techniques were employed for the recollection of information. In the quantitative component a multiphase and stratified survey was selected while a directed survey was used for quantitative component. **Results:** Several unhealthy nutritional habits in this population from Caldas were identified, including a low intake of dairy products, meats, fruits and a high intake of fats. In some of the surveyed persons consumption was affected by a scarcity of food, while in other their mental status was more important. The participants identified low food consumption as a cause of hunger and sickness. They think that previously they had more food because they had the possibility to cultivate their plots while in their elderly years they experience familiar isolation making more difficult the acquisition of food..

**Key words:** senior adult, aging, nutrition, frailty, nutritional habits.

---

### **RESUMEN**

**Objetivo:** indagar sobre los aspectos protectores y deteriorantes relacionados con la alimentación y nutrición del adulto mayor. **Metodología:** Se realizó una investigación con el enfoque de epidemiología crítica y como estrategia se utilizó el monitoreo estratégico. Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de información. En el componente cuantitativo se realizó un muestreo multietápico, estratificado y en el componente cualitativo un muestreo intencional. **Resultados:** Se identificó en la alimentación de los adultos mayores del municipio de Caldas en el año 2005, los hábitos alimentarios que contribuyen a su proceso de mayor fragilidad, tales como un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de grasa. En algunos participantes el consumo se ve afectado por el poco acceso a los alimentos, en otros este se afecta por su estado de ánimo. Los participantes identifican que el bajo acceso a los alimentos genera hambre y enfermedad, manifiestan que anteriormente había mayor disponibilidad de alimentos por la posibilidad de

acceder a ellos por medio de la agricultura. Al llegar a la vejez algunos de ellos se enfrentan al aislamiento familiar lo que dificulta la adquisición de alimentos, viéndose en la necesidad de trabajar para su manutención, buscar redes de apoyo o programas de complementación alimentaria.

**Palabras claves:** Adulto mayor, envejecimiento, nutrición, fragilidad, hábitos alimentarios.

---

## INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta el concepto definido por la Organización Panamericana de la Salud - (OPS), y basados en la esperanza de vida para la ciudad de Medellín- Colombia, se entiende como adulto mayor a toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales. Envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social. En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte (1).

Dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Se ha conocido como los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de éste colectivo humano (2). Algunos cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor son (3,4,5):

- 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 fármacos - nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia.
- Factores psicosociales: pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios.

Estos aspectos contribuyen a la fragilización del individuo, entendida esta 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 evolución de la fragilización, la malnutrición por lo tanto puede ser el origen o la consecuencia de la misma (6). Los marcadores predictivos de fragilidad son los criterios médicos, funcionales y sociodemográficos (7).

Para unos, el término de fragilidad lo marca la coexistencia de determinados procesos clínicos, para otros la dependencia en las actividades de la vida diaria y para otros la

necesidad de cuidados institucionales, el concepto de fragilidad entendido de modo independiente a la incapacidad es un concepto multifactorial (8). El anciano frágil tiene aumentado el riesgo de incapacidad y muerte ante mínimos factores estresantes externos, deteriorantes del estado de salud.

El estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia y la edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psico-social que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población como la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional (9).

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. Anteriormente la sociedad veía el adulto mayor con respeto, actualmente se han creado una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad y debilidad. Este punto de vista moderno hace que el adulto mayor asuma este estereotipo 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, perspectiva de la historia personal y social (10).

Con el propósito de aportar a la comprensión de los aspectos mencionados anteriormente y de identificar procesos protectores y deteriorantes en salud, en este estudio se indagaron diferentes aspectos relacionados con la alimentación de este grupo de población.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Existe una variedad de tendencias para clasificar los diferentes estadios del envejecimiento y para diferenciar criterios de inclusión en la edad de los adultos mayores (11). Por ello el grupo de investigación, fundamentado en estudios que abordan el envejecimiento como un conjunto de fenómenos somáticos, psicológicos y culturales relacionados con las diferencias entre generaciones, y la vejez como un concepto cultural relacionado con las formas de parentesco, la economía, la salud, la capacidad de auto-mantenimiento, con determinados modelos de conducta, de religión, de marginación, con la moral, la política y otros ámbitos culturales y sociales, incluyó en la población de estudio, las personas mayores de 59 años que en el municipio de Caldas se estima en 5447 personas, según las bases de datos del Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN).

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Este proyecto tiene en cuenta elementos teórico metodológicos de la Epidemiología Crítica, que busca recuperar la contradicción entre lo saludable -procesos protectores- y factores de riesgo -procesos deteriorantes - que constituyen la esencia del proceso salud enfermedad. Para el desarrollo del proyecto se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas de recolección de información. En el componente cuantitativo se realizó un muestreo multietápico, estratificado en el cual, se seleccionaron proporcionalmente los participantes de la muestra, con un nivel de confianza del 95%, según los estratos socioeconómicos. De esta manera la muestra quedó representada proporcionalmente, zona urbana 290 y zona rural 91 para un total de 381 personas a las cuales se les aplicó una encuesta en la cual se indagó por variables sociodemográficas, de salud física, y sicosocial, hábitos de alimentación y actividades de la vida diaria.

Para identificar los hábitos alimentarios, se indagó por el consumo diario de algunos alimentos importantes en la nutrición del adulto mayor, por el consumo de agua, el consumo de sal, el número de comidas realizadas en el día, el número de días sin consumo de alimentos, la influencia del estado emocional en el consumo. Además se indagó por otras variables como el nivel de actividad física, el consumo de cigarrillos y alcohol y variables psicosociales como el nivel de ingresos, la dependencia económica, el número de personas que conforman la familia, el nivel educativo, las características de la vivienda y participación en grupos de apoyo.

Para el desarrollo del componente cualitativo se obtuvo la información mediante dos grupos focales, con los que se generó un espacio para la discusión que además permitió a los adultos mayores expresar su sentir y pensar frente a su alimentación (12,13). Se contó en total con la participación de 30 personas las cuales fueron seleccionadas por muestreo intencional, de acuerdo con los criterios o atributos previamente establecidos (14), por medio de este muestreo se seleccionan casos que resultan ser típicos y aportan a los objetivos del estudio (15).

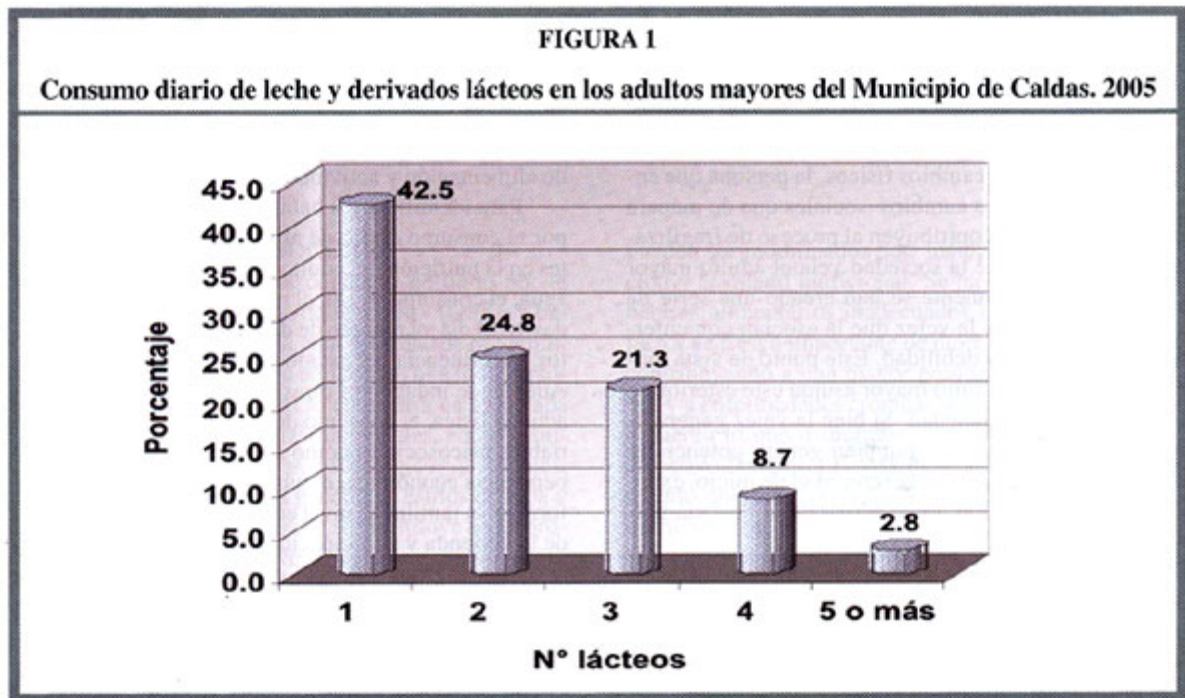
En este proceso investigativo se consideraron los diferentes conceptos éticos, morales y legales planteados en el Código de Nüremberg -Tribunal Internacional de Nüremberg -1946-, de acuerdo con lo anterior, una vez identificadas los informantes del proceso de investigación, se hizo el contacto de forma oral y escrita para obtener su consentimiento informado.

## **RESULTADOS**

En lo referente a los hábitos alimentarios de los adultos mayores se encontró que la mayoría consume tres comidas al día o más, sin embargo el 8.2% [31] consume solo 1 o 2 comidas, lo que implica un riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes que contribuye a los procesos de fragilización. Al indagar por las comidas que hacen los adultos mayores, se encontró que las de mayor consumo son el desayuno, el almuerzo y la cena con porcentajes de 96% [364], 92% [348] y 77% [293] respectivamente. Llama la atención que un 23% [87] de los participantes no consume la última comida del día lo que igualmente se convierte en un factor deteriorante del estado de salud.

Por otro lado, se identificó en la alimentación, un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de alimentos fritos, lo que se pudo constatar en la información cualitativa obtenida por medio de los grupos focales. Pese a que la mayoría de los adultos consume varias comidas, se detectó que la dieta es poco variada porque incluye poca diversidad de alimentos, además insuficiente, ya que se observó que no alcanzaba a cubrir las necesidades de calorías y de nutrientes y no es equilibrado en el consumo de alimentos ya que no se dieron las proporciones recomendadas, aspectos que pueden ser identificados como factores deteriorantes del estado de salud (16).

Al indagar por el consumo de lácteos, se encontró que el 43% [108] consume lácteos una sola vez al día y el 25% [93] los consume dos veces en el día, con un 68% de la población que no alcanza a cubrir las necesidades de calcio (figura 1). Igualmente se encontró un bajo consumo de frutas y verduras, lo que no contribuye a cubrir las necesidades de vitaminas y minerales (figura 2). El 50% [126] de los adultos mayores consumen frutas y verduras solo una vez en el día. Acerca del consumo de carnes el 77% [290] afirmó comerla todos los días, pero de estos el 42% [120] la consumen una sola vez diariamente (figura 3).



Al indagar sobre otros aspectos importantes en la ingesta, se encontró que un 54% [204] de los adultos mayores comen alimentos fritos todos los días, de estos el 86% [174] consume entre uno y tres alimentos fritos y el resto correspondiente a un 14% consume 4 o más alimentos fritos, alcanzando valores superiores a 8 alimentos fritos en el día. Por otro lado se encontró que el 81% [296] no agregan sal a los alimentos después de servidos y que el 75% [286] ingiere agua todos los días.

FIGURA 2

Consumo diario de frutas y verduras en los adultos mayores del Municipio de Caldas. 2005

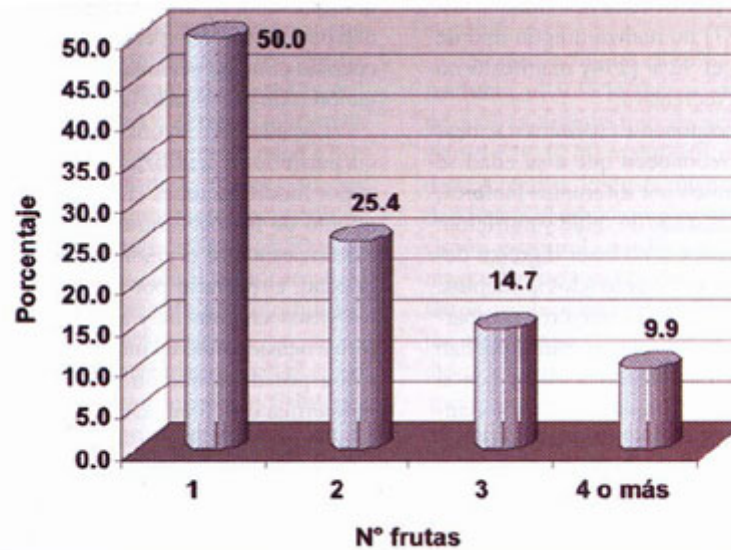
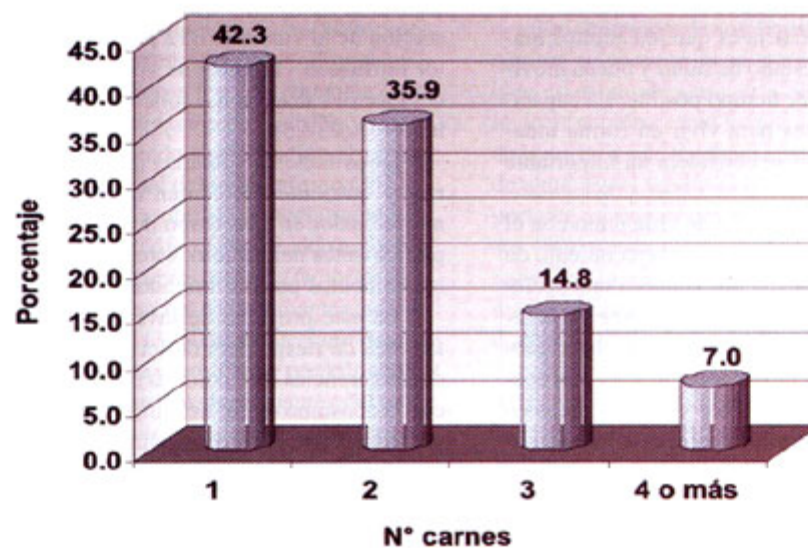


FIGURA 3

Consumo diario de carnes en los adultos mayores del Municipio de Caldas. 2005



Se encontró que 13% [48] de las personas manifestaron haber pasado días completos sin comer, de estos 5% [20] habían padecido hambre en la última semana, 6% [21] en el último mes y 4% [14] en los últimos 6 meses. En relación al estado de ánimo y su relación con el

consumo de alimentos se encontró que el 38% [142] de los adultos mayores disminuye el consumo y un 6% [21] lo aumenta cuando se altera su estado emocional.

En la indagación de otros aspectos que determinan directa o indirectamente el consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos se encontró que el 23% [86] de los adultos mayores fuma y el 16% [59] consume alcohol. Al analizar si practicaban actividad física se observó que el 49% [187] no realiza ningún tipo de actividad, además de esto el 72% [274] manifestó no realizar ninguna actividad recreativa.

Como resultados del componente cualitativo se destaca que los participantes reconocen que a su edad se limita el acceso a los alimentos por diferentes factores, aspecto deteriorante para su estado de salud y nutrición. Muchos de los adultos mayores al no tener ingresos dependen de otras personas para el acceso a los alimentos.

En los grupos focales los adultos mayores compartieron como las diferentes patologías que enfrentan han 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. Se reconoce que la alimentación en etapas anteriores de su vida es un factor que determina su salud actual. Pese a que se identifica el valor nutricional y la importancia de algunos grupos de alimentos en esta etapa de la vida, los adultos mayores tienen limitantes para el acceso, consumo y aprovechamiento biológico de los mismos.

## **DISCUSIÓN**

El propósito de la geriatría es que los adultos mayores conserven un buen estado de salud y buena movilidad y autonomía el mayor tiempo posible. La capacidad de los adultos mayores para vivir en forma independiente en la comunidad se considera un importante tema de salud pública (17).

El incremento de la esperanza de vida junto con el descenso de la natalidad, implica un envejecimiento de la población y con ello nuevos problemas a una sociedad moderna con cambio en sus valores y que ha situado a los adultos mayores en una escala de bajo reconocimiento social. De aquí la importancia de hacer un análisis de las condiciones alimentarias y nutricionales en las que se desarrolla este grupo de población y de acuerdo con ello realizar propuestas que permitan mejorar su calidad de vida y que contribuyan a recuperar su valor social (18).

Como se ha mencionado anteriormente el adulto mayor se enfrenta a cambios fisiológicos que determinan o condicionan su consumo de alimentos y su estado nutricional (19). La mayoría de ellos disminuyen la fuerza de contracción de los músculos de masticación y pierden progresivamente algunas piezas dentales debido a caries no tratadas o a enfermedades periodontales, también muy a menudo, se ven alterados los umbrales olfatorios y del gusto. La pérdida de la vista y del olfato son más comunes en las personas mayores de 60 años, las discapacidades y las minusvalías disminuyen la capacidad para su cuidado personal y en muchas ocasiones no cuentan con una persona que se encargue de su alimentación o de su cuidado (20).

Los adultos mayores presentan una mayor resistencia periférica a la utilización de la glucosa, posiblemente por modificaciones en sus receptores y menor rendimiento de las concentraciones de insulina. El sistema cardiovascular y el riñón también se ven afectados



por la edad, el primero por la pérdida de la elasticidad de los vasos sanguíneos y aumento de la resistencia periférica ocasionando en muchos casos la hipertensión y el riñón por disminución de la velocidad de filtración glomerular dificultando el desecho de productos catabólicos proteicos (21).

Otros cambios fisiológicos a resaltar son la disminución de la secreción salival (xerostomía), las secreciones biliares, digestivas y pancreáticas (22), se ven cambios en la función motora del estómago por modificaciones en las estructuras nerviosas de los plexos intramurales, disminuyen las hormonas gastrointestinales y las enzimas, se pierden algunas reacciones simpáticas y parasimpáticas y todo esto conlleva a la disminución de procesos de síntesis de algunas sustancias y a la deficiencia de nutrientes. Un ejemplo es la dificultad de absorción de la vitamina B12 por la disminución del factor intrínseco, también se ven afectados la absorción del hierro, calcio, ácido fólico, cinc y vitaminas como la A y D (23-25).

Estos factores sumados al bajo consumo de calorías y nutrientes aumentan el riesgo de deficiencias nutricionales en este grupo de edad. En algunos de los participantes del estudio, esto se debe al bajo acceso a los alimentos por los limitados ingresos económicos.

En este proyecto de investigación se encontraron factores de riesgo para deficiencias nutricionales. Una de las carencias más notorias detectadas por la frecuencia de consumo diario de alimentos fue la de calcio, representada por el bajo consumo de lácteos. Lo anterior se confirma con otras investigaciones, las cuales han comprobado que la ingesta de calcio es inadecuada en poblaciones de adultos mayores en todo el mundo, lo que genera pérdida mineral ósea y un mayor riesgo de fracturas. Diversos estudios muestran que el calcio y la vitamina D protegen contra la osteoporosis y reducen la tasa de pérdida ósea en los últimos años de vida. Se ha demostrado una menor absorción del calcio relacionada con la edad probablemente debida a los cambios en el metabolismo de la vitamina D, además se observa reducción del ácido gástrico por gastritis atrófica lo que limita la biodisponibilidad de este mineral (26,27).

Otro factor de riesgo encontrado es el bajo consumo de frutas y verduras, lo que se considera un factor deteriorante para el estado de salud y nutrición y que puede contribuir a su proceso de fragilización. Se ha comprobado que el consumo de estos alimentos es útil para prevenir la HTA dislipidemia y diabetes, enfermedades de alta prevalencia en este grupo de edad (28). Según la Organización Mundial de la Salud (29), las enfermedades crónicas no transmisibles y prevenibles como las enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, cardiopatía isquémica, cáncer y diabetes son la principal causa de mortalidad y morbilidad en los países de la Región de las Américas.

Las frutas y verduras son determinantes en el aporte de fibra, a la que se le reconocen beneficios fisiológicos y metabólicos los cuales varían de acuerdo con el tipo de fibra. Los alimentos ricos en fibra soluble han mostrado que mejoran la concentración de lipoproteínas y lípidos sanguíneos. En algunos estudios se ha encontrado que un aumento en el consumo de fibra soluble de 3 a 10 gr/día disminuye significativamente el colesterol total sanguíneo y las concentraciones de LDL sin cambiar significativamente las concentraciones de triglicéridos y HDL, de igual forma, se ha reportado una asociación inversa entre la ingesta de fibra dietaria y la presión arterial (30). Por su papel antioxidante se ha considerado que la mejor recomendación es consumir cinco porciones entre vegetales frescos y frutas. El mecanismo más importante atribuido a los antioxidantes es su capacidad para evitar la oxidación de las LDL y proteger el endotelio, disminuyendo su disfunción al preservar la producción y actividad del óxido nítrico (31).

El bajo consumo de proteínas especialmente de proteínas de alto valor biológico, identificado en la frecuencia diaria de consumo representa otro factor de riesgo. Las proteínas son necesarias para el mantenimiento de la masa celular corporal (32). Un adulto sano requiere entre 0.9 y 1.1 gramos de proteína día por kilogramo de peso (33), evidentemente los participantes del estudio no alcanzan a cubrir dicha recomendación, representando un riesgo para el déficit no solo proteico sino de otros nutrientes como niacina, tiamina, hierro, zinc y vitamina B12.

Dos recientes revisiones de Cochrane apoyan el rol de las intervenciones dietarias para reducir el riesgo cardiovascular. Se evidencia que una dieta baja en sodio ayuda a mantener la presión arterial, y dietas bajas en grasa disminuyen la tasa de eventos cardiovasculares (34,35). Se ha demostrado que una dieta rica en grasa saturada se asocia a niveles lipídicos sanguíneos altos y a una mayor presión arterial (36) aspecto deteriorante para la salud. Frente al consumo de sal se encontró que la gran mayoría de los adultos no adicionan sal a los alimentos después de preparados aspecto protector para su salud.

Se encontró que el 23% [86] de los adultos mayores fuma, el 16% [59] consume alcohol y el 49% [187] no realiza ningún tipo de actividad física, además de esto el 72% [274] manifestó no realizar ninguna actividad recreativa. Por esta misma quietud y falta de actividad física, el adulto mayor tiene cambios en su composición corporal, perdiendo fundamentalmente masa magra, lo que a su vez disminuye el metabolismo basal. Otros cambios en la composición corporal de los adultos mayores son la pérdida de la masa ósea, la disminución del agua corporal y modificaciones del tejido conjuntivo con pérdida de elasticidad (37). En el adulto mayor la actividad motora del intestino grueso y delgado se ve afectada, disminuye el moco intestinal y hay menor peristaltismo, esto combinado con la falta de actividad física, la poca ingesta de agua y el bajo consumo de fibra, ocasionan el estreñimiento (38). En síntesis el incremento de la actividad física o un programa regular de ejercicios contribuye a una disminución de la declinación de la reserva fisiológica, menos síntomas depresivos al generar cambios en el estado de ánimo, reduce riesgos de enfermedades crónicas, mejora o aumenta la capacidad funcional y favorece la independencia (39).

La alteración de los líquidos y electrolitos en los adultos mayores se da en la mayoría de los casos por el bajo consumo de agua, esta alteración se exacerba por la disminución de sed lo que genera una menor ingesta de líquidos y una tendencia renal a una menor retención de agua. En el adulto mayor el consumo de agua es importante ya que es determinante para diferentes procesos (40), muchas enfermedades degenerativas relacionadas con la edad, agravan la deshidratación. Un adulto mayor sin patologías que afecten el consumo de líquidos necesita alrededor de 30 ml/kg de agua por día (41).

De acuerdo con el estudio enfoque dietario para disminuir la hipertensión (DASH), pacientes con una dieta baja en grasa saturada y alta en carbohidratos reducen la presión sanguínea, aun sin reducción en el peso. La dieta DASH enfatiza el consumo de una alimentación saludable la cual debe contener frutas, verduras, productos lácteos bajos en grasa, granos enteros, aves, pescado y nueces; y la necesidad de reducir el consumo de grasa saturada, carnes rojas, azúcares y bebidas azucaradas y sodio lo que puede reducir o prevenir los cambios en la presión arterial generados con la edad que desencadenan en otros problemas cardiocerebrovasculares que se agravan con la edad (42,43). Indudablemente estos aspectos son importantes como factores protectores o deteriorantes del estado de salud en el adulto mayor.

En los grupos focales realizados en el componente cualitativo del estudio, se indagó por algunos de los resultados a los que se hizo referencia anteriormente, obteniendo diferentes

percepciones que corroboran las limitantes que tienen los adultos mayores para acceder a una dieta variada, adecuada y balanceada, lo que definitivamente representa un factor de riesgo que contribuye a la fragilización en este grupo.

### **Percepciones frente a la alimentación en el adulto mayor**

Los adultos mayores por diferentes factores no tienen un adecuado acceso y consumo de alimentos, aspecto que puede considerarse como un factor deteriorante de su estado de salud, lo que contribuye a los procesos de fragilización en esta etapa. Los participantes identifican como el bajo acceso a los alimentos genera hambre y enfermedad, manifiestan que anteriormente había mayor disponibilidad de alimentos por la posibilidad de acceder a ellos por medio de la agricultura, en aquella época diferentes miembros de la familia aportaban su capital de trabajo para contribuir a la disponibilidad de los mismos en el hogar. Al llegar a la vejez muchos de ellos se enfrentan al aislamiento de su familia lo que dificulta la adquisición de alimentos, viéndose en la necesidad de trabajar para su manutención, buscar redes de apoyo o programas de complementación alimentaria. «la enfermedad más dura que hay en la vida es el hambre, eso da lloradera» PGF<sup>1</sup>.

Se reconoce que la alimentación en las etapas anteriores de la vida es fundamental y determina su salud actual. Se identifica el valor nutricional de algunos alimentos en especial de los lácteos, las frutas y verduras. Sin embargo, aunque se tienen el conocimiento, no se lleva a la práctica por los bajos recursos económicos, que limitan la variedad de la dieta. Por esta limitante no se pueden consumir los alimentos de preferencia, sino aquellos alimentos culturalmente aceptables y económicamente posibles. Alimentos de alto valor nutricional son cambiados por otros más baratos y que producen mayor saciedad. Los alimentos a los que pueden acceder estas personas deben «rendir», ser ricos (tener aceptación), baratos y sobre todo deben «llenar» (44). «la leche y el quesito son buenos para la salud, aporta calcio para los huesos y es de mucho alimento, pero yo no puedo comprarlo... el vasito de le che me hace mucha falta. PGF.

Las enfermedades que cada uno de ellos padece ha generado restricciones por prescripción médica, algunos hacen dicha restricción con el convencimiento de que esto contribuirá a su salud mientras otros se resisten al cambio y no consideran que pueda hacerles daño lo que han consumido durante años. «dicen que las frutas son vida, entonces yo ya me hubiera muerto por que yo no tengo con que comprar esas cosas que dicen que alimentan».PGF.

Es importante resaltar que la conducta alimentaría en esta edad es difícil de modificar por diferentes factores, uno de ellos es la tradición, la cual da cuenta de aquellos valores y prácticas transmitidos de generación en generación y que marcan pautas de comportamiento. Alrededor de la tradición confluye el pensamiento mágico religioso, además se comprometen automatismos culturales que pueden tener origen en las creencias, las cuales se configuran en las costumbres y se instalan en los hábitos. Esto incide en la alimentación ya que en esta, se materializan los recursos disponibles para la adquisición de alimentos, además de los atributos de diferente orden que culturalmente se da a los mismos (45).

En la indagación, los adultos mayores reconocen la necesidad de cambiar sus hábitos de alimentación para el manejo y control de sus enfermedades, pero igualmente plantean que esto significa una renuncia a sus preferencias alimentarias, agradables por su sabor y por lo que estos representan. «¡a mi si que me gustaba la carne gorda, el chicharrón como es de delicioso!, y ya no los puedo comer por que lo médicos le dicen a uno, que ya a esta edad no puede comer esas cosas por que hacen daño». PGF.

Las personas mayores suelen tener muy arraigados sus estilos de vida y sus hábitos alimentarios, por lo anterior la educación nutricional debe intervenir simultáneamente la oferta de alimentos y los conocimientos y habilidades relacionados con la ingesta. Esta educación debe realizarse en un clima de respeto y afecto, utilizando estímulos de refuerzo positivo que relacione una alimentación saludable con una mejor calidad de vida, mayor grado de autonomía y mejor potencialidad humana. Las guías de alimentación y las recomendaciones ajustadas a las necesidades de cada individuo pueden ser de ayuda (46).

Otros aspectos como la soledad, el aislamiento familiar, la falta de cuidado y de redes de apoyo conducen en muchos casos a la depresión, esta es una patología mas prevalente en este grupo de población de lo que se diagnóstica. Los viejos se van quedando solos, sus amigos y familiares van muriendo, tienen miedo a la soledad, a la indefensión y al desamparo (47).

En esta investigación se utilizó la escala de depresión de Yesavage (48) la cual valora el estado afectivo del adulto mayor. Aunque en términos generales se observó que la mayoría de las respuestas muestran una salud sicosocial positiva en los ancianos, llama la atención algunos aspectos que pueden ser considerados factores desencadenantes de depresión como: abandono de muchos de sus intereses o actividades de la vida diaria en el 58% [213], preferir quedarse en casa en lugar de salir a hacer cosas nuevas en el 52% [183] y sentir que su vida está vacía en el 30% [110]. En relación con los hábitos alimentarios se encontró que el los cambios en el estado emocional, afecta el consumo de alimentos.

Lo anterior unido a la pobreza, la poca disponibilidad de recursos, el aislamiento, malos hábitos alimentarios, enfermedades crónicas y degenerativas comprometen el consumo de alimentos y por ende su estado nutricional. Se considera que el primer paso para la desnutrición es la ingestión deficiente de alimentos, por esto la población adulta mayor, tiene un riesgo latente y esto llevaría a aumentar la morbimortalidad, aumentar las discapacidades y reducir la calidad de vida (49). Algunas consecuencias de una inadecuada alimentación son la pérdida de peso, disminución de la masa magra, postración, alteraciones cutáneas, edemas o hipoproteinemias, deterioro inmunológico, aumento en el tiempo de recuperación y de cicatrización, anemias, alteraciones del tracto intestinal y deterioro de la función enzimática (50).

Durante la vejez es necesario mantener una ingesta adecuada que asegure el aporte de macro y micronutrientes que contribuyan a un adecuado estado nutricional. Se recomienda incluir alimentos de elevada densidad nutricional en casos especiales en los cuales la ingesta no alcanza a cubrir los requerimientos (51). De cualquier forma, un buen estado nutricional debe potenciar indicadores vitales por lo que es necesario mantener un sistema de vigilancia nutricional, fomentando aportes dietéticos saludables en este colectivo (52,53) e identificando de manera oportuna adultos mayores a riesgo y que requieran de intervenciones especiales o atención especializada (54).

Se requiere de la articulación de políticas que permitan vivir una vejez más saludables donde las demandas del anciano no se resuelvan una vez los problemas estén instaurados si no antes de que se hayan producido. Además es imprescindible una política de ocio (55) que potencie el aprovechamiento del tiempo libre, por medio de la lúdica, la cultura, ayuda a la comunidad y la educación y capacitación en otros oficios o saberes que contribuyan a fortalecer un adecuado proceso de envejecimiento (56).

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y la Organización Mundial de la Salud insisten en la importancia de destinar mayores recursos a la

caracterización de los problemas derivados de un deficiente acceso a los alimentos en los ancianos, preocupación compartida por quienes reconocen que este es un grupo de alto riesgo de sufrir alteraciones en salud y padecimientos por una inadecuada alimentación (57). En Colombia no existe ninguna reglamentación específica y propia para los ancianos, se han creado algunas normas dispersas para la vejez, contempladas en la constitución política de 1991, la cual decreta que la asistencia de las personas de la tercera edad es responsabilidad del estado, la familia y la sociedad. Igualmente el código civil y penal sanciona conductas que atenten contra la asistencia moral y material de éste grupo. La ley 100 de 1993, también dicta normas para las personas de la tercera edad, desprotegidas y sin apoyo familiar y social (58), para éstas existe un servicio de ayudas complementarias obtenido mediante un programa de auxilios, si bien esto representa un avance, también ha tenido múltiples problemas en su ejecución inherentes a su baja cobertura. La seguridad social en Colombia se ve limitada por el alto índice de desempleo y muchas de estas personas no alcanzaron a cotizar las semanas de jubilación que les garanticen un bono pensional y el derecho a la atención en salud.

Finalmente es importante hacer referencia al documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social aprobado 1995 el cual define seis programas a desarrollar: salud y seguridad social, integración económica, recreación cultura y educación, cultura frente al envejecimiento y a la vejez, investigación e institucionalización (59).

## **CONCLUSIONES**

Según García E (60), aspectos como los mencionados anteriormente que hacen referencia a la disminución del consumo de energía, disminución de la actividad física, disminución de la tasa metabólica basal, enfermedades crónicas, desnutrición, disminución de la fuerza y la resistencia, hacen parte del denominado ciclo de la fragilización, además de otros factores como los genéticos, la enfermedad, el envejecimiento y factores relacionados con los estilos de vida que generan alteraciones en el estado nutricional que contribuyen a la disminución de la reserva funcional y la capacidad de respuesta de los individuos a factores exógenos o endógenos que generen estrés.

Tal parece que el umbral de funcionamiento normal de un órgano o sistema es del 30% de su capacidad funcional máxima lo que quiere decir, que se puede perder hasta el 70% de la capacidad de función de cualquier órgano antes de que se presente insuficiencia orgánica. Sin embargo, algunos individuos pueden haber disminuido la capacidad funcional de un órgano pero esto no implica que sea un individuo frágil. Este concepto, invita a la reflexión sobre las implicaciones que tienen los hábitos alimentarios y el estado nutricional en el proceso del envejecimiento, pues si bien en un momento dado las alteraciones generadas por procesos degenerativos o por el consumo de alimentos no son sintomáticos, estas pueden agravarse e intensificarse con el tiempo haciendo un aporte importante al proceso de fragilización y dependencia del adulto mayor.

Por lo anterior, se requiere de procesos educativos contextualizados en alimentación y nutrición, que motiven a los adultos mayores y a sus familias a conocer los beneficios de una alimentación saludable en el proceso vital y como esta contribuye al bienestar y a la calidad de vida individual y colectiva. Además, es preciso fortalecer las intervenciones alimentarias que en este momento se desarrollan a nivel municipal respaldadas económicamente por el estado, alrededor de estas se pueden construir procesos importantes que potencien la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población.

**Agradecimientos:** A los adultos mayores participantes del proceso por compartir sus experiencias, a la Secretaria de Salud por contribuir al desarrollo de este estudio, al Centro Día del Municipio de Caldas y de manera especial a sus coordinadores quienes en cada momento mostraron su interés y compromiso con los adultos mayores del Municipio y el respaldo incondicional a este proceso.

---

## **Bibliografía**

1. Cardona AD, Estrada A, Agudelo GH. Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2002 pp 31-55.
2. Rubio MA. Factores de riesgo de malnutrición. En: manual de alimentación y nutrición en el anciano. España: MASSON; 2002. pp 23-29.
3. Aranceta BJ. Dieta en la tercera edad. En: Nutrición y dietética clínica. España: MASSON; 2002. p. 107-11.
4. Zayas SE. Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad. Rev Nutr Clín Méx 2004; 7(2): 131- 134.
5. Aleman MH, Pérez FF. Los indicadores del estado de nutrición y el proceso de envejecimiento. Rev Nutr Clín Méx 2003. 6(1): 46-52.
6. Hervás A, Garcia de JE. Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano, perspectiva desde un centro de salud. Rev Anales Sistema Sanit Navarra. 2005. 28(1): 35-47.
7. Castelblanque EM, Cuñat VA. ¿Quiénes son adultos mayores frágiles-adultos mayores de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara. Rev Soc Española Med Gen 2002; 45: 443-459.
8. Castelblanque EM, Cuñat VA. ¿Quiénes son adultos mayores frágiles-adultos mayores de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara. Rev Soc Española Med Gen 2002; 45: 443-459.
9. Canalejo GC, Gámez GG, Gutierrez II, Latorre FI, Márquez MJ, Ruiz MT. Los hábitos nutricionales en la vejez. GEROKOMOS 1997; VIII (21): 132-138.
10. Cardona AD, Estrada A, Agudelo GH. Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2002. p32.

11. Cardona AD, Estrada A, Agudelo GH. Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2002. p31-55.
12. Alzate YT. El grupo focal factor de eficacia en la educación nutricional. Rev Perspectivas Nutr Humana 1999; (1):37-53.
13. Bonilla E, Rodríguez P. La investigación en las ciencias sociales. En: Más allá del sistema de los métodos. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Economía, Centro de estudios de Desarrollo Económico; 1995. pp. 82-132.
14. Pardo de Vélez G, Cedeño Collazos M. El muestreo en pocas palabras. Santa Fé de Bogotá: McGraw Hill Interamericana; 1997. pp. 125-126.
15. Padua J. Técnicas de investigación aplicada a las ciencias sociales. México: Fondo de cultura Económica; 1987. p.63-85.
16. Cervera P. Alimentación saludable en el adulto. En: Alimentación y Dietoterapia. 4 ed. España: McGraw -Hill Interamericana; 2003. pp. 119-139.
17. Vellas J, Philip J. Envejecimiento. En: Conocimiento actuales sobre nutrición. 8 ed. Washinton: Organización Mundial de la Salud; 2003. pp. 480-487
18. Tocón R. Valoración del anciano en la actualidad actual. GEROKOMOS 1997; VIII (21): 127-131.
19. Rivera JA, Mandujano E. Inseguridad alimentaria y estrategias nutricionales en personas de edad avanzada: Experiencias latinoamericanas recientes. Rev. Nutrición Clínica 2003; 6(1):89-92.
20. Zayas SE. Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad. Rev Nutr Clín 2004; 7(2): 131- 134.
21. Aranceta BJ. Dieta en la tercera edad. En: Nutrición y dietética clínica. Barcelona: MASSON, SA; 2002. pp. 107-11
22. Aranceta BJ. Dieta en la tercera edad. En: Nutrición y dietética clínica. Barcelona: MASSON, SA; 2002. pp. 107-11.
23. Aranceta BJ. Dieta en la tercera edad. En: Nutrición y dietética clínica. Barcelona: MASSON,SA; 2002. pp. 107-11
24. Zayas SE. Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad. Rev Nutr Clín 2004; 7(2): 131- 134
25. Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC. Nutrición en la vejez. En: Nutrición en salud y enfermedad. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana; 2004. p. 314-333.

26. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones nutricionales para el envejecimiento saludable. En: Mantenerse en forma para la vida, necesidades nutricionales de los adultos mayores. Washinton: Organización Panamericana de la Salud, Universidad Tuft, Facultad de Ciencias y Políticas de Nutrición; 2004. pp. 62-85.
27. Romaguera D, Llomart I, Bonnín T, Pons A, Tur MJ. Análisis de la ingesta dietética y calidad nutricional en adultos mayores no institucionalizados de las Islas Baleares. Rev Esp Nutr Comunitaria 2004; 10(4): 168-177.
28. Dieta mediterránea y prevención de enfermedades. Revista digital de gastronomía saludable. [publicación periódica en línea]. Se encuentra en: URL <http://www.sabormediterraneo.com/salud/dietamediterranea1.htm>. Fecha de acceso: octubre 1 de 2004.
29. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La respuesta de Salud pública a las enfermedades crónicas. Washington: 130ª Sesión del comité ejecutivo; 2002. 16 p.
30. Davy B, Melby C. The effect of fiber - rich carbohydrates on features of Syndrome X. J Am Diet Assoc 2003; 103(1): 86-96.
31. Pareja D. Mitos y realidades sobre la alimentación y su relación con la enfermedad cardiovascular. En: Factores de riesgo cardiovascular «mitos y realidades». Medellín, Universidad de Antioquia., 2004. pp. 239-252.
32. Peña, P. Nutrición en la vejez. Comer bien, una respuesta para vivir mejor. Rev: Servicio informativo Iberoamericano. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura Chile. 1999. (2):1-5
33. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones nutricionales para el envejecimiento saludable. En: Mantenerse en forma para la vida, necesidades nutricionales de los adultos mayores. Washinton: Organización Panamericana de la Salud, Universidad Tuft, Facultad de Ciencias y Políticas de Nutrición; 2004. pp. 62-71.
34. Hooper L, Bartlett C, Davey SG, Ebrahim S. Advice to reduce dietary salt for prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2004; (2): CD003656.
35. World Health Organization. 2003. Diet nutrition and the prevention of chronic disease. En technical report series 916. Geneva. p 39-42.
36. Ferrara. El aceite de oliva reduce la presión arterial y la necesidad de fármacos antihipertensivos. Arch Intern Med 2000; 160: 837-842
37. Romaguera D, Llomart I, Bonnín T, Pons A, Tur MJ. Análisis de la ingesta dietética y calidad nutricional en adultos mayores no institucionalizados de las Islas Baleares. Rev Esp Nutr Comunitaria 2004; 10(4): 168-177.
38. Zayas SE. Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad. Rev Nutr Clín 2004; 7(2): 131- 134.



39. Curcio V. Actividad física y ejercicio en ancianos. *Rev Aso Cbia Ger y Ger* 1996; 10( 1): 28-32.
40. Rubio Herrera RA. Alimentación normal. En: manual de alimentación y nutrición en el anciano. España : MASSON 2002; pp. 65-74.
41. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones nutricionales para el envejecimiento saludable. En: Mantenerse en forma para la vida, necesidades nutricionales de los adultos mayores. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Universidad Tuft, Facultad de Ciencias y Políticas de Nutrición; 2004. pp. 1-5.
42. Deen D. Metabolic syndrome: time for action. *Am fam physi* 2004; 69 (12): 2875-82
43. Davy B, Melby C. The effect of fiber - rich carbohydrates on features of Syndrome X. *J Am Diet Assoc* 2003; 103(1): 86-96.
44. Cattáneo A. Alimentación salud y pobreza: la intervención de un programa contra la desnutrición. *Arch Argent Pediatr* 2002;100 (31): 222-231
45. Restrepo SL, Manjarrés LM, Arboleda R. La buena mesa, cultura alimentaria en la mujer gestante. En: el pan de las nuevas lunas: alimentación y estado nutricional de la mujer gestante. Medellín: Biogénesis Universidad de Antioquia 2002; pp. 13-64.
46. Aranceta BJ. Dieta en la tercera edad. En: Nutrición y dietética clínica. Barcelona: MASSON,SA; 2002. pp. 107-111.
47. Tocón R. Valoración del anciano en la actualidad actual. *GEROKOMOS*. España 1997; VIII(21): 127-131.
48. Marquez AJ. Escala de depresión geriátrica de Yesavage. En la geriatría en la consulta diaria. Bogotá: Editorial Incobra; 2000. pp. 26.
49. Zayas SE. Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad. *Rev Nutr Clín* 2004;7(2): 131- 134.
50. Zayas SE. Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad. *Rev Nutr Clín* 2004;7(2): 131- 134.
51. Romaguera D, Llomart I, Bonnín T, Pons A, Tur M.J. Análisis de la ingesta dietética y calidad nutricional en adultos mayores no institucionalizados de las Islas Baleares. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2004;10(4): 168-177.
52. Aranceta BJ. Dieta en la tercera edad. En: Nutrición y dietética clínica. Barcelona: MASSON,SA; 2002. pp 107-111.
53. Alemán H, Pérez FA. Los indicadores del estado nutricional y el proceso de envejecimiento. *Rev Nutr Clín* 2003;6(1): 46-52.

54. Beltran M. Legislación y maltrato, derechos del anciano en Colombia. Rev Asoc Colomb Gerontol y Geriatr 2000; 14 (3): 96.
55. Jimenes L, Lafuente D, Hernández B, Fernández C, Har C. Ancianos, calidad de vida y necesidades básicas. Rev rol Enf 1999; 22(11) .pp. 743-766.
56. Tocón R. Valoración del anciano en la actualidad actual. GEROKOMOS. España 1997; VIII(21): 127-131.
57. Rivera JA, Mandujano E. Inseguridad alimentaria y estrategias nutricionales en personas de edad avanzada. Experiencias latinoamericanas recientes. Rev Nutr Clín 2003; 6(1):89-92.
58. Galofre E. Interpretación de parámetros nutricionales en geriatría. Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr. 2002; 14 (3): 137-138
59. Gutiérrez CA, Ardila E, Luna T, Beltrán R. Problemática de la población anciana en Colombia. Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr 2001; 15 (2): 137-138
60. García, EJ. Participación del estado nutricional en la fragilización del individuo. Rev Nutr Clín 2003; 6(1):58-62

---

Este trabajo fue recibido el 30 de Septiembre de 2005 y aceptado para ser publicado el 30 de Julio de 2006.

**Dirigir la correspondencia a:**

Profesora

Sandra Lucía Restrepo

Teléfono: 4259227

fax: 2305007

Email: [sanres@pijaos.udea.edu.co](mailto:sanres@pijaos.udea.edu.co).