

## Perfil nutricional de adultos mayores que asisten a un club de abuelos

### Nutritional profile of older adults attending a grandparents club

Jiménez, Ayarí; Moya-Sifontes, Mary; Bauce, Gerardo



 Ayarí Jiménez

ayarijm@gmail.com

Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela

 Mary Moya-Sifontes

zulaymoyadesifontes@gmail.com

Dirección del Posgrado de Planificación Alimentaria y Nutricional. Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela

 Gerardo Bauce

gbauce@hotmail.com

Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela

#### Revista Digital de Postgrado

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

ISSN-e: 2244-761X

Periodicidad: Semestral

vol. 10, núm. 2, e283, 2021

revistadpmeducv@gmail.com

Recepción: 13 Julio 2020

Aprobación: 05 Abril 2021

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/101/1012323007/index.html>

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2021.10.2.e283>

©Los autores, 2021



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 3.0 Internacional.

**Cómo citar:** Jiménez A, Moya-Sifontes M, Bauce G. Perfil nutricional de adultos mayores que asisten a un club de abuelos. Rev Digit Postgrado. 2021;10(2): e283. doi: 10.37910/RDP.2021.10.2.e283

**Resumen:** Introducción: En este estudio se determinó el perfil nutricional de un grupo de adultos mayores. Métodos: investigación de campo, tipo prospectiva, de corte transversal con enfoque descriptivo. Se evaluó la población de cuarenta (40) adultos mayores que asisten regularmente a las actividades del Club de Abuelos “Juventud Acumulada”, Charallave, Estado Miranda, aplicándose un cuestionario estructurado en preguntas abiertas y cerradas para recolectar la información y se tomaron mediciones antropométricas (peso y estatura, áreas grasa y magra). Resultados: edad promedio 68,5±7,6 años, mayor en mujeres; peso y talla 58,7±9,8 kg y 1,63±0,1c m, mayor en hombres; IMC promedio 22,2±3,7 kg/m<sup>2</sup>, similar en los dos sexos; 20,0% con Déficit, 55,0% Normopeso, 25,05 % Sobrepeso; 42,5% tienen HTA; 10,0%, Diabetes Mellitus 2 o Dislipidemia. Desayuno: 75,0% arepa; 60,0% pan; 50,0% embutidos; 40,0% café con leche; Almuerzo: 72,5% arroz; 55,0% leguminosas; 47,5% pasta; 47,5% tubérculos; 35,0% pescado; Cena: 82,5% arepa; 62,5% pan; 52,5% pasta; 50,0% huevos y tortillas. Adecuación 79,2% en hombres y 98,5% en mujeres; 7,5% fuma y 50,0% consume bebidas alcohólicas; 35,0% practica alguna actividad física Conclusiones: relación talla-peso dentro del rango sugerido en ambos sexos; promedio de área grasa y área muscular adecuado; 20,0% de hombres y 31,2% de mujeres con sobrepeso; las mujeres con mayor riesgo debido a enfermedades crónicas e ingesta calórica por debajo del requerimiento; patrón de consumo evidencia bajo consumo de leche, vegetales y frutas. Se hace necesario la implementación de un programa de intervención nutricional.

**Palabras clave:** Adulto mayor, Perfil nutricional, Estilo de vida, Patrón de consumo, Actividad física.

**Abstract:** Introduction: In this study the nutritional profile of a group of older adults was determined. Methods: field research, prospective type, cross-sectional with a descriptive approach. The population of forty (40) older adults who regularly attend the activities of the Club de Abuelos “Juventud Acumulada”, Charallave, Miranda State, was evaluated, applying a structured questionnaire in open and closed questions to collect the information and anthropometric measurements were taken ( weight and height, fat and lean areas). Results: mean age 68,5 ± 7,6 years, older in women; weight and height 58,7 ± 9,8 kg and 1,63 ± 0,1 cm, higher in men; Average BMI

22,2 ± 3,7 kg / m<sup>2</sup>, similar in both sexes; 20% with Deficit, 55% Normal weight, 25% Overweight; 42,5% have HT; 10, Diabetes Mellitus 2 or Dyslipidemia. Breakfast: 75% arepa; 60% bread; 50% sausages; 40% coffee with milk; Lunch: 72,5% rice; 55% legumes; 47,5% pasta; 47,5% tubers; 35% fish; Dinner: 82,5% arepa; 62,5% bread; 52,5% pasta; 50% eggs and omelettes. Adequacy 79,2% in men and 98,5% in women; 7,5% smoke and 50% consume alcoholic beverages; 35% practice some physical activity Conclusions: height-weight relationship within the suggested range in both sexes; average fat area and adequate muscle area; 20% of men and 31,2% of women are overweight; women with higher risk due to chronic diseases and caloric intake below the requirement; consumption pattern shows low consumption of milk, vegetables and fruits. The implementation of a nutritional intervention program is necessary.

**Keywords:** Older adult, Nutritional profile, Lifestyle, Consumption Pattern, Physical activity.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos más observados desde el punto de vista demográfico, ya que el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad ha condicionado una inversión de la pirámide poblacional<sup>(1)</sup>.

Debido a ello, el envejecimiento tiene un impacto determinante en el devenir de la vida del individuo, no sólo en el ámbito fisiológico, sino también en el psicológico, social y nutricional. Esto ha llevado a analizar sus consecuencias desde diferentes dimensiones, como la psicológica, la social, la alimentaria y nutricional, en especial en aquellos países en vías de desarrollo<sup>(1)</sup>.

De esta manera, el adulto mayor ha sido objeto de estudio desde hace muchos años en distintos países, para conocer su estado nutricional, su calidad de vida hasta presentar propuestas de programas e intervenciones comunitarias para promover la salud.<sup>(2-3)</sup>

En el caso de Venezuela, a pesar de contar con una población muy joven, también ha mostrado cambios demográficos que indican que el adulto mayor también es parte de su población vulnerable que requiere especial atención. Observándose un proceso de envejecimiento en aumento, lo que equivale a un incremento de adultos mayores que, sin duda, demandará la necesidad de mayores servicios, relativos a los aspectos educacionales, económicos, sociales, sanitarios, medioambientales, recreativos y generacionales dirigidos a este grupo de la población<sup>(4)</sup>.

Sin embargo, se han dado importantes aportes hacia la protección del adulto mayor en cuanto a seguridad social. En este sentido, se cuenta con instituciones encargadas de brindar atención directa a los adultos mayores institucionalizados y organizados en club de abuelos en las distintas comunidades a nivel nacional. Pero resulta desconcertante que, a pesar de los avances en políticas sociales, aún no se desarrollan políticas públicas de salud, alimentarias y nutricionales que además incluyan la promoción de la actividad física como un conjunto de elementos fundamentales para mejorar y mantener el estado de salud del adulto mayor.

Tal es el caso del Club de Abuelos “Juventud Acumulada” ubicado en el Conjunto

Residencial Los Samanes, en Charallave, Estado Miranda. Estos adultos mayores reciben al apoyo del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS), el cual promueve actividades culturales, de esparcimiento e integración. Pero estas actividades no se realizan con frecuencia. Así mismo, cuentan con un consultorio

médico activo cercano del Ministerio del Poder Popular para la Salud dentro de la comunidad que brinda atención a la comunidad en general y a los adultos mayores que asisten a club de abuelos.

Por ello, se planteó investigar sobre el tema en cuestión, abordando este Club de abuelos, donde hacen vida una cantidad importante de adultos mayores para estudiar desde su estado nutricional, sus hábitos alimentarios, hasta sus conocimientos en cuanto a nutrición y alimentación.

## MÉTODOS

Se trata de una investigación de campo, prospectiva, de corte transversal y con enfoque descriptivo. Se estudió toda la población de adultos mayores que asisten regularmente a las actividades del Club de Abuelos "Juventud Acumulada" de Charallave, Estado Miranda, durante el periodo de enero - marzo de 2018; la cual la conforman cuarenta (40) personas, a quienes se les comunicó que participarían en una investigación, y dieron su consentimiento informado, atendiendo a lo sugerido en el protocolo descrito en la Declaración de Helsinki<sup>(5)</sup>.

Se diseñó un instrumento estructurado para recolectar la información necesaria a través de once preguntas abiertas y cerradas que contemplaron los objetivos específicos propuestos; que incluyó datos personales y antropométricos, aspectos socioeconómicos, antecedentes personales y hábitos alimentarios y de higiene personal, consumo de alimentos, y práctica de actividad física; fue validado por cinco (5) expertos en el área, se obtuvo una correlación de 0,95 mediante el criterio de división por mitad y de acuerdo con las sugerencias realizadas durante la validación, se modificaron ciertos aspectos del cuestionario. Igualmente se validaron el pretest y el postest mediante el Coeficiente de Crombach y se obtuvo un valor de 0,83 y 0,79, respectivamente.

Se consideraron las siguientes variables: Peso, Estatura, Índice de Masa Corporal (IMC), clasificado según parámetros de la Organización Mundial de la Salud (1998)<sup>(6)</sup>; Circunferencia del Brazo Izquierdo (CBI), Pliegue de Tríceps (Ptr); mientras que, Área Muscular (AM) y Área Grasa (AG), fueron evaluadas de acuerdo a la clasificación de Frisancho (1981)<sup>(7)</sup>.

Para el estrato social, se consideró el Método Graffar modificado por Méndez-Castellanos<sup>(8-9)</sup>; con relación al requerimiento de energía, se tomaron en cuenta los Requerimientos de Energía y Nutrientes para la población venezolana (2012)<sup>(10)</sup> y los Requerimientos nutricionales del anciano<sup>(11)</sup>; y con respecto a la alimentación, se incluyeron preguntas cerradas relacionadas en el cuestionario y un recordatorio de consumo de 24 horas, tomándose en cuenta lo referido por el INN<sup>(12)</sup>, calculándose la ingesta de energía y nutrientes de manera tradicional con la tabla de composición de alimentos; para las mediciones, estas fueron tomadas por una nutricionista en el club de abuelos, posterior a la aplicación del cuestionario, siguiendo las indicaciones internacionales del Programa Internacional de Biología<sup>(13)</sup>.

Se determinaron medidas descriptivas, de asociación, correlación, y se utilizó el software Excel y el SPSS Versión 17.

## RESULTADOS

La población de estudio conformada por 24 hombres y 16 mujeres, quienes representan el 60% y 40%, respectivamente; con edad promedio de  $68,45 \pm 7,68$  años, ligeramente mayor en las mujeres  $69,13 \pm 7,62$  años y  $68,00 \pm 8,19$  años en los hombres; peso promedio de  $58,73 \pm 9,78$  kg, mayor en hombres  $60,61 \pm 10,10$  kg vs  $55,75 \pm 8,75$  kg; talla promedio  $1,63 \pm 0,08$  m, mayor en hombres  $1,65 \pm 0,07$  m vs  $1,59 \pm 0,08$  m; IMC promedio  $22,20 \pm 3,68$  kg/m<sup>2</sup>, similar en los dos sexos  $22,22 \pm 3,71$  mm (H) y  $22,17 \pm 3,76$  mm (M); CBI promedio  $26,13 \pm 4,17$  mm, mayor en hombres  $26,66 \pm 4,40$  mm vs  $25,34 \pm 4,09$  mm; el Área Muscular promedio  $34,01 \pm 11,28$  mm, mayor en hombres  $34,01 \pm 11,28$  mm vs  $28,90 \pm 11,95$  mm y pliegue Tríceps

promedio  $1,83 \pm 0,56$  mm, mayor en mujeres  $2,06 \pm 0,57$  mm vs  $1,67 \pm 0,51$  mm; y el Área Grasa promedio  $28,90 \pm 11,95$  mm, mayor en mujeres  $23,46 \pm 9,01$  mm, vs  $20,64 \pm 8,09$  mm (Tabla 1).

**TABLA 1**  
Medidas antropométricas según sexo. Adultos mayores que asisten al Club de Abuelos

	Masculino	Femenino	Total
Sexo	24 (60,0%)	16 (40,0%)	40 (100,0%)
Edad (años)	$68,00 \pm 8,19$	$69,13 \pm 7,62$	$68,45 \pm 7,68$
Peso (kg)	$60,61 \pm 10,10$	$55,75 \pm 8,75$	$58,73 \pm 9,78$
Talla (cm)	$1,65 \pm 0,07$	$1,59 \pm 0,08$	$1,63 \pm 0,08$
IMC	$22,22 \pm 3,71$	$22,17 \pm 3,76$	$22,20 \pm 3,68$
CBI (mm)	$26,66 \pm 4,40$	$25,34 \pm 4,09$	$26,13 \pm 4,17$
PTr (mm)	$1,67 \pm 0,51$	$2,06 \pm 0,57$	$1,83 \pm 0,56$
AM (mm)	$37,41 \pm 11,54$	$28,90 \pm 11,95$	$34,01 \pm 11,28$
AG (mm)	$20,64 \pm 8,09$	$23,46 \pm 9,01$	$21,77 \pm 8,47$

El aspecto socioeconómico revela que la Profesión del Jefe de familia, en un 40% son comerciantes, 22,50% Universitario u Obrero y 15% Técnico Superior Universitario; el Nivel de Instrucción de la esposa es Primaria en un 32,5%, Secundaria Incompleta (27,5%), Secundaria Completa (22,50%) y otros en menores porcentajes; la Fuente de ingreso: Ganancias o Beneficios 45%, Sueldo Mensual 37,5% y Semanal 17,5%; la Vivienda donde habitan es sin excesos (35%); con buenas condiciones (32,5%), con ambientes espaciosos (25%) y solo un 7,5% vive en condiciones inadecuadas y el 45% de ellos, pertenecen al estrato III, 32,5% al estrato IV y 22,5% al estrato II (Tabla 2).

TABLA 2  
Estrato social y Antecedentes patológicos. Adultos mayores que asisten al Club de Abuelos

Socio Económico	Profesión Jefe de familia:	Comerciante	40,00%
		Universitario	22,50%
		Obrero	22,50%
		Técnico Superior	15,00%
		Universitario	
	Nivel instrucción esposa:	Primaria	32,50%
		Secundaria	27,5%
	Incompleta	Secundaria Completa	22,50%
		Curso Técnico	10,00%
		Técnico Superior.	2,50%
	Universitario		
	Analfabeta	5,00%	
	Fuente de ingreso:	Ganancias o	45,00%
	Beneficios		
		Sueldo Mensual	37,50%
		Sueldo Semanal	17,50%
	Vivienda donde viven:	Sin Excesos	35,00%
		Con buenas	32,50%
	condiciones		
		Ambiente espacioso	25,00%
		Condiciones	7,5%
		inadecuadas	
	Estrato Social al que pertenece:	Estrato III	45,00%
		Estrato IV	32,50%
		Estrato II	22,50%
	Hipertensión arterial (HTA)		45,00%
	Diabetes Mellitus, Dislipidemias		10,00%
	Pérdida de peso últimos seis meses		60,00%

En cuanto a los antecedentes personales, la información revela que, en los últimos seis meses, ninguno ha tenido algún proceso quirúrgico; 17 adultos (42,5%) tienen HTA; 4 (10,0%), ha padecido Diabetes Mellitus 2 o Dislipidemia. Mientras que el 60,0%, manifestaron haber perdido peso durante los últimos seis meses, entre 1 y 16 kg, con una pérdida promedio de  $2,8 \pm 2,8$  kg.

Con relación al estado nutricional, expresado en la clasificación del IMC, se tiene que 20% está en Déficit, con un porcentaje ligeramente mayor en el sexo femenino (25%); 55% está en Normopeso, con un porcentaje mayor en el sexo masculino (62,5%) y el 25% está en Sobrepeso, con mayor porcentaje en el sexo femenino (31,2%) (Tabla 3).

**TABLA 3**  
**Diagnostico nutricional de los Adultos mayores según**  
**IMC, Área Muscular y Área Grasa de acuerdo al sexo**

Clasificación del IMC, según OMS	Masculino		Femenino		Total				
	n	%	n	%	n	%			
Déficit (IMC < 18,5)	4	16,7	4	25,0	8	20,0			
Normopeso (18,5 ≤ IMC < 25,0)	15	62,5	7	43,8	22	55,0			
Sobrepeso (25,0 ≤ IMC < 30,0)	5	20,8	5	31,2	10	25,0			
Total	24	60,0	16	40,0	40	100,0			
Diagnóstico según Área Muscular y Área Grasa									
Diagnóstico	Masculino	n	%	Femenino	n	%	Total	n	%
Área Muscular									
Bajo	8		33,3	6		37,5	14		35,0
Adecuado	16		66,7	8		50,0	24		60,0
Alto	0		0,0	2		12,5	2		5,0
Área Grasa									
Bajo	6		25,0	4		25,0	10		25,0
Adecuado	15		62,5	11		68,8	26		65,0
Alto	3		12,5	1		6,2	4		10,0

Por otra parte, al diagnosticar a estos adultos mayores, según los valores del AM y AG, basada en los percentiles, se tiene que, para el área muscular, 32,5% está bajo; 60% adecuado y 7,5% alto. En cuanto al área grasa, 25% está bajo; 67,5% adecuado y 7,5% alto. (Tabla 3).

Con relación al aspecto de la alimentación, se tiene que para el momento de comida, los resultados reflejan que todos los adultos mayores, desayunan y cenan y 31 de ellos almuerzan (77,5%); es decir, que se puede afirmar que el 78% o más, de ellos, realizan las tres comidas al día. Además, sólo el 30% realiza dos meriendas al día, y se tiene que, 13(48,1%) de los adultos mayores, desayuna antes de salir de casa. Adicionalmente, 7 (17,5%) adultos mayores informaron que ingieren el desayuno junto a la familia, o en compañía de esta.

En relación a los patrones de consumo con respecto al momento de comida, sólo se incluyen aquellos alimentos consumidos por los adultos a partir del 40% o más. Tampoco se incluyen las meriendas por la misma razón. Por ello, se tiene que en cuanto a los alimentos que consumen en cada una de las comidas realizadas, en el Desayuno, 75% consumen arepa; 60% pan; 50% embutidos y tortillas; 40% café con leche y 27,5% cereales. En el almuerzo, 72,5% consume arroz; 55% leguminosas; 47,5% pastas y en igual porcentaje consumen tubérculos; 35% pescados; 32,5% huevos y tortillas; 30% pollo; 22,5% legumbres y 20% carnes. En este caso particular, 12 (30%) adultos mayores, realiza el almuerzo junto a la familia. En la cena, los datos revelan que 82,5% consume arepa; 62,5% pan; 52,5% pastas; 50% consume huevos y tortillas y el 65,0% realiza la cena junto a la familia (Figura 1).

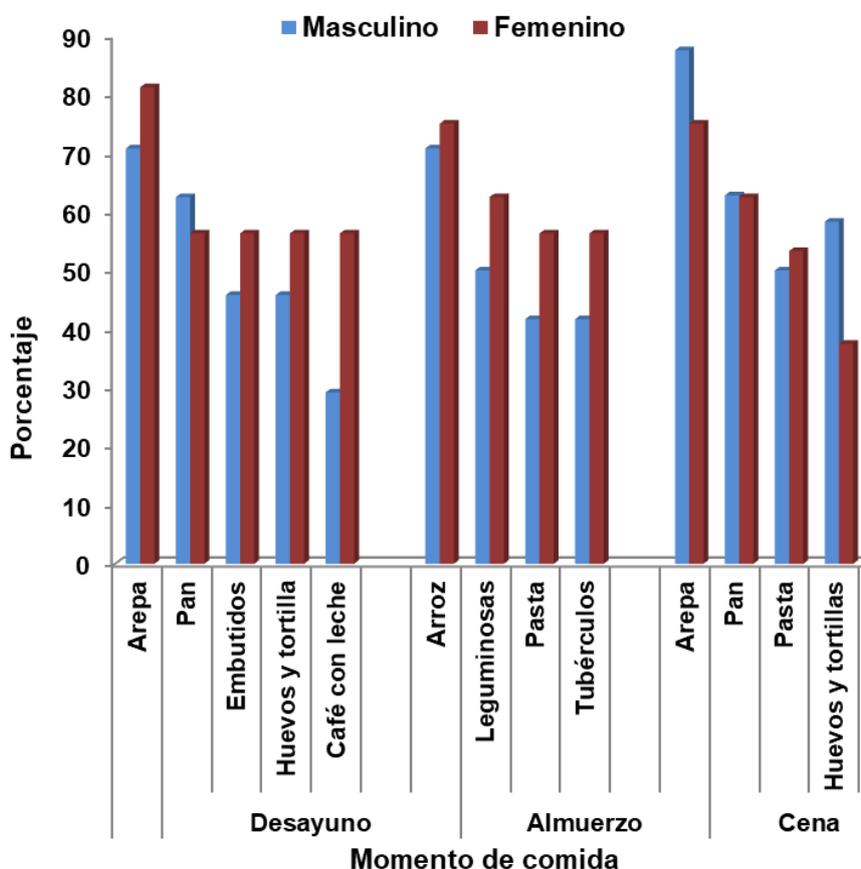


FIGURA 1  
Patrón de consumo, según momento de comida, por sexo. Adultos mayores

Para la mayoría de los alimentos incluidos en el Patrón de Consumo, las mujeres tienen un porcentaje de consumo mayor al de los hombres. Más del 55% consume cereales y verduras y en un 50% carnes y frutas; mientras que menos de la mitad consume leche y vegetales. Además, consumen arepa, pan y pastas al menos en dos de las comidas del día. De acuerdo con el Patrón y la Frecuencia de consumo de alimentos de los adultos mayores, se observa que hay un bajo consumo de leche; así como muy bajo consumo de vegetales, los cuales son alimentos considerados como aportadores de vitaminas y minerales (Tabla 3).

Por otra parte, se tiene que con relación al lugar de la casa donde comen o ingieren sus alimentos, 32 informaron que lo hacen en la mesa y 8 informaron que lo realizan en la habitación, cifras que representan 80% y 20%, respectivamente; a la vez, 80,0% desayuna fuera de casa y 20% lo hace antes de salir de casa.

Así mismo, resalta la información relativa a llevar alimentos al Club, ya que solo el 10% de ellos, lleva comida al club, y se refieren a frutas y jugos. Con relación al tipo de bebidas, se tiene que el 100% toma café; 50% jugos envasados; 20% leche y 10% malta. Se puede señalar también, que 65% consume frituras y 65% consume pan y 25% consume empanadas y el 40% del grupo evaluado, consume chicles, caramelos, galletas dulces, etc.

Al comparar el aporte energético de los alimentos consumidos de acuerdo al sexo, con los requerimientos, la adecuación es 79,16% para el sexo masculino; 98,5% para el sexo femenino y 98,94% para el grupo (Tabla 4). Se evidencia un promedio de ingesta calórica, para este grupo de adultos mayores, de 1965,59 ± 488,96 Kcal/p/d, distribuidos entre los macronutrientes Proteínas 56,79±17,09 gr/p/d; Grasas 61,25±23,39 gr/p/d y Carbohidratos 251,56±66,78 gr/p/d (Tabla 5).

**TABLA 4**  
**Patrón de consumo de alimentos (Expresado en porcentajes),**  
**por momento de comida según sexo. Adultos mayores**

Alimento	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Desayuno</b>						
Arepa	17	70,8	13	81,2	30	75,0
Pan	15	62,5	9	56,3	24	60,0
Embutidos	11	45,8	9	56,3	20	50,0
Huevos y tortilla	11	45,8	9	56,3	20	50,0
Café con leche	7	29,2	9	56,3	16	40,0
<b>Almuerzo</b>						
Arroz	17	70,8	12	75,0	29	72,5
Leguminosas	12	50,0	10	62,5	22	55,0
Pasta	10	41,7	9	56,3	19	47,5
Tubérculos	10	41,7	9	56,3	19	47,5
<b>Cena</b>						
Arepa	21	87,5	12	75,0	33	82,5
Pan	15	62,8	10	62,5	25	62,5
Pasta	12	50,0	9	53,3	21	52,5
Huevos y tortillas	14	58,3	6	37,5	20	50,0
<b>Frecuencia de consumo</b>						
Grupos de alimentos	n	%	n	%	n	%
Cereales	7	29,2	4	25,0	11	27,5
Verduras	10	41,7	7	43,8	17	42,5
Carnes	8	33,3	3	18,7	11	27,5
Frutas	7	29,2	5	31,3	12	30,0
Leche	11	45,8	6	37,5	17	42,5
Leguminosas	17	70,8	13	81,3	30	75,0

**TABLA 5**  
**Consumo, requerimiento energético y adecuación de la alimentación según sexo. Adultos mayores**

Sexo	Consumo Energético (Kcal/p/d)	Requerimiento (Kcal/p/d)	Adecuación (%)	
Masculino	1979,00±458,92	2500,00	79,16	
Femenino	1945,47±545,87	1975,00	98,5	
Total	1965,59±488,96	1986,50	98,94	
<b>Consumo de energía y macronutrientes</b>				
Sexo	Consumo de Energía (Kcal/p/d)	Proteínas (g/p/d)	Grasas (g/p/d)	Carbohidratos (g/p/d)
Masculino (n=24)	1979,00 ± 458,92	57,79 ± 17,86	61,51 ± 22,08	253,13 ± 66,40
Femenino (n=16)	1945,47 ± 545,87	55,18 ± 16,31	60,87 ± 25,97	249,22 ± 69,47
Total	1965,59 ± 488,96	56,79 ± 17,09	61,25 ± 23,39	251,56 ± 66,78

En relación a los hábitos tabáquicos y alcohólicos, se tiene que solamente el 7,5%, fuma, con un promedio de un cigarrillo diario y el 50,0% consume bebidas alcohólicas; y de ellos, 2 (10,0%) entre 1 y 2 veces a la semana; 3 (15,0%) 1 vez al mes, y 15 (75,0%), reporto que lo hace socialmente. El comportamiento por sexo, es similar, para estos dos hábitos, en este grupo de adultos; sin embargo, las mujeres superan a los hombres en ambos hábitos.

En lo relativo a qué utiliza para cepillarse, los resultados indican que el 100% emplea cepillo dental manual y crema dental; mientras que el 37,5% usa enjuague bucal. Se obtuvo como información o respuesta que el 85,0% de adultos mayores, se ducha todos los días y el 15,0% se ducha de tres a cuatro veces por semana.

Solo 35% de los adultos mayores practica actividad física, y de ellos 15% la realiza solo y 20% la práctica acompañado; así mismo 35% efectúa actividad física más de dos horas a la semana. Además, el 100% llega al Club de los Abuelos caminando, 19; esto es 95% son jubilados y 6, equivalente al 30% informo que trabaja.

Respecto a la distribución del tiempo diario, los resultados permiten afirmar que dedican de 2 a 8 horas a ver TV, de ellos 12 (30,0%) dedican entre 2 y 4 horas al día; 17 (42,5%) entre 5 y 7 horas al día y 11 (27,5) 8 o más horas al día. Así mismo, se tiene que el 77,5% usa el teléfono menos de 1 hora; y 22,5% adultos lo hacen por 2 o más horas al día. Por otra parte, se tiene que 5 (12,5%) duermen de 5 a 6 horas; 20 (50,0%) de 7 a 8 horas y 15 (37,5%) 7 o más horas. Así mismo, 30 adultos dedican horas del día a la siesta, y de ellos 20 (66,7%) dedican dos horas y 10 (33,3%) 3 horas. Solamente 14 (35,0%) expresó que dedica entre 2 y 4 horas/día a la lectura. A la vez, es importante resaltar que el 95% de los adultos mayores son jubilados y 30% informo que trabaja; y de estos que trabajan, dos son docentes, tres son comerciantes y uno es artesano.

## DISCUSIÓN

Con base a los resultados anteriores, se puede afirmar que la población de adultos mayores, del Club de Abuelos, tiene una edad promedio ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres, a diferencia de lo reportado por Bauce<sup>(14)</sup>, quien obtuvo valores similares en la edad para los dos sexos; la misma está por debajo de la esperanza de vida del venezolano, la cual es de 74,39 años, según la OMS<sup>(15)</sup>; con respecto a las variables antropométricas, se tiene que los promedios de peso, talla, CBI, AM son mayores en los hombres, en tanto que los promedios de PTr y AG son mayores en las mujeres. En los promedios de peso y talla, coincide con Bauce<sup>(14)</sup>, ya que son mayores en los hombres, así como en el IMC que es similar en los dos sexos. Los resultados encontrados en la composición corporal del grupo estudiado se deben a que “el proceso de envejecimiento también lleva consigo importantes cambios en la redistribución de la misma que pueden variar entre hombres y mujeres”<sup>(9)</sup>.

El aspecto socioeconómico de estos adultos mayores, corresponde a 40% son comerciantes, 22,5% Universitarios y sólo 15% Técnico Superior Universitario, lo que indica que tienen una buena formación educativa; el nivel de instrucción de la esposa es 32,5% primaria, 50% secundaria y 10% cursos técnicos, que también evidencia buena formación académica; la fuente de ingreso es 55% sueldo semanal o mensual; el 92,5% vive en casa o apartamento con buenas condiciones y ambiente espaciosos, lo que evidencia en términos generales, que estos adultos mayores tienen un posición social aceptable, de hecho 67,5% pertenece a los estratos II y III.

Los antecedentes personales indican que 45% sufre de Hipertensión Arterial; 60% ha perdido peso en los últimos seis meses y 10% tiene Diabetes Mellitus y Dislipidemia; resultados que evidencian que se trata de un grupo de adolescentes, que no es tan diferente de los adultos mayores en general, ya que están dentro de las enfermedades que usualmente padecen<sup>(16)</sup>.

Es por ello, que los resultados obtenidos, revelan que, a pesar del alto nivel socioeconómico de la población estudiada, un 20% de la muestra entre hombres y mujeres presentan déficit nutricional, otro 20% conformado solo por mujeres presentan sobrepeso, y el 55% se encuentra dentro de la normalidad.

Sin embargo, el 60% (24 adultos mayores) señaló haber perdido peso durante los últimos seis meses, entre 1 y 16 kg, con una pérdida promedio de  $\pm 2,8$  kg. Esto se puede presentar por diversas causas fisiológicas, patológicas, psicológicas o sociológicas, con una frecuente restricción de la ingesta calórica. Además, de que el estado nutricional de las mujeres mayores de 60 años varía entre las que practican ejercicio y las que no lo hace, ya que el grupo que practica la actividad física presenta menos problemas nutricionales, como lo

refirió Gutiérrez T, en el 2013<sup>(3)</sup>, en un estudio similar donde evaluó el estado nutricional y sus diferencias en mujeres mayores de 60 años con y sin práctica de ejercicio, a través de los parámetros antropométricos y otros factores, donde reportó que el 60% de la población estudiada presenta problemas nutricionales relacionados a malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), a pesar del alto nivel educativo y económico. Sin embargo, Hilerio A, 2009,<sup>(2)</sup> reporta que en sus resultados el género y la edad influyo en el grupo calificado con desnutrición, ya que en las mujeres se evidencio la diferencia, debido a los cambios que enfrenta a lo largo de la vida, reportando una prevalencia del 55% para riesgo de desnutrición.

Destacándose que el 65% de los adultos mayores evaluados no practican actividad física, similar a los resultados obtenidos por Viloria R, en la Ciudad de Tovar en el 2015, en su estudio sobre “La actividad física del Adulto Mayor en El Valle de Mocotíes, Estado Mérida<sup>(17)</sup>”, ya que demostró que los adultos mayores no realizan actividad física y que desconocen qué tipo de actividad física deben realizar y que esta ayuda a mantener y mejorar la salud mediante hábitos activos y saludables.

Al contrastar estos datos, con el registro de consumo de calorías y macronutrientes diarios, se evidencia un promedio de ingesta de calorías y proteínas por debajo de lo recomendado por el Instituto Nacional de Nutrición para este grupo de la población, lo cual comprende 2500 Kcal/día en masculinos y 1975 Kcal/día en femeninos; mientras que las proteínas se indica 79 g masculinos y 73 g femeninos<sup>(12)</sup>. Teniendo en cuenta el consumo energético por sexo, se observa que en el sexo masculino el promedio es  $1979,0 \pm 458,92$  kcal/día, el cual representa una adecuación de 79,16%, la cual es deficitaria; mientras que en el sexo femenino el promedio es  $1945,47 \pm 545,87$  kcal/día, que representa una adecuación de 98,5%, la cual está más próxima a lo recomendado.

Así mismo, la enfermedad predominante en este estudio fue la hipertensión arterial en un 42,5 %, y en mayor grado el grupo de féminas. Esto coincide con el estudio de Gutiérrez T, 2013<sup>(3)</sup> donde dicha patología también representó el primer lugar con el 30,9%. “Esta enfermedad es frecuente en la tercera edad, ya que afecta a un tercio de las personas que superan los 60 años. Esta afección coincide la presencia de otras, como diabetes, obesidad, aterosclerosis y enfermedades degenerativas”.<sup>(12)</sup> Por lo que representa un factor de riesgo para las mujeres de este estudio, ya que “el factor de riesgo vascular, de carácter modificable, que más contribuye al desarrollo y aparición de complicaciones cardiovasculares es la hipertensión arterial (HTA), patología cuya aparición tras la iniciación del período menopáusico en la mujer presenta unos aspectos fisiopatológicos y terapéuticos diferenciadores que merecen ser tenidos en consideración a la hora del enfoque diagnóstico-terapéutico”<sup>(18)</sup>.

## CONCLUSIONES

Los adultos mayores evaluados presentaron el siguiente perfil:

Para los dos sexos, la relación peso-talla está dentro del rango sugerido de 50-57 kg y 59-72 kg, para mujeres y hombres, respectivamente; el promedio de área grasa y área muscular, es adecuado, por lo que se puede afirmar que la mayoría del grupo goza de buen estado nutricional. Un 20% de los adultos mayores tiene déficit nutricional y 20% de los hombres y 31,2% de las mujeres tienen sobrepeso.

En cuanto a lo social, 67,5% pertenece a los estratos II y III. La ingesta calórica de los hombres está por debajo del requerimiento, y la de las mujeres está más adecuada a los requerimientos. El patrón de consumo evidencia bajo consumo de leche, vegetales y frutas, los cuales son aportadores de vitaminas y minerales, por lo tanto, se supone que tienen déficit de estos micronutrientes. Un porcentaje bajo (35%) de adultos mayores realiza alguna actividad física, de ellos 15% la realiza solo y 20% la realiza acompañado; sin embargo, muestran interés en actividades físicas guiadas, con participaciones grupales

Las mujeres tienen una mayor posibilidad de riesgo debido a enfermedades crónicas, ya que 54,5% tienen Hipertensión Arterial, 27,3% Dislipidemia y 31,2% Sobrepeso, las cuales se presentan en mayor grado después de la menopausia.

Estas razones conducen a proponer y ejecutar un Programa para la Promoción de la salud en el adulto mayor, a los fines de mejorar la salud de este grupo etario, y por consiguiente brindarles una mejor calidad de vida.

Se puede afirmar que estos adultos mayores tienen una calidad de vida aceptable, ya que pertenecen a un estrato social medio, sólo tienen las enfermedades más comunes en este tipo de población, viven en viviendas con espacios cómodos, tienen un nivel de educación muy bueno o bueno, con ingresos mensuales fijos y la alimentación no es del todo deficiente, ya que la adecuación de la ingesta está bastante cercana al requerimiento diario.

## REFERENCIAS

1. Álvarez J, Gonzalo J, Rodríguez J. Envejecimiento y Nutrición. Rev. Nutr Hosp. Madrid, España. 2011; 4(3):3-14. [Internet] [Citado 2017 Marzo 12] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226782001>
2. Hilerio A. Estado Nutricional en el Adulto Mayor Institucionalizado del Estado de Colima mediante la Mini Valoración Nutricional e Indicadores Séricos. Trabajo de Grado. Universidad de Colima, Colombia. 2009 [Internet] [Citado 2017 Abril 15] Disponible en: [http://digeset.ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/HILERIO\\_LOPEZ\\_ANGEL\\_GABRIEL.pdf](http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/HILERIO_LOPEZ_ANGEL_GABRIEL.pdf)
3. Gutiérrez T. Valoración del Estado Nutricional y sus diferencias en mujeres mayores de 60 años con y sin práctica de ejercicio. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante. 2013; [Internet] [Citado 2017 Abril 15] Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Tesis-nutricion-mujeresmayores-ejercicio-01-2015.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y Salud. Nota Descriptiva N° 404. Centro de prensa. 2015 [Internet] [Citado 2017 Marzo 12] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
5. World Medical Association, WMA. Declaration of Helsinki – Ethical principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2013; [Internet] [Citado 2020 Marzo 04] Disponible en: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
6. De Onís Mercedes. Valores de Referencia de la Organización Mundial de la Salud. 2015 [Internet] [Citado 20 Marzo 05] Disponible en: <https://ebook.ecog-obesity.eu/es/tablas-crecimiento-composicion-corporal/valores-de-referencia-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud/>
7. Frisancho AR. New norms for upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. Am J Clin Nutr. 1981; 34(11):2540-5.
8. Méndez-Castellano H, Méndez MC. Estratificación social y biología humana: Método Graffar modificado. Arch Venez Pueric Pediatr. 1986; 49(3/4):93-104.
9. Méndez-Castellano H. Sociedad y estratificación: Método Graffar-Méndez Castellano. Ediciones Fundacredesa, Caracas. 1994
10. Instituto Nacional de Nutrición. Valores de referencia de energía y nutrientes para la población venezolana. Editorial Gente de Maíz, Caracas. 2012; p. 46-144
11. Soto D. Requerimientos nutricionales del anciano. En: Simposio Nutrición y Envejecimiento. Caracas. 1998. p. 97-110
12. Instituto Nacional de Nutrición. Alimentación de la Adulta y el Adulto Mayor. Serie Nutriendo Conciencias para Vivir Bien. Caracas. Fondo Editorial Gente de Maíz. Tomo 9. Caracas. 2015; p.12-49. [Citado 2020 Marzo 05] Disponible en: [https://www.inn.gob.ve/pdf/libros/serie\\_nutriendo\\_conciencias\\_para\\_vivir\\_bien/9.Alimentacionynutriciondelaadultayeladultomayor.pdf](https://www.inn.gob.ve/pdf/libros/serie_nutriendo_conciencias_para_vivir_bien/9.Alimentacionynutriciondelaadultayeladultomayor.pdf)

13. Weiner J, Lourie J. Practical human biology. London: Academic Press. 1981. Scientific Research An Academic Publisher.[Internet] [Citado 05 de Marzo 2021 ]. Disponible en: [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=41094](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=41094)
14. Bauce G. Evaluación antropométrica de un grupo de pacientes adultos mayores. Rev Digit Postgrado. 2020; 9(2). [Internet] [Citado 2020 Mayo 08]. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_dp/article/view/18931/144814485337](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_dp/article/view/18931/144814485337)
15. Organización Mundial de la Salud. Venezuela (República Bolivariana de). (Portal Web) 2020 [Internet] [Citado 2018 Abril 25]. Disponible en: <http://www.who.int/countries/ven/es/>
16. Verdugo Alonso M, Gómez-Sánchez L, Arias Martínez B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La Escala FUMAT. Publicaciones del INICO, Salamanca. 2009; Colección Herramientas 4/2009. 1ª Edición. [Internet] [Citado 2021 Abril 01] Disponible en: [https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas\\_4.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf)
17. Vilorio R. La Actividad Física del Adulto Mayor en El Valle de Mocotíes. Rev. Mucutíes Universitaria. 2015; 2(2): 60-69. [Internet] [Citado 2017 Mayo 07] Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/mucuties/article/view/7574>
18. Aranda P, Aranda F, Aranda P.J. Hipertensión arterial y menopausia: aspectos fisiopatológicos y terapéuticos. Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular Hospital General Universitario Carlos Haya. Málaga; 2018. [Internet] [Citado 2018 Junio 26]. Disponible en: [file:///C:/Users/Jimenez/Downloads/S0304485804744753\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/Jimenez/Downloads/S0304485804744753_S300_es.pdf)