

Calidad de vida y formación en hábitos saludables en la alimentación de personas mayores

Luis Vicente Amador Muñoz
Universidad Pablo de Olavide (España)

Macarena Esteban Ibáñez
Universidad Pablo de Olavide (España)

Calidad de vida y formación en hábitos saludables en la alimentación de personas mayores

Quality of life and healthy food habits and education of elderly persons

Luis Vicente Amador Muñoz

Universidad Pablo de Olavide (España)

lvamador[at]upo.es

Macarena Esteban Ibáñez

Universidad Pablo de Olavide (España)

mestiba[at]upo.es

Recibido: 13 de abril de 2015

Aceptado: 17 de junio de 2015

Resumen

El presente artículo realiza un estudio en el que se recogen los procesos más relevantes para conseguir una buena calidad de vida en las personas mayores. Principalmente se centra la relación entre el desarrollo de actividad física y la buena alimentación lograr un envejecimiento lo más satisfactorio y saludable. Se concluye plantándose la necesidad de una educación centrada en el aprendizaje de hábitos saludables en la alimentación de las personas mayores a con el fin de mantener un estado nutricional adecuado para aumentar la longevidad y para mejorar la calidad de vida.

Palabras Claves: Calidad de Vida; Alimentación; Personas mayores; Actividad física, Educación

Abstrac

El presente artículo realiza un estudio en el que se recogen los procesos más relevantes para conseguir una buena calidad de vida en las personas mayores. Principalmente se centra la relación entre el desarrollo de actividad física y la buena alimentación lograr un envejecimiento lo más satisfactorio y saludable. Se concluye plantándose la necesidad de una educación centrada en el aprendizaje de hábitos saludables en la alimentación de las personas mayores a con el fin de mantener un estado nutricional adecuado para aumentar la longevidad y para mejorar la calidad de vida. The present article realizes a study in which the most relevant processes are gathered to obtain a good quality of life in the major persons. Principally it centres on the relation between the development of physical activity and the good supply an aging achieves the most satisfactory and healthy thing. He concludes reaching the need of an education centred on the learning of healthy

habits the supply of the major persons to in order to keep a nutritional condition adapted to increase the longevity and to improve the quality of life.

Key words: Vida's Quality; Supply, Major persons; Physical activity; Education

Para citar este artículo: Amador Muñoz, L. V. y Esteban Ibáñez, E. (2015). Calidad de vida y formación en hábitos saludables en la alimentación de personas mayores. *Revista de Humanidades*, n. 25, p. 145-168, ISSN 1130-5029.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Calidad de vida y estado saludable en las personas mayores. 3. Aproximación al concepto de calidad de vida. 4. Envejecimiento satisfactorio y saludable. 5. Hábitos alimenticios en personas mayores y repercusiones. 6. Bases para una buena alimentación de las personas mayores. 7. Educar en alimentación y nutrición a los mayores. 8. Iniciativas formativas en alimentación y nutrición de las personas mayores. 9. Consideraciones finales y formación en y para la jubilación. 10. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida de la población no sólo es un dato demográfico, la mayoría de los mayores, actualmente, presentan un nivel de bienestar equiparable e incluso mejor que el de muchos jóvenes, y por supuesto inimaginable hace tan sólo cuatro décadas (Pérez Díaz, 2003). Las mejores condiciones físicas, sociales y psicológicas en que las personas acceden a esta etapa vital favorecen que entendamos la vejez como el periodo del desarrollo al que llegamos, en el que estamos; no sintiéndonos *viejos* sino sabiéndonos viejos (Aranguren, 1992).

El concepto *calidad de vida* es un constructo multidimensional constituido con elementos subjetivos. La Organización Mundial de la Salud la define como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones” (OMS, 1994).

Hay formas diferentes de referirnos al concepto de calidad de vida: entendiéndolo como un atributo de la persona; teniendo en cuenta criterios personales que determinan la satisfacción y en función de las experiencias positivas en el campo afectivo (Diener, 1984). Lo que parece evidente es que la percepción de las personas es fundamental para conceptualizar la calidad de vida, en la medida que cada individuo valora de forma diferente situaciones similares.

Desde la posición más cualitativa del concepto calidad de vida conviene profundizar en diversos aspectos tales como vivienda, educación, salud y cultura. Es decir, la satisfacción de las viejas necesidades en nuestro entorno occidental. Aunque también nos referimos al ámbito de las relaciones sociales, al contexto ambiental, a las posibilidades de acceso a los bienes culturales y a los riesgos a los que puede estar sometida la salud física y psíquica. Y por supuesto en hábitos saludables, entre ellos: la actividad física y nutrición.

2. CALIDAD DE VIDA Y ESTADO SALUDABLE EN PERSONAS MAYORES

Asumiendo lo anterior nos parece acertada la definición de Ardila (2003) quién en un aspecto más integrador la define como “el estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Incluye aspectos subjetivos de bienestar físico, psicológico y social y aspectos objetivos como bienestar material, las relaciones armónicas con los ambientes físico, social y comunitario y la salud objetivamente percibida”.

Los avances en las ciencias de la salud, incluida la nutrición humana, han permitido prolongar de manera espectacular la esperanza de vida, aunque en la actualidad no nos conformamos tan sólo con vivir más tiempo, sino que perseguimos mantener, a esa edad, un buen estado de salud y calidad de vida.

Aunque en esta expectativa de vida la genética es determinante, existen otra serie de factores que incluyen en la misma, entre los que destaca, una alimentación adecuada y un estilo de vida saludable, que incluye la práctica regular de ejercicio según la condición física individual. De la misma forma, se hace necesario el abandono de hábitos perjudiciales (tabaco, alcohol, automedicación) y sin olvidar la importancia que tiene la realización de actividades culturales y recreativas.

Así mismo, varias investigaciones hacen hincapié en los parabienes del envejecimiento satisfactorio y esto, junto con la creciente atención que suma el colectivo de adultos/as mayores, ha ido dando una importancia creciente a la participación de este colectivo en la sociedad, proporcionándoles el protagonismo que se merecen y promocionando su calidad de vida. Compartimos la perspectiva de Torres Barzabal cuando señala que: “En nuestra sociedad el papel de los mayores ha cambiado, las mejoras en las expectativa vitales hace que sea una etapa más de la vida, teniendo una mayor necesidad de participar activamente en la comunidad y de continuar su desarrollo personal” (2005:52).

Las mejores condiciones físicas, sociales y psicológicas en que las personas acceden a esta etapa vital favorecen que entendamos la vejez como el periodo del desarrollo al que llegamos, en el que estamos; no sintiéndonos *viejos* sino sabiéndonos *viejos* (Aranguren, 1992). Sólo de esta forma es entendible que la jubilación venga a ser sinónima de su valor etimológico “jubilatio” haciéndolo coincidir con tiempo libre y ocio.

La abundancia de programas de mantenimiento físico financiados por las instituciones públicas así como la interrelación entre el mayor nivel de bienestar, las mejores condiciones físicas, sociales y psicológicas y el aumento del tiempo libre provocan que cada día un mayor número de personas mayores realicen actividades deportivas (Moscoso y Moyano, 2009).

Son múltiples los estudios epidemiológicos y longitudinales, en la población general, que han demostrado la importancia de la actividad física y deportiva en el

mantenimiento de la salud y la calidad de vida (Paffenbarger et al., 1986; Paffenbarger y Hide, 1988; Shephard, 1996; Alonso, 1997; Pieron, 2003; Mora *et al.*, 2004, o Jiménez y Montil, 2006 en Moscoso y Moyano, 2009). La práctica deportiva regular promueve beneficios físicos, biológicos, psíquicos y sociales, y son importantes tanto a nivel terapéutico como preventivo.

3. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida se asocia necesariamente con la percepción de bienestar del individuo considerando el nivel del bienestar físico, psíquico y social. Así que unas circunstancias o condiciones de vida observables objetivamente junto con la percepción del bienestar personal pueden constituirse como un indicador del nivel de calidad de vida que estará filtrado por el propio crisol de la cultura.

La medida de la calidad de vida puede ser valorada mediante indicadores objetivos y subjetivos, la propia relación entre ambos indicadores puede ser un referente de la propia calidad de vida de un grupo humano que necesariamente servirá no sólo para informar a los individuos sobre sus posibilidades para optar por una vida mejor, sino también para que los servicios tanto de instituciones públicas como de entidades privadas, adopten soluciones que mejoren sus procedimientos. (Mateos, Amador y Malagón, 2006).

A tenor de lo expuesto, queremos destacar que existen formas diferentes de referirnos al concepto de calidad de vida: entendiéndolo como un atributo de la persona; teniendo en cuenta criterios personales que determinan la satisfacción y en función de las experiencias positivas en el campo afectivo (Diener, 1984). Lo que parece evidente es que la percepción de las personas es fundamental para conceptuar la calidad de vida, en la medida que cada individuo valora de forma diferente situaciones similares.

Desde la posición más cualitativa del concepto calidad de vida conviene profundizar en diversos aspectos tales como vivienda, educación, salud y cultura. Es decir, la satisfacción de las viejas necesidades en nuestro entorno occidental. Aunque también nos referimos al ámbito de las relaciones sociales, al contexto ambiental, a las posibilidades de acceso a los bienes culturales y a los riesgos a los que puede estar sometida la salud física y psíquica.

La calidad de vida aparece pues, como apunta Aróstegui (1998) diferenciándose de las condiciones objetivas de tipo económico y social y emerge como un principio organizador aplicable para mejorar nuestra sociedad sometida a transformaciones tecnológicas, económicas y sociopolíticas (Schalock, 1996).

Levy y Anderson (1980) precisan como calidad de vida “una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo, y así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio,

familia, trabajo, vivienda, situación, competencias, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y confianza en los otros”. Una concepción que se sustenta en la calidad de las condiciones en las que se desarrollan las actividades de los sujetos, considerados objetiva y subjetivamente, lo que quiere decir que si bien se encuentra sujeto a percepciones personales y a valores culturales, también tiene en cuenta condiciones objetivas que son comparables.

Por tanto, no resulta fácil definir el concepto calidad de vida dada su complejidad, ya que es un concepto que se encuentra formado por múltiples factores y variables. Lo que no es excusa para solicitar nuevas y mejores formas de vida. Es evidente que deben existir determinados indicadores de carácter genérico que vengán a determinar la satisfacción por la vida, éstos podrían venir representados por sentir que la vida es agradable y que se siente bien, sentirse útil y necesario y deseos de emprender nuevos proyectos entre otros.

Asumiendo lo anterior nos parece acertada la definición de Ardila (2003) quién en un aspecto más integrador la define como “el estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Incluye aspectos subjetivos de bienestar físico, psicológico y social y aspectos objetivos como bienestar material, las relaciones armónicas con los ambientes físico, social y comunitario y la salud objetivamente percibida”.

En definitiva podemos afirmar que en el concepto *calidad de vida* existen dos dimensiones (Victoria, González, Fernández y Ruiz, 2005):

- La primera conformada por las variables objetivas, externas al sujeto y determinada por la disposición de bienes y servicios.
- La segunda conformada por las variables subjetivas, en donde es el propio sujeto el que determina su valoración sobre la vida. En este caso la satisfacción vital sería el componente cognitivo del bienestar (Arita, 2005).

Numerosas son las investigaciones que han comprobado que una mayor implicación en actividades de ocio por parte de los mayores se traduce en (García y Gómez, 2003):

- Niveles de bienestar subjetivo más alto (Brown, Frankel y Fennell, 1991; Dupuis y Smale, 1995; Headey, Veenhoven y Wearing, 1991; Hersch, 1990; Lomranz, Bergman, Eyal y Shmotkin, 1988).
- Disminución del sentimiento de soledad (Lee e Ishii-Kuntz, 1987; Mullins y Mushel, 1992).
- Aumento del estado de ánimo (Lee e Ishii-Kuntz, 1987; Tinsley, Teaff, Colbs y Kaufman, 1987).
- Incremento en la capacidad de afrontamiento de los cambios producidos durante el envejecimiento (Kelly et al., 1986; Steinkamp y Kelly, 1987).

Así, aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios, todavía en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. Proponen cuatro conceptualizaciones: según las condiciones de vida, la satisfacción vivida, combinación de componentes objetivos y subjetivos (satisfacción experimentada) y por último la combinación de lo anterior ponderada por los valores, aspiraciones y expectativas. Sin olvidar que, Es evidente que la calidad de vida se asocia necesariamente con la percepción de bienestar del individuo considerando el nivel del bienestar físico, psíquico y social.

4. ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO Y SALUDABLE

En los últimos tiempos se han abierto vías de investigación en la búsqueda de aquellos factores o indicadores que vengán a determinar o explicar el envejecimiento satisfactorio o exitoso.

Existen varias teorías que tratan de dar sentido al envejecimiento para comprenderlo y/o retrasarlo (desvinculación, actividad, continuidad, entre otras), aunque ninguna, por si sola, puede explicar suficientemente el ajuste satisfactorio a la vejez. Nos centramos en dos de ellas:

- *Teoría de la actividad.* Un envejecimiento saludable está íntimamente relacionado con la actividad, promocionando un buen ánimo y la satisfacción en la vejez lo cual redunde en una mayor longevidad (Atchley, 1977 y Havighurst, 1987). En ella queda de manifiesto el aspecto de la salud como elemento clave y fundamental.
- *Teoría de la continuidad.* El mantenimiento de las actividades y relaciones sociales que se han ido teniendo a lo largo de la vida genera una continuidad que favorece el envejecimiento satisfactorio (Atchley, 1972).

A estas teorías, podemos sumar las teorías de estadios de la personalidad que vienen a explicar que la adaptación y el ajuste personal se convierten en determinantes para un mayor bienestar y satisfacción, estableciendo las actividades o tareas a realizar a lo largo del desarrollo de la vida adulta y concretamente en la vejez.

- *La Teoría del desarrollo* de Havighurst (1972), señala, entre otras, la tarea de permanecer físicamente saludable y ajustarse a las limitaciones. Los cambios debidos al proceso del envejecimiento conciernen tanto a la composición corporal como a su funcionamiento. Así a tener en cuenta: los cambios en la composición corporal; disminución de la masa muscular o la obesidad; la cambios en la funcionalidad, a niveles de absorción e nutrientes y alteraciones en el metabolismo; disminución de la agudeza de los sentidos. Todo ello queda explicitado en el gráfico 1. Por todo ello, se debería tener e cuenta

las posibilidades intervenir en orientar e informar, formas en una adecuada alimentación y nutrición.

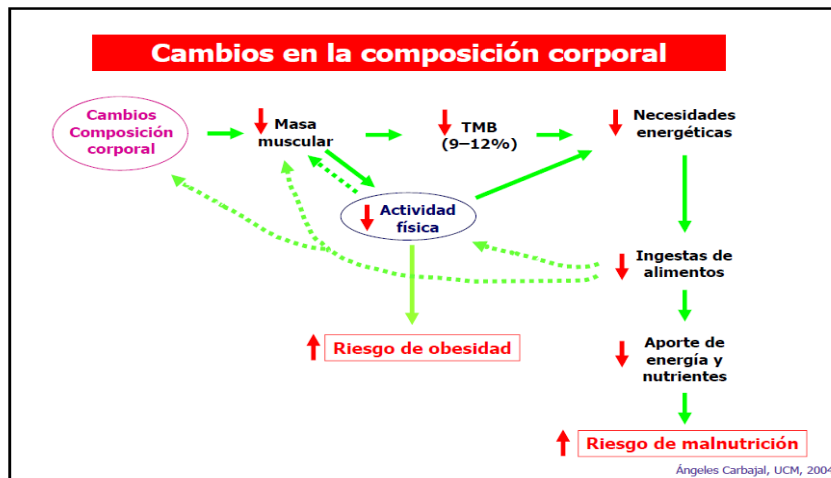


Figura 1. (Carbajal, 2004)

Por todo lo indicado, entendemos que el envejecimiento ha de ser satisfactorio en el sentido de establecer patrones de actividad que mejoren el estado físico y/o mental, pero también la sensación de contentamiento con uno mismo y su entorno, favoreciendo un envejecimiento saludable y una promoción de la longevidad (Amador y Moreno, 2006).

Podríamos hablar de la promoción de un envejecimiento saludable, o tal y como lo describe la Organización Mundial de la Salud (OMS) un envejecimiento activo es el “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

La finalidad última de un envejecimiento satisfactorio viene determinada por mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de políticas que promuevan su bienestar.

La participación activa es fundamental para un envejecimiento satisfactorio y saludable. Debe ser entendido como un recurso que permite, a la sociedad en su conjunto y al individuo en particular, conseguir y desarrollar sus posibilidades y capacidades a lo largo de la vida.

En las últimas décadas surge el concepto de envejecimiento en sus diferentes acepciones: buen envejecer (Fries, 1989), saludable (OMS, 1990), competente (Fernández Ballesteros, 1996), exitoso (Rowe y Kann, 1987; Baltes y Baltes, 1990) activo (OMS, 2002). Esta evolución ha venido determinada por la búsqueda de un modelo cada vez más integrador.

Debemos partir de la premisa que envejecer satisfactoriamente va a depender fundamentalmente de la personalidad de cada sujeto y de las circunstancias personales y/o sociales que le rodeen. Por tanto, debe entenderse como una filosofía y praxis de vida para afrontar esta etapa del ciclo vital con nuevas y renovadas energías.

La pérdida de poder económico, los cambios familiares y del entorno social tienen mucho que ver con consumos insuficientes en uno o más nutrientes o incluso con la instauración de anorexia persistente a causa de penuria económica o soledad. Así mismo, los factores psíquicos también tienen que ver con cambios en el consumo de los alimentos, la depresión puede comportar anorexia o bien aumento de la ingesta por consumo de alimentos entre comidas como resultado de la ansiedad.

Es por ello que consideramos que se hace necesaria una buena formación y adecuada en nutrición para que las personas mayores, principalmente, sean conscientes de los cambios alimenticios que se presentan en sus próximas edades, así como ellos mismos, pueden ser agentes de cambio de su propia nutrición.

En los últimos tiempos se han abierto vías de investigación en la búsqueda de aquellos factores o indicadores que vengán a determinar o explicar el envejecimiento satisfactorio o exitoso, desde el convencimiento de que ni la teoría de la desvinculación ni la teoría sobre la actividad pueden explicar suficientemente el ajuste satisfactorio a la vejez. La finalidad última viene determinada por mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de políticas que promuevan su bienestar.

Diferentes estudios e investigaciones llevados a cabo vienen a determinar las dificultades de identificar indicadores de vejez satisfactoria. Estas están justificadas dado el tipo de diseños utilizados: esquemas de corte transversal, datos retrospectivos sin control de los efectos antes y después de la jubilación, la creencia que se dan respuestas similares como grupos de mayores sin tener en cuenta los diferentes grupos que aparecen. (Mateos, Amador y Malagón, 2006).

Podemos afirmar que se aprecia en cualquier situación una coincidencia en los cuestiones básicas: existencia saludable, posibilidades económicas suficientes, relaciones sociales y afectivas, existencia cultural: formación e información, tal y como manifiesta Martín García (1997), todo ello en la búsqueda del significado de la propia existencia que permitan generar sentimientos y actitudes positivos de adaptación.

Ello nos debe llevar a entender que la salud no sólo es ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar que debe abarcar las vertientes física, psíquica y social para la consecución de un envejecimiento óptimo, en el que cada uno puede colaborar con medidas preventivas que ayuden a tal fin. Es aquí donde la existencia cultural, la formación y la información un papel fundamental. Va a determinar que la sociedad y los responsables sociales den respuestas formativas ante las diferentes necesidades y dificultades que surgen a lo largo del ciclo vital. Por ello debemos defender que la formación de las personas mayores es una necesidad pero también es un derecho.

5. HÁBITOS Y RIESGOS ALIMENTICIOS EN PERSONAS MAYORES Y REPERCUSIONES.

Tremoliers definió *la alimentación* como un hecho que debe permitir el crecimiento y el desarrollo del niño; la salud, la actividad y la creatividad del adulto y la supervivencia y el confort en la vejez”. En este contexto –más actual que nunca– se describe hoy en día la *alimentación saludable*, que se elabora en base a las “ingestas recomendadas” a nivel individual y responde al amplio criterio de ser:

- **Suficiente:** en energía y nutrientes (según edad, sexo, actividad, situación fisiológica, etc.).
- **Equilibrada:** atendiendo las proporciones recomendadas (50-60% de la energía total (ET) procedente, de los hidratos de carbono; 30-35% de la ET de los lípidos y 12-15% de la ET de las proteínas.
- **Variada:** para asegurar el aporte tanto de los macro como de los micronutrientes.
- **Adaptada:** a las condiciones geográficas, culturales, religiosas e individuales.

El mantenimiento de una masa corporal adecuada mediante el ejercicio, al aumentar el apetito, previene la disminución del consumo de calorías y el déficit en la ingesta de determinados micronutrientes (Vitamina D, Calcio, Magnesio, Zinc), que suele ocurrir en las personas sedentarias. Quizás la consecuencia más importante de la pérdida muscular desde el punto de vista nutricional es su repercusión en las necesidades energéticas del individuo, que se calcula van a ir disminuyendo del orden de 100 Kcal./década. Otros factores a tener en cuenta son los hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcoholismo.

La alimentación de las personas mayores va más allá de la propia ingesta de alimentos, ha de ser un vehículo para nutrirles, mantenerles bien física y psíquicamente, y también para proporcionarles placer y distracción, a veces la única que puede detener.

Por ello, al mencionar las necesidades nutritivas y los alimentos que las pueden cubrir, valoramos una serie de factores tanto o más importantes que la propia alimentación:

- a. Los *hábitos alimentarios* adquiridos a lo largo de la vida, con el fin de no cambiarlos si no existe una patología que lo justifique.
- b. El *estado emocional* y la salud mental son elementos determinantes en esta etapa para asumir las recomendaciones dietéticas y de cualquier tipo que se sugieran.
- c. La *capacidad de hacer vida social*. Comer solo suele ser sinónimo de comer mal o hacer comidas desequilibradas.

d. Grado de actividad. Luchar contra el sedentarismo mejora la evacuación, los niveles cálcicos y proteicos y estimula el apetito de los ancianos anoréxicos.

e. Peso. Es necesario vigilar los cambios de peso involuntarios. El sobrepeso puede ser responsable de diversos problemas en las persona mayores. Evitar la obesidad que puede ocasionar problemas de movilidad entre otros; en el caso de que ya exista, se propone una pérdida de peso moderada para evitar la sarcopenia.

Con respecto a los riesgos alimentarios en personas mayores podemos comenzar exponiendo que es la más destacada es la desnutrición, está más frecuentemente asociada con las enfermedades infecciosas, los problemas en la circulación y con el sistema digestivo. La disminución de la incidencia de desnutrición en el anciano por la prevención primaria se pretende realizar a través del control de sus factores de riesgo. Ellos son la ingesta inadecuada por: depresión, aislamiento social, ignorancia nutricional y pobreza, que tienen una influencia determinante en el estado nutricional, las anomalías sensoriales (visión, gusto, olfato, etcétera), deficiencias nutricionales, enfermedades gastrointestinales (disfagia, odinofagia, dolor abdominal, etcétera), deficiencias motoras (artritis, ictus, insuficiencia respiratoria o cardíaca, etcétera), alteraciones mentales (demencia), dificultad para la masticación, anorexia debida a la edad (modificada por fármacos, aumento de la saciedad, cáncero EPOC, absorción o utilización inadecuada).

El envejecimiento se produce por una serie de cambios morfológicos, fisiológicos y psicológicos, así como cambios de situación y actitudes. Una buena nutrición para el adulto mayor implica dirigir la atención hacia las necesidades específicas de cada individuo.

Boca: Disminuyen el olfato y el gusto, existe menor potencia masticadora, hay atrofia de papilas gustativas, pérdida de piezas dentarias, boca seca con dificultad para la masticación, formación del bolo y deglución.

Esófago: Los ancianos presentan menor tono del esfínter esofágico superior. Además retraso de la relajación tras deglución e incrementos en la presión de contracción faríngea.

Estómago: A pesar de que no existe atrofia gástrica fisiológica y que la secreción gástrica es normal, puede haber alteración del medio ácido. También aumenta el tiempo de vaciamiento para líquidos, no para sólidos.

Intestino delgado: Probable disminución de la absorción de calcio, disminución en la concentración de receptores para Vitamina D.

En cuanto a la motilidad gastrointestinal existe retraso del tránsito intestinal.

Órganos Sensoriales: En estas edades se presenta deterioro de la visión y la audición. También hay atrofia de receptores olfatorios e interferencia de relaciones sociales durante la ingesta.

Función Respiratoria: Disminución de la capacidad respiratoria, con limitación de actividades con disminución del gasto calórico.

Función Renal: Disminución en la capacidad de concentración urinaria. Requiere mayor cantidad de agua para evitar uremia.

Sistema Nervioso: Relación de déficit de vitaminas con manifestaciones neurológicas.

Cambios psicológicos en el adulto mayor

Los patrones de conducta y hábitos alimentarios, las situaciones que pueden alterar estas costumbres, variando los procesos normales de alimentación: enfermedad, viudez, hospitalización larga, hábitos alimentarios rígidos, desinterés, enfermedad del cónyuge o cuidador, alejamiento de la familia, pérdida del poder adquisitivo, incapacidad física, entre otros. Según la OMS los factores de riesgos a los que se enfrentan los mayores se clasifican de la siguiente manera:

- Factores de riesgo generales: la edad, el sexo, el nivel educativo y los genes.
- Factores de riesgo conductuales: el tabaquismo, la dieta inadecuada y el sedentarismo.
- Factores de riesgo intermedios: la hipercolesterolemia, la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad.

La obesidad es una enfermedad crónica que además de repercusiones físicas tiene implicaciones psicológicas y sociales. Los estudios sobre envejecimiento demuestran que normalmente con el paso del tiempo se tiende a ganar peso (menor actividad física, menor consumo de energía, etcétera). La tasa de metabolismo basal se reduce 2% cada década. Cabe resaltar que en los individuos mayores son más frecuentes enfermedades en las que la obesidad es un síntoma (hipotiroidismo, depresión, uso de corticoides, demencia, inmovilidad y otros trastornos de conducta).

El tejido adiposo aumenta con la edad y redistribución, concentrándose fundamentalmente a nivel de abdomen y caderas. El exceso de grasa abdominal constituye un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

Existe una tendencia a perder grasa subcutánea y aumentar su disposición en áreas más profundas periviscerales.

La pérdida de peso prolongada al igual que las personas con ganancias de peso muy grandes tiene mayor mortalidad. La obesidad ha demostrado relación con la enfermedad coronaria, hipertensión arterial, ictus, apnea del sueño, *diabetes mellitus*, coleditiasis, artrosis, inmovilidad y algunos cánceres.

El consejo de reducir la ingestión de sal puede ayudar a las personas que toman drogas antihipertensivas a detener sus medicamentos, mientras se mantenga controlada la presión sanguínea.

6. BASES PARA UNA BUENA ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

Desde el punto de vista de un nutricionista es aquella que se adapta a sus necesidades, responde a su cultura alimentaria, se adapta a los recursos disponibles y no crea problemas digestivos y le proporciona confort.

Desde el punto de vista del anciano es aquella que le proporciona satisfacción sensorial en relación con el sabor, textura, consistencia, tamaño de la ración y que sacie su apetito y le haga sentirse bien.

Los objetivos de un programa de educación alimentaria-nutricional podrían resumirse en:

- Generar interés en el anciano en materia de alimentación/nutrición/salud.
- Desarrollar una actitud hacia el cambio y modificación de la conducta alimentaria.
- Aceptación de las propuestas alimentarias de forma continuada y no como resultado de entusiasmos oportunistas.
- Proporcionar satisfacción gastronómica para que la alimentación contribuya a su bienestar.

Finalmente, la motivación de las personas mayores es la clave de la aceptación; para conseguirla, hay que basarse en una adecuada metodología que, desde su condición de adulto, sea sensible y respetuosa a las características de esta etapa de su vida.

Una de las pautas que se deben seguir para conseguir el máximo nivel de aceptación del plan de comidas es la negociación.

Se habla de educación alimentaria nutricional en las personas mayores como una estrategia para que diversifiquen y mejoren su dieta, pero, a nuestro juicio, educar en el más amplio sentido del término a las personas mayores en materia de alimentación no es nada fácil y se debe sopesar si es conveniente hacerlo ya que en los mayores los hábitos alimentarios están muy arraigados y las actitudes frente a las nuevas propuestas son filtradas por sus gustos, creencias, símbolos y preconceptos.

Se dice que en la historia dietética de los mayores se mantienen un conjunto de preferencias y aversiones que impiden la aceptación de cambios cuando estos son muy drásticos. Pese a las dificultades señaladas, entendemos que el razonamiento, el dialogo y la información sobre los beneficios de una determinada manera de comer pueden motivarlos a ensayar y, finalmente, aceptar algunos cambios en su comida.

Uno de los aspectos que, a nuestro juicio, puede tener mayor importancia en la aceptación de los planes de comidas en las personas mayores es el tratamiento culinario que puede darse a los alimentos, así como su forma de presentación.

En general todos somos sensibles a la estética de la comida, además de las sensaciones gustativas que nos estimulan a consumirla, pero esta exigencia aumenta de manera muy especial en las personas mayores.

Muchas inapetencias de las personas mayores se corrigen cuidando el aspecto externo de la comida. No olvidemos que el acto de comer es un acto de relación y un medio de organizar los tiempos y ritmos de la actividad diaria. La comida es un “acontecimiento” en la vida de muchos ancianos que esperan disfrutar de este momento tomando alimentos agradables en buena compañía.

Recordemos que la física es fundamental y hay que cuidarla y adecuarla para un correcto y exitoso envejecimiento. Tal y como hemos manifestado. Ahora bien, La salud psíquica es el complemento de física, al tiempo que la social en un elemento de aquella, por lo que la relación entre lo social y lo psíquico lleva en ocasiones a un tratamiento englobado de factores psicosociales. Hay que tener en cuenta que el aburrimiento, la adaptación, la rutina, la soledad, la falta de incentivos y de factores motivacionales, etc. pueden llevar a una deterioro físico, por lo que potenciarán el proceso de envejecimiento y disminución de las capacidades cognitivas.

Frente a esto, es evidente que hay que favorecer que los mayores se planteen hábitos saludables a través de la formación en dos direcciones: por un lado a nivel individual que permita su logro y puesta en práctica y a nivel social un apoyo de asistencia que facilite la consecución de los mismos.

7. EDUCAR EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN A LOS MAYORES

La población geriátrica está aumentando progresivamente como consecuencia de la mejoría de la esperanza de vida. En España, en 1987 el 12% de la población tenía una edad superior a los 65 años, mientras que en el 2023 se estima que ésta llegue al 16,5% (1). En los países desarrollados los ancianos son el segmento de la población con mayor prevalencia de malnutrición. Es sabido que la malnutrición se relaciona con un aumento de la morbilidad y mortalidad, sobre todo en las personas en edades extremas como niños y ancianos.

Por ello, para los mayores es imprescindible mantener un estado nutricional adecuado para aumentar la longevidad y para mejorar la calidad de vida. Los ancianos son un grupo con riesgo de desnutrición debido a una serie de cambios, como vemos en el gráfico 2, tanto fisiológicos, sociales, económicos como psicológicos. Todos ellos, relacionados con su proceso de envejecimiento. Esta malnutrición favorece la aparición de enfermedades que a su vez repercutirán negativamente en el estado nutricional del anciano, instaurándose de esta manera un círculo vicioso malnutrición-enfermedad

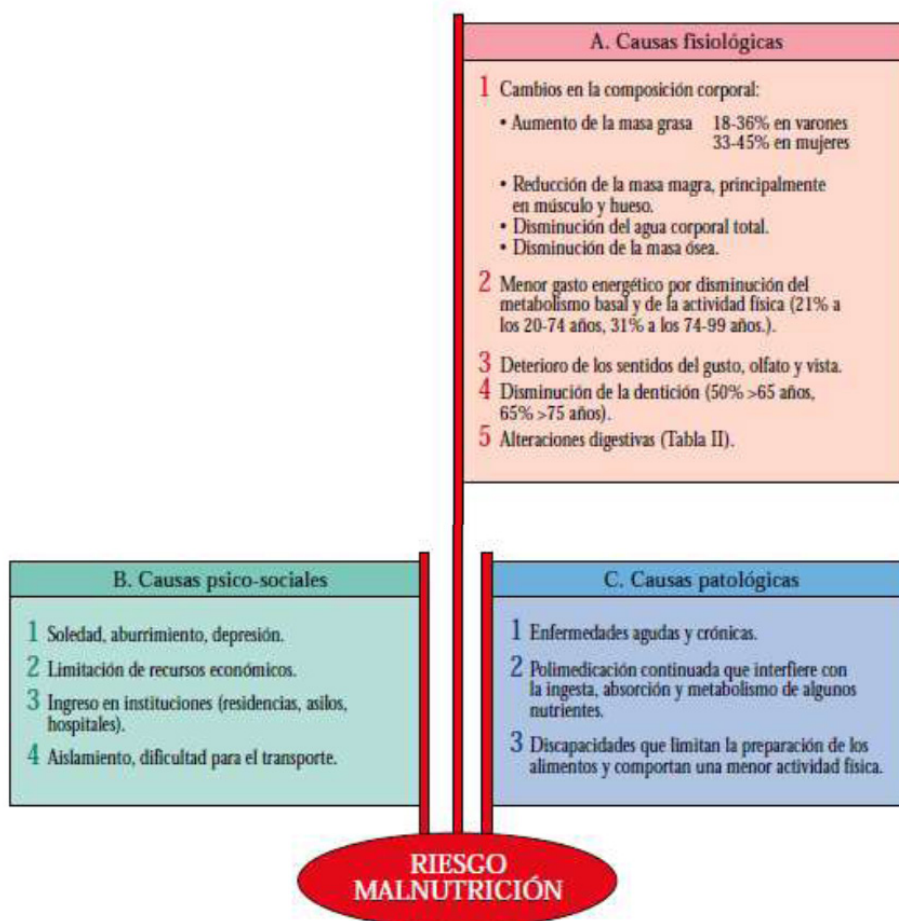


Figura 2. (Novartis, 1998)

Entre las causas que favorecen la malnutrición en el anciano destaca, como podemos ver en el gráfico 3 la disminución progresiva del funcionalismo del aparato digestivo, que se traduce en las siguientes alteraciones, ver figura 3.

Son habituales las actividades de educación alimentaria-nutricional dirigidas a grupos de mayores con el objetivo de modificar o mejorar sus hábitos alimentarios. Nos gustaría hacer unas consideraciones para paliar el sentimiento de frustración que experimentan los educadores sanitarios al valorar el éxito limitado de los mencionados programas.

Las personas mayores tienen por definición unos hábitos de vida, incluidos los alimentarios, muy asentados: mantienen creencias, preconceptos, símbolos,

TABLA II:
Alteraciones digestivas en el anciano

Mecánicas	Disminución de la masticación.
Motoras	Alteración de la deglución-Disfagia. Disminución del peristaltismo-Estreñimiento.
Secretoras	Menor secreción salival, gástrica y pancreática.
Absortivas	Reducción de la superficie absortiva. Disminución de la absorción de disacáridos. Aumento del sobrecrecimiento bacteriano.

Figura 3. (Novartis, 1998)

tradiciones, conocimientos no siempre adecuados y experiencias que han ido configurando su historia de vida.

Un mayor es un adulto que trata de adaptarse a su nueva situación vital, desde su medio de procedencia; vive solo o se ha visto obligado a residir en una institución. Sus vivencias personales y los aspectos alimentarios son, generalmente, muy importantes en esta etapa de su vida, le han producido un cierto grado de dependencia que le proporcionan seguridad y bienestar. Las propuestas que pueden hacerle de renuncia o modificación de consumos de alimentos no siempre son bien entendidas. En su propia casa se maneja en función de sus recursos y ayudas externas y en las residencias necesita adaptarse a la nueva situación y contexto.

Aun diseñando la propuesta educativa de cambios en la alimentación como una forma de mejorar su salud, la persona mayor frente a cambios drásticos adopta una actitud de resistencia y desasosiego. La experiencia y colaboración en este tipo de programas nos permite afirmar que el interés de los mayores por temas de alimentación, nutrición y salud es evidente.

Lo manifestado hasta ahora, nos lleva a defender la necesidad de una existencia saludable y con calidad de vida, en el ámbito de la alimentación este caso. Es aquí y desde aquí en donde la educación se convierte, no sólo, en una alternativa, sino un medio fundamental para el logro buscado y deseado.

Es evidente que la formación se convierte en el medio adecuado para organizar y estructurar recursos y materiales que permitan la consecución de las capacidades necesarias en este grupo social. Debemos tener en cuenta la preparación para la vejez y la jubilación, en todos los campos, pero especialmente en el de hábitos saludables en alimentación y nutrición. Que vengan a dar respuesta a los derechos de los mayores que los hagan sentir partícipes de la sociedad en la que viven.

8. INICIATIVAS FORMATIVAS EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES.

Debemos considerar a las personas mayores sujetos y protagonistas de su propia existencia, y a través del camino educativo distinguirse como ciudadanos capaces de seguir viviendo dignamente y de dirigir sus propias vidas. Las acciones que deben desarrollar los programas educativos que deben dirigirse al logro de una educación integral de las personas mayores.

El perfil de la persona mayor viene determinado por el componente biológico, el componente funcional, el psicológico y, por último, el componente social. Es, en último término, la propia sociedad, la que va a poner las pautas de actuación con este sector y la que debe proporcionar que este colectivo se implique en un ocio productivo y activo. Convirtiéndose así el ocio, en una de las mejores formas de afrontar los procesos educativos, siempre y cuando este tiempo libre no esté planificado, ni diseñado y donde existan una serie de interacciones entre los miembros de la comunidad, en el ámbito de la educación social como instrumento de equilibrio y capacitación del tiempo libre, Gutiérrez Resa (2000, 303).

Para ello, son necesarios buenos proyectos que les faciliten seguir siendo actores de sus propias vidas y vivir con ganas su presente. Porque nadie nos forma para esta etapa de la vida, la cual debería ser un momento de júbilo, una etapa más de nuestro ciclo vital y cada vez más prolongado, en el que se puedan llevar a cabo todo tipo de actividades, siguiendo una senda de crecimiento personal que encuentra en esta época de la vida su mejor momento. Para ello, debemos hacer entender que la mejor forma de hacer frente es mantener la actividad, mantener la curiosidad por lo novedoso, llegando a considerar la jubilación, el paso a la tercera edad, como una nueva profesión que va a exigirnos una adecuada preparación como adultos que nos permita responder a las nuevas realidades y desde el criterio de que nunca es demasiado tarde (Amador, 2002). En donde el conocimiento y la experiencia que ha acumulado durante toda su vida sería bueno que lo compartieran con los demás, indica Pinillos (1994, 19).

En este sentido, Blázquez Entonado (2000, 143) asevera que las personas mayores deben disponer “del disfrute formativo del ocio, del placer de aprender por aprender, afirmando su personalidad y permitiendo así una actividad que evite la disminución y la ineficacia intelectual”, con lo cual, las personas nos podemos seguir autorrealizando y terminar nuestros días de manera creativa y abriendo espacios a la originalidad que siempre se han visto postergados por la necesidad. Vivir este nuevo tiempo requiere una preparación y una planificación que responda a los problemas que se pueden presentar. Desde este planteamiento y con estos principios se deben establecer programas de preparación dirigidos a las personas mayores o de preparación a la jubilación que vengan a dar respuesta a los derechos de los mayores que los hagan sentir partícipes de la sociedad en la que viven.

Es necesario, para trabajar con esta población, contar con unos profesionales bien formados en esta materia. Esta preocupación no se encuentra alejada de las que tienen la Unión Europea, los gobiernos nacionales de los países miembros y los autonómicos en España. Es obvio, que para emprender acciones nuevas se requiere de profesionales formados con nuevas metodologías y contenidos apropiados, así se viene proponiendo de “forma expresa a las universidades la preparación y especialización de profesionales para la atención de los mayores especialmente en el sector de la educación”, (Marín García, 2000, 236), lo cual se lleva a cabo desde hace aproximadamente un lustro y se están analizando alternativas para la formación de estos profesionales.

En diversos estudios llevados a cabo sobre deterioros cognitivos, proceden de diagnósticos médicos: Eurodem (1996), Leganés (1995), IMSERSO (1996) centrándose más en deterioros de carácter psicopatológicos. Frente a estos, en otros Malagón, Amador y Mateo (2003) plantean qué percepción tienen los propios mayores a través de indicadores objetivos, facilitados por los propios sujetos. En ellos, los mayores no tienen inconveniente en reconocer dificultades en actividades de carácter cognitivo, referidas a procesos de aprendizaje, atención y memoria, lenguaje escrito y matemático preferentemente. Reconociendo al mismo tiempo tener algún tipo de déficit, de problemas de competencias personales en procesos de interacción social con los demás, así como la percepción de la disminución de su propia capacidad de orientación espacial.

Los mismos mayores reconocen que la formación es uno de los factores de mayor importancia y responsabilidad en aquellas situaciones que perciben como problemas en su calidad de vida. Es evidente que los procesos en los próximos años, respecto a los mayores, serán educativos, al ser evidentes en las finalidades expuestas en todos los ámbitos, así como por las necesidades manifestadas por ellos mismos. Estos procesos formativos deben venir desde el principio de educación permanente, en la medida que responde a criterios de educación integral y a lo largo de toda la vida y debiendo ir orientada a responder a la autosuficiencia de la persona, permitiendo que las personas se conviertan en activas, demostrando su capacidad de participar en su propio proceso de vida social. Lo que sin duda va a incidir en una

actitud positiva de la sociedad en su conjunto hacia la formación del colectivo de mayores, así como la repercusión en su propia autoestima.

Haciéndonos eco de lo manifestado por las conclusiones del II Congreso Estatal de Personas Mayores debemos proponer a todas las organizaciones y responsables públicos, que se preocupen de programar cursos dirigidos a las personas mayores que propicien el paso a la misma, evitando el “desfondamiento”, la ruptura generacional, la abulia y la apatía y todo lo que desengancha de la vida. Esta formación permanente debe tender a la búsqueda de su autonomía y autoaceptación, ampliar su espacio vital, favorecer las relaciones con la comunidad. Lo manifestado, tal y como se hace eco G^a Minguez (2004), viene a determinar que las necesidades de formación de las personas mayores responde perfectamente y viene enmarcado por la teoría de las necesidades de Maslow: fisiológicas, seguridad, pertenencia, estimación, autorrealización.

9. CONSIDERACIONES FINALES Y FORMACIÓN EN Y PARA LA JUBILACIÓN

Una estrategia para conseguir un envejecimiento óptimo desde el ámbito de la educación a lo largo del ciclo vital vendría dado por la optimización selectiva con compensación que viene a determinar que la intervención que cada uno realice ha de ser selectiva, eligiendo aquello en lo que aún pueda crecer, manteniendo niveles altos de habilidades a través de las prácticas y de nuevos conocimientos, sustituyendo unas estrategias por otras a través de la compensación de los déficits.

Para ello deberían abarcar los derechos manifestados por la Carta Europea de la Tercera Edad y expuestos anteriormente con el fin de crear una planificación dentro del ámbito de la Formación de Adultos que creando estructuras y organizaciones educativas, sociales que permitan:

- Entender la tercera edad, como una etapa vital, compleja, necesitada de una preparación activa.
- Provocar el cambio de actitud en la sociedad frente a los mitos y prejuicios de este periodo en la vida de las personas.
- Potenciar la formación y el derecho a unos hábitos saludables: físicos, nutritivos, sanitarios y de seguridad social.
- Fomentar la preparación para una correcta salud mental que debe abarcar: personalidad, motivaciones, capacidades..., en la búsqueda de un equilibrio psicológico.
- Establecer criterios de formación que permitan el desarrollo de relaciones sociales que posibiliten una adecuada salud social.

- Desarrollar vías y formas de ocupación del tiempo libre que pueda responder al derecho de una existencia cultural adecuada a sus necesidades.
- Establecer entre las personas mayores la visión personal y positiva a este periodo de la vida.

A tenor de lo expuesto podemos decir que adultos mayores realizan actividades físicas y ellos, consideran que el ejercicio físico ha mejorado la calidad de sus vidas. Los estudios sobre la longevidad (Beard, 1991; Poon, 1992; Adler, 1995) demuestran que los ancianos muy mayores siguen una dieta moderada, conservan el optimismo y la curiosidad y además trabajan duro, o sea realizan actividad física. Estos datos corroboran los múltiples estudios epidemiológicos y longitudinales, en la población general, que han demostrado la importancia de la actividad física y deportiva en el mantenimiento de la salud y la calidad de vida.

Con respecto a la edad hay un lógico paralelismo entre el paso de los años y la concepción de calidad de vida, especialmente asociado a los cambios en la salud. Las mujeres se perciben mejor que los hombres, pero a partir de los 70 años son ellos los que mejoran estas percepciones personales. La práctica de ejercicio físico se presenta como un pilar fundamental en la estructura del bienestar social de los mayores, junto con la formación y la convivencia (Mateos, Amador y cols, 2006) son imprescindibles y, teniendo en cuenta que la actividad física practicada, no en soledad, lleva implícita efectos en la convivencia y en el crecimiento personal, qué duda cabe que deben contar en todo cuanto se planifique para mejorar el sistema y conseguir mayores cotas de bienestar para nuestros adultos mayores.

Existen diversos factores que se deben considerar al planificar la alimentación de los mayores, como son los hábitos alimentarios, el estado emocional y salud mental, la capacidad de hacer vida social, el grado de actividad, peso, la capacidad digestiva, apetito, estado de su dentadura, insomnio y patologías que obligan a restricciones dietéticas, entre otras. Por ello, la alimentación saludable se estructura sobre la base de las siguientes características: Suficiente, equilibrada, variada y adaptada. La alimentación de los mayores es un vehículo esencial de bienestar y salud física, psíquica y social.

Otro de los aspectos a destacar es que las personas mayores pueden vivir solas o en residencias y en ambas situaciones aparecen ventajas e inconvenientes que deben ser valoradas al diseñar planes de menús. En ambos ámbitos han de plantearse normas generales consensuadas que faciliten la alimentación de los mayores, tales como, las relativas al sabor, textura, consistencia, fraccionamiento de raciones, adecuación del volumen, y control de determinados componentes como sal, azúcar, grasas, etc.

La calidad de la alimentación de las personas mayores ha de ser especialmente controlada en cuanto a higiene/seguridad, valor nutritivo, aspectos gastronómicos y servicio. La flexibilidad y comprensión, dentro de unos límites, de quienes llevan a

cabo programas de mayores se consideran habilidades imprescindibles para obtener éxitos duraderos.

Con todo ello, es evidente que deberán realizarse programas de formación para las personas mayores, programas de adaptación/preparación a la jubilación en el campo de la alimentación. Estos programas tendrán que hacer frente a estrategias de afrontamiento y adaptación para conseguir un estilo de vida saludable y satisfactoria. Ello visto desde la alimentación y nutrición, con el fin de conseguir unas adecuadas condiciones personales. Promoviendo estilos de vida saludables, en la búsqueda de una deseable calidad de vida, que debe convertirse en un deber y en un derecho.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Amador, L. y Moreno P. (2006). Envejecimiento y calidad de vida en los Programas Universitarios, en Mayores en la universidad: derecho, necesidad, satisfacción, *Revista digital*, p. 200-208.
- Amador, L. y Moreno, P. (2006). Las personas mayores. Sociodemografía y Envejecimiento. El caso de España. *Revista de Humanidades*, n. 14, p. 7-22.
- Aranguren, J. L. (1992). *La Vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: IMSERSO.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164.
- Arita, B. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 121-126.
- Arostegui, I. (1998). *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Universidad de Deusto.
- Azpiazu M. et al. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, n. 76 (6), 683-699.
- Baltes P. B. y Baltes, M. M. (1990). *Successful aging*. New York: Cambridge University Press.
- Fernández, C. (2008). *Estudio sobre género y deporte en televisión*. Disponible en: www.mujoydeporte.org/documentos/docs/Estudio%20sobre%20emisión%20deporte%20femenino%20en%20televisión.pdf [consulta: 14 de abril de 2014].
- Fernández, R. (1996). *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- García, M. A. y Gómez, L. (2003). Efectos de los talleres de ocio sobre el bienestar subjetivo y la soledad en las personas mayores. *Revista de Psicología Social* 18 (1), 35-47.
- Levy, L. y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: Manual Moderno.

- Mateos, F.; Amador, L. y Malagón, J. L. (2006): La calidad de vida en los mayores en espacios urbanos marginales. En Pérez, V.; Malagón, J. L. y Amador, L. (Dres.). *Vejez autonomía o dependencia pero con calidad de vida*. Madrid: Dykinson. S.L.
- Moscoso, D. y Moyano, E. (coords.) (2009). *Deporte, Salud y Calidad de Vida*. Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1990) *Healthy aging*. Copenhagen: WHO.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1994). Quality of Life Working Group. Ginebra: WHO
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002) *Active aging*. Geneva: WHO
- Pérez, J. (2003). ¿Cómo ha mejorado tanto la vejez en España? *II^{as} Jornadas sobre Políticas Demográficas y de Población*, organizadas por CEDDAR. Zaragoza: Gobierno de Aragón, 81-107.
- Pérez, G. (2001). Presupuestos metodológicos. Perspectiva crítico-reflexiva en Pérez, G. (Coor.). *Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural. Aplicaciones Prácticas*. Madrid: Nancea.
- Pérez, G. (2008). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Tomo I Métodos. Madrid: La Muralla.
- Portgeis, P. (2003). *3ª Edad. Actividad Física y Salud. Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidotribo.
- Stasen, K (2000). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Torres, L.M. (2005). Posibilidades educativas para los mayores en sitios Web accesibles. Notas. *Educación de personas adultas*, 21, 52-56.
- Victoria, C. R., González, M., Fernández, J. y RUIZ, V. (2005). Calidad de vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. *Revista de Psicología Iztacala*, 8 (3), 1-16.
- VV. AA. (2010). *El Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Zurita, R. (2009). Diferencias significativas entre el hombre y la mujer deportista en cuanto a la capacidad de rendimiento deportivo. Disponible en: www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_17/REBECA_ZURITA_PEREZ_2.pdf [consulta: 14 de abril de 2014].

