

CARTOGRAFÍA SOCIOEDUCATIVA EN RESIDENTES UNIVERSITARIOS: TRATAMIENTO PRELIMINAR PARA LA INSERCIÓN SOCIAL UNIVERSITARIA

Socio-educational cartography in university residents: preliminary treatment for university social integration

Lic. Fabio Enrique Carreras Bonne*, <https://orcid.org/0000-0002-0941-0896>

Dr. C. María Nitza Bonne Gali, <https://orcid.org/0000-0003-3655-5190>

Dr. C. Margarita Santiesteban Labañino, <https://orcid.org/0000-0003-1930-7726>

MSc. Damaris Soto Reyes, <https://orcid.org/0000-0002-7251-740X>

*Autor para correspondencia. email: fcarreres@uo.edu.cu

Universidad de Oriente, Cuba

Para citar este artículo: Carreras Bonne, F. E., Bonne Gali, M. N., Santiesteban Labañino, M. y Soto Reyes, D. (2023). Cartografía socioeducativa en residentes universitarios: tratamiento para la inserción social universitaria. *Maestro y Sociedad*, (Monográfico Educación Médica), 375-385. <https://maestroysociedad.uo.edu.cu>

RESUMEN

Introducción: El trabajo se orienta a las búsquedas de innovaciones educativas para una convivencia saludable en el contexto de la convivencia residencial universitaria. Tiene como objetivo utilizar la cartografía social como método que propicia el estudio del comportamiento de los estudiantes en la residencia estudiantil universitaria. Materiales y métodos: Para el logro de tal propósito se utilizaron diferentes métodos y técnicas tanto del nivel teórico como empírico que permitieron alcanzar resultados preliminares relacionados con la construcción colectiva de sus realidades culturales y el enriquecimiento de sus saberes para la construcción de espacios inclusivos. Resultados: La calidad de vida en la vejez tiene un enfoque multidimensional, que enfatiza no solo el funcionamiento físico, la energía y vitalidad personal, sino también el bienestar psicológico, espiritual y emocional, el funcionamiento social y sexual, los apoyos recibidos y percibidos, y la satisfacción con la vida. Discusión: Envejecer no es una enfermedad, sino un cambio inseparable de la vida. En general se considera que se inicia al finalizar la fase de crecimiento y madurez de los individuos; al principio los efectos son imperceptibles y van siendo más visibles con el paso del tiempo. Conclusiones: Se constata la validez de la cartografía social como una vía para el rediseño de estrategias socioeducativas para influir en los comportamientos adecuados de los estudiantes universitarios en la construcción de una convivencia positiva en las residencias estudiantiles.

Palabras clave: Cartografía Social, residentes universitarios, convivencia, estrategia socioeducativa, comportamientos.

ABSTRACT

Introduction: The work is oriented to the search for educational innovations for a healthy coexistence in the context of university residential coexistence. Its objective is to use social cartography as a method that promotes the study of student behavior in the university student residence. Materials and methods: To achieve this purpose, different methods and techniques were used, both at the theoretical and empirical level, which allowed reaching preliminary results related to the collective construction of their cultural realities and the enrichment of their knowledge for the construction of inclusive spaces. Results: Quality of life in old age has a multidimensional approach, which emphasizes not only physical functioning, energy, and personal vitality, but also psychological, spiritual, and emotional well-being, social and sexual functioning, received and perceived support, and life satisfaction. Discussion: Aging is not a disease, but an inseparable change in life. In general, it is considered that it begins at the end of the growth and maturity phase of the individuals; at first the effects are imperceptible and become more visible over time. Conclusions: The validity of social cartography is verified as a way to redesign socio-educational strategies to influence the appropriate behaviors of university students in the construction of a positive coexistence in student residences.

Key words: Social cartography, university residents, cohabitation, strategy socioeducativa, behaviors.

INTRODUCCIÓN

La humanidad envejece. En el último siglo, las expectativas de vida han incrementado su rango. Un aumento que sobrepasa los logros obtenidos en cinco mil años de historia. Como consecuencia, los ancianos ocupan un ancho segmento demográfico en la población mundial. La nueva situación plantea interrogantes sociales inéditos en los países industrializados, a los que es impredecible dotar de estructura y solución. Según estimaciones del Departamento Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, nuestro país tendrá para el 2025 una de las poblaciones más ancianas del mundo. Siete millones y medio de personas cumplirán más de sesenta y cinco años, y por cada tres mayores de sesenta años solamente habrá uno con menos de quince. (Cabrera *et al.*, 2015)

El grupo de 60 y más años continuara creciendo cada día con mayor rapidez; de ahí la importancia de atender a estas personas, sobre todo en cuanto a la alimentación que deben recibir para mantener su salud. El estado nutricional no solo es uno de los indicadores de salud fundamental, sino que tiene un papel muy importante en la prevención y pronóstico de muchas enfermedades, como por ejemplo, en las relaciones entre sal e hipertensión arterial, lípidos aterosclerosis, cantidad ingerida de proteínas y úlceras de presión; la presencia de antioxidantes y el envejecimiento, enfermedades cardiovascular, deterioro cognitivo y cataratas; omega3-6 y cáncer, entre otras variantes. Además no olvidar la dieta que es un arma terapéutica fundamental en muchas enfermedades. Todo esto lleva una relación entre nutrición, morbilidad y mortalidad. (Cabrera *et al.*, 2015)

La nutrición es el mecanismo mediante el cual el organismo incorpora los alimentos necesarios para su óptimo funcionamiento, tales como crecimiento, desarrollo, mantenimiento, reparación. Este mecanismo parte de la ingestión de diferentes nutrientes a través de la alimentación. (Cabrera *et al.*, 2015)

Está pasando el primer plano como determinante importante de enfermedades crónicas que puede ser modificado, y no cesa de crecer la evidencia científica en apoyo del criterio de que el tipo de dieta tiene gran influencia, tanto positiva como negativa, en la salud a lo largo de la vida. Lo que es más importante, los ajustes alimentarios no influyen en la salud del momento sino que pueden determinar que el individuo padezca o no enfermedades tales como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes en etapas posteriores de la vida. Sin embargo, estas ideas no han llevado a modificar las políticas o la práctica. En muchos países en desarrollo, las políticas alimentarias siguen concentrándose solo en la desnutrición y no consideran la prevención de enfermedades crónicas. (Miranda *et al.*, 2019)

Existen pocos datos acerca de las necesidades nutricionales de los ancianos. Igualmente, tampoco está claro el efecto de la nutrición sobre el proceso del envejecimiento humano. En los ancianos la anomalía más frecuente de la nutrición es la malnutrición proteico-calórica. Son muchos los factores que aumentan el riesgo de malnutrición en los ancianos. La disminución de los sentidos del gusto y el olfato es propia del envejecimiento y reduce el placer por la comida. La mala dentición o las dentaduras postizas mal ajustadas pueden ocasionar dificultades para la masticación. (Miranda *et al.*, 2019)

En la actualidad, se estima que son 658 millones las personas de 60 años o más, de los que aproximadamente 400 millones viven en países subdesarrollados, y se prevé que para el año 2025 esta cifra alcance 1.2 billones, siendo Europa, la región más envejecida del mundo. América Latina no escapa a esta realidad existiendo un incremento sostenido en la proporción y en número absoluto de personas de 60 años y más. (Valdivia, 2006, Concepción *et al.*, 2020, Cuba. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, 2020)

En América Latina y el Caribe el proceso de envejecimiento ha situado a Cuba (19,8 % de personas de 60 y más años) en segundo lugar después de Uruguay seguida por Argentina y se prevé que en pocos años serán Cuba y Barbados los más envejecidos en esta región; sin embargo, se vaticina que para el 2025 será Cuba el más envejecido de todos, con más de un 26 % de su población con 60 años y más. (Cuba. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, 2020)

En los datos publicados en el Censo Nacional de Población y Viviendas 2020, reflejaron que el país contaba con un 19,3 % de envejecidos. Según estimaciones, para el año 2025 esta cifra aumentará en el país a casi el 26 % y a más del 30 % en el 2050. Los avances sociales alcanzados en el país, han modelado un patrón demográfico similar al de los países desarrollados. (ONEI_CEP, 2020)

Se ha previsto que para el 2025 las enfermedades crónicas representaran casi las cuartas partes del total de defunciones, y el 71 % de las defunciones por cardiopatía isquémica, el 75 % de las defunciones por accidentes cerebro vasculares y el 70 % de las defunciones por diabetes ocurrirán los países en desarrollo. El número de personas con diabetes en el mundo en desarrollo se multiplicara por más de 2,5 y pasara de 84 millones en 1995 a 228 millones en 2025. (Cuba. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, 2020)

Desde hace muchos años se sabe que la dieta tiene una importancia crucial como factor de riesgo de enfermedades crónicas. Es evidente que desde mediados del siglo xx el mundo ha sufrido cambios que han repercutido enormemente en el régimen alimentario, primero en las regiones industriales y, más recientemente, en los países en desarrollo. Las dietas tradicionales, basadas en gran parte en los alimentos de origen vegetal, han sido reemplazadas rápidamente con alto contenido de grasa, muy energético y constituido principalmente por alimentos de origen animal. No obstante, la alimentación, aunque fundamental para la prevención, es solo uno de los factores de riesgo. (Cruz *et al*, 2015).

La desnutrición continúa siendo uno de los problemas clínicos más frecuentes y menos tenidos en cuenta en la población geriátrica. Se debe prevenir y/o tratar precozmente para elevar la cantidad de vida de estas edades, que lleguen a un estado útil, sin complicaciones hasta el final de sus días. (Miranda *et al*, 2019)

Este trabajo tiene como objetivo conocer y evaluar el estado nutricional de los adultos mayores para promover una vida saludable de un Círculo de Abuelos "5 de Septiembre", ubicados en el Poblado del Cobre.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de estudiar a los ancianos para mejorar la calidad de vida de los mismos en el Círculo de Abuelos en el año 2023, utilizándose los Parámetros Bioquímicos, Clínicos, Antropométricos y Dietéticos. Muestra: Los 25 adultos mayores que conforman el Círculo de Abuelos "5 de Septiembre" del poblado El Cobre.

RESULTADOS

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. (Miguel *et al*, 2017, Berrazueta, 2018, Miranda *et al.*, 2019)

- 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 de bolos y deglución. (Miguel *et al*, 2017, Berrazueta, 2018, Miranda *et al.*, 2019)
- 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. (Miguel *et al*, 2017, Berrazueta, 2018, Miranda *et al.*, 2019)
- 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. (Miguel *et al*, 2017, Berrazueta, 2018, Miranda *et al.*, 2019)
- Intestino delgado. Probable disminución de la absorción de calcio, disminución en la concentración de receptores para la Vitamina D. en cuanto a la motilidad gastrointestinal existe retraso del tránsito intestinal. (Miguel *et al*, 2017, Berrazueta, 2018, Miranda *et al.*, 2019)
- Función respiratoria. Disminución de la capacidad respiratoria, con limitación de actividades con disminución del gasto calórico. (Miguel *et al.*, 2017, Berrazueta, 2018, Miranda *et al*, 2019, Feria *et al*, 2019, Reyes *et al*, 2019)
- Función renal. Disminución de la capacidad de concentración urinaria. Requiere mayor cantidad de agua para evitar uremia. (Miguel *et al.*, 2017, Berrazueta, 2018, Miranda *et al*, 2019, Feria *et al*, 2019, Reyes *et al*, 2019)
- Sistema nervioso. Relación de déficit de vitaminas con manifestaciones neurológicas. (Miguel *et al.*, 2017, Berrazueta, 2018, Miranda *et al*, 2019, Feria *et al*, 2019, Reyes *et al*, 2019)

- Sistema cardiovascular. Los cambios en el sistema cardiovascular conducen al aumento de la rigidez y estenosis de las arterias por el aumento en los depósitos de colágeno, calcio, lípidos y sustancia amiloidea, que favorecen la hipertensión arterial. Se produce un engrosamiento de las paredes cardíacas, alteraciones en la contractilidad miocárdica y calcificación de las válvulas cardíacas. (Berrazueta, 2018 y Miranda *et al*, 2019)
- Sistema genitourinario. En el sistema genitourinario se produce una pérdida de nefronas y glomérulos. Estos cambios estructurales se traducen en una disminución en el flujo plasmático renal y en el filtrado glomerular de aproximadamente 8 ml/min por década a partir de los 40 años, de manera que a los 80 años puede ser la mitad que a los 20-30 años de edad. También se reduce el aclaramiento de creatinina y la capacidad de concentración de la orina. En las mujeres es muy frecuente la disminución del tono de la musculatura pélvica y en los hombres la hipertrofia prostática, que en mayores de 70 años alcanza al 100 %. (Miguel *et al*, 2017, Berrazueta, 2018, Miranda *et al*, 2019, Feria *et al*, 2019 y Reyes *et al*, 2019)

Cambios en los órganos de los sentidos. Se produce una disminución de la agudeza visual, generalmente afecciones como la catarata, que es la opacidad del cristalino, que afecta al núcleo a la corteza o ambas estructuras. Es la primera causa de ceguera en el mundo, se estima que hay 20 millones de personas ciegas por esta causa y un estimado para el 2025 de 40 millones. La catarata es una de las entidades oftalmológicas más importantes, por la disminución de la agudeza visual que produce y su extensión universal; que puede ser invalidante temporalmente y de espectacular recuperación funcional mediante un tratamiento quirúrgico. (Cruz *et al*, 2009, Méndez *et al.*, 2013, Cruz *et al*, 2013 y De la Rosa *et al*, 2020)

Otras actividades se ven afectadas como disminución de las actividades finas para la preparación de alimentos o para llevarlos a la boca. Atrofia de las papilas gustativas y disminución del sentido del olfato. (Miranda *et al.*, 2019 y De la Rosa *et al*, 2020)

Cambios en la composición corporal (peso, talla y compartimentos). Los cambios que se producen en los sistemas y órganos en esta población están condicionados por los hábitos alimentarios y a su vez condicionan la alimentación y nutrición de estos. Las modificaciones aparecen en tres compartimentos diferentes, masa grasa, masa magra y compartimento hídrico. (Cruz *et al*, 2013, González y Cardentey, 2018, Pérez *et al*, 2018, Bermúdez *et al*, 2019, Miranda *et al*, 2019 y De la Rosa *et al*, 2020)

Variaciones de peso y talla: La curva de peso se modifica a lo largo de la vida. En general aumenta progresivamente hasta la edad de 40 a 50 años en los hombres y de 50 a 60 en las mujeres estabilizándose alrededor de los 70 años. A partir de esta edad se produce un descenso importante de este parámetro. (Cruz *et al*, 2009, Miranda *et al*, 2019, Reyes *et al*, 2019 y De la Rosa *et al*, 2020)

La evolución de la talla es diferente en los hombres y las mujeres pero en general se puede afirmar que a partir de la edad adulta existe una disminución progresiva de la talla especialmente destacada a partir de los 60 años. Se habla de una disminución de más de 1cm por cada década de vida después de esta edad. Los cambios de la talla se relacionan especialmente con las modificaciones óseas de la columna vertebral. Se observa un acortamiento de la altura de los cuerpos vertebrales y de los discos, y una modificación del eje columnar apareciendo con frecuencia una cifosis dorsal. (Cruz *et al*, 2009, Miranda *et al*, 2019, Reyes *et al*, 2019 y De la Rosa *et al*, 2020)

Disminución de la cantidad de agua corporal. El agua es el componente más abundante en el organismo. Con la edad su contenido disminuye; así, en el adulto el porcentaje de agua corporal supone aproximadamente el 60 % del peso total, mientras que en el anciano lo hace en una proporción del 50 %. (Cruz *et al*, 2009, Miranda *et al*, 2019, Reyes *et al*, 2019 y De la Rosa *et al*, 2020)

Disminución de la masa muscular. A medida que las personas envejecen experimentan una disminución de la masa magra o masa celular activa (especialmente la masa muscular) de aproximadamente un 6,3 % por década a partir de los 30 años, que implica que pase a representar de un 45 % del peso total en el adulto a un 27 % en el anciano. (Bernal y de la Fuente, 2017, Rivas *et al*, 2017 y Miranda *et al*, 2019)

Esta disminución en la masa muscular, conocida como sarcopenia, trae como consecuencias, la reducción de la tasa metabólica basal, y por tanto menores necesidades de energía, menor fuerza muscular y nivel de actividad, mayor riesgo de caídas, alteraciones del equilibrio y la marcha, que modifican negativamente la capacidad funcional. La sarcopenia ocurre en todos los ancianos, incluidos aquellos con envejecimiento satisfactorio, pero se puede minimizar, ya que esta pérdida es, sobre todo, debida al sedentarismo, y también

a una mayor frecuencia de enfermedades. (Bernal y de la Fuente, 2017, Rivas *et al*, 2017 y Miranda *et al*, 2019)

Aumento del porcentaje graso y de la masa grasa total. En contraposición a la pérdida de masa muscular, en la edad avanzada aparece aumento del tejido adiposo con modificación en la distribución del mismo. Diversos estudios han indicado que el porcentaje medio de grasa corporal promedio en los varones aumenta desde casi el 15 % cuando son jóvenes hasta el 25 % a los 60 años. En las mujeres aumenta desde el 18-23 % en la juventud hasta el 32 % a los 60 años de edad. (Cruz *et al*, 2009, González y Cardentey, 2018, Miranda *et al*, 2019 y Reyes *et al*, 2019)

Cambios metabólicos. El metabolismo basal (mínima energía necesaria para mantener la vida) disminuye entre el 10 y 20% entre los 30 y 75 años debido a la menor masa muscular. La incidencia de la diabetes aumenta con la edad y a menudo se relaciona con sobrepeso. La concentración plasmática de colesterol se modifica con la edad y con el sexo. Aumenta progresivamente entre los 20-50 años, posteriormente se estabiliza y a partir de los 70 años disminuye progresivamente. En el metabolismo de las proteínas el músculo pierde protagonismo adquiriéndolo el hígado y el intestino. (Cruz *et al*, 2009, Miranda *et al*, 2019, Reyes *et al*, 2019 y De la Rosa *et al*, 2020)

Para evaluar el estado nutricional se debe realizar varios indicadores que son.

- 1) Indicador Antropométrico.
- 2) Indicador Bioquímico.
- 3) Indicador Clínico.
- 4) Indicador Dietético.

Indicador antropométrico

Peso. Colocar al paciente en el centro de la plataforma de la balanza, se le indicara a la persona que distribuya el peso del cuerpo entre ambas piernas

Talla. El paciente debe adoptar la posición antropométrica de atención, se hace que el fiel del tallmetro descansa sobre el vértice del paciente, que la barra vertical del tallmetro haga contacto con la parte posterior de la cabeza, espalda y glúteo a lo largo de la línea media digital

Circunferencia del brazo. Cuando el paciente adopta la posición antropométrica de atención, se identificara el brazo no dominante.

Índice de Masa Corporal (IMC)

$IMC = P (kg) / T (m^2)$

Puntos de Corte:

<16 Delgado Intenso

16-16.9 Delgado Moderado

17-18.49 Delgado Leve

18.5-24.9 Aceptable o Normal

25-29.9 Sobrepeso

35-39.9 Obesidad Grado I

35-39.9 Obesidad Grado II

>40 Obesidad Grado III

Indicador Bioquímico

Hemoglobina Hombre 14/16 g/l

Hemoglobina Mujer 12/14 g/l

Proteínas Totales 60/80 mmol/l

Albumina 35/45 g/l

Creatinina 80/132 mmol/l

Colesterol 2.5/6.5 mmol/l

Leucocitos 5/10*10

Hematocrito Hombre 0.4070.58 mmol/l

Hematocrito Mujer 0.37/0.45 mmol/l

Linfocitos 0.25/0.40

Glicemia 4.2/6.1 mmol/l

Transferrina 150/220 g/l

Triglicéridos 0.35/1.70 mmol/l

Indicador Clínico.

Examen Físico que se le hace a la persona: pelo, piel, cejas, uñas, ojos, boca, dientes, lengua, cuello, miembros inferiores, miembros superiores.

Indicador Dietético.

Recordatorio de 24 horas, 48 horas, 72 horas. (Miranda *et al.*, 2019)

Valoración del estado nutricional en el anciano. Es un estado de nutrición correcto es aquel que permite la realización de todas las funciones celulares. Las modificaciones anatómicas relacionadas con el estado nutricional repercuten en la función celular solamente cuando son extremas, como en la obesidad patológica o en la pérdida de peso corporal superior al 10 % en un periodo inferior a 3 meses. La valoración nutricional en estudios epidemiológicos tiene como finalidad en muchas ocasiones describir el comportamiento de ciertas variables antropométricas, dietéticas, bioquímicas de una población, o la asociación de estas con el estado de salud o enfermedad. (Cruz *et al.*, 2009, González y Cardentey, 2018, Miranda *et al.*, 2019, Reyes *et al.*, 2019)

El estado nutricional se puede definir desde el punto de vista fenoménico, como la resultante de la interacción dinámica, en tiempo y espacio, entre alimentación y utilización de energía y nutrimentos contenidos en la dieta en el metabolismo de los diferentes tejidos y órganos del cuerpo (Cruz *et al.*, 2009, González y Cardentey, 2018, Miranda *et al.*, 2019, Reyes *et al.*, 2019). Esta interacción puede estar influida por múltiples factores, desde los genéticos que determinan en gran medida la estructura metabólica del individuo, hasta factores propios del entorno, tanto de naturaleza física como química y biológica, así como de índole social. En la actualidad se considera el estado nutricional como un signo vital, posiblemente el más importante de todos. (Cruz *et al.*, 2009, González y Cardentey, 2018, Miranda *et al.*, 2019, Reyes *et al.*, 2019)

La malnutrición es una condición física que se caracteriza por un desorden nutricional producido como resultado del desequilibrio entre las necesidades del organismo y la ingesta de nutrientes, lo que puede conducir tres vertientes fundamentales: la malnutrición por defecto (desnutrición), la malnutrición por exceso (sobrepeso u obesidad) y la deficiencia dietética (falta en la dieta de determinados micronutrientes esenciales, como minerales y vitaminas). (Mirzaei, 2017, D' Hyver de las Deses, 2017, González y Cardentey, 2018, Pérez *et al.*, 2018, Miranda *et al.*, 2019, Mora *et al.*, 2019, Bermúdez *et al.*, 2019, De la Rosa *et al.*, 2020, Piloto, Suárez y Echevarría, 2020)

Malnutrición por defecto. Se define como desnutrición el estado de nutrición en el que una deficiencia de energía, proteínas y otros nutrientes causa efectos adversos medibles en la composición y función de los tejidos/ organismo y en el resultado clínico. (D' Hyver de las Deses, 2017, Miranda *et al.*, 2019 y Mora *et al.*, 2019)

Las ingestas recomendadas de los diferentes macronutrientes y micronutrientes son las siguientes:

- Energía. Las necesidades de energía para este grupo de edad se han establecido en unas 30 kcal/kg de peso corporal a partir del cálculo de la tasa metabólica basal (TMB) y de la actividad física desarrollada. Las necesidades de energía disminuyen con la edad en torno a un 5 % por década. Dos terceras partes de esta disminución pueden atribuirse a la menor actividad física (a veces, por las minusvalías y discapacidades que presentan) y el resto a los cambios en la composición corporal. Este menor gasto energético y el consecuente descenso en la ingesta de energía es el factor más importante que influye en el estado nutricional pues adaptarse a unos menores requerimientos de energía presenta un riesgo elevado sobre la persona de padecer desnutrición. (Cruz *et al.*, 2009, Bernal y de la Fuente, 2017, Rivas *et al.*, 2017, Miranda *et al.*, 2019, Reyes *et al.*, 2019)

- Proteínas. Las ingestas recomendadas se han estimado en unos 0.8 g de proteína por kg de peso corporal y día. La calidad de la proteína deberá tenerse en cuenta sobre todo en las personas con poco apetito. Las IR de proteínas aumenta debido a la aparición de problemas de absorción relacionados con la edad. (Cruz *et al*, 2009, Bernal y de la Fuente, 2017, Rivas *et al*, 2017, Miranda *et al.*, 2019, Reyes *et al.*, 2019)
- Hidratos de carbono. No hay cambios con respecto a otros grupos de edad. Se recomienda que aporten más de un 55 % de la energía total consumida, principalmente a partir de hidratos de carbono complejos (carbohidratos de absorción lenta, formados 28 principalmente por los disacáridos, oligosacáridos y polisacáridos) que se encuentran mayoritariamente en cereales, algunas verduras y hortalizas, frutas y leguminosas. (Cruz *et al*, 2009, Bernal y de la Fuente, 2017, Rivas *et al*, 2017, Miranda *et al.*, 2019, Reyes *et al.*, 2019)
- Fibra dietética. Un aporte adecuado de fibra tanto insoluble como soluble favorece la motilidad y reduce el tiempo de tránsito intestinal, previniendo y mejorando el estreñimiento, tan frecuente en ancianos. La fibra también ayuda a controlar el peso, la colesterolemia y la glucemia. Se recomienda un consumo de unos 20-30 g/día, a partes iguales entre fibra soluble e insoluble. Un mayor aporte puede ocasionar flatulencia y malestar digestivo y quizás también puede comprometer la absorción de algunos micronutrientes. (Cruz *et al*, 2009, Bernal y de la Fuente, 2017, Rivas *et al*, 2017, Miranda *et al*, 2019, Reyes *et al*, 2019)
- Lípidos. La grasa de la dieta tiene un importante papel suministrando ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles, también intervienen en la regulación de los lípidos sanguíneos y pueden ser un factor de riesgo en algunas enfermedades crónicas. Las recomendaciones dietéticas de ingesta de grasa en personas mayores son similares a las del resto de la población, en torno al 30 % del total ingerido. (Cruz *et al*, 2009, Bernal y de la Fuente, 2017, Rivas *et al*, 2017, Miranda *et al.*, 2019, Reyes *et al.*, 2019)
- Minerales y vitaminas. En las personas de edad avanzada, la biodisponibilidad de micronutrientes puede estar comprometida por los cambios fisiológicos, enfermedades, interacciones con fármacos, consumo de alcohol o tabaquismo lo que puede aumentar sus necesidades. En la siguiente tabla se muestra una comparación entre las ingestas recomendadas de minerales y vitaminas entre la población adulta “mayor” (60-69 años) y la población mayor de 70 años. También se muestra la diferencia existente entre hombre y mujeres. (Cruz *et al*, 2009, Bernal y de la Fuente, 2017, Rivas *et al*, 2017, Miranda *et al*, 2019, Reyes *et al*, 2019)

Se debe promover una buena nutrición e hidratación en los sujetos de edad avanzada. Las personas cuando se van haciendo mayores, tienden a comer menos, lo que conlleva a dietas inadecuadas y de bajo contenido en calorías que pueden ser suficientes para sobrevivir, pero no para el desarrollo de actividades. A continuación se citan una serie de pautas que pueden ser de utilidad a las personas mayores, familiares, amigos o cuidadores. (Miranda *et al*, 2019)

Factores de riesgo para la desnutrición en los mayores de 60 años está más 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 la pobreza, que tiene una influencia determinante en el estado nutricional, las anomalías sensoriales (visión, gusto, olfato, entre otros), deficiencias nutricionales, enfermedades gastrointestinales (disfagia, odinofagia, dolor abdominal, y otros), deficiencias motoras (artritis, ictus, insuficiencia respiratoria y cardiaca), alteraciones mentales (demencia), dificultad para la masticación, anorexia debida a la edad (modificada por fármacos, aumento de la saciedad, cancero EPOC, absorción o utilización inadecuada). (Miranda *et al*, 2019)

Se debe promover una buena nutrición e hidratación en los sujetos de edad avanzada. Las personas cuando se van haciendo mayores, tienden a comer menos, lo que conlleva a dietas inadecuadas y de bajo contenido en calorías que pueden ser suficientes para sobrevivir, pero no para el desarrollo de actividades. A continuación se citan algunas de las pautas que pueden ser de utilidad a las personas mayores, familiares, amigos o cuidadores:

- La dieta ha de ser variada, moderada y equilibrada. Alimentos que ha de incluir: Cereales, pan, arroz, patatas y pasta, verduras y hortalizas, frutas, leche y derivados, legumbres, carne, pescado, huevos y frutos secos, grasas, aceites y dulces.
- Ingerir pequeñas cantidades de comida y con frecuencia. Las personas mayores se sienten cansados cuando comen una gran cantidad de comida y se satisfacen muy rápidamente.

- Se ha de tener en cuenta los gustos de las personas mayores, los alimentos que rechazan, sus necesidades específicas, sus limitaciones, y en función de esto, realizar una dieta lo más variada posible.
- Considerar factores personales, como desconocer el tema de nutrición, prejuicios alimentarios o psico-socio-económicos, como falta de dinero, anorexia o limitaciones en los medios de cocinar.
- Si la anorexia dificulta la alimentación, mejor dar un almuerzo a media mañana o a media tarde con alimentos de fácil digestión.
- La incorporación del adulto mayor en reuniones familiares mediante la preparación de un menú adecuado que agrade tanto a ellos como a los adultos jóvenes.
- Evitar el estrés a la hora de la comida. Cuando hay tensiones durante la comida las personas pierden el apetito o experimentan desórdenes gástricos.
- Evitar el tabaco.
- Moderar el consumo de alcohol.
- Moderar consumo de café y bebidas excitantes.
- Reducir el consumo de sal en casos de hipertensión.
- Masticar bien los alimentos, comer y beber despacio.
- Evitar trozos pequeños de alimentos en personas con poca sensibilidad, pues aumenta el riesgo de ahogo.
- Realizar ejercicio físico ya que ayuda a aumentar el apetito, a mantener a las personas mayores más saludables y felices y evita el sobrepeso y la obesidad. (Miranda *et al*, 2019)

La calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (Miranda *et al*, 2019)

Investigaciones realizadas en la última década han mostrado que la calidad de vida en la vejez tiene un enfoque multidimensional, que enfatiza no solo el funcionamiento físico, la energía y vitalidad personal, sino también el bienestar psicológico, espiritual y emocional, el funcionamiento social y sexual, los apoyos recibidos y percibidos, y la satisfacción con la vida. De tal forma que la concepción del envejecimiento activo, positivo y saludable, está basado en la prevención y promoción de la salud como medio de ampliar la esperanza de vida saludable con calidad de vida (Miranda *et al*, 2019).

Tabla 1. Estado nutricional del anciano según la edad.

Grupo de edades	Bajo Peso		Normo Peso		Sobrepeso		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
60-69	2	8	3	12	6	24	10	40
70-79	5	20	2	8	2	8	7	28
80 y más	3	12	2	8	0	0	8	32
Total	10	40	7	28	8	32	25	100

La tabla muestra que los ancianos que mayor índice de masa corporal presentan son los del grupo de 60-69, con disminución de una cifra de 5 ancianos en los grupos de 70-79. El 72 % de los ancianos están mal nutridos ya sea por defecto o por exceso.

Tabla 2. Estado nutricional ancianos según convivencia.

Convivencia	Bajo Peso		Normo Peso		Sobrepeso		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Anciano Solo	4	16	1	4	0	0	13	52
Anciano+Anciano	8	32	2	8	0	0	7	28
Anciano con otros familiares	2	5	20	4	16	5	20	
Total	14	52	8	32	4	16	25	100

La tabla muestra que los ancianos que viven solo tienen mayor probabilidad de estar bajo peso, a diferencia de los que viven con otros familiares, un 52 % del total son bajo peso.

Tabla 3. Estado nutricional ancianos según percápita familiar

Percápita familiar	Bajo Peso		Normo Peso		Sobrepeso		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Buena	1	4	1	4	4	16	11	44
Regular	4	16	6	24	1	4	9	36
Mala	6	24	2	8	0	0	5	20
Total	11	44	9	36	5	20	25	100

La tabla muestra que los ancianos con percápita familiar buena son los que tienen mayor riesgo de ser obesos con un 16 %, conllevándolos a padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Los que presentan una percápita familiar mala tienen mayor riesgo de tener una mala nutrición con un 24 % del total.

Tabla 4. Estado nutricional de los ancianos según el sexo.

Sexo	Bajo Peso		Normo Peso		Sobrepeso		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Femenino	4	16	5	20	4	16	11	44
Masculino	7	28	2	8	3	12	14	66
Total	11	44	7	28	7	28	25	100

La tabla muestra que el sexo masculino predomina más el bajo peso con un 28 % y el sobrepeso es más frecuente en las féminas con un 16 %.

DISCUSIÓN

Envejecer no es una enfermedad, sino un cambio inseparable de la vida. En general se considera que se inicia al finalizar la fase de crecimiento y madurez de los individuos; al principio los efectos son imperceptibles y van siendo más visibles con el paso del tiempo. Se acepta la edad de 65 años como definición de la persona mayor. Desde un punto de vista práctico se distinguen tres grupos de edad; de 65 a 74 años hablamos de ancianos jóvenes, de 75 a 84 de ancianos y por encima de 85 años de ancianos viejos. (Pistollato *et al*, 2018)

Los factores principales que afectan al estado nutricional del anciano son los factores socioeconómicos y culturales, cambios en la composición corporal, defectos bucales, disminución sensorial, modificaciones funcionales del aparato digestivo, reserva insuficiente de vitaminas, ingreso deficiente de hierro y calcio, presencia de enfermedades y el ingreso excesivo de alimentos, a expensas de alimentos ricos en carbohidratos y grasas en personas con escasa actividad física. Otro factor que influye en el estado nutricional de los ancianos son los cambios de modo de vida. (Cruz *et al*, 2015, Miranda *et al*, 2019 y Concepción *et al*, 2020)

La disminución de la actividad física y ejercicios contribuye a la Sarcopenia, especialmente intensa después de los 60 años y que tiene una gran dependencia del estado nutricional y relaciones importantes con respecto a proteína muscular, capacidad funcional, caídas, función respiratoria, sensibilidad a la insulina. (Pimienta *et al*, 2017, Miranda *et al*, 2019 y Cárdenas *et al*, 2020)

El mantenimiento de una masa magra adecuada mediante el ejercicio, al aumentar el apetito, previene la disminución del consumo de calorías y el déficit 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. (Pimienta *et al*, 2017, Miranda *et al*, 2019 y Cárdenas *et al*, 2020)

La malnutrición se define como el estado que aparece como resultado de una dieta desequilibrada, en la cual hay nutrientes que faltan, o de los cuales hay un exceso, o cuya ingesta se da en la proporción errónea. En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva (Pistollato *et al*, 2018, Lanyau *et al*, 2020 y Rodríguez, 2020). Se produce principalmente por la falta de alimentos, por una mala alimentación o dieta incompleta e incluso por infecciones como son

la diarrea, enfermedades tropicales o enfermedades respiratorias de tipo infeccioso, sobre todo en el caso de malnutrición en países en vías de desarrollo. (Rodríguez, 2020 y Lanyau *et al*, 2020)

Desde el punto de vista social, pueden existir ancianos que, como viven solos, no muestran entusiasmo por alimentarse, y ello los lleva a ingresos alimenticios insuficientes, con riesgo consiguiente de desnutrición, además los ancianos que se mantienen dentro del núcleo familiar suelen depender económica y físicamente de otros, lo que dificultaría la alimentación (Miranda *et al.*, 2019).

La sarcopenia es un síndrome caracterizado por una progresiva y generalizada pérdida de masa y fuerza muscular esquelética con riesgo de resultados negativos como discapacidad física, peor calidad de vida y muerte. Puede aparecer o agravarse coincidiendo con una desnutrición proteico calórica, y por lo tanto asociada a pérdida de peso. Sin embargo también puede encontrarse sarcopenia con un peso corporal normal o incluso alto. La obesidad con sarcopenia acumula los problemas asociados de ambos y se ve favorecida por dietas inadecuadas y sedentarismo.

CONCLUSIONES

Se constata la validez de la cartografía social como una vía para el rediseño de estrategias socioeducativas para influir en los comportamientos adecuados de los estudiantes universitarios en la construcción de una convivencia positiva en las residencias estudiantiles. Los ancianos tienen malos hábitos alimentarios, no realizan las 6 frecuencias de comidas del día, no comen alimentos ricos en hierro, vitaminas y minerales, conllevándolos así a padecer de anemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bermúdez Garcell, A. *et al.* (2019). Biología del cáncer. CCM, 23(4). <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3350>
2. Bernal, J. G. y de la Fuente, R. (2017). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 7(1), 121-30.
3. Berrazueta, J. R. (2018). Envejecimiento y enfermedades cardiovasculares. *An RANM*, 135(3), 266-280. https://analesranm.es/revista/2018/135_03/13503rev09
4. Cabrera González, J. *et al.* (2015). Estado nutricional de los ancianos domiciliados en una comunidad urbana del municipio habanero de playa. *Rev Cubana Aliment Nutr.*, 25(1), 92-105.
5. Cárdenas Braz, D. *et al.* (2020). Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. *Rev Cubana Aliment Nutr.*, 30(1). <http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/955>
6. Concepción Parra, W. *et al.* (2020). Comportamiento clínico de la enfermedad cerebrovascular en Policlínico Alcides Pino Bermúdez, Holguín. CCM, 24(2). <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3506>
7. Cruz Betancourt, A. *et al.* (2009). Comportamiento de la catarata en adultos del municipio Cacocum en Holguín. *COCMED*, 13(4).
8. Cruz Betancourt, A. *et al.* (2013). Afecciones visuales y su resolutiveidad en adultos mayores de 50 años, Cacocum, Holguín de 2007-2012. *Boletín CNSCS*, (4).
9. Cruz Betancourt, A. *et al.* (2015). Morbilidad y mortalidad en adultos mayores, relacionada con las crisis 59 hipertensivas. CCM, 19(4). <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2163>
10. Cuba. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. (2020). Anuario Estadístico de Salud 2019. Ministerio de Salud Pública.
11. D'Hyver de las Deses, C. (2017). Patologías más frecuentes en el adulto mayor. *Rev Fac Med.*, 60(4). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000400045&lng=es&nrm=i&tlng=es
12. De la Rosa, Y. S. *et al.* (2020). Caracterización clínica de la catarata senil en pacientes del policlínico Pedro del Toro, Holguín, 2017. CCM, 24(1). <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3302>
13. Feria Díaz, G. E., *et al.* (2019). Dislipidemia en estados de resistencia a la insulina. CCM, 23(4). <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3133>
14. González Rodríguez, R. y Cardentey García, J. (2018). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Rev Finlay*, 8(2), 103-110. <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564>

15. Lanyau Domínguez, Y. et al. (2020). Sobre el patrón alimentario de los adultos mayores y las asociaciones entre el consumo de alimentos y los trastornos cognitivos. *Rev Cubana Aliment Nutr*, 30(2). <http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1038>
16. Méndez Estévez, E. et al. (2013). ¿Tienen nuestros ancianos un adecuado estado nutricional? ¿Influye su institucionalización? *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 903-913.
17. Miguel Soca, P. E. et al. (2017). Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. *Rev Finlay*, 7(3), 155-167. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000300002&lng=es
18. Miranda Pérez, Y. et al. (2019). Caracterización nutricional del adulto mayor en el policlínico René Ávila Reyes, Holguín, Cuba. *CCM*, 23(1). <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3055>
19. Mirzaei, H. (2017). Accidente cerebrovascular en mujeres: Factores de riesgo y biomarcadores clínicos. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcb.26130/pdf>
20. Mora López, I. T. et al. (2019). Importancia de la Evaluación Geriátrica en la Endocrinología. *CCM*, 23(2). <http://revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3110>
21. ONEI_CEP. (2020). El envejecimiento de la población. Cuba y su territorio 2020. Orosa Fraiz.
22. Pérez Cala, A. E. et al. (2018). Relación entre el proceso evolutivo del ser humano y su predisposición al cáncer. *Rev Cub Med Mil.*, 47(1), 58-72. http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-
23. Piloto Cruz, A., Suárez Rivero, B. y Echevarría Parlay, J. C. (2020). Diagnóstico clínico y tomográfico en la enfermedad cerebrovascular. *Arch. Hosp. Univ. Gen. Calixto García*, 8(3). <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/529>
24. Pimienta Izaguirre, O. P. et al. (2017). Resultados del Examen Periódico de Salud en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". *Rev cubana med gen integr*, 33(4). <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/273>
25. Pistollato, F. et al. (2018). Nutritional patterns associated with the maintenance of neurodegenerative functions and the risk of dementia and Alzheimer's disease: A focus on human studies. *Pharmacol Res*, 131, 32-43.
26. Reyes Sanamé, F. A. et al. (2019). Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con síndrome metabólico. *CCM*, 23(4). <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3365>
27. Rivas Vázquez, D. et al. (2017). Comportamiento clínico epidemiológico del síndrome metabólico en pacientes adultos. *Rev Cubana Med Gen Integr.*, 31(3), 259-269. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2015/cmi153a.pdf>
28. Rodríguez Veintimilla, D. (2020). Sobre las perspectivas de la Nutrición clínica en Ibero Latinoamérica. *Rev Cubana Aliment Nutr*, 30(2). <http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1036>
29. Valdivia Domínguez, A. (2006). El envejecimiento de la población: un reto. *Rev Cubana Hig Epidemiol*, 44(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613003200600030001&nrm=iso

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.