

# *Adulto mayor: Nutrición y resiliencia*



*Andrea Landa*

*Tutora: Lic. Verónica Fernández*

*Co-tutor: Lic. Facundo Arrojo*

*Asesoramiento Metodológico:*

*Dra. Mg. Vivian Minnaard*



UNIVERSIDAD FASTA  
Facultad de Ciencias Médicas  
Licenciatura en Nutrición

2016



*En medio de la dificultad*

*reside la oportunidad*

*Albert Einstein*

## *Dedicatoria*

A mis papás y a mis hermanas,  
por creer en mí



## *Agradecimientos*

Agradezco a mis papas por hacer esto posible, y a mis hermanas, Car y Vale, porque estaría perdida sin ellas.

A mis abuelas, Irma y Nelly, fueron mi inspiración y a mi familia, por su apoyo.

A mi novio, Emmanuel, por tener una paciencia infinita y estar para mí en todo momento.

A mi gemela, Sofi, por ser una amiga incondicional, escucharme siempre y acompañarme en toda la carrera, hasta en la distancia.

A Cin, por hacerme reír y a Noe por brindarme su amistad todos estos años. A Flor, por guiarme cuando estaba perdida con tantas cosas por hacer.

A Amalia, por ayudarme con el análisis de datos y siempre alentarme a seguir.

A Verónica Fernández, mi tutora, por brindarme su conocimiento, su calidez y su ayuda desinteresada en todo momento.

A Vivian Minnaard, que siempre me atendió con paciencia y pudo ayudarme a solucionar los problemas que surgían en este proceso.

A Facundo Arrojo, por brindarme sus conocimientos de psicología y resiliencia.

A Lisandra Viglione, que me brindó su conocimiento al inicio de este trabajo.

A Mariana Rodríguez por enviarme la escala de resiliencia, haciendo posible la elección de este tema.

Al Centro de Jubilados y Pensionados Peralta Ramos Oeste, por abrirme sus puertas, en especial, a su presidenta Graciela Radetich y a la comisión directiva por brindarme su tiempo y apoyo.

Y, por último, a todos los adultos mayores que hicieron posible esta tesis.

**Introducción:** Los adultos mayores son reconocidos como un grupo de riesgo por los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren en su organismo, a su vez, durante el envejecimiento intervienen una serie de factores que tienen importante incidencia en los cambios psicológicos, emocionales y a nivel social.

**Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de Resiliencia, el estado nutricional, la realización de actividad física, la presencia de Enfermedades Crónicas No transmisibles y los hábitos alimentarios en adultos mayores que asisten a un Centro de Jubilados y Pensionados de la Ciudad de Mar del Plata.

**Materiales y métodos:** El estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La unidad de análisis está compuesta por cada uno de los individuos con edad de 65 años o más que concurren a un Centro de Jubilados y Pensionados de la ciudad de Mar del Plata, la muestra es de 40 adultos mayores.

El estado nutricional se evaluó por medio de medidas de peso y talla y su relación en el indicador IMC, se utilizó la estimación indirecta de la talla a través de la altura de rodilla en los casos que así lo requerían. Se evaluaron los hábitos alimentarios, la realización de actividad física y presencia de ECNT por medio de una encuesta, y el nivel de resiliencia por medio de la escala de resiliencia Wagnild & Young versión argentina.

**Resultados:** Un 32% de los adultos mayores presentaban sobrepeso, un 23% obesidad y un 15% bajo peso, una alta prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, siendo la hipertensión arterial (65%) y la dislipemia (55%) las enfermedades más recurrentes. Realizan actividad física el 87% de los adultos mayores encuestados pero muchos de ellos no alcanzan a cumplir con las recomendaciones de 150 minutos semanales. Se observó un consumo elevado de sal y alimentos fritos, y un bajo consumo de agua y vegetales, adecuado consumo de lácteos y frutas. Los adultos mayores evaluados poseen autonomía en la compra y preparación de las comidas. El nivel de resiliencia fue, en su mayoría, moderado (65%) y alto (27,5%). Se encontró una relación entre el nivel de resiliencia y la realización de actividad física.

**Conclusiones:** Se puede concluir que realizar actividad física aumenta los niveles de resiliencia en la muestra analizada y no ha podido demostrarse si existe alguna relación entre el nivel de resiliencia, el estado nutricional y la presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

**Palabras claves:** Adultos mayores, resiliencia, actividad física, estado nutricional, hábitos alimentarios

**Introduction:** The elderly are recognized as a risk group because of the anatomical and physiological changes that take place in their body, at the same time, a number of factors have significant impact on the psychological, emotional and social level changes.

**Objective:** To determine the connection between the resilience level, the nutritional condition, physical activity habits, the presence of Chronic Noncommunicable Diseases and eating habits in elderly attending a Senior Center in Mar del Plata.

**Materials and Methods:** The study is quantitative, descriptive and cross-sectional approach. The population study is formed by every individual over 65 years old or older attending a Senior Center in Mar del Plata, the sample is 40 people.

The nutritional status was analyzed by weight, height and BMI, knee height was used to estimate height in required cases. Eating habits, physical activity habits and presence of chronic diseases were analyzed through a survey, the level of resilience was analyzed through resilience scale by Wagnild & Young (Argentine version).

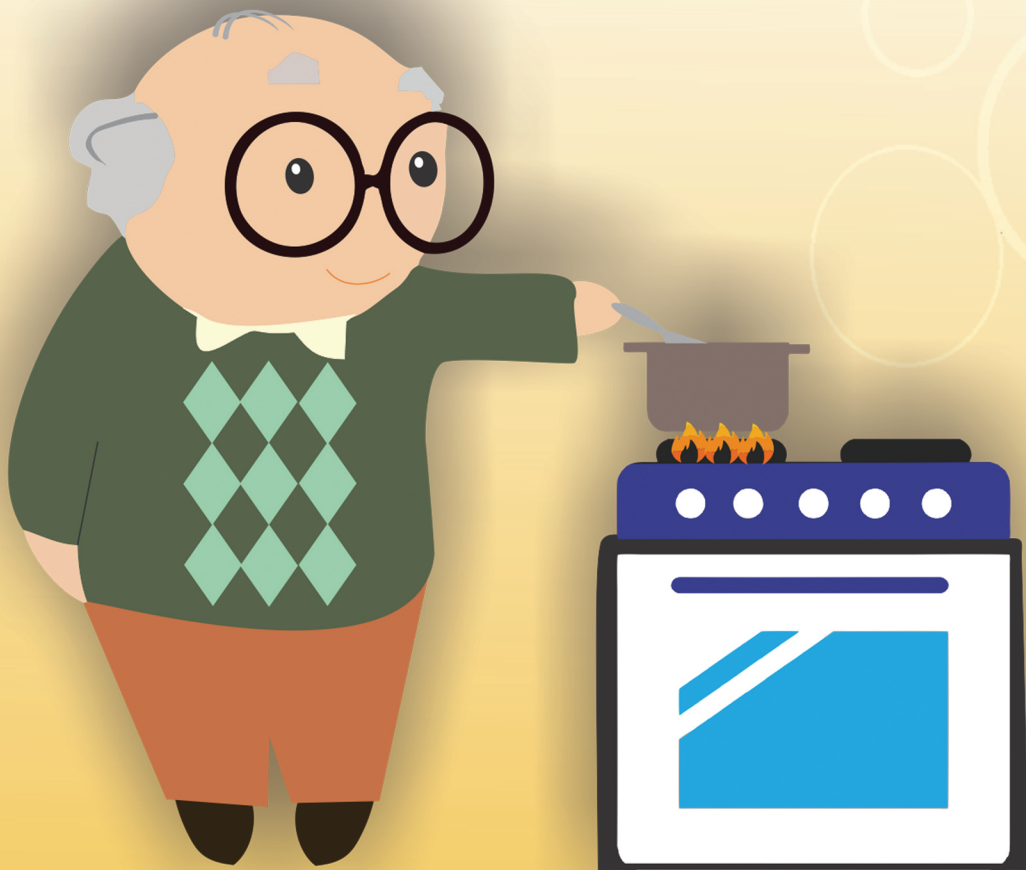
**Results:** 32% of older adults were overweight, 23% obese and 15% underweight, a high percentage of Chronic Noncommunicable Diseases: hypertension (65%) and dyslipidemia (55%) were the most common diseases. 87% of them perform physical activities but many of them do not obey the recommendations of 150 minutes per week. With regard to food intake it is observed high salt and fried food consumption, low consumption of water and vegetables, and adequate intake of dairy products and fruits. Evaluated people have autonomy in buying and preparing meals. The resilience level was mostly moderate (65%) and high (27.5%). It was found that performing physical activity increases resilience level.

**Conclusions:** Based on the sample analyzed, it can be concluded that physical activity increases resilience levels and could not been demonstrated whether there is any connection between the resilience level, the nutritional status and the presence of Chronic Noncommunicable Diseases.

**Keywords:** Elderly, resilience, physical activity, nutritional status, eating habits

<i>Introducción.....</i>	<i>1</i>
<i>Capítulo 1:</i>	
<i>Envejeciendo positivamente.....</i>	<i>6</i>
<i>Capítulo 2:</i>	
<i>Resiliencia-Psicología positiva.....</i>	<i>17</i>
<i>Diseño metodológico.....</i>	<i>27</i>
<i>Análisis de datos.....</i>	<i>37</i>
<i>Conclusión.....</i>	<i>65</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>69</i>

# Introducción



En nuestro país el proceso de envejecimiento de la población ha avanzado de manera sostenida durante el siglo XX, siendo uno de los países más envejecidos de la región. Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población mundial tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. (OMS, 2015)<sup>1</sup>

La etapa del ciclo vital del adulto mayor se inicia cronológicamente a partir de los 65 años de edad y es el resultado de transformaciones, aprendizajes y experiencias que la persona ha ido adquiriendo a lo largo de su vida. (Ocampo Chaparro & Londoño, 2007)<sup>2</sup>

En materia de salud, los adultos mayores son reconocidos como grupo de riesgo por los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren en su organismo, como disminución del metabolismo basal, redistribución de la composición corporal, alteraciones en el funcionamiento del aparato digestivo, modificaciones en la percepción sensorial y en la capacidad masticatoria, disminución de la sensibilidad a la sed, aumento de la frecuencia y gravedad de las enfermedades. Asimismo, durante el envejecimiento acontecen una serie de factores interrelacionados que tienen importante incidencia en los cambios psicológicos y emocionales, los aspectos psicosociales juegan un rol fundamental en esa etapa de la vida, se producen numerosos cambios sociales, económicos y psicológicos que implican una pérdida y generan modificaciones en el entorno social del anciano. (López & Suárez, 2005)<sup>3</sup>

Los hábitos de consumo alimentario son complejos y en cada grupo de edad varían sus características y determinantes, en la elección de un alimento contribuyen aspectos económicos, culturales y sociales, sin embargo, el perfil de las preferencias y aversiones a los alimentos varían a lo largo de los años. Las preferencias alimentarias en la vejez juegan un papel importante, debido a que los gustos se modifican hacia un consumo de alimentos más cómodos, de fácil digestión, masticación, de preparaciones sencillas y tradicionales. (Ruiz Vadillo, González Rodríguez, López Gallo, Zarrabeitia Calle & Pérez Rodrigo, 2002)<sup>4</sup>.

Las enfermedades crónicas se caracterizan por su larga duración y su progresividad, dentro de las enfermedades no transmisibles, se encuentran las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, algunos tipos de cáncer y la diabetes. Gran parte de las enfermedades crónicas aparecen en esta etapa del ciclo vital debido a la interacción de procesos mórbidos y el deterioro de las funciones fisiológicas, por lo que las enfermedades

---

<sup>1</sup> Corresponde al Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud.

<sup>2</sup> En esta etapa del ciclo vital los cambios físicos y psicológicos se tornan más evidentes y pueden limitar la funcionalidad de la persona; también adquieren significado los cambios que se producen en el ciclo vital familiar.

<sup>3</sup> Por ejemplo, cambios en las capacidades cognitivas, deterioro de la memoria, mayor prevalencia de demencia, depresión, pérdida del cónyuge, cambios en el rol social, en su actividad laboral y en su inserción en la sociedad.

<sup>4</sup> Estudio transversal sobre hábitos alimentarios en una muestra de personas mayores de 60 años. El conocimiento de las preferencias y aversiones alimentarias de las personas de edad avanzada es útil para planificar intervenciones basadas en la educación nutricional.

cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y algunas formas de cáncer se presentan con mayor incidencia. (FAO/OMS, 2003) & (Marchionni, Caporale, Conconi & Porto, 2011)<sup>5</sup>

El estado nutricional del adulto mayor depende de variados factores antes mencionados que pueden afectar su salud, siendo este sector de la población más vulnerable a sufrir algún tipo de malnutrición, por lo tanto, es necesario brindar herramientas oportunas para una correcta nutrición, teniendo en cuenta las cuestiones psicológicas y sociales que pueden estar involucradas en su alimentación. Sin embargo, ante estos factores se pueden identificar individuos que se encuentran con un estado nutricional óptimo, presentan hábitos alimentarios saludables y son personas activas y optimistas, pese a las adversidades.

*...” Existen individuos que son capaces de desarrollar procesos que les permiten afrontar, adaptarse y prosperar de cara a situaciones tan estresantes y adversas como pueden ser el envejecimiento en sus aspectos individuales, sociales y simbólico culturales. A estos procesos sociales e intrapsíquicos se les conoce como resiliencia”. (Cárdenas Jiménez & López Díaz, 2011).<sup>6</sup>*

La resiliencia es un término que congrega saberes de distintas áreas y sectores, mayormente el de la psicología, antropología, sociología y también en el sector de salud, ya que el concepto ha estado presente en la génesis de la promoción de la salud (Melillo, Suarez Ojeda & Rodríguez, 2004).<sup>7</sup>

A medida que la población envejece se encuentra expuesta a situaciones amenazadoras por lo que puede verse afectada su calidad de vida, tanto de manera directa como indirecta. (Vinaccia, Quiceno & Remor, 2012)<sup>8</sup>.

*“La resiliencia es un rasgo personal cultivado a lo largo de la historia del sujeto, y que posiblemente, se ha constituido como vínculo temprano siendo condición para el desarrollo de una particular apropiación de los sucesos de la vida”. (Saavedra Guajardo & Villalta Paucar, 2008).<sup>9</sup>*

---

<sup>5</sup>Un 60% de las muertes mundiales se atribuyen a enfermedades crónicas, pero esta proporción varía con el grado de desarrollo de las regiones, siendo mayor en los países más desarrollados.

<sup>6</sup> El objetivo del estudio fue caracterizar la literatura sobre resiliencia y vejez publicada entre los años 1990 a 2006. Tras la búsqueda sistemática en cinco bases se encontró un total de 31 definiciones diferentes para la resiliencia, surgidas de ocho disciplinas, principalmente de campos relacionados con la salud.

<sup>7</sup> Caracteriza a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

<sup>8</sup> Del trabajo publicado: Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos.

<sup>9</sup> Las fuentes interactivas de la resiliencia tienen que ver precisamente con la forma en cómo el sujeto se apropia de la realidad a través del habla y que abre posibilidad al comportamiento saludable o de superación de los eventos traumáticos.

Diversos estudios realizados en adultos mayores, indican una relación positiva entre la práctica de ejercicio físico y la mejora de la autoestima que aumentan el bienestar psicológico del individuo, reduciendo la ansiedad o el estrés. (Gracia & Marcó, 2000)<sup>10</sup>.

La actividad física en el adulto mayor puede impactar favorablemente sobre la composición corporal, mayormente sobre la grasa corporal y la presión arterial. La capacidad de los adultos mayores para responder a la actividad física progresiva, depende de la frecuencia, intensidad y duración de los ejercicios. (Ávila Funes & García Mayo, 2004) & (Alemán Mateo, Esparza Romero & Valencia, 1999)<sup>11</sup>

El término envejecimiento activo valoriza factores sociales, educativos y laborales que afectan al envejecimiento de individuos y poblaciones. El concepto de activo conlleva actividades socialmente productivas y gratificantes, *implica* reconocer las capacidades de las personas, aun cuando se pierdan algunas habilidades, el envejecimiento *con derechos* reconoce que los derechos humanos son universales y, por lo tanto, independientes de raza, religión, sexo o edad. (Gascón & Lombardi)<sup>12</sup>

A partir de lo expuesto se plantea:

¿Cuál es el nivel de Resiliencia con relación al estado nutricional, la realización de actividad física y la presencia de Enfermedades Crónicas No transmisibles en adultos mayores que asisten a un Centro de Jubilados y Pensionados de la Ciudad de Mar del Plata?

Objetivo general:

Determinar la relación entre el nivel de Resiliencia, el estado nutricional, la realización de actividad física y la presencia de Enfermedades Crónicas No transmisibles en adultos mayores que asisten a un Centro de Jubilados y Pensionados de la Ciudad de Mar del Plata.

---

<sup>10</sup> Estudio sobre los efectos psicológicos de la actividad física en adultos mayores

<sup>11</sup> Existen diversas modalidades de ejercicio: el ejercicio aeróbico y el entrenamiento de fuerza. Una actividad aeróbica requiere de ejercicio continuo de varios grupos musculares, aumentando así la frecuencia cardíaca sobre su nivel en reposo por un periodo sostenido de tiempo; este tipo de ejercicio es beneficioso para los adultos mayores sanos y para el tratamiento de enfermedades crónicas. El entrenamiento de fuerza genera fuerza aumenta de forma progresiva con el tiempo.

<sup>12</sup> Según la Organización Mundial de la salud el envejecimiento activo se define como el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas sociales, económicas y culturales que afectan al envejecimiento de las personas. Se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población, permitiendo a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, mientras participan en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, proporcionándoles protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.



Objetivos específicos:

- ✓ Indagar el nivel de Resiliencia en adultos mayores.
- ✓ Evaluar el estado nutricional del adulto mayor a través de indicadores antropométricos.
- ✓ Estimar el tipo y frecuencia de actividad física realizada por la población a estudiar.
- ✓ Identificar la presencia de Enfermedades Crónicas No transmisibles
- ✓ Describir los hábitos alimentarios de los adultos mayores que concurren a un Centro de Jubilados y Pensionados de la Ciudad de Mar del Plata.

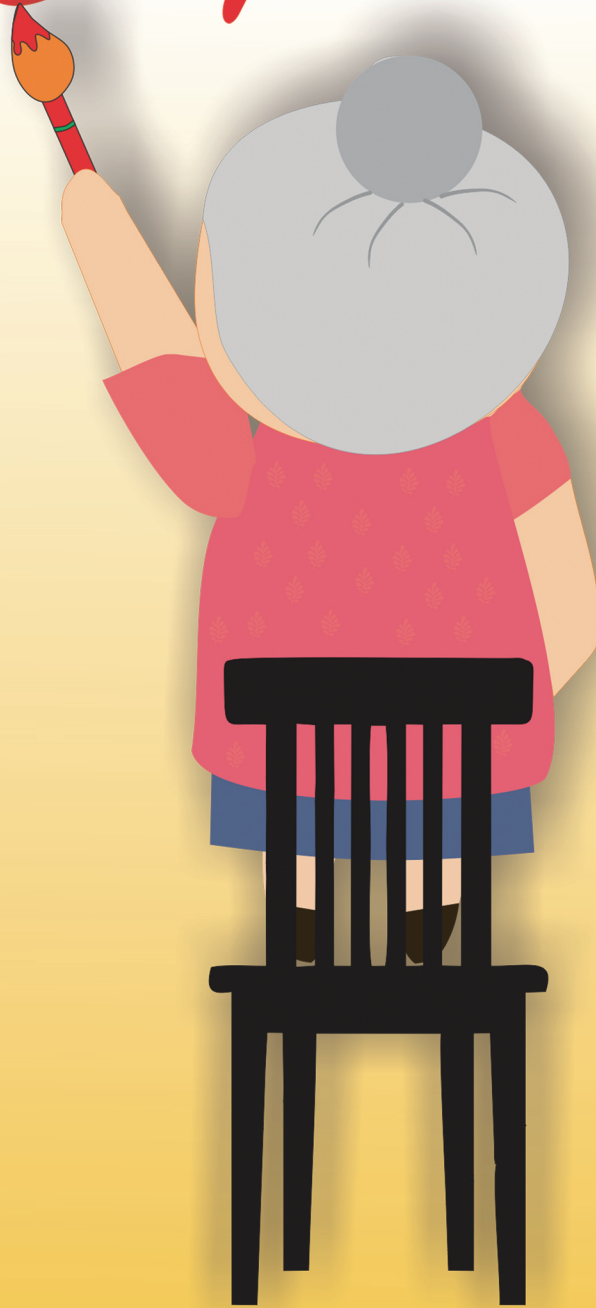
A continuación, se presentan las hipótesis:

H1: El estado nutricional depende del nivel de resiliencia

H1: La presencia de ECNT depende del nivel de resiliencia

H1: El nivel de resiliencia depende de la realización de actividad física

# Capitula 1



El envejecimiento es un proceso que ocurre en todos los seres vivos, es natural y se caracteriza por ser progresivo, heterogéneo y multifactorial; se presenta en la última etapa del ciclo vital donde se observa una disminución progresiva de la reserva de la capacidad funcional y por lo tanto, en una menor adaptación a factores del medio ambiente. Se considera una etapa de gran vulnerabilidad en los aspectos físico, psíquico y social, esto puede progresar y provocar así una fragilidad en el adulto mayor caracterizada por la pérdida de funcionalidad, fuerza y reserva fisiológica y aumentando así, las posibilidades de sufrir enfermedades. La etapa del ciclo vital del adulto mayor se inicia cronológicamente a partir de los 65 años de edad y es el resultado de transformaciones, aprendizajes y experiencias que la persona ha ido adquiriendo a lo largo de su vida; se realiza una visión retrospectiva de la vida, se evalúan las metas y logros alcanzados. Como todas las etapas de la vida, tiene sus rasgos que la identifican, pero también tiene sus diferencias y variabilidad entre las personas, según el momento en el que llega a esta etapa, como llega y como vivencia esta fase, la vejez es la etapa donde más se notan estas diferencias, en el sentido en que hay tantas maneras de vivirla como individuos existen. (Ocampo Chaparro & Londoño, 2007)<sup>1</sup>.

*“Se entiende como adulto mayor a toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales”.* (Restrepo, Morales, Ramírez, López & Varela, 2006)<sup>2</sup>

Existen numerosas definiciones sobre el envejecimiento, la más aceptada es aquella que lo considera como:

*“La suma de todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte”.* (De Girolami, & Gonzáles Infantino, 2008)<sup>3</sup>

Se consideran tres factores que contribuyen en los cambios relativos al envejecimiento, en proporciones que varían de un sujeto a otro. El primer factor es lo que denominan envejecimiento intrínseco o primario y que deriva en gran parte de la carga genética, afectando así a todos los sujetos y a cada uno de los componentes del mismo. Junto a ello existe lo que se conoce como envejecimiento extrínseco o secundario que puede dividirse en los cambios que tienen su origen en la enfermedades o accidentes que, en mayor o menor medida, pueden

---

<sup>1</sup> En este artículo se define vejez como un estado por el que pasan los seres humanos, el último período del ciclo vital.

<sup>2</sup> Envejecer es un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social.

<sup>3</sup> Aún no se han establecido las causas que conducen al envejecimiento, pero existen gran cantidad de teorías que intentan explicarlo.

influir en la longevidad que puede alcanzar un individuo como en su calidad de vida; y por último el tipo de vida que ha llevado incluyendo el ambiente donde se ha desarrollado y con los consiguientes factores de riesgo a los que ha estado expuesto. (Serrano Ríos, Cervera Ral, Nomdedeu, Ribera Casado & Sastre Gallego, 2010)<sup>4</sup>

Distintos cambios fisiológicos ocurren como parte normal del envejecimiento y la aparición de los mismos varía de un individuo a otro, en el sistema cardiovascular existe una disminución en su funcionamiento a partir del transcurso de los años, por ejemplo, se produce la disminución de la contractibilidad del miocardio, reducción del volumen cardíaco y aumento de la resistencia periférica durante el reposo; la tasa metabólica basal comienza a disminuir a lo largo de la vida, aproximadamente un 20%, junto con niveles de actividad física bajos, como resultado la merma del requerimiento energético diario; la capacidad pulmonar también se encuentra disminuida; por lo que en esta población se encuentra limitada la capacidad frente al ejercicio. La fuerza muscular y el número de células musculares también presentan una disminución con la edad, la masa muscular se reemplaza por tejido graso alterando la composición corporal. (López & Suárez, 2005) <sup>5</sup>

Se producen cambios en la masa muscular observándose un descenso de la masa libre de grasa, pérdida atribuida en su mayoría a una reducción del músculo esquelético y densidad mineral ósea. La masa muscular desciende progresivamente con un aceleramiento de la pérdida después de los 60 años, esta pérdida puede ser independiente al peso corporal. La reducción de la masa muscular que se asocia al proceso de envejecimiento se denomina sarcopenia, la cual contribuye al desarrollo de limitaciones funcionales y discapacidad; la disminución de la fuerza muscular impacta sobre el desempeño físico limitando la movilidad. Otra variación se puede observar en la masa ósea, debido a que disminuye durante el proceso de envejecimiento tanto en mujeres como en hombres, acelerándose con la edad, produciéndose un desequilibrio entre la creación y destrucción de tejido óseo, aumentando de esta manera la fragilidad ósea en los adultos mayores. (Arroyo et. al, 2007) & (Gómez-Cabello, Vicente Rodríguez, Vila-Maldonado, Casajús, & Ara, 2012) <sup>6</sup>

El envejecimiento está asociado a la aparición de cambios estructurales y declinación de la función renal; observándose una pérdida del parénquima renal, engrosamiento de la pared arterial, esclerosis de las arterias glomerulares y disminución de glomérulos

---

<sup>4</sup> En términos biológicos el proceso de envejecer se caracteriza por una pérdida de nuestros mecanismos de reserva, con el consecuente aumento de la vulnerabilidad ante estímulos cada vez menos potentes.

<sup>5</sup> Los adultos mayores experimentan una serie de cambios asociados al envejecimiento que determinan que su fisiología sea muy distinta a la de los sujetos en edad media de la vida.

<sup>6</sup> Los adultos mayores experimentan una serie de cambios asociados al envejecimiento que determinan que su fisiología sea muy distinta a la de los sujetos en edad media de la vida.

funcionales; además de los trastornos estructurales, se produce la disminución en la producción y respuesta a las sustancias vasodilatadoras. (Salech, Jara & Michea, 2012)<sup>7</sup>.

Entre los riesgos alimentarios en adultos mayores, se encuentran la desnutrición asociada a enfermedades infecciosas, cambios en el aparato circulatorio y en el sistema digestivo; factores de riesgo como la depresión, el aislamiento social, la falta de acceso a la información nutricional y pobreza, alteraciones mentales como la demencia, los cambios en la visión, gusto u olfato, enfermedades gastrointestinales, deficiencias motoras, dificultad para la masticación, anorexia asociada a la ingesta de fármacos, aumento de la saciedad o EPOC, entre otros, influyen así en el estado nutricional. (Amador Muñoz & Esteban Ibáñez, 2015)<sup>8</sup>

**Tabla N° 1:** Cambios morfológicos y funcionales asociados al envejecimiento.

	<b>CAMBIOS MORFOLÓGICOS</b>	<b>CAMBIOS FUNCIONALES</b>
<b>Cardiovascular</b>	-Aumento de matriz colágena en túnica media -Pérdida de fibras elastina -Hipertrofia cardiaca: Engrosamiento septum -Disminución cardiomiocitos y aumento matriz extracelular	-Rigidez vascular y cardíaca -Mayor disfunción endotelial -Volumen expulsivo conservado -Mayor riesgo de arritmias
<b>Renal</b>	-Adelgazamiento corteza renal -Esclerosis arterias glomerulares -Engrosamiento membrana basal glomerular	-Menor capacidad para concentrar orina -Menores niveles renina y aldosterona -Menor hidroxilación vitamina D
<b>Nervioso Central</b>	-Menor masa cerebral -Aumento líquido cefalorraquídeo -Mínima pérdida neuronal, focalizada -Cambios no generalizados de arborización neuronal	-Menor focalización actividad neuronal -Menor velocidad procesamiento -Disminución memoria de trabajo -Menor destreza motora
<b>Muscular</b>	-Pérdida de masa muscular -Infiltración grasa	-Disminución fuerza -Caídas -Fragilidad
<b>Metabolismo Glucosa</b>	-Aumento de grasa visceral -Infiltración grasa de tejidos -Menor masa de células beta	-Mayor Producción adipokinas y factores inflamatorios -Mayor resistencia insulínica y diabetes

Fuente: Baylis & Corman, 1998 (Modificado Salech M & cols, 2012)

Otro factor de riesgo es la obesidad, estudios demuestran que normalmente se tiende a ganar peso con el pasar de los años, debido a una disminución de la actividad física, menor

<sup>7</sup> El envejecimiento no afecta los valores basales de electrolitos plasmáticos ni se ha observado alteraciones en la capacidad de mantención del balance hidroelectrolítico en condiciones de dieta balanceada y disponibilidad de agua para la ingesta

<sup>8</sup> Enfermedades gastrointestinales como disfagia o dolor abdominal; deficiencias motoras como artritis, insuficiencia respiratoria o cardíaca; alteraciones mentales como demencia.

consumo de energía o a un aumento en la ingesta; sin embargo, en algunos individuos son más frecuentes enfermedades en las que la obesidad es un síntoma. Estudios han mostrado asociación entre el índice de masa corporal y limitaciones funcionales, por lo que un mayor peso corporal se asocia con pérdida de movilidad y limitaciones funcionales. (Amador Muñoz & Esteban Ibáñez, 2015) & (Arroyo et. al, 2007)<sup>9</sup>

El descenso de la masa muscular que se produce a lo largo del proceso de envejecimiento está ligado a un aumento de la masa grasa; debido a esto se puede hablar de un nuevo concepto, la obesidad sarcopénica. La pérdida de músculo es la causa principal de la disminución de la fuerza, la sarcopenia es una condición de la edad avanzada que tiene como característica la vulnerabilidad a agentes estresantes y disminución en la capacidad para mantener la homeostasis. (Ávila Funes & García Mayo, 2004) & (Gómez-Cabello, et. al, 2012)<sup>10</sup>

Las enfermedades crónicas se caracterizan por su larga duración y su progresividad, dentro de las enfermedades no transmisibles, se encuentran las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, algunos tipos de cáncer y la diabetes. Las enfermedades cardiovasculares son los trastornos del corazón o vasos sanguíneos, entre los factores de riesgo se encuentra la hipertensión arterial, niveles elevados de colesterol, el sobrepeso y la obesidad, una ingesta pobre de frutas y verduras, el sedentarismo y el consumo de tabaco. Las enfermedades respiratorias afectan las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón, las más comunes son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma. Se designa cáncer a un conjunto de enfermedades que se caracteriza por la proliferación de células anormales y su diseminación a otras zonas del cuerpo, entre los factores de riesgo modificables se encuentran el consumo de tabaco, el sobrepeso y la obesidad, inadecuada alimentación, deficiente actividad física y el consumo excesivo de alcohol. En lo que respecta a la diabetes, la que se denomina tipo 2 se asocia a factores de riesgo controlables, como el sobrepeso y obesidad, el sedentarismo y una dieta poco saludable. (Marchionni, Caporale, Conconi & Porto, 2011)<sup>11</sup>

Gran parte de las enfermedades crónicas aparecen en esta etapa del ciclo vital debido a la interacción de procesos mórbidos y el deterioro de las funciones fisiológicas, por lo que

---

<sup>9</sup> El tejido adiposo aumenta con la edad, fundamentalmente a nivel de abdomen y caderas; el exceso de grasa abdominal es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

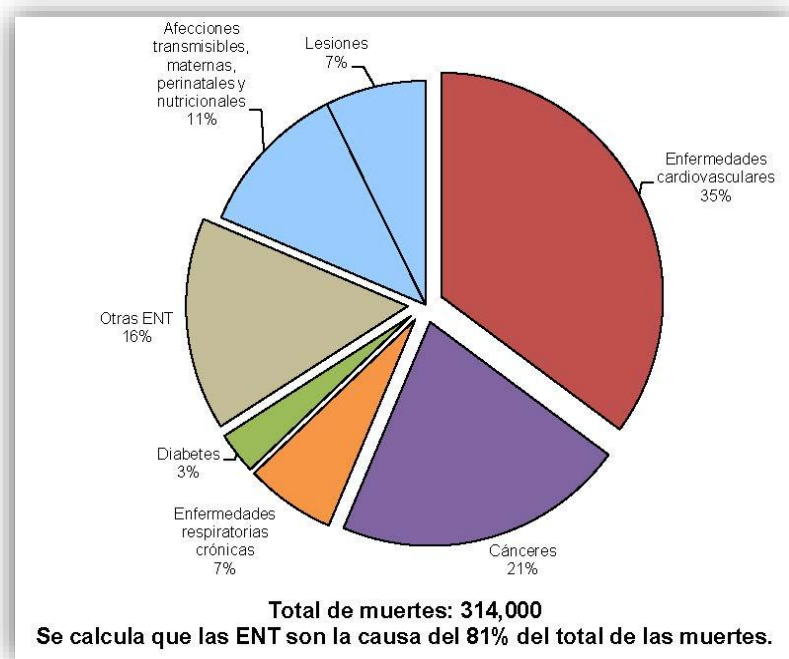
<sup>10</sup> Obesidad sarcopénica se define como la presencia de una masa muscular esquelética 2 desviaciones estándar por debajo de la media para población joven (< 7,26 kg/m<sup>2</sup> en hombres y < 5,45 kg/m<sup>2</sup> en mujeres) con un porcentaje de grasa corporal mayor que la mediana (> 27% en hombres y > 38% en mujeres).

<sup>11</sup> Un 60% de las muertes mundiales se atribuyen a enfermedades crónicas, pero esta proporción varía con el grado de desarrollo de las regiones, siendo mayor en los países más desarrollados. Por otro lado, en los países de ingresos medios a bajos casi la mitad de las muertes y carga de enfermedad son dadas por las enfermedades crónicas y esta asciende un 90% aproximadamente en los países de ingresos superiores.

las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y algunas formas de cáncer se presentan con mayor incidencia. Aunque gran parte de estas enfermedades se manifiestan en el envejecimiento, la modificación de los factores que producen riesgo y la adopción de comportamientos que mejoren el estado de salud, como el ejercicio y una alimentación saludable, conllevan grandes beneficios para las poblaciones de avanzada edad. (OMS, 2003)<sup>12</sup>

La actividad física en el adulto mayor puede impactar favorablemente sobre la composición corporal, mayormente sobre la grasa corporal y la presión arterial. La capacidad de los adultos mayores para responder a la actividad física progresiva, depende de la frecuencia, intensidad y duración de los ejercicios. (Ávila Funes & García Mayo, 2004) & (Alemán Mateo, Esparza Romero & Valencia, 1999)<sup>13</sup>

**Imagen N°1: Causas de mortalidad proporcional**



Fuente: OMS, 2014

Se determinó que los individuos con mayores niveles de actividad física tienden a presentar un mejor estado general, a pesar de que continúa el deterioro normal propio de la edad, la actividad física es fundamental para mantener un adecuado nivel de calidad de vida; además se ha demostrado mejoras en la producción de placer y bienestar mental. Se puede demostrar una relación positiva entre la práctica de ejercicio físico y la mejora de la

<sup>12</sup> Los cambios alimentarios se caracterizan por una dieta con mayor densidad energética, más consumo de grasa y azúcar, una mayor ingesta de grasas saturadas combinada a una disminución de hidratos de carbono complejos, fibra y menor consumo de frutas y vegetales. A su vez se combinan con una reducción de la actividad física.

<sup>13</sup> Existen diversas modalidades de ejercicio: el ejercicio aeróbico y el entrenamiento de fuerza. Una actividad aeróbica requiere de ejercicio continuo de varios grupos musculares, aumentando así la frecuencia cardíaca sobre su nivel en reposo por un periodo sostenido de tiempo; este tipo de ejercicio es beneficioso para los adultos mayores sanos y para el tratamiento de enfermedades crónicas.



autoestima, además de estados emocionales positivos aumentando así el bienestar psicológico del individuo. (Mora, Villalobos, Araya & Ozols, 2004) & (Gracia & Marcó, 2000)<sup>14</sup>

Además de los cambios fisiológicos provocados, los aspectos psicosociales juegan un rol fundamental en esa etapa de la vida, se producen numerosos cambios sociales, económicos y psicológicos que implican una pérdida y generan modificaciones en el entorno social del adulto mayor. Cabe mencionar la situación de pérdida del cónyuge, siendo éste un episodio complejo que la persona debe superar; a su vez, el alejamiento geográfico de los miembros de la familia produce una disminución en el apoyo mutuo y la sociabilidad que esa relación aporta. La mayoría de los jubilados perciben ingresos menores comparados a los recibidos cuando trabajaban, en consecuencia, esta situación puede modificar el nivel de vida y generar sentimientos de preocupación y de pérdida de independencia económica. (López & Suárez, 2005)<sup>15</sup>

Envejecer se asocia con el deterioro económico, físico y mental que genera una pérdida de autonomía, donde parientes, familiares y amigos son considerados como fuente de apoyo. El apoyo social se entiende como aquellas formas de ayuda que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las distintas etapas de su vida, como ser en lo material y emocional; se puede clasificar como apoyo informal a la familia, amigos, vecinos; y como apoyo formal a instituciones que ofrecen atención en salud u organizaciones especializadas o grupos humanitarios. (Cardona Arango, Estrada Restrepo & Agudelo García, 2003)<sup>16</sup>

El envejecimiento de la población es el resultado de una tendencia de disminución de las tasas de fecundidad y aumento de la esperanza de vida. En consecuencia, se aproxima el momento en que el número de personas mayores superará al de jóvenes.

*“El envejecimiento de la población se vincula estrechamente con el desarrollo económico. Si bien las regiones actualmente desarrolladas como Europa occidental, el Japón, los Estados Unidos y el Canadá fueron las primeras en pasar por esta transición demográfica, hoy en día son los países menos desarrollados los que experimentan dicho cambio pero de una manera extraordinaria”. (OMS, 2010)<sup>17</sup>*

---

<sup>14</sup> Los adultos mayores con mayores niveles de actividad física, ya sea en frecuencia como en duración, tienden a tener un mejor nivel de calidad de vida.

<sup>15</sup> Las importantes repercusiones que ejerce el proceso de envejecimiento en el funcionamiento de las sociedades y en el bienestar afectan no solo a los adultos mayores, sino también a las personas más jóvenes.

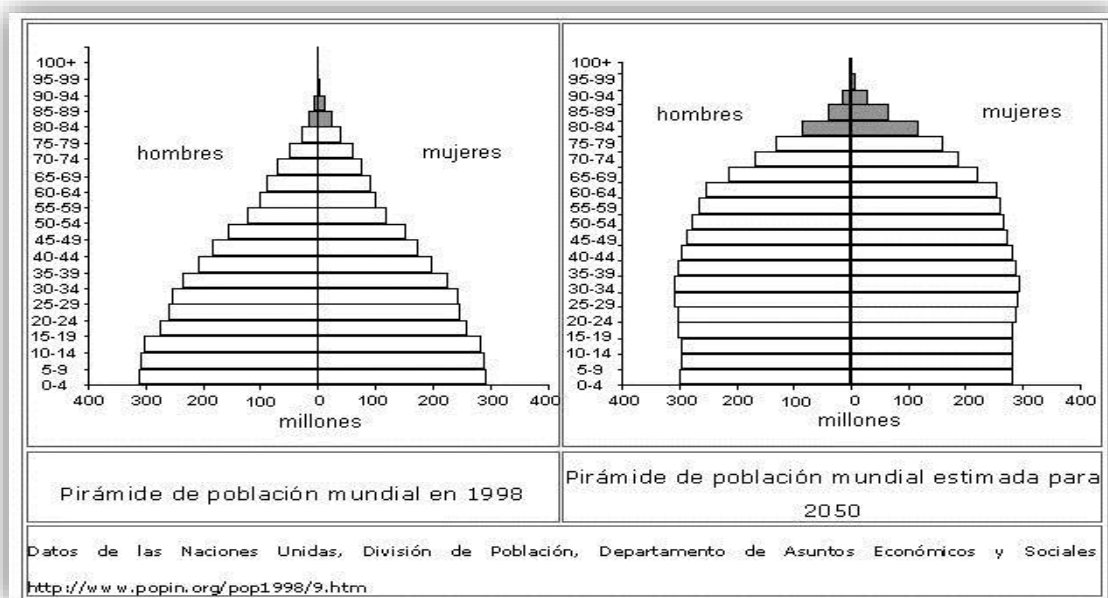
<sup>16</sup> Estudio en adultos mayores para identificar y analizar la autonomía y redes de apoyo social en la ciudad de Medellín, en el año 2002.

<sup>17</sup> Según OMS hay alrededor de 600 millones de personas de 60 años y más; esta cifra se duplicará hacia el año 2025 y llegará a casi dos mil millones hacia el año 2050.



Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica, comenzando este proceso desde 1970, según el Censo Nacional de 2001 la población de personas de 60 o más representa el 13,4% de la población total. La esperanza de vida en el país es de 78,1 años para las mujeres y de 70,6 años para los varones y en el número de años que le restarían por vivir a un individuo al cumplir los 60 años es de 22, 5 años para las mujeres y de 17,8 años para los hombres. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2007)<sup>18</sup>

Imagen N°2: Población adulta mayor estimada para el año 2050



Fuente: Ministerio de la Salud de la Nación Argentina, 2007

El interés de los seres humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al desarrollo de la ciencia y la técnica, sustentan la tendencia actual que considera que es importante el vivir más años, también es esencial que estos transcurran con la mejor calidad de vida posible. Las investigaciones sobre el tema se dirigen ya no sólo a los aspectos relacionados con el proceso “fisiológico” de envejecer; también se pretende conocer aquellas condiciones que colocan al adulto mayor en situación de riesgo, o que potencian la disminución progresiva del homeostasis y de la capacidad de reserva inherentes al envejecimiento. En lo que concierne a la especie humana se reconocen el envejecimiento individual que es el proceso de evolución que experimenta cada persona en el transcurso de su vida, y el envejecimiento poblacional es el incremento del número de adultos mayores con respecto al conjunto de la población a que pertenecen. Como ya se ha mencionado el

<sup>18</sup> Las provincias con mayor porcentaje de mayores de 65 años son: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos, Mendoza y Tucumán. Varios factores determinan el cambio en la estructura demográfica, por un lado el descenso de las tasas de fecundidad y de mortalidad, y por otro lado, el aumento de la esperanza de vida al nacer.

envejecimiento individual primario es el proceso responsable del conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad, centrándose en los mecanismos genéticos, moleculares y celulares que intervienen y que pueden condicionar lo que se ha denominado envejecimiento exitoso. El envejecimiento secundario es el que se produce en los seres vivos cuando son sometidos a la acción de fenómenos aleatorios y selectivos, que ocurren a lo largo de su vida y que interaccionan con los mecanismos y cambios propios del envejecimiento primario para producir el “envejecimiento habitual”. Los principales representantes de este envejecimiento secundario son los problemas de salud de carácter crónico y los cambios adaptativos para mantener la homeostasis. La característica fundamental común a cualquiera de ellos es la pérdida de la reserva funcional, que condiciona una mayor susceptibilidad a la agresión externa al disminuir los mecanismos de respuesta y su eficacia para conservar el equilibrio del medio interno, manifestándose inicialmente bajo circunstancias de estrés para luego pasar a manifestarse ante mínimas agresiones. Según se pierde la reserva funcional la susceptibilidad es mayor, aumentando la posibilidad de que cualquier causa desencadene en la pérdida de función, discapacidad y dependencia. (Alonso Galbán, Sansó Soberats, Díaz-Canel Navarro, Carrasco García & Oliva, 2007)<sup>19</sup>

La edad sociofuncional, relacionada a la salud y bienestar de los adultos mayores, posee dos etapas que se diferencian entre sí, una es la delimitada mayormente por la salida del mercado de trabajo y la segunda, se define por el deterioro del estado de salud y aumento de la dependencia. (INDEC, 2012)<sup>20</sup>

El aislamiento social en adultos mayores se relaciona con un declive de las capacidades físicas y mentales; esta población presenta una probabilidad alta de perder a sus seres queridos y amigos por lo que son más vulnerables a la soledad y el aislamiento social. En su vida coexisten factores que favorecen su bienestar y que resultan además, fundamentales en su entorno social;

*“Entre ellos se pueden mencionar el apoyo social (familia, amigos, grupos sociales a los que pertenece), las oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida, la protección frente a la violencia y el abuso, la autonomía y la productividad en la vejez”. (Cardona Arango et. al, 2003)<sup>21</sup>*

---

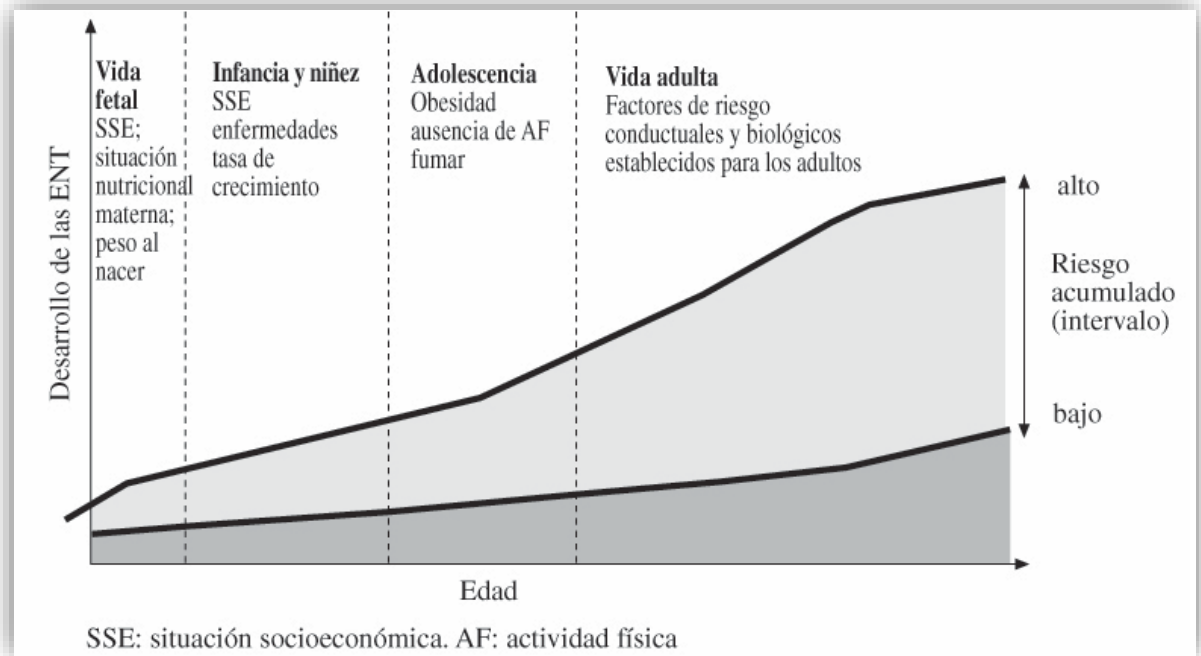
<sup>19</sup> El principio esencial de la definición clínica de fragilidad ha sido el concepto de que ningún sistema alterado por sí solo define este estado, sino que múltiples sistemas deben estar involucrados, de manera que estas desregulaciones se hacen aparentes clínicamente cuando los factores estresantes las desenmascaran ya en un fenotipo clínico.

<sup>20</sup> Según la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores un 10% de los adultos mayores presenta dependencia básica. A medida que aumenta la edad, los adultos mayores se vuelven más dependientes.

<sup>21</sup> Por lo tanto, se hace necesario para ellos el mantenimiento de una red de contactos sociales, un vínculo emocional importante que implica mantenerse activo en la comunidad.

Un cambio fundamental en la conceptualización del envejecimiento tiene que ver con visualizar la etapa como una más del ciclo de vida.

**Imagen N°3:** Ámbito de aplicación para la prevención de ENT desde un enfoque del ciclo vital



Fuente: Aboderin & col., 2002. (Extraído de OMS, 2002)

Es una etapa en la que las personas pueden seguir contribuyendo, desarrollando su potencial y ejerciendo sus derechos. Esta mirada implica dejar de ver a los mayores como frágiles y vulnerables, para reconocerlos como ciudadanos activos, que siguen contribuyendo al crecimiento económico, producen y consumen bienes y servicios, que realizan aportes a la familia y a la sociedad, y poseen derechos y responsabilidades. Dependiendo de la concepción de envejecimiento y de salud que se considere resultará el modo de percibir a los adultos mayores. El término envejecimiento activo fue presentado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud como una ampliación del envejecimiento saludable, ya que valoriza factores sociales, educativos, laborales que afectan al envejecimiento de individuos y poblaciones. El concepto de activo conlleva actividades socialmente productivas y gratificantes, implica reconocer las capacidades de las personas, aun cuando se pierdan algunas habilidades, el envejecimiento con derechos reconoce que los derechos humanos son universales y, por lo tanto, independientes de raza, religión, sexo o edad. (Gascón & Lombardi, 2007)<sup>22</sup>

<sup>22</sup> Según la Organización Mundial de la Salud el envejecimiento activo se define como el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora

El envejecimiento activo se aplica a los individuos y a los grupos de población, permitiendo a las personas lograr su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de su ciclo de vida, participando así en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, capacidades y deseos, proporcionándole protección, seguridad y cuidados cuando necesitan asistencia. El término activo refiere a una participación en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, además de la capacidad para estar físicamente activo o participar activamente. Su finalidad refiere a ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas, con inclusión de aquellas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia. (Organización Mundial de la Salud, 2002) <sup>23</sup>

---

todos los factores de las áreas sociales, económicas y culturales que afectan al envejecimiento de las personas. Se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población, permitiendo a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, mientras participan en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, proporcionándoles protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

<sup>23</sup> Reconoce que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que la diversidad del individuo tiende a aumentar con la edad, las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan la salud son importantes en todas las etapas de la vida.

# Capitula 2



La palabra “vejez” es utilizada para referirse a la última etapa de la vida de los individuos, suscitando así reacciones negativas, adquiriendo el valor de lo indeseado, siendo sinónimo de incapacidad. Sin embargo, existe otra conceptualización como etapa vital, ingresando a etapas distintas a las vividas previamente, donde cada una de ellas se constituye en una realidad propia y diferenciada, de forma similar a las otras etapas experimentadas como la infancia, adolescencia y adultez. Adjudica así a la vejez potenciales propios que la convierten en una etapa única, por ejemplo, se adquiere experiencia, conocimiento, madurez vital y perspectiva de la historia personal y social. (Zapata Farías, 2001)<sup>1</sup>

El envejecimiento se caracteriza por ser un período de retos adaptativos debido al cambio que se produce en la salud física y mental, las dificultades para el desarrollo de las actividades cotidianas, restricciones a la participación social y las limitaciones en el acceso a los servicios de salud. La combinación de estos factores puede derivar en que una alta proporción de adultos mayores se encuentre en situación de discapacidad o pobreza. Pese a esta situación, existen individuos que logran desarrollar procesos que les permiten afrontar, adaptarse y prosperar en situaciones adversas, como lo es el envejecimiento, en sus aspectos individuales, sociales y culturales. Estos procesos se los conoce como resiliencia, que es la capacidad de una persona de sobreponerse y adaptarse al estrés, permitiéndole desarrollarse como individuo, a pesar de los tiempos difíciles. (Cárdenas Jiménez & López Díaz, 2011) & (Vinaccia, Quiceno & Remor, 2012)<sup>2</sup>

El término resiliencia se empleó en un principio en el campo de la física, relacionado con la resistencia que tienen los metales al ser sometidos a altas presiones recobrando su forma original; en osteología, expresa la capacidad de los huesos de reponerse después de una fractura. El término adaptado a las ciencias sociales describe a las personas que, a pesar de vivir en situaciones de riesgo, se desarrollan psicológicamente sanas. (Rodríguez, Fernández, Pérez & Noriega, 2011)<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Artículo referido a la conceptualización de la vejez y a las valoraciones asociadas.

<sup>2</sup> A medida que la población envejece estará expuesta a situaciones amenazadoras afectando así de manera directa o indirecta la calidad de vida relacionada con la salud. Sin embargo, algunas personas pueden experimentar un profundo dolor del que no logran recuperarse mientras otras sufren menos por un periodo más breve, otras pueden recuperarse rápidamente, pero presentar problemas de salud, dificultad sociales o disminución de bienestar psicológico. A pesar de esto otras logran soportar adecuadamente problemas asociados a un evento traumático sin alteraciones en sus capacidades.

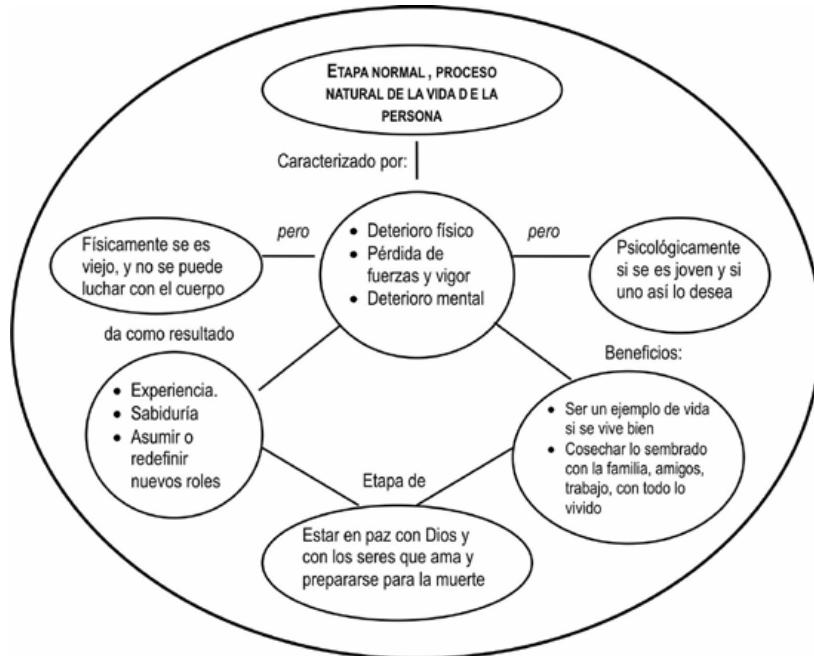
<sup>3</sup>Resiliencia proveniente del término resilience resiliency, su significado es la resistencia de los cuerpos a los choques, con habilidad para recuperarse o ajustarse nuevamente.

Podemos encontrar diversas definiciones de resiliencia en la bibliografía actual, una de ellas, la define como:

*“Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas.”* (Kotliarenco, Cáceres & Fontecilla, 1997)<sup>4</sup>

Desde hace tiempo, se ha observado que algunos seres humanos logran superar condiciones adversas y transformarlas en una ventaja. En las distintas ramas de las ciencias humanas se dio un mayor énfasis a los estados patológicos, debido a esto las investigaciones se centraron en la descripción de las enfermedades y en el descubrimiento de los factores que pudiesen explicar resultados negativos en lo biológico y mental. Sin embargo, resultaron insuficientes para explicar los fenómenos de la supervivencia humana, la aplicación del enfoque de riesgo mostró la existencia de numerosos casos que se desarrollaban en forma normal a pesar de la presencia de factores que, en otras personas, determinaban patologías graves. (Munist, Santos, Kotliarenco, Ojeda, Infante & Grotberg, 1998)<sup>5</sup>

Imagen N°3: conocimiento sobre la vejez y el adulto mayor



Fuente: Vera, 2007

<sup>4</sup> Otras definiciones propuestas: Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos

<sup>5</sup> Hay numerosos ejemplos de individuos que hicieron aportaciones significativas para la humanidad, quienes debieron enfrentar adversidades. Asimismo, pueblos y grupos étnicos han demostrado capacidades para sobreponerse a la persecución, pobreza, aislamiento y las catástrofes naturales o las generadas por el hombre.



Los trabajos sobre resiliencia se remontan a la observación de comportamientos individuales de superación que parecían aislados y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones difíciles. Uno de los primeros trabajos científicos que establecieron a la resiliencia como tema de investigación fue un estudio longitudinal realizado a lo largo de 30 años con niños nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables. Treinta años después, la mayoría de estos niños había evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes e integrados a la sociedad. Frente a la creencia tradicional de que una infancia infeliz determina el desarrollo del niño hacia formas patológicas del comportamiento y la personalidad, los estudios con niños resilientes demuestran que un niño con vivencias traumáticas no está necesariamente condenado a ser un adulto fracasado. Algunos de estos niños procedían de los estratos más pobres, de madres solteras adolescentes y de haber nacido con bajo peso. La observación de estos casos condujo al concepto de "niños invulnerables", entendiéndose como "invulnerabilidad" al desarrollo de individuos sanos en circunstancias ambientales insanas. Luego se llegó a la conclusión de que este término era extremo por lo que se buscó un concepto menos rígido que reflejase la posibilidad de enfrentar positivamente eventos estresantes y se utilizó el de "capacidad de afrontar". (Munist et.al, 1998) & (Ruíz Párraga & López Martínez, 2012)<sup>6</sup>

Un término unido a la resiliencia en los últimos años es el de psicología positiva, centrada en lo positivo del ser humano, no en lo negativo, como lo es en la psicología clínica. Mientras que la resiliencia analiza las circunstancias negativas del individuo y como de ellas saca lo positivo para superar las situaciones traumáticas, la psicología positiva plantea que hay que centrarse en lo positivo, de modo similar a la resiliencia. Las emociones positivas se relacionan con la salud y mejoran el nivel de bienestar subjetivo, además, se ha sugerido que deshacen los efectos fisiológicos que provocan las emociones negativas llevando a menor desgaste del sistema cardiovascular y a una mejora del estado de salud del individuo. Se indica la posible unión entre emociones positivas y resiliencia, debido a que serían un elemento positivo ante la adversidad favoreciendo el surgimiento de la resiliencia; las emociones positivas pueden generar que los individuos no sufran una depresión ante acontecimientos complejos. (Becoña, 2006)<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> El estudio evolutivo fue longitudinal, realizado a lo largo de 30 años con una cohorte de 698 niños nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables, después de 30 años el 80% de estos niños había evolucionado positivamente.

<sup>7</sup> El campo de la psicología positiva se interesa por un nivel subjetivo (bienestar, esperanza, optimismo, felicidad); un nivel individual, basado en los rasgos individuales positivos (como la capacidad para el amor, la vocación, coraje, sensibilidad, perseverancia, perdón, espiritualidad); y un nivel de grupo, basada en las instituciones que mueven a los individuos a ser mejores ciudadanos (responsabilidad, crianza, moderación, tolerancia y ética del trabajo). A mayor nivel de felicidad, protección ante la depresión y la ansiedad, mejor perspectiva de futuro ante una situación conflictiva se originarían de las emociones positivas y ello facilitaría así la resiliencia.



Las habilidades que desarrollan las personas resilientes, mejoran sus recursos para el mantenimiento de la salud. Algunas de estas habilidades se pueden adaptar al comportamiento de salud, como es la rápida respuesta ante un riesgo, la madurez precoz, la búsqueda de información, las relaciones interpersonales positivas, el optimismo y aceptación de responsabilidad. Una persona resiliente será capaz de afrontar la adversidad de la salud propia o ajena, saliendo fortalecida; las fortalezas aparecerán cuando la persona está a la altura de las circunstancias de la crisis y es capaz de modificar el concepto de sí mismo. (García del Castillo, García del Castillo López, López Sánchez & Dias, 2016) <sup>8</sup>

La resiliencia se ha estudiado en muestras de adultos como "proceso", para entender cómo se da la adaptación resiliente en el adulto, en función de la interacción entre factores de riesgo y factores resilientes. Entre los factores de riesgo, se distinguen los biológicos como la presión arterial elevada, los niveles de colesterol y glucosa elevados, el índice de masa corporal (IMC) (>25 Kg/m<sup>2</sup>) y factores genéticos, por ejemplo, los asociados con la ansiedad. Los factores de riesgo individuales son los antecedentes de enfermedad mental o de lesión cerebral; los factores familiares, por ejemplo, consisten en la historia de trauma o abuso infantil o en edad adulta. Por último, lo comunitario/organizacional, como las tasas de criminalidad o el estrés laboral. Por otro lado, existen características de las personas resilientes que actúan como factores protectores, un ejemplo son las emociones positivas como el optimismo y el sentido del humor; otra característica es el afrontamiento activo frente a la búsqueda de soluciones y el control emocional, el cual se aprende minimizando la evaluación de la amenaza, desarrollando pensamientos positivos sobre uno mismo y centrándose en los aspectos a modificar, ya que con la superación de temores se aumenta la autoestima. Las personas resilientes presentan flexibilidad cognitiva, que es la interpretación positiva ante eventos problemáticos encontrando así, un significado y una oportunidad; la aceptación se basa en reconocer que hay situaciones estresantes que no se pueden controlar, cambiando las expectativas acerca de las consecuencias, focalizándose así en los aspectos controlables del estresor. Los límites morales son otra de las características, haciendo referencia a la adherencia a un grupo guía de principios y también al altruismo; se plantea que la realización de ejercicio físico tiene efectos positivos en el estado de ánimo, la autoestima y en las funciones cognitivas como la memoria; la autoeficacia es la capacidad de poner límites, controlando los impulsos y el manejo del estrés. El apoyo social es la red de seguridad frente a sucesos estresantes siendo un sistema de apoyo cercano, es considerado uno de los recursos más importantes en la

---

<sup>8</sup> La salud no es algo cuantificable, se describe como un estado de equilibrio entre la persona y el medio, ante problemas de salud, son varias las situaciones en las que interviene la resiliencia, por ejemplo, cuando se vive un problema de salud o cuando la situación corresponde a una persona cercana.

promoción de la resiliencia, reduciendo comportamientos de riesgo y la percepción negativa ante una amenaza, contrarresta los sentimientos de soledad, además de incrementar el sentido de autoeficacia y la adherencia a tratamientos. (Saavedra, Castro & Inostroza, 2012) & (Quiceno & Vinaccia, 2011)<sup>9</sup>

Se han distinguido distintas modalidades de resiliencia, la resiliencia psicológica está basada en una combinación de rasgos personales positivos y de conductas de afrontamiento.

A la resiliencia familiar se la conoce como un conjunto de procesos interactivos entre los miembros de la familia que fortalecen al individuo y al grupo, permitiéndoles acomodarse a distintos tipos de organización y amoldarse a los desafíos que se les presentan. La resiliencia comunitaria es un conjunto de valores y disposiciones permitiendo a poblaciones enfrentar los daños causados por desastres naturales, por ejemplo, saliendo exitosas y fortalecidas de esas crisis. Por último, la resiliencia espiritual, que se define como la capacidad para responder a factores estresantes o adversos sin mostrar síntomas patológicos crónicos o la disminución de las capacidades del espíritu, como el poder amar o perdonar, de las capacidades de la mente, es decir el poder pensar de forma racional y equilibrada, y finalmente del cuerpo, como mantenerse saludable.

Se reconocen factores importantes en lo referente a la resiliencia personal como el de tener relaciones de amor y confianza que generen modelos a seguir, ofreciendo seguridad y estímulos. Otro factor sería la capacidad para hacer planes realistas y llevarlos a cabo, además el tener una visión positiva de sí mismo, destreza en la solución de problemas y la capacidad para manejar impulsos fuertes. Si se considera que la adaptación al estrés

**Tabla N°2:** Categorías de factores resilientes

<b>FACTORES RESILIENTES: CATEGORÍAS</b>
<b>YO TENGO</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Personas del entorno en quienes confío y que me quieren incondicionalmente</li><li>- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas</li><li>- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder</li><li>- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo</li><li>- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender</li></ul>
<b>YO SOY</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Una persona por las que otros sienten aprecio y cariño</li><li>- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto</li><li>- Respetuoso de mí mismo y del prójimo</li></ul>
<b>YO ESTOY</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos</li><li>- Seguro de que todo saldrá bien</li></ul>
<b>YO PUEDO</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan</li><li>- Buscar la manera de resolver los problemas</li><li>- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien</li><li>- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar</li><li>- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito</li></ul>

Fuente: Grotberg, 2001 (Extraído de Ruiz Párraga & López Martínez, 2012)

<sup>9</sup> Otros estudios consideran que la autoestima y el autocontrol personal y emocional serían características de la resiliencia que ayudarían a evitar problemas cíclicos en el. Las investigaciones sobre resiliencia adoptan así la perspectiva de la psicología positiva, considerándose como un constructo que promueve la salud.

estaría condicionada por la edad, los factores que favorecen la resiliencia en los adultos mayores estaría dada por la fe, la confianza en el grupo familiar, la ayuda social, la educación, los valores y el estilo de vida saludable. (Rodríguez et. al, 2011)<sup>10</sup>.

Hay conceptos que se relacionan con la resiliencia como elementos centrales de ésta o conceptos opuestos, como lo es el de vulnerabilidad, es decir, características con las que cuenta una persona ante una situación puntual, que influyen en su capacidad para anticiparse, resistir y también recuperarse ante una situación amenazadora incrementándose la probabilidad de que se produzca un resultado negativo, por lo que la resiliencia se considera el polo opuesto de este concepto. La competencia es un constructo que puede llevar al individuo a ejecutar resultados resilientes y que se relaciona con el coeficiente intelectual, además se puede afirmar que un alto coeficiente intelectual es un factor protector, mientras que un bajo coeficiente se considera un factor de vulnerabilidad. La resiliencia y la competencia se diferencian en que la primera presupone riesgo, está compuesta tanto por índices de ajuste positivos como negativos y los resultados se identifican con índices emocionales y conductuales, en cambio, cuando se habla de competencia no se presupone un riesgo, está centrada solo en el ajuste positivo e implica conductas observables; considerando así aspectos de la competencia dentro del constructo de la resiliencia. emocional y facilitando los estados de ánimo positivos, es de suma importancia en la configuración de los niveles de resiliencia, debido a que las emociones positivas están relacionadas con estrategias de regulación de situaciones estresantes, recursos para afrontamiento de la adversidad y la capacidad de resiliencia. Por último, el bienestar subjetivo, o sea, el bienestar asociado a las sensaciones que se experimentan y evalúan de forma individual, está plenamente asociado al nivel de resiliencia. (Becoña, 2006) & (García del Castillo, et.al, 2016)<sup>11</sup>

Otro término relacionado con la resiliencia es el de dureza o hardiness, conociéndoselo como personalidad resistente, se basa en el hecho de que ante un hecho estresante un individuo adquiere enfermedades y otro no, o en el caso de una enfermedad algunos afrontan la misma de manera adaptativa y otros no. Está compuesto por tres factores que conforman la personalidad resistente, el compromiso, es decir, la implicación en todas las actividades que se llevan a cabo, el control, definiéndose como el sentimiento de controlabilidad en los acontecimientos experimentados a lo largo de la vida y por último, el desafío siendo la creencia de que el cambio es una característica necesaria en la vida;

---

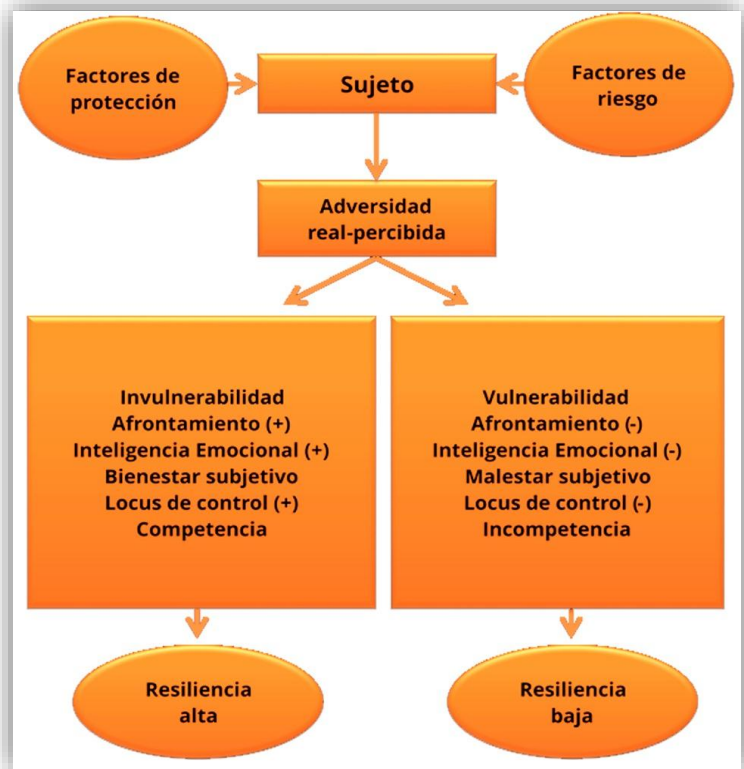
<sup>10</sup> Otro tipo de Resiliencia es la vicaria, que se define como un efecto positivo que modifica al psicoterapeuta en respuesta a la resiliencia de un paciente sobreviviente de un trauma, pudiéndose dar en familiares, amigos o grupos laborales.

<sup>11</sup> Otro término es el de locus de control, actuando como factor de protección, considerándose una variable en la construcción y mejora de la resiliencia.

obteniendo así estrategias evitando la percepción de los problemas en forma negativa. (Becoña, 2006)<sup>12</sup>

Los instrumentos para la medición de resiliencia que están más desarrollados son las pruebas psicométricas, que constan generalmente de cuestionarios de autorreporte tipo Likert, estandarizados a través de pruebas de análisis factorial ofreciendo información sobre el fenómeno observado. Algunas pruebas psicométricas son, por ejemplo, The Resiliency Scale desarrollada por Jew en el año 1992, The Individual Protective Factors Index elaborada por Sprinter y Philips en 1995, Resiliency Scale for Adolescents de Jew, Green and Coger en 1999, The Brief Resilient Doping Scale realizada por Siclair y Wallston en 2004. Otro instrumento que se utiliza es La Escala de Resiliencia, elaborada por Wagnild y Young en el año 1993, se basa en una escala tipo Likert. (Ospina Muñoz, 2007)<sup>13</sup>

Imagen N°4: Configuración teórica del concepto de resiliencia psicosocial



Fuente: García del Castillo, García del Castillo López, López Sánchez & Dias, 2016

Wagnild & Young construyeron la Escala de Resiliencia para identificar el grado de resiliencia individual, desarrollado en una muestra de mujeres adultas, aunque también se utiliza para la población masculina y con un alcance de edades amplio. La escala está

<sup>12</sup> Las personas con personalidad resistente poseen un estilo de afrontamiento que les permite sobreponerse al estrés, la enfermedad y a las adversidades. Es así que estos individuos poseen un bajo nivel de malestar psicológico y una capacidad de afrontamiento adaptativo por lo que se lo relaciona con la resiliencia.

<sup>13</sup> The Resiliency Scale, mide los niveles individuales de tres factores de resiliencia, como lo son el optimismo, la adquisición de habilidades y la toma de riesgos. The Individual Protective Factors Index, está basada en 10 subescalas que evalúan factores protectores. Resiliency Scale for Adolescents, está compuesta por 35 ítems, basados en 12 habilidades y capacidades que contribuyen a la disminución de la vulnerabilidad en niños, además de tres subescalas relacionadas con la orientación hacia el futuro, la adquisición de habilidades y la toma de riesgo. The Brief Resilient Doping Scale, para la medición de la tenacidad, el optimismo, la creatividad, la resolución de problemas y compromiso para obtener un sentido positivo de los momentos adversos, cuyo fin es el de identificar las tendencias de las personas para enfrentar el estrés.

compuesta por 25 ítems, respecto de los cuales los encuestados deben indicar el grado de aprobación o no. Está conformada por dos factores, la competencia personal, es decir, autoconfianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia, entre otros. El otro factor es la aceptación de uno mismo y de la vida y representa adaptación, balance, flexibilidad y una perspectiva de estabilidad. Estos dos factores consideran las características de resiliencia, como la ecuanimidad, la perseverancia, la confianza en uno mismo, la satisfacción personal y el sentirse bien solo. (Salgado Lévano, 2005)<sup>14</sup>

Hay condiciones que podrían contribuir al envejecimiento satisfactorio, como lo es el estilo de vida activo, es decir, la realización de actividad física, el trabajo y actividades recreativas; un estilo de vida saludable, el autocuidado y el ejercicio son esenciales para el bienestar. Otra condición es la participación social al mantener las redes familiares, sociales y amistades, aumentando de esa forma el nivel de resiliencia; la recreación educativa conlleva implicarse en procesos de aprendizaje y la participación activa, no solo formar parte de actividades contemplativas. El aceptar las transformaciones permite el mantenimiento de la identidad y el autoconcepto positivo, por ejemplo, la autoaceptación corporal que contribuye a disminuir la reacción emocional negativa debido a la falta de agilidad, baja productividad o arrugas visibles. Tener proyectos de vida, es decir, finalizar el día con la idea de que al día siguiente deberá encargarse de cuestiones importantes; otra condición es el estar en paz con el pasado, olvidando los remordimientos, el rencor o la culpa. Por último, aceptar el fin de la vida, reflexionar sobre ésta le dará a la vida un sentido. (Uriarte Arciniega, 2014)<sup>15</sup>

Actualmente los programas que se basan en la realización de actividad física han sido utilizados para aumentar el nivel de resiliencia, debido a que aumentan la confianza, la estabilidad emocional, los procesos cognitivos y el trabajo grupal; entre las actividades se encuentran los deportes y las actividades físicas realizadas en la vida diaria y la recreación. (Romero Barquero, 2015)<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Todos los ítems se basan en una escala de 7 puntos; a partir del 1 estar en desacuerdo hasta el 7 estar de acuerdo, escritos en forma positiva. Se encuentra disponible la versión argentina, realizada por la Universidad Nacional de San Luis, la cual es la que se utilizó en este estudio para la medición del nivel de resiliencia.

<sup>15</sup> El envejecimiento es una etapa del ciclo vital que en las sociedades está adquiriendo una gran importancia, debido en su mayoría a la ampliación de la esperanza de vida; son más las personas que viven esta etapa con plenitud desarrollándose con una mejor calidad de vida. En envejecimiento se caracteriza por cambios físicos, sociales y psicológicos. A su vez se producen adversidades que pueden generar estrés, como la muerte de seres queridos, limitaciones y el declive del estatus profesional que pueden ser consideradas como norma para los adultos mayores.

<sup>16</sup> Investigación que relaciona la realización física con el nivel de resiliencia, se trata de un meta-análisis y se obtuvo como resultado que las personas que participaron en actividades que incluían ejercicios mejoraron el nivel de resiliencia, con respecto a aquellas que no realizaron actividad física. Asimismo, se estableció que las variables sexo, agente estresor, edad, tipo de ejercicio y duración de la sesión hasta los 150 minutos moderan los efectos del tratamiento en la resiliencia. Lo que genera pautas que recomiendan a los individuos que poseen agentes estresores de tipo fisiológico,

Las investigaciones han demostrado que los adultos mayores que no realizan actividades de ningún tipo contraen más enfermedades y mueren más jóvenes en comparación con los que mantienen actividades y establecen nuevas relaciones con sus pares. La recreación en este grupo poblacional tiene como objeto una educación permanente priorizando el aprendizaje para el uso de su tiempo libre de forma creativa, trabajando de forma grupal, aportándole así la contención y la confianza necesaria para realizar proyectos fomentando de esa forma, un estado de plenitud. El enfoque de la resiliencia potencia los recursos individuales e interpersonales protegiendo el desarrollo de los individuos y su capacidad constructiva, aún durante la vejez. (Melillo, Suárez Ojeda & Rodríguez, 2004)<sup>17</sup>

La calidad de vida del adulto mayor es el resultado de la interacción entre las características del individuo, como lo es la vivienda, la alimentación, la educación, entre otras; se da en la medida en que el individuo logre reconocimiento a partir de relaciones sociales por lo que esta etapa será transitada como una continuación del proceso vital. Otro elemento involucrado en la calidad de vida del adulto mayor es la participación social, considerada beneficiosa desde la perspectiva de individuo. Está dada por una vida satisfactoria, bienestar psicológico, desarrollo individual y variadas representaciones de lo que constituye una visión positiva de la vida. (Vera, 2007)<sup>18</sup>

El aumento de la esperanza de vida y la tendencia al envejecimiento de la población conllevan consecuencias sociales, económicas y sanitarias, además suponen un desafío para lograr una mejor calidad de vida de los años vividos. En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud propone el concepto de envejecimiento activo como un proceso óptimo de adaptación, que permite a los individuos envejecer en buenas condiciones de funcionamiento físico, psicológico, de sentimientos positivos y de una elevada participación social. Concepto que se relaciona entonces con el término de resiliencia y lo demás expuesto en este capítulo. (Montero López, López Giménez, Acevedo Cantero & Mora Urda, 2015)<sup>19</sup>

---

psicosocial o intelectual, participar en programas que incluyan actividades físicas y que se combinen con actividades psicoeducativas, y así mejorar el constructor de la resiliencia.

<sup>17</sup> Uno de los factores del deterioro de la calidad de vida es el aislamiento social, por ejemplo, en el caso de la jubilación si se experimenta como un acontecimiento negativo.

<sup>18</sup> Los objetivos del estudio fueron comprender el significado que la calidad de vida del adulto mayor tiene para el individuo y para su familia. Desde la perspectiva del adulto mayor a mayor nivel de paz, tranquilidad, protección familiar sin perder su derecho a la libre expresión, mayor será su calidad de vida. En cuanto a la percepción de la familia, cuanto menos considere el nivel de satisfacción de las necesidades de seguridad y estabilidad del individuo, menor será el nivel de su calidad de vida.

<sup>19</sup> Estudios sobre la calidad del envejecimiento mencionan la salud que se percibe y la satisfacción con la vida como indicadores de envejecimiento.



# *Diseño Metodológico*



El estudio a realizar es de enfoque cuantitativo, descriptivo avanzando a correlacional y de corte transversal. De enfoque cuantitativo ya que se basa en la medición numérica y el análisis estadístico. Es descriptivo ya que busca especificar propiedades y características de las variables a desarrollar; por ejemplo, las propiedades de personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que sea sometido a análisis. Es un estudio correlacional debido a que se pretende determinar si dos variables están relacionadas o no. De corte transversal porque se recopilan datos en un momento único y en una población determinada; su propósito es analizar la incidencia e interrelación de las variables en un momento dado.

La unidad de análisis estará compuesta por cada uno de los individuos con edad de 65 años o más que concurren a un Centro de Jubilados y Pensionados de la ciudad de Mar del Plata, la muestra de 40 es no probabilística por conveniencia.

Las variables del presente estudio se detallan a continuación:

### Nivel de Resiliencia:

*Definición conceptual:* Grado de capacidad humana que permite hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas.

*Definición operacional:* Grado de capacidad humana que permite a los adultos mayores hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas. Se evaluará a través de la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young versión argentina en los adultos mayores que asisten a un Centro de Jubilados y Pensionados. La versión original consta de 25 ítems, se utilizarán 21 ítems basado en la investigación realizada por la Universidad Nacional de San Luis que valida la versión argentina. Se trata de un instrumento autoadministrable, el individuo marcará en la escala, que tiene como opción desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo), el encuestador llenará la grilla con el resultado correspondiente.

La Escala de Resiliencia tiene como componentes:

- Competencia personal
- Aceptación de sí mismo y de la vida

### *Clasificación:*

21-97 baja resiliencia

98-123 moderada resiliencia

124-147 alta resiliencia



Estado Nutricional:

✓ **Peso:**

*Definición conceptual:* Medida de un cuerpo calculado como la cantidad de masa que contiene y se puede expresar en gramos o kilogramos.

*Definición operacional:* Medida de un cuerpo calculado como la cantidad de masa que contiene expresado en kilogramos, de mujeres y hombres que asisten a un Centro de Jubilados y Pensionados; obtenido a través de una balanza de precisión, los datos serán tomados por el encuestador y registrados en la encuesta.

✓ **Talla:**

*Definición conceptual:* Medida que se toma en posición vertical, desde el vértice de la cabeza hasta los talones, en metros.

*Definición operacional:* Medida que se tomará con un tallímetro en posición vertical, desde el vértice de la cabeza hasta los talones, en metros, a los adultos mayores que asisten a un Centro de Jubilados y Pensionados, los datos serán tomados por el encuestador y registrados en la encuesta.

✓ **Estimación de la talla a través de la altura de rodilla:**

*Definición conceptual:* Estimación indirecta de la talla basada en que los huesos largos mantienen la longitud.

*Definición operacional:* Estimación indirecta de la talla en los adultos mayores basada en que los huesos largos mantienen la longitud. Se tomarán las medidas con una cinta métrica, el individuo sentado y con la rodilla flexionada a 90° sobre el muslo, se mide la distancia entre la base del talón hasta la superficie anterior del fémur.

Luego se realiza el siguiente cálculo según el sexo:

Mujeres: Talla =  $84,25 + (1,82 \times \text{distancia talón rodilla}) - (0,26 \times \text{edad})$

Hombres: Talla =  $82,77 + (1,83 \times \text{distancia talón rodilla}) - (0,16 \times \text{edad})$

Fuente: NHANES III<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Obtenido de [http://www.mna-elderly.com/forms/mna\\_guide\\_spanish.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_spanish.pdf)

✓ **Índice de masa corporal(IMC):**

*Definición conceptual:* Medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo, estimada en peso/talla<sup>2</sup>

*Definición operacional:* Medición de peso y talla a los adultos mayores que asisten a un Centro de Jubilados y Pensionados, luego se estimará peso/talla<sup>2</sup>

Puntos de corte para mayores de 65 años:

Clasificación	IMC (peso/talla <sup>2</sup> )
Delgadez	Menor a 23
Normal	23.1-27.9
Sobrepeso	28 – 31.9
Obesidad	Mayor o igual a 32

Fuente: NHANES III (2000)<sup>2</sup>

*Hábitos alimentarios:*

*Definición conceptual:* Conjunto de costumbres que condicionan la forma como los individuos preparan y consumen los alimentos, influidas por disponibilidad de éstos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos.

*Definición operacional:* Conjunto de costumbres que condicionan la forma como los adultos mayores preparan y consumen los alimentos, influidas por disponibilidad de éstos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos, que asisten a un Centro de Jubilados y Pensionados. A través de una encuesta proporcionada por el encuestador del perfil o patrón habitual de consumo se abarcará:

- El número de comidas realizadas en el día
- Forma de preparación de los alimentos
- Consumo de sal
- El consumo de alimentos en compañía
- Consumo de suplementos nutricionales
- Patrón de alimentación, se evaluará la calidad y la frecuencia de consumo

---

<sup>2</sup> Obtenido de Reunión Nacional de Alimentación del Adulto Mayor, 2016

Los grupos de alimentos a evaluar son:

- Lácteos
- Carnes (vacuna, ave, pescados)
- Vegetales
- Frutas
- Legumbres
- Frutos secos
- Semillas
- Grasas y aceites
- Endulzantes
- Sal
- Aderezos
- Agua, bebidas con y sin alcohol

Se considera para evaluar hidratación la ingesta de agua, soda, caldo, sopas y gelatinas consumidas frecuentemente. No se valora la ingesta de infusiones por considerarse que contienen sustancias que promueven la diuresis.

Fuente: FAO, Daniel H. de Girolami (2003) & MNA (2006)<sup>3</sup>

*Patrón de actividad física:*

*Definición conceptual:* Conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal.

*Definición operacional:* Conjunto de movimientos del cuerpo del adulto mayor obteniendo como resultado un gasto de energía; se evaluará mediante encuesta otorgada a los adultos mayores que asisten a un Centro de Jubilados y Pensionados; evaluación de aspectos como tipo de actividad física (realizada tanto en el Centro de Jubilados y Pensionados como fuera de él), frecuencia y duración.

Se considerará como actividad física a la realización de actividades recreativas, desplazamientos, deportes o ejercicios programados. Para considerar como no sedentarios: La duración deberá ser de 150 minutos semanales, es decir: 30 minutos al menos 5 veces por semana o 3 veces al día con una duración de 10 minutos al menos 5 veces por semana.

Además se tomara en cuenta como actividad física a las actividades realizadas en el Centro de Jubilados y Pensionados, realizadas 1 o mas veces por semana, tales como clase de baile, Yoga o Pilates, gimnasia aeróbica o caminata programada o similar.

Fuente: modificado de OMS (2010)

---

<sup>3</sup> Encuesta modificada basada en Mini Nutritional Assessment MNA

Presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles:

Definición conceptual: Patologías de larga duración cuya evolución es generalmente lenta y se caracterizan por compartir los mismos factores de riesgo como el tabaquismo, la mala alimentación, la falta de actividad física y el consumo excesivo de alcohol.

Definición operacional: Patologías de larga duración cuya evolución es generalmente lenta que se presenta en el adulto mayor y se caracterizan por compartir los mismos factores de riesgo como el tabaquismo, la mala alimentación, la falta de actividad física y el consumo excesivo de alcohol. Se tomarán los datos a través de una encuesta realizada por el encuestador basado en el conocimiento del individuo sobre la presencia de alguna de estas patologías:

- Hipertensión
- Diabetes
- Dislipemia
- Enfermedad oncológica

Se indagará sobre el conocimiento que el individuo tiene sobre su propio estado de salud, eventual presencia de una ECNT que padece, es decir, el diagnóstico por el médico correspondiente y/o toma medicación y/o adherencia a tratamiento actual.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, 2013

A continuación se detallan los instrumentos que se utilizarán para la obtención de los datos:

El estado nutricional se tomará por medio de medidas de peso y talla y su relación en el indicador IMC, en el caso de ser necesario se utilizará la estimación indirecta de la talla a través de la altura de rodilla.

La estimación del consumo de alimentos y la realización de actividad física mediante encuesta cualitativa, mediante entrevista con el encuestador.

Para la presencia de patologías se utilizará una encuesta.

Por último, el nivel de resiliencia se evaluará con la utilización de una escala de resiliencia.

Consentimiento informado:

La investigación sobre el nivel de resiliencia, hábitos alimentarios, realización de actividad física y estado nutricional de los adultos mayores que asisten al Centro de Jubilados y Pensionados corresponde al trabajo de tesis de la alumna Landa Andrea, estudiante de Lic. En Nutrición en la Universidad Fasta.

Su participación en este estudio es voluntaria y confidencial, dado que no se dará a conocer su identidad en el presente estudio, por lo que agradecería su colaboración.

Los datos serán recolectados por medio de encuestas y mediciones de peso y talla.

La participación de usted es de suma importancia dado que los datos aportados incrementarán los conocimientos que se tienen en el tema planteado.

Yo \_\_\_\_\_ acepto las condiciones establecidas en el consentimiento informado para participar en el estudio de investigación

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Encuesta:

Sexo: F  M  Edad: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Altura talón rodilla: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_ Estado nutricional según IMC: \_\_\_\_\_

Patología actual: Diabetes  Hipertensión  Dislipemia  Enfermedad oncológica

1- Realiza actividad física? SI  NO

2- En el caso de que su respuesta sea afirmativa:

Tipo \_\_\_\_\_

Las realiza en el Centro de Jubilados y Pensionados: SI  NO

Duración: \_\_\_\_\_

Frecuencia por semana: 1  2  3  4  5  más de 5

3- Cuantas comidas realiza en el día?

Desayuno  Almuerzo  Merienda  Cena  Colaciones

4- Es frecuente que realice las comidas en compañía? SI  NO

5- Consume suplementos nutricionales? (Ensure o similar) SI  NO

6- Utiliza prótesis dental? SI  NO

- 7- Es el encargado de la compra de alimentos? SI  NO
- 8- Es el encargado de cocinar? SI  NO
- 9- En el caso de que su respuesta sea afirmativa, cocina con sal? SI  NO   
Le agrega sal al plato? SI  NO   
Utiliza sal dietética o modificada? SI  NO
- 10- Consume agua o soda todos los días? SI  NO   
En el caso de que su respuesta sea afirmativa, cuantos vasos diarios?  
(considerando caldos, sopas, gelatinas)  
Menos de 3  De 3 a 5  Más de 5
- 11- Consume gaseosas, aguas saborizadas o jugos diariamente ?SI  NO   
Con azúcar  Sin azúcar
- 12- Consume bebidas alcohólicas? SI  NO   
En el caso de que su respuesta sea afirmativa, cuantas veces por semana?  
< 1 vez  1-2  3-4  5-6  todos los días
- 13- Que utiliza para endulzar postres, infusiones y bebidas?  
Azúcar  Edulcorante
- 14- Consume productos lácteos al menos una vez al día?(leche, yogur, quesos)  
SI  NO
- 15- Consume huevo? SI  NO   
En el caso de que su respuesta sea afirmativa, cuantas veces por semana?  
< 1 vez  1-2  3-4  5-6  todos los días
- 16- Consume carne roja 1- 2 veces por semana? (vaca, cerdo) SI  NO
- 17- Consume pollo 1- 2 veces por semana? SI  NO
- 18- Consume pescado 1- 2 veces por semana? SI  NO
- 19- Consume verduras al menos 2 veces al día? SI  NO   
Cantidad de porciones? 1  2  3  4 o más
- 20- Consume frutas al menos 2 veces al día? SI  NO   
Cantidad de porciones? 1  2  3  4 o más
- 21- Consume legumbres? SI  NO
- 22- En el caso de que su respuesta sea afirmativa, cuantas veces por semana?  
< 1 vez  1-2  3-4  5-6  todos los días
- 23- Consume frutos secos? SI  NO
- 24- Consume semillas? SI  NO
- 25- Consume aceite diariamente? SI  NO

En el caso de que su respuesta sea afirmativa, cuantas cucharadas soperas aproximadamente?

1 o 2  3 o más

26- Consume alimentos fritos? SI  NO

En el caso de que su respuesta sea afirmativa, cuantas veces por semana?

< 1 vez  1-2  3-4  5-6  todos los días

27- Consume manteca o margarina diariamente? SI  NO

28- Consume aderezos semanalmente?(mayonesa, ketchup, mostaza) SI  NO

Escala de resiliencia:

Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una de ellas encontrará 7 números que representan una escala desde 1 (totalmente en desacuerdo) a la izquierda, 7 (totalmente de acuerdo) a la derecha. Encierre con un círculo el número que mejor indique sus sentimientos sobre las afirmaciones. Por ejemplo, si usted está totalmente en desacuerdo con una afirmación encierre el 1. si usted es neutral encierre 4; y si usted está totalmente de acuerdo encierre 7, etc.

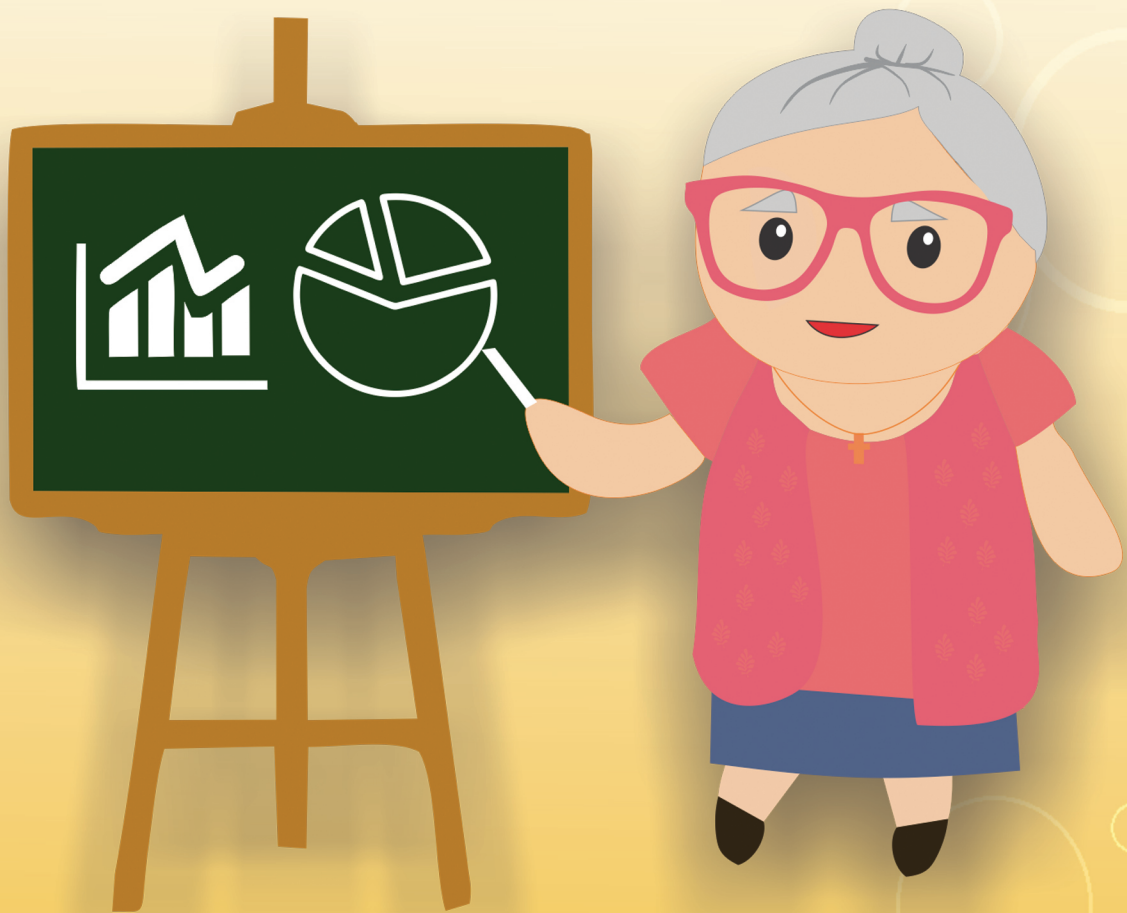
Ítems	Totalmente						
	en desacuerdo			Totalmente de acuerdo			
1. Cuando hago planes los llevo a cabo hasta el final	1	2	3	4	5	6	7
2. Usualmente manejo los problemas de distintos modos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy capaz de hacer las cosas por mi mismo sin depender de los demás.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mi.	1	2	3	4	5	6	7
5. Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación.	1	2	3	4	5	6	7
6. Soy amigable conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Siento que puedo manejar varias cosas a la vez.	1	2	3	4	5	6	7



8. Soy decidido.	1	2	3	4	5	6	7
9. Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Hago las cosas de a una por vez.	1	2	3	4	5	6	7
11. Soy auto-disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
12. Mantengo interés por las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Usualmente encuentro cosas de que reírme.	1	2	3	4	5	6	7
14. La confianza en mi mismo me permite pasar los tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
15. En una emergencia, soy alguien en quien las personas pueden confiar.	1	2	3	4	5	6	7
16. Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista.	1	2	3	4	5	6	7
17. Mi vida tiene sentido.	1	2	3	4	5	6	7
18. No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto.	1	2	3	4	5	6	7
19. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.	1	2	3	4	5	6	7
20. Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer.	1	2	3	4	5	6	7
21. Me siento cómodo si hay gente que no me agrada.	1	2	3	4	5	6	7
Puntuación:	Nivel de Resiliencia: Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>						

Fuente: Rodríguez, Pereyra, Gil, Jofré & Labiano (2009)

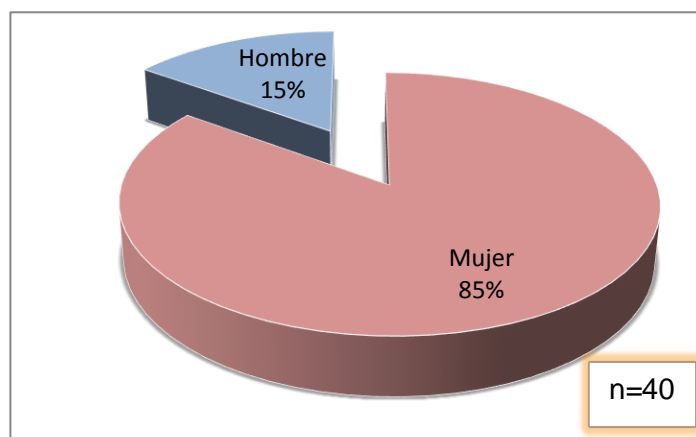
# Análisis de Datos



En la presente investigación se desarrolló un trabajo de campo que consistió en la realización de una encuesta a los adultos mayores que asisten a un Centro de Jubilados y Pensionados de la ciudad de Mar del Plata, se tomaron datos de peso y talla para evaluar su estado nutricional y se llevó a cabo una encuesta sobre la presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, hábitos alimentarios, realización de actividad física y el nivel de resiliencia. El análisis de la misma arroja los siguientes resultados cuantitativos:

A continuación, se presenta el gráfico de la distribución según sexo de los individuos encuestados:

Gráfico N°1: Distribución según sexo

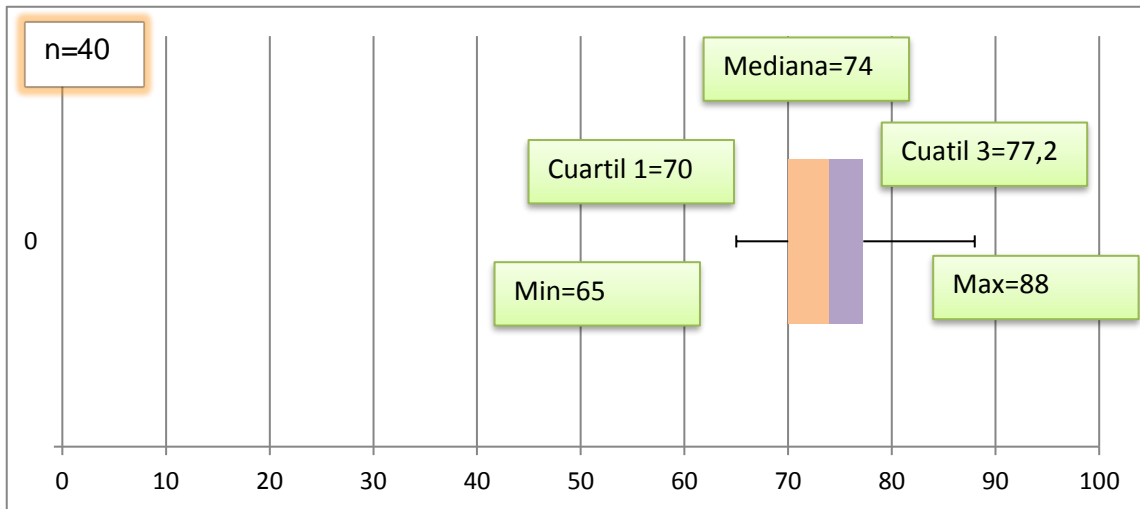


Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que la cantidad de mujeres es superior a la de los hombres, esto es así debido a que en el Centro de Jubilados y Pensionados se brindan actividades que están orientadas principalmente a la población femenina, incluyendo gimnasia, yoga, baile, tejido. Por otra parte, una vez por semana se realiza un taller de memoria en el cual podemos encontrar tanto hombres como mujeres.

El siguiente gráfico se puede observar la distribución de la población encuestada de acuerdo a su edad.

Gráfico N°2: Distribución según edad

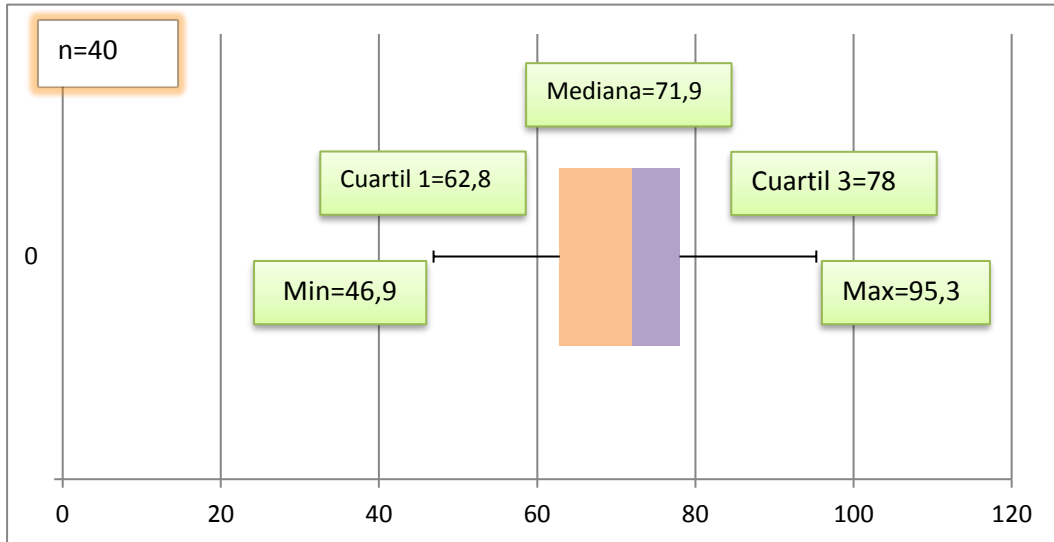


Fuente: Elaboración propia

La población estudiada incluye un rango etareo desde 65 a 88 años, el promedio y el desvío estándar de edad es de  $74,8 \pm 8,65$  años. Se incluye en la población estudiada a los individuos que forman parte de la comisión directiva, es decir, los adultos mayores que realizan tareas dentro del establecimiento, como la entrega del bolsón de alimentos, la preparación de la merienda que se ofrece a los que asisten a las clases y talleres y la organización de fiestas con el objetivo de juntar fondos para el Centro.

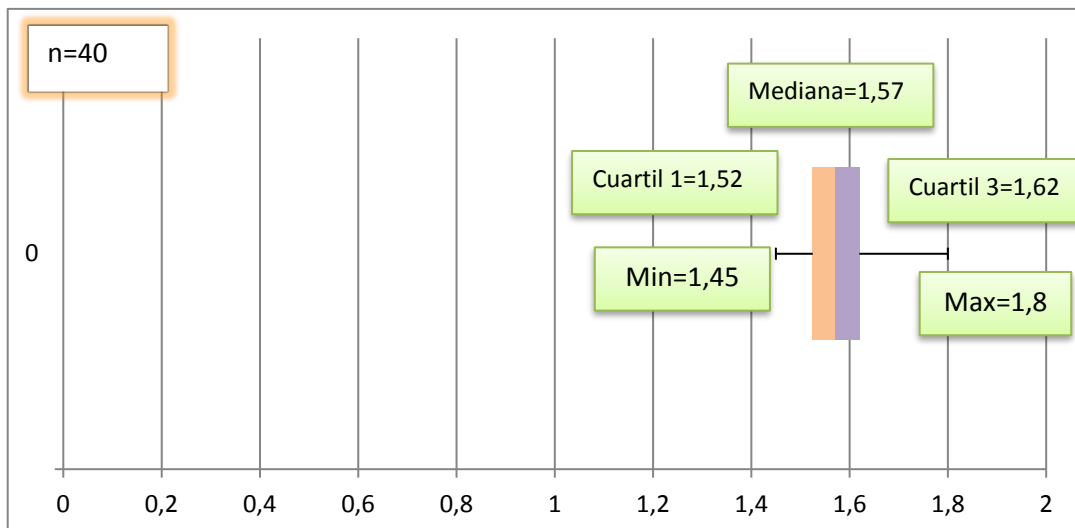
Posteriormente, se presenta la distribución según peso observándose una mediana de 71,9. El promedio y el desvío estándar de peso es de  $71 \pm 17,9$  Kgs.

Gráfico N°3: Distribución según peso



A continuación, se observa la distribución de la talla observándose un mínimo de 1,45 mts y un máximo de 1,8 mts., el promedio y el desvío estándar correspondiente a la talla es de  $1,59 \pm 0,13$  mts.

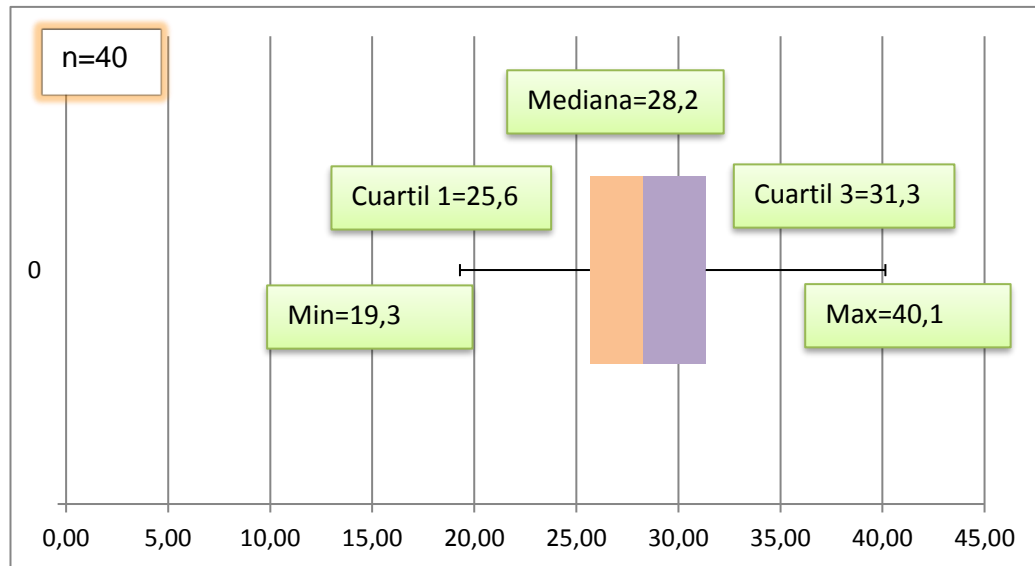
Gráfico N°4: Distribución según talla



Fuente: Elaboración propia

El gráfico N°5 muestra la distribución según Índice de Masa Corporal (IMC), con una mediana de 28,2. El promedio y el desvío estándar para IMC es de  $28,9 \pm 7,67$ .

Gráfico N°5: Distribución según IMC

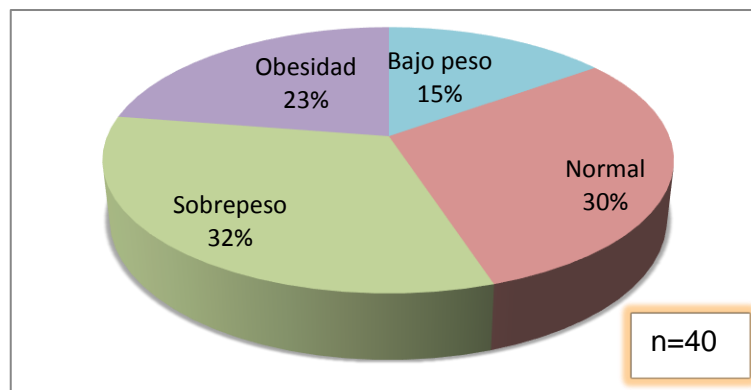


Fuente: Elaboración propia

Analizando los gráficos 3 y 4 se observa un promedio entre peso y talla (de la media) que indica sobrepeso. Si se compara con el gráfico N°5 se puede afirmar que hay una prevalencia de sobrepeso en la población, ya que la distribución según IMC arroja un valor en la mediana de 28,29.

A continuación, el gráfico presenta la distribución del estado nutricional de los encuestados, donde se aprecian los porcentajes de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad.

Gráfico N°6: Estado nutricional



Fuente: Elaboración propia

En la distribución del estado nutricional se muestra un alto porcentaje de sobrepeso, siendo mayor que el porcentaje de obesidad, aunque este último es relativamente elevado. Los porcentajes coinciden con un estudio reciente del año 2013 del Ministerio de Salud de la Nación Argentina<sup>1</sup>, donde los resultados arrojaron una alta proporción de adultos mayores con sobrepeso y una proporción menor con obesidad.

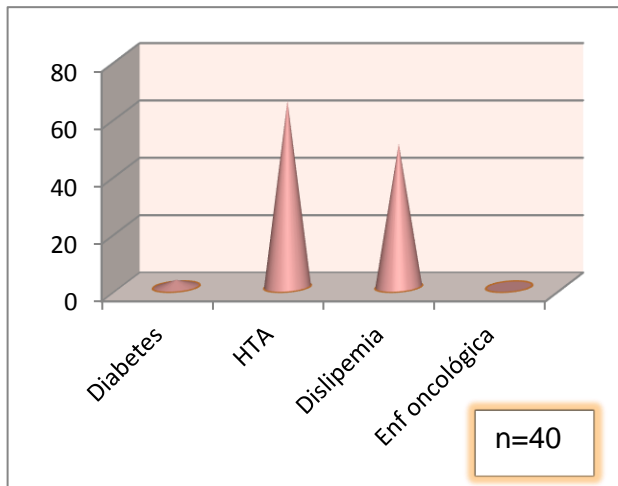
La proporción de adultos mayores con un estado nutricional dentro de los límites de normalidad es elevada, es similar a la proporción de sobrepeso. Por último, los adultos mayores que se encuentran con bajo peso abarcan un porcentaje del 15%, es decir, seis individuos de los cuarenta encuestados. Cabe destacar, que de todos los individuos entrevistados, ninguno consume suplementos nutricionales, a pesar de que un grupo reducido se encuentre en un peso por debajo de lo recomendado.

<sup>1</sup> La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles arroja un porcentaje del 42,6% de sobrepeso en individuos con edad de 65 en adelante y un 24,3% en lo que respecta a la prevalencia de obesidad en esta población.



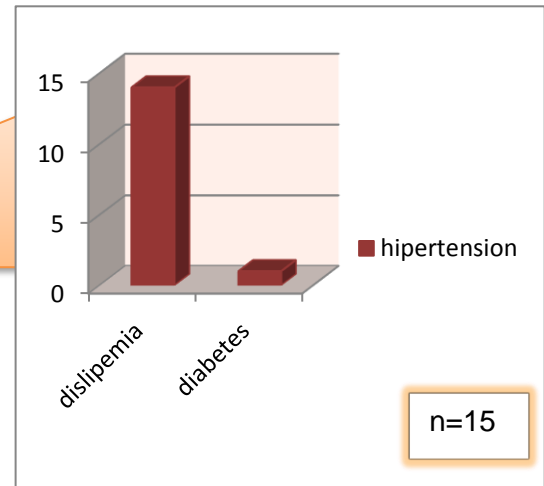
Seguidamente, se presentan los gráficos donde se puede observar la presencia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (Gráfico N°7) y la distribución de los individuos hipertensos que padecen otra ECNT.

Gráfico N° 7 Presencia de ECNT



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°8: Combinación de dos ECNT



Fuente: Elaboración propia

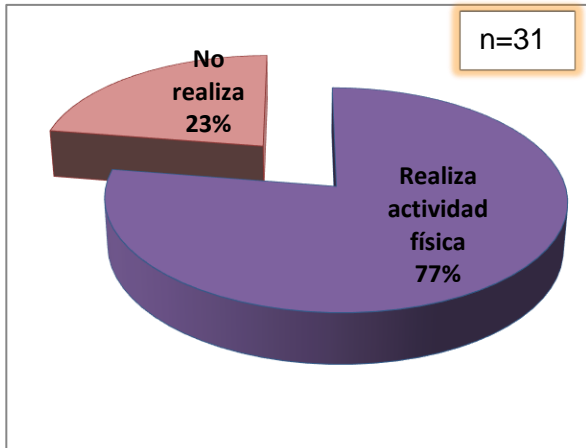
En el gráfico N° 7 se observa la marcada presencia de hipertensión arterial con un 65%, seguido de dislipemia en un 55%, finalmente no se observaron enfermedades oncológicas en la población estudiada. Sólo el 22 % de la población (n9) negaron la presencia de ECNT.

En el gráfico N°8 se observa la presencia de la combinación de hipertensión arterial y dislipemia (un 35% de prevalencia en la totalidad de los encuestados). El n del gráfico número 8 es de 15 ya que es la cantidad de individuos hipertensos que presentan otra enfermedad crónica no transmisible. Según OMS (2014)<sup>2</sup> se calcula que el 81 % de las causas de muerte en el país son las Enfermedades No Transmisibles, con una prevalencia del 35% de enfermedades cardiovasculares.

<sup>2</sup> Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre Enfermedades No transmisibles en Argentina, donde se analiza la proporción de estas enfermedades en la población adulta, es decir de 18 a 70 años.

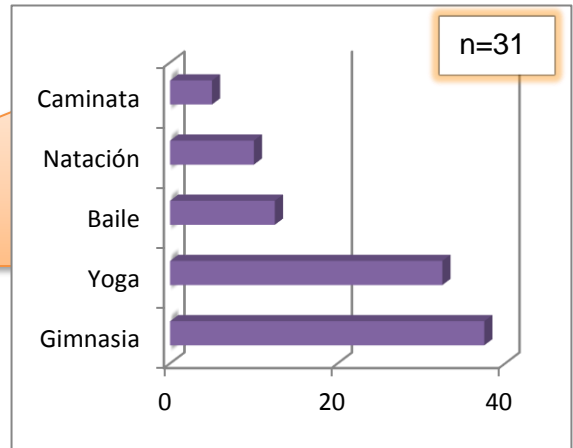
A continuación, se puede observar el porcentaje de individuos encuestados que realizan actividad física y el tipo de actividad que realizan tanto dentro como fuera del Centro de Jubilados y Pensionados

Gráfico N°9: Realización de actividad física



Fuente: Elaboración propia

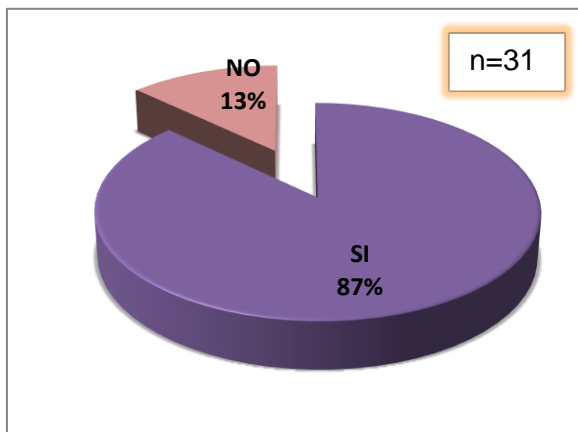
Gráfico N°10: Tipo de actividad física



Fuente: Elaboración propia

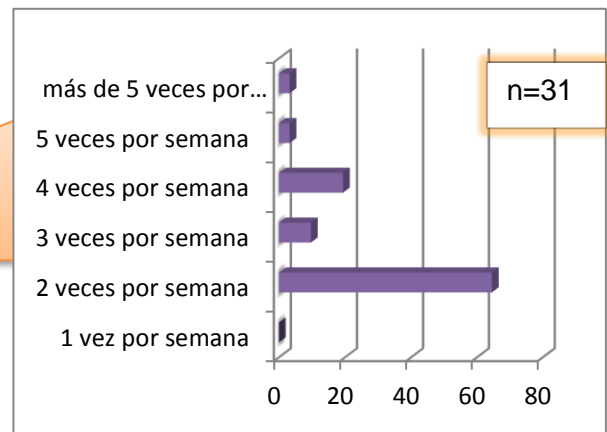
Los gráficos siguientes representan la proporción de individuos encuestados que asisten a las actividades dentro del Centro de Jubilados y Pensionados (gráfico N°11) y la frecuencia semanal de la realización de actividad física (gráfico N°12)

Gráfico N°11: Realización de actividades en el centro



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°12: Frecuencia semanal



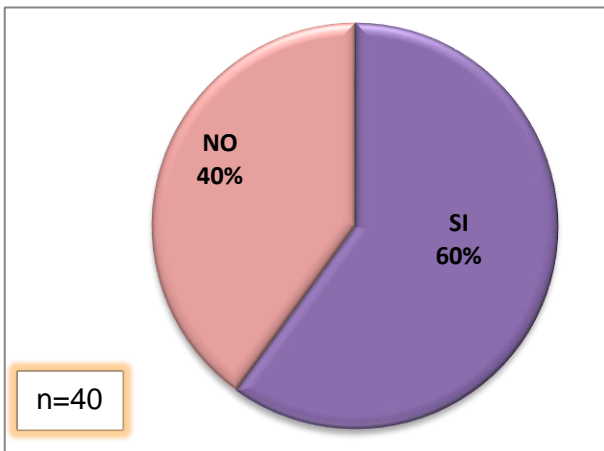
Fuente: Elaboración propia

En el cuadro N°9 se observa que una proporción elevada de adultos mayores realiza actividad física, optando en su mayoría por la realización de actividad física aeróbica moderada como lo es gimnasia, seguido de yoga y baile (cuadro N°10). Por otra parte, la mayoría realiza las actividades dentro del establecimiento, no siendo el caso de los que optan por realizar natación terapéutica ya que el centro no está capacitado para realiza esa actividad (cuadro N°11).

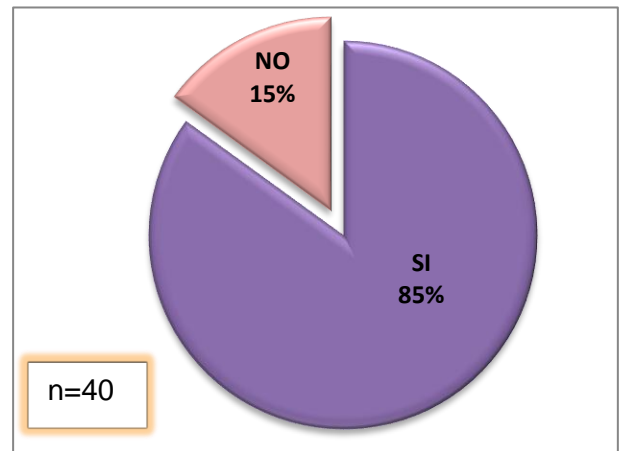
La duración de las actividades es de 1 hora en el total de los casos y la frecuencia semanal se concentra principalmente en dos veces por semana con un porcentaje del 65% (cuadro N°12), por lo que si se tiene en cuenta las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación (2013)<sup>3</sup> de realizar actividad física aeróbica moderada 150 minutos semanales, una gran proporción no alcanzaría las recomendaciones, debido a que realizan sólo 120 minutos semanales de actividad física leve a moderada.

En los gráficos siguientes se presenta la proporción de individuos que realizan las comidas en compañía y los que son los encargados de la compra de alimentos

Gráfico N°13: Realiza las comidas en compañía    Gráfico N°14: Encargado de las compras



Fuente: Elaboración propia



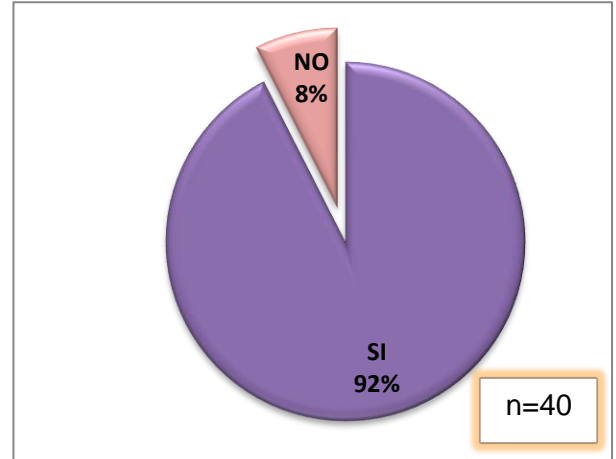
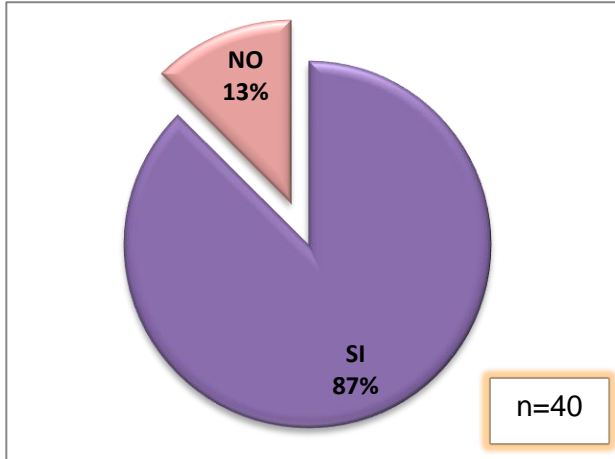
Fuente: Elaboración propia

<sup>3</sup> En el Manual Director de Actividad Física y Salud de la República Argentina se recomienda para la población de adultos mayores un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada o 75 minutos de actividad aeróbica vigorosa.

Posteriormente, se observa el porcentaje de individuos que se encargan de cocinar (gráfico N°15) y en el gráfico N°16 se muestra la proporción de encuestados que utilizan prótesis dental.

Gráfico N°15: Encargado de cocinar

Gráfico N°16: Utilización de prótesis dental



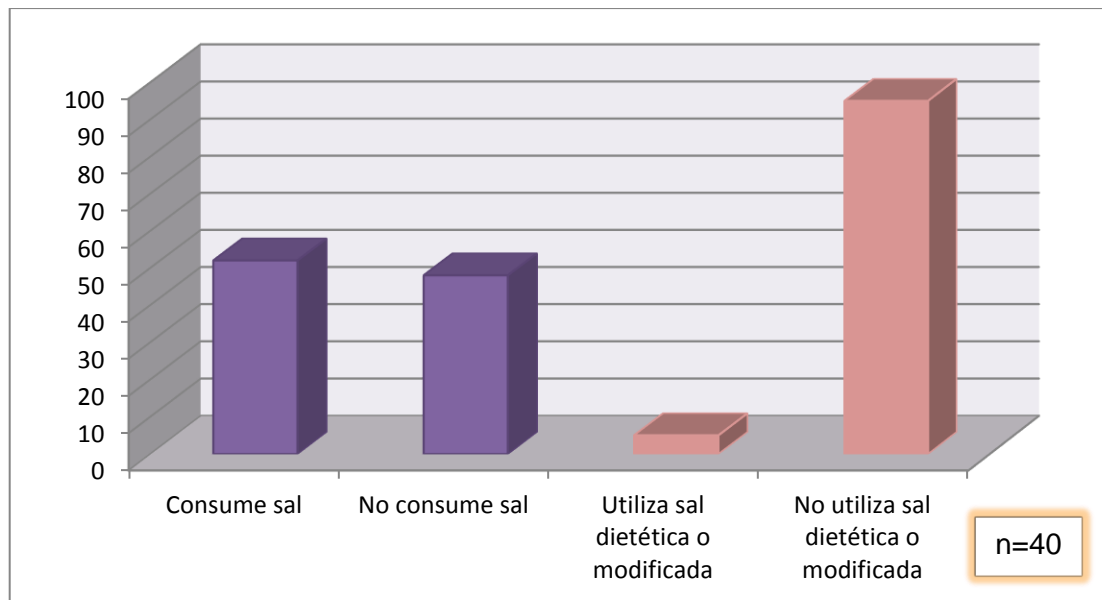
Fuente: Elaboración propia

Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N°13 se observa que un 60% de los adultos mayores realiza las comidas en compañía, y un porcentaje superior al 80% es el encargado de las compras y de cocinar (gráficos N°14 y N°15), por lo que se deduce que una proporción considerable de los encuestados viven solos y una proporción aún mayor no dependen de otros en lo que respecta a su alimentación; por último, la gran mayoría utiliza prótesis dental, superando el 90% de los encuestados (gráfico N°16).

A continuación, en el gráfico está representada la proporción de individuos que consumen sal y los que utilizan sal modificada o dietética en reemplazo de la sal de mesa.

Gráfico N°17: Incorporación de sal en las comidas y utilización de sal modificada o dietética

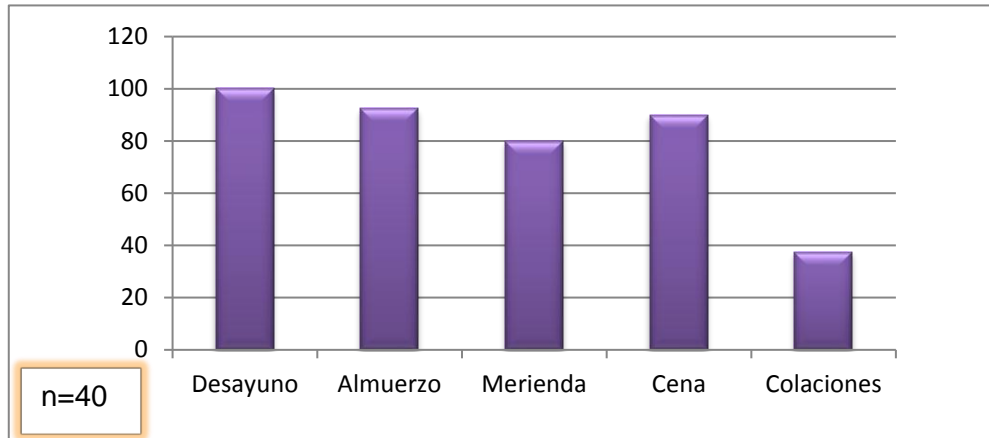


Fuente: Elaboración propia

El gráfico N°17 muestra que existe una proporción elevada de adultos mayores que consumen sal, con un porcentaje del 52%, ya sea incorporando sal en la cocción o en el plato. Un dato a considerar es la proporción de adultos mayores que afirmaron padecer hipertensión arterial (cuadro N°7), y que más del 50 % de estos individuos les agrega sal a las comidas. El consumo de sal modificada o dietética es del 5%, es decir, que sólo dos individuos consumen esta sal en reemplazo de la sal de mesa.

A continuación, se grafica la distribución de la realización de las comidas, teniendo en cuenta las cuatro comidas principales y el consumo de colaciones.

Gráfico N°18: Realización de las comidas



Fuente: Elaboración propia

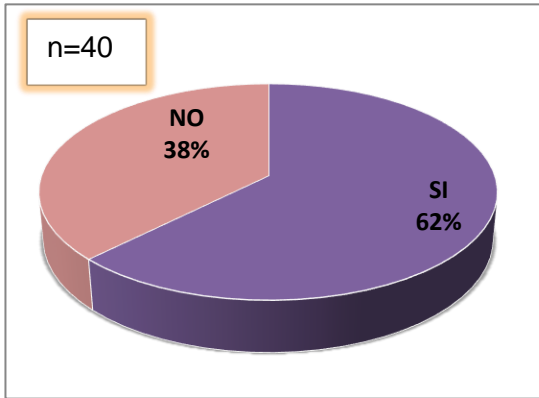
En lo referido a la cantidad de comidas que se hacen en el día, se observa que el desayuno es realizado por el total de la población estudiada, un 80% de los adultos mayores encuestados hacen las cuatro comidas diarias recomendadas por las Guías Alimentarias para la Población Argentina (2016)<sup>4</sup> y sólo un 37,5% consume colaciones.

<sup>4</sup> El mensaje de las Guías Alimentarias para la Población Argentina aconseja realizar las cuatro comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda y cena) e incluir verduras, frutas, legumbres, cereales, leche, yogur o queso, huevos, carnes y aceites.

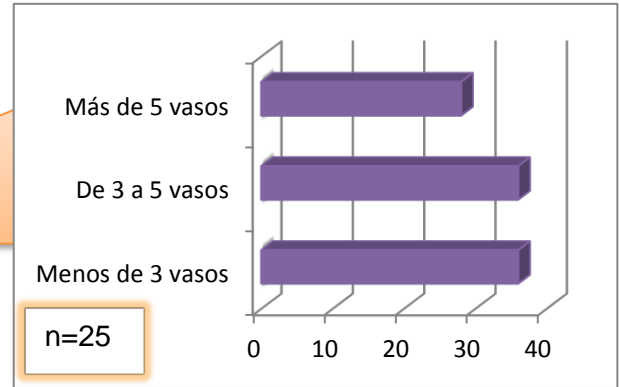
Posteriormente, los gráficos 19 y 20 muestran el consumo diario de agua o soda y la cantidad de vasos ingeridos respectivamente.

Gráfico N°19: Consumo diario de agua o soda

Gráfico N°20: Cantidad de vasos diarios



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

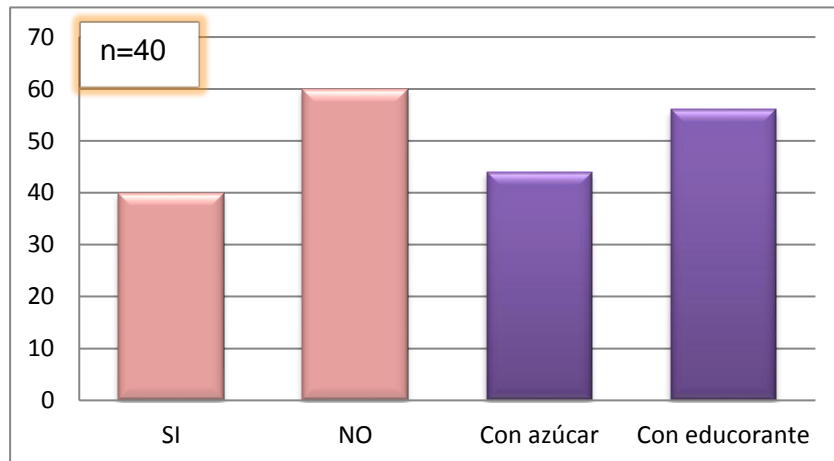
En el gráfico N°19 se puede observar que el consumo de agua o soda diario supera el 60%, sin embargo, el gráfico N°20 muestra que el 36% de los encuestados consume menos de tres vasos diarios, mismo porcentaje que la ingesta diaria de 3 a 5 vasos, sólo el 28% afirma que consume más de 5 vasos diarios de agua. Es decir, que gran parte de la población encuestada no cumple con las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Las guías Alimentarias para la Población Argentina recomienda beber ocho vasos diarios de agua.



A continuación, el gráfico representa a la proporción de individuos que consumen bebidas gaseosas, aguas saborizadas o jugos de forma diaria y de la proporción que ingiere estas bebidas si opta por las que contienen azúcar o edulcorante.

Gráfico N°21: Consumo de bebidas como gaseosas, aguas saborizadas y jugos



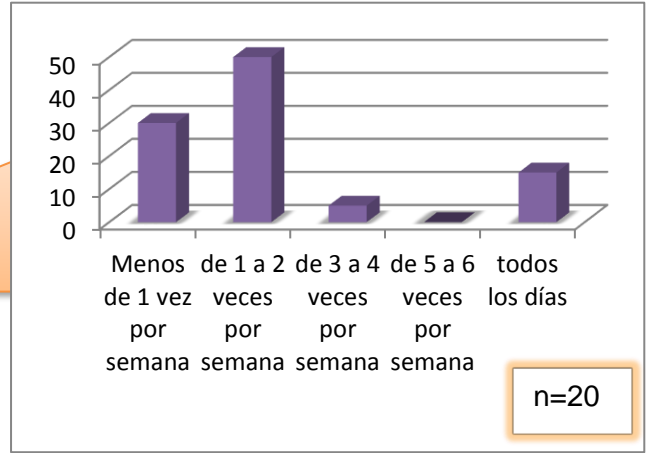
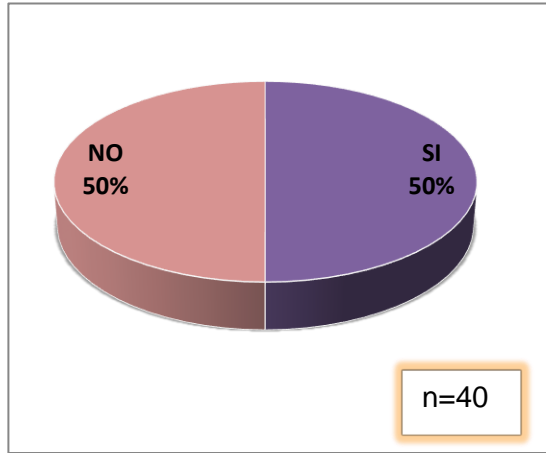
Fuente: Elaboración propia

El gráfico N°21 muestra que el consumo diario de gaseosas, aguas saborizadas y jugos comerciales es del 40%, una cantidad relativamente elevada, en cuanto a la elección de bebidas se observa que no existe una diferencia significativa entre el consumo de bebidas con azúcar o edulcorante.

En los gráficos siguientes se observa la ingesta de bebidas alcohólicas y su respectiva frecuencia de consumo semanal.

Gráfico N°22: Consumo de bebidas alcohólicas

Gráfico N°23: Frecuencia semanal



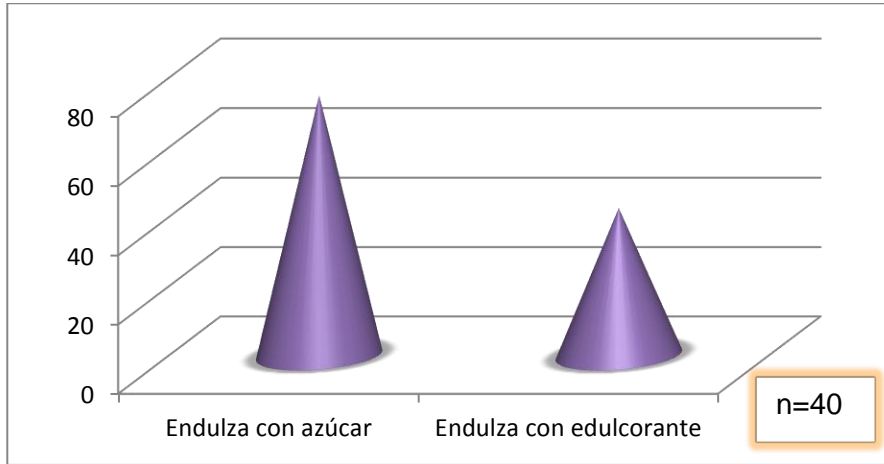
Fuente: Elaboración propia

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la mitad de la población estudiada consume bebidas alcohólicas (gráfico N°22), no obstante, el consumo semanal (gráfico N°23), en su mayoría, no supera las dos veces por semana, sólo un 15% de los encuestados consume diariamente. El n del gráfico N°23 es de 20 debido a que es la cantidad de los individuos encuestados que consumen bebidas alcohólicas.

A continuación, se observa el porcentaje de individuos que optan por azúcar o edulcorante por la incorporación en las infusiones o en preparaciones.

Gráfico N°24: Endulza postres, infusiones, etc. con azúcar o edulcorante

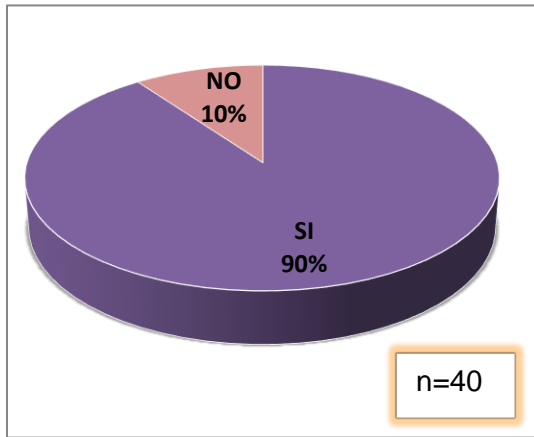


Fuente: Elaboración propia

El consumo de azúcar es más elevado comparado con el de edulcorante, como se observa en el gráfico N°24, vale aclarar que un 17% de los encuestados utiliza tanto azúcar como edulcorante. Si se compara con el gráfico N°7, se puede observar que la prevalencia de diabetes mellitus es casi nula, por lo que la mayoría de los individuos encuestados optan por el azúcar. Por otra parte, el consumo de azúcar en los encuestados que padecen sobrepeso u obesidad supera el 70% (cuadro N°6).

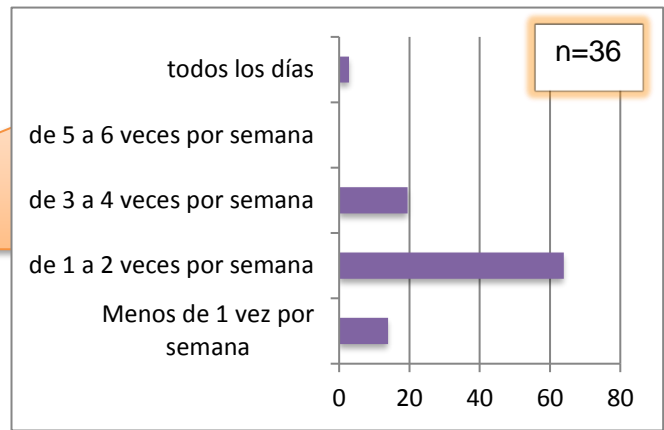
La ingesta de huevo se observa en el gráfico siguiente, además de la frecuencia de consumo semanal.

Gráfico N°25: Consumo de huevo



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°26: Frecuencia semanal

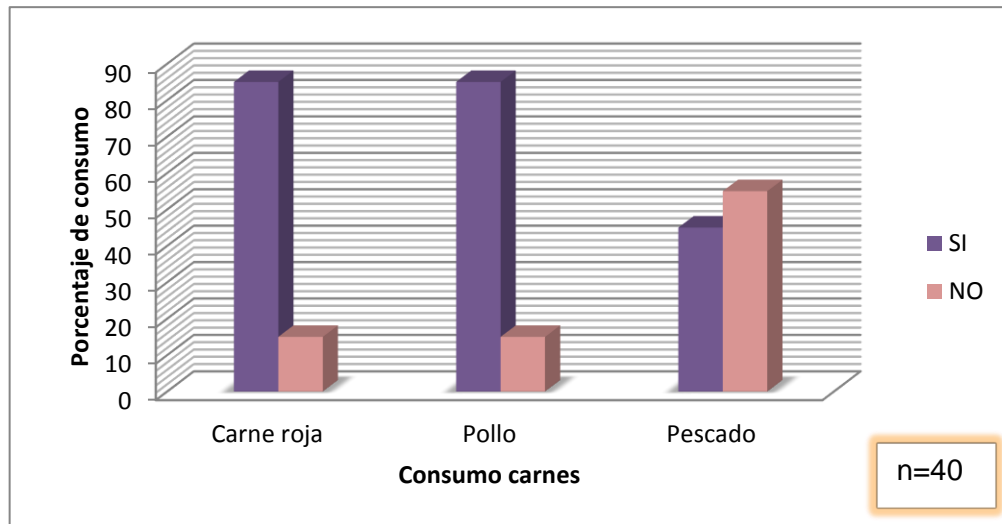


Fuente: Elaboración propia

El consumo de lácteos en forma diaria se realiza en el total de la población, por otra parte, el 90% consume huevo, como lo muestra el gráfico N°25, mayormente con una frecuencia de una a dos veces por semana (gráfico N°26), eligiendo un alimento de sencilla incorporación en la cocina para esta población. El gráfico N°26 tiene un n de 36, es la cantidad de encuestados que consumen huevo. En lo que respecta al consumo de productos lácteos, el 100% de los encuestados cumple con las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina, optando por un alimento rico en proteínas y calcio y vitaminas A y D, de consistencia líquida y de fácil digestión, de elección en este grupo etáreo

A continuación, el gráfico muestra el consumo semanal de carnes, evaluándose la ingesta de carne roja (vaca o cerdo), pollo y pescado.

Gráfico N°27: Consumo de carne

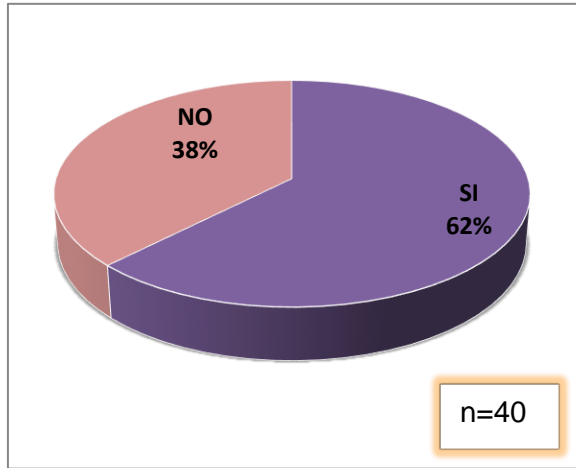


Fuente: Elaboración propia

. El consumo semanal de carnes rojas y pollo, como se observa en el gráfico N°27, es elevado con un 85%, no así en el caso del pescado observándose un consumo del 45%. Por lo que se concluye que un poco más de la mitad de la población encuestada no consume pescado en forma semanal, no siendo el caso de la carne de vaca, cerdo o pollo ya que se observa un alto consumo. Teniendo en cuenta que gran parte de la población encuestada utiliza prótesis dental (gráfico N°16), el consumo de carnes rojas podría haberse estimado menor si se considera que son carnes de difícil masticación, según la forma de cocción, igualmente se puede suponer que dicho consumo está influenciado por un componente cultural.

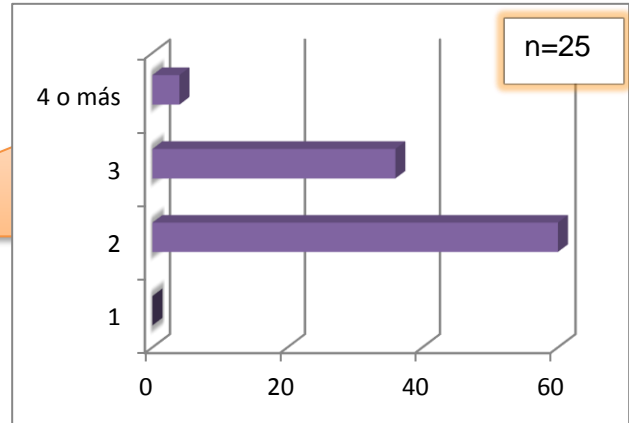
En los siguientes cuadros se observa la ingesta diaria de vegetales y las cantidades consumidas, calculadas en porciones.

Gráfico N°28: Consumo de vegetales



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°29: Cantidad de porciones diarias



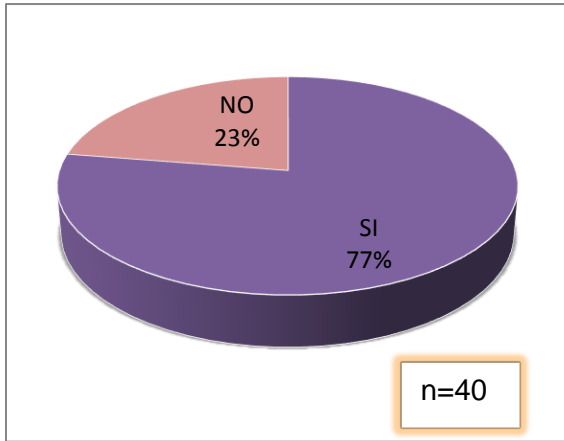
Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N°28 se observa que el consumo diario de vegetales es del 62% con 2 porciones diarias en su mayoría y un menor porcentaje de 3 porciones (gráfico N°29). Tomando en cuenta el consumo de vegetales sólo el 40% de los que consume vegetales alcanza una ingesta diaria de 3 porciones o más, por lo que se concluye que la ingesta es baja. Por otra parte, coincide con el estudio realizado por Cornatosky, Barrionuevo, Rodríguez & Zevallos (2009)<sup>6</sup>, donde el consumo de vegetales de los adultos mayores es bajo. El n del gráfico N°29 es de 25 ya que es la cantidad de encuestados que consumen vegetales.

<sup>6</sup> El consumo varía entre la región Este y Oeste de Catamarca, siendo la región Oeste la que presenta un consumo mayor de vegetales, aunque de igual manera es un porcentaje bajo.

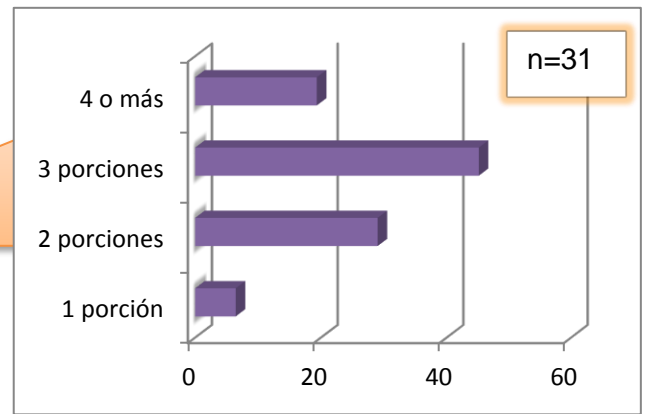
A continuación, se detalla el consumo diario de frutas y las porciones consumidas en el día.

Gráfico N°30: Consumo de frutas



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°31: Cantidad de porciones diarias



Fuente: Elaboración propia

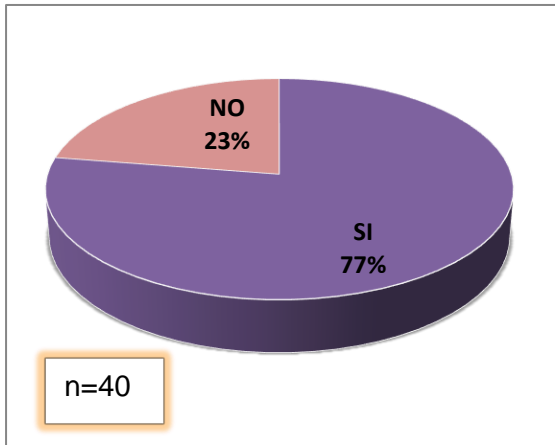
Por otra parte, el gráfico N°30 muestra como el consumo de frutas es un poco superior comparado con el de vegetales, es decir, el 77% con una mayor proporción de consumo diario, de unas 3 porciones diarias (gráfico N°31). Según las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (2016)<sup>7</sup>, la proporción recomendada de vegetales y frutas es de cinco porciones diarias, por lo que más del 50% de los encuestados estaría consumiendo las cantidades recomendadas. El n del gráfico N°31 es de 31 ya que es la cantidad que consumen frutas diariamente.

<sup>7</sup> Las recomendaciones plantean consumir al menos medio plato de verduras en el almuerzo, medio plato en la cena y 2 o 3 frutas por día, disminuir el riesgo de padecer obesidad, diabetes mellitus, cáncer de colon y enfermedades cardiovasculares.



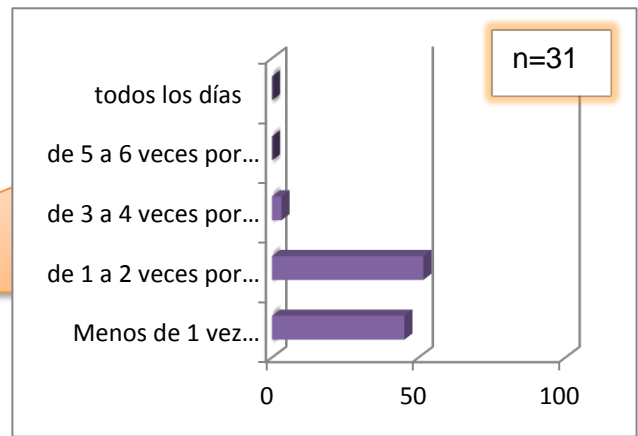
En los gráficos siguientes se observa la proporción de individuos que consumen legumbres y su frecuencia de consumo

Gráfico N°32: Consumo legumbres



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°33: Frecuencia de consumo semanal



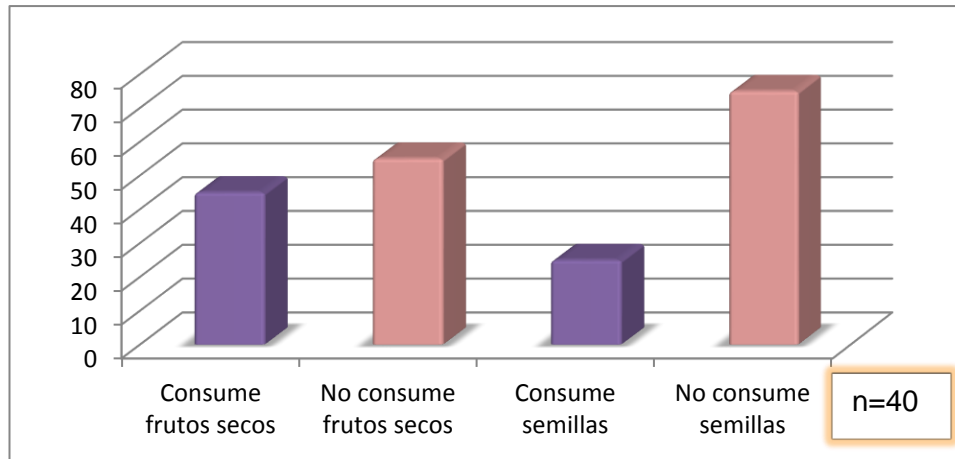
Fuente: Elaboración propia

El consumo de legumbres es relativamente elevado, como muestra el gráfico N°32 el 77% de los encuestados, si se analiza la frecuencia semanal (gráfico N°33) el 52% consume de 1 a 2 veces por semana, siendo una cantidad aceptable, seguido por un 45% de individuos que las consumen en forma ocasional. Por lo que se concluye que, aunque el consumo de legumbres en general es alto, una alta proporción sólo las utiliza en forma ocasional. En Argentina, el consumo de legumbres se encuentra poco desarrollado, estimándose un 300 g/año de consumo por habitante, según el Ministerio de Agricultura Ganadería y Pesca, (2014)<sup>8</sup>. El n del gráfico N°33 es de 31 debido a la cantidad de encuestados que consumen legumbres.

<sup>8</sup> Las Guías Alimentarias para la Población Argentina recomiendan una ingesta de 1 cucharada chica de legumbres por día ó ½ plato de legumbres a la semana.

A continuación, el gráfico muestra el porcentaje de consumo de alimentos como los frutos secos y las semillas.

Gráfico N°34: Consumo de frutos secos y semillas



Fuente: Elaboración propia

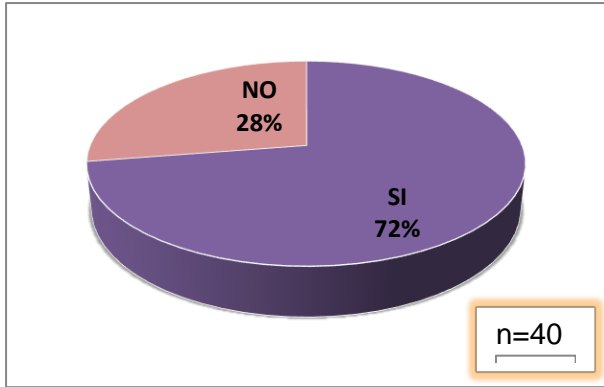
El consumo de frutos secos y semillas no muestra cantidades elevadas, en el gráfico N°34 se observa que el de frutos secos es un poco más elevado, llegando a una proporción del 45% y el de semillas sólo un 25% de los encuestados las consume. Una de sus causas puede ser la utilización de prótesis dental (gráfico N°15) que dificulta la masticación de este tipo de alimentos, también por desconocimiento o temor acerca de la influencia que pueden tener en la aparición de sintomatología gastrointestinal. Por otra parte, coincide con un estudio realizado en Catamarca por Cornatosky, Barrionuevo, Rodríguez & Zevallos (2009)<sup>9</sup>, comparando de alimentos protectores y de riesgo en adultos mayores que residen en la región este y oeste, donde la frecuencia de consumo de frutos secos es baja, como en el caso del presente estudio.

<sup>9</sup> El estudio realizado en Catamarca muestra que existe una diferencia significativa por región en el consumo de frutos secos (nueces), la región este tiene un consumo del 11% y la región oeste un 44%, hecho que se atribuye a la disponibilidad en esa zona.

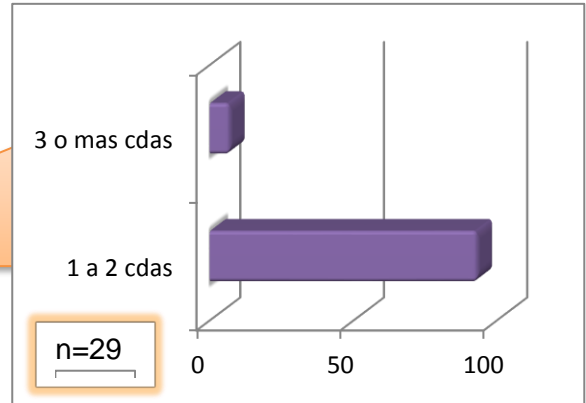
A continuación, el gráfico 35 muestra el consumo de aceite diario y la cantidad de aceite ingerido por cucharadas se expresa en el gráfico 36.

Gráfico N°35: Consumo de aceite diario

Gráfico N°36: Consumo de cucharadas diarias



Fuente: Elaboración propia

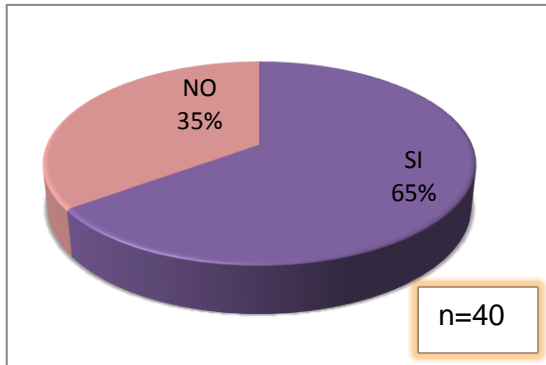


Fuente: Elaboración propia

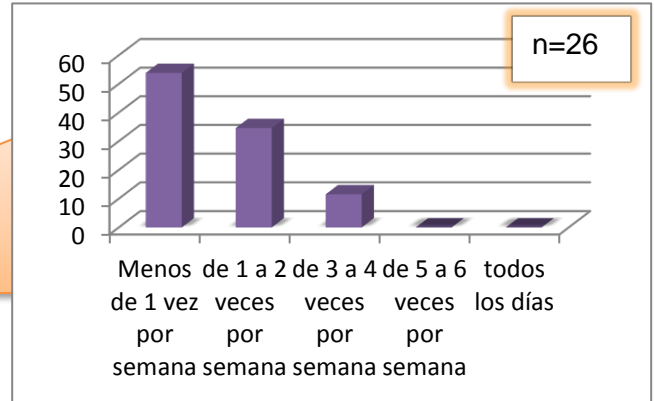
En el gráfico N°35 se observa que el consumo de aceite diario supera el 70%, en cuanto a la cantidad de cucharadas diarias (gráfico N°36) es en su mayoría las recomendadas en las Guías Alimentarias para la Población Argentina, de 1 a 2 cucharadas.

En los siguientes gráficos se observa el consumo de alimentos fritos y su correspondiente frecuencia de consumo semanal.

Gráfico N°37: Consumo de alimentos fritos    Gráfico N°38: Frecuencia de consumo semanal



Fuente: Elaboración propia

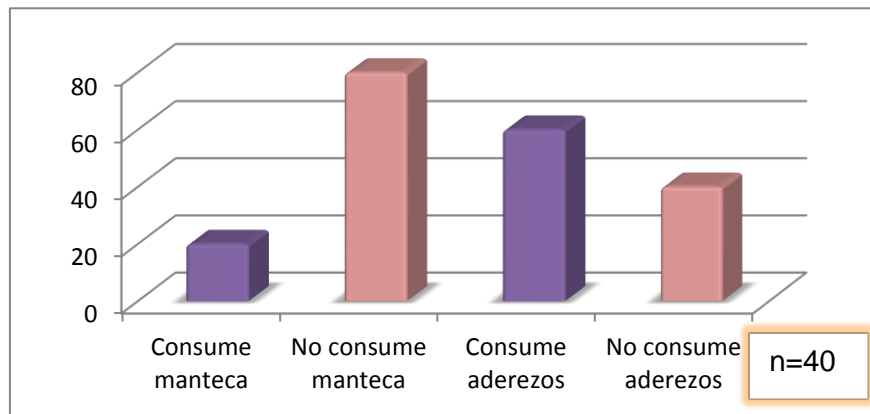


Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en el consumo de alimentos fritos es del 65% como se observa en el gráfico N°37, siendo el consumo ocasional menor a una vez por semana el de mayor proporción, seguido por una frecuencia semanal de 1 a 2 veces por semana (gráfico N°38). Teniendo en cuenta la alta prevalencia de dislipemia, de los individuos que afirmaron padecerla el 70% consume alimentos fritos. El n del gráfico N°36 es de 29 por ser la cantidad de individuos que consume aceite en forma diaria, en cuanto al n del gráfico N°38 el n es de 26 por el número de encuestados que consume alimentos fritos.

A continuación, se observa el consumo de manteca o margarina de forma diaria y el consumo de algún tipo de aderezo.

Gráfico N°39: Consumo diario de manteca o margarina y consumo semanal de aderezos

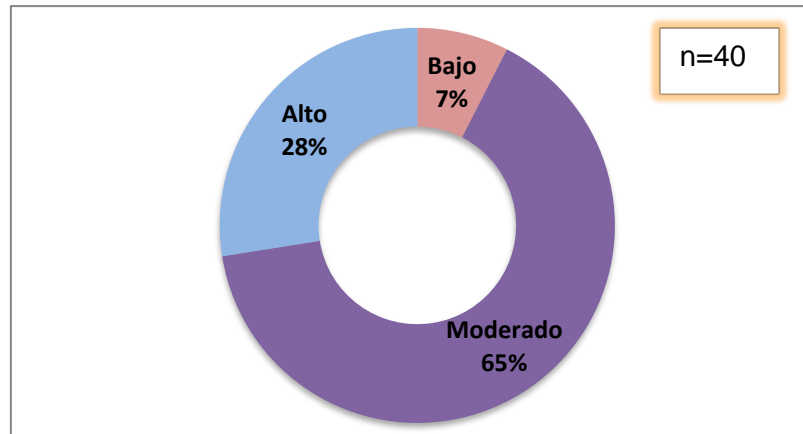


Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico N°39, el consumo diario de manteca o margarina es relativamente bajo, con sólo el 20%, pero en cuanto al consumo semanal de aderezos el porcentaje alcanza el 60% de los encuestados. Teniendo en cuenta el alto contenido de sodio y la calidad deficiente de las grasas de estos productos, de los adultos mayores que afirmaron padecer hipertensión arterial el 65% y de los que padecen dislipemia el 75% consumen manteca, margarina o aderezos.

El gráfico siguiente muestra los niveles de resiliencia en los individuos encuestados, es decir, nivel bajo, medio o alto.

Gráfico N°42: Nivel de resiliencia



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N°40 se observa que el nivel de resiliencia de los adultos mayores encuestados es en una gran proporción moderado, luego con un 27,5% de nivel alto y con un porcentaje bajo un nivel de resiliencia bajo. Por lo que se concluye que una elevada proporción de los adultos mayores que concurren al Centro de Jubilados y Pensionados poseen un nivel de resiliencia entre moderado a alto.

A continuación, se buscó determinar si existe relación entre el nivel de resiliencia y el estado nutricional. Para esto se realizó el test de hipótesis Chi Cuadrado, obteniéndose un valor menor que el de la tabla con un margen de error del 5%, por lo que no se puede rechazar la hipótesis nula, lo que implica que no es posible afirmar que exista relación entre el nivel de resiliencia y el estado nutricional.

Resultados para las variables nivel de resiliencia y estado nutricional

Estado Nutricional	Nivel de resiliencia			
	bajo	moderado	alto	
Peso dentro del rango de normalidad	2	6	4	12
Peso fuera del rango de normalidad	1	20	7	28
	3	26	11	n=40

Ho: El estado nutricional es independiente del nivel de resiliencia

H1: El estado nutricional es dependiente del nivel de resiliencia

Margen de error	0,05
Grados de libertad	2
X <sup>2</sup> calculado	2,726
X <sup>2</sup> de tabla	5,9915

Interpretación:

El valor calculado es menor que el valor de tabla, por lo que se acepta Ho (X<sup>2</sup> calculado < X<sup>2</sup> de tabla).

El estado nutricional no depende del nivel de resiliencia.

Por otra parte, se quiso determinar con el mismo método si existe relación entre el nivel de resiliencia y la presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, arrojando un valor también menor con el resultado de la tabla con un margen de error del 5%, por lo que no se rechazó la hipótesis nula y no se puede afirmar que exista relación entre el nivel de resiliencia y la presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Resultados para las variables nivel de resiliencia y presencia de ECNT

	Nivel de resiliencia			
	Bajo	Moderado	Alto	
Presencia ECNT	2	22	7	31
Ausencia ECNT	1	4	4	9
	3	26	11	40

Ho: La presencia de ECNT es independiente del nivel de resiliencia

H1: La presencia de ECNT es dependiente del nivel de resiliencia

Margen de error	0,05
Grados de libertad	2
X <sup>2</sup> calculado	2,166
X <sup>2</sup> de tabla	5,9915

Interpretación:

El valor calculado es menor que el valor de tabla, por lo que se acepta Ho (X<sup>2</sup> calculado < X<sup>2</sup> de tabla).

La presencia de ECNT no depende del nivel de resiliencia.

Por último, se utilizó el Chi Cuadrado para determinar la relación entre el nivel de resiliencia y la realización de actividad física, donde se obtuvo un valor mayor que el valor de tabla con un margen de error del 5%, por ese motivo se rechazó la hipótesis nula y se puede afirmar que existe una relación entre el nivel de resiliencia y la realización de actividad física.

Resultados para las variables nivel de resiliencia y realización de actividad física

Nivel de Resiliencia	Realiza actividad física	No realiza actividad física	
Bajo	3		3
Moderado	17	9	26
Alto	11		11
	31	9	40

Ho: El nivel de resiliencia es independiente de la realización de actividad física

H1: El nivel de resiliencia es dependiente de la realización de actividad física

Margen de error	0,05
Grados de libertad	2
X <sup>2</sup> calculado	6,244
X <sup>2</sup> de tabla	5,9915

Interpretación:

El valor calculado es mayor que el valor de tabla, por lo que se rechaza Ho (X<sup>2</sup> calculado > X<sup>2</sup> de tabla).

El nivel de resiliencia es dependiente de la realización de actividad física



# Conclusión



Con los resultados obtenidos y teniendo en cuenta los objetivos planteados al inicio de esta investigación, se puede concluir que una proporción elevada de la población estudiada padece sobrepeso u obesidad y sólo una pequeña proporción poseen un peso por debajo del límite de normalidad. En cuanto a la presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, existe una prevalencia elevada de hipertensión y dislipemia, presentándose en gran parte de los casos la combinación de estas dos enfermedades crónicas. Teniendo en cuenta estos hechos, se destaca el elevado consumo de sal y alimentos fritos en los individuos que padecen alguna o la combinación de ambas enfermedades.

La proporción de adultos mayores que realizan actividad física es alta, pero muchos no llegan a cumplir las recomendaciones en cuanto a la frecuencia semanal, por lo que no logran realizar los 150 minutos de actividad física que sugiere la Organización Mundial de la Salud. Las actividades más elegidas son gimnasia y yoga y casi todos los individuos asisten a las clases que se realizan en el Centro de Jubilados y Pensionados.

Considerando los hábitos alimentarios de los adultos mayores encuestados, se puede afirmar que una gran proporción es independiente en cuanto a su alimentación, encargándose de la compra y la elaboración de las comidas, se observa que el 80% realiza las cuatro comidas diarias, y solo una proporción pequeña colaciones.

El consumo de agua es bajo, ya que una gran cantidad de los individuos que consumen de forma diaria lo hacen con cantidades que no logran cubrir el 50% de las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. En cuanto a las gaseosas, aguas saborizadas o jugos, la ingesta diaria es relativamente elevada al igual que el de alcohol, aunque este último se utiliza en gran medida para un consumo ocasional.

Se observa un consumo elevado de productos lácteos, huevo, carne roja y de pollo, siendo el pescado la carne menos consumida. En lo que respecta a la elección de vegetales y frutas, se puede afirmar que tanto la ingesta diaria como la cantidad de frutas es mayor que la de vegetales. Si se considera la frecuencia de consumo de legumbres se puede observar que se utiliza de forma ocasional, por lo que la ingesta es baja.

El aceite en crudo se utiliza diariamente por una gran parte de la población encuestada en cantidades adecuadas, en cuanto al consumo de frutos secos y semillas la proporción que optan por estos alimentos es baja. La ingesta de manteca o margarina diaria es relativamente baja, no siendo el caso de los aderezos, que son consumidos de forma semanal por la mayoría de los adultos mayores encuestados.

Según los resultados obtenidos a través de la encuesta que mide el nivel de resiliencia, gran parte de la población posee un nivel moderado de resiliencia (65%), sólo tres individuos presentaron un nivel bajo. No coincidiendo en gran medida con un estudio

realizado por Cortés Recabal y col. en Chile (2012)<sup>1</sup> en el cual los adultos mayores presentaban en su mayoría una capacidad de resiliencia elevada.

Por medio de la utilización del test de hipótesis Chi Cuadrado se buscó indagar sobre el impacto que la resiliencia puede tener en tres de las variables del presente estudio. En primer lugar, se concluye que la capacidad de resiliencia no se relaciona con el estado nutricional, de igual manera que no estaría relacionada con la presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, coincidiendo con el estudio nombrado anteriormente de Cortés Recabal y col. (2012)<sup>2</sup> en el cual no se estableció una conexión entre la capacidad de resiliencia y las Enfermedades Crónicas, en este caso, hipertensión arterial y Diabetes Mellitus. Por último, en base a los resultados se puede afirmar que el nivel de resiliencia estaría relacionado con la realización de actividad física, correspondiendo así con lo dicho por Romero Barquero (2015)<sup>3</sup> acerca de los individuos que participaron en tratamientos que involucraron actividad física y aumentaron su nivel de resiliencia, en concordancia también con las recomendaciones de la OMS acerca del envejecimiento activo y el papel fundamental que cumple la actividad física recreativa y deportiva.

El rol de los Licenciados en Nutrición es de suma importancia teniendo en cuenta los cambios fisiológicos que se generan en el proceso de envejecimiento y que predisponen al adulto mayor a una mayor vulnerabilidad, por lo que la oportuna intervención de promoción y prevención podrá disminuir las posibilidades de padecer alguna enfermedad y fomentar hábitos de alimentación saludable. La educación en nutrición brinda herramientas a los individuos para generar cambios de hábitos que puedan mejorar su calidad de vida en cuanto al control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, siendo la actividad física un pilar fundamental para el mantenimiento de la salud, además de generar una sensación de bienestar. El profesional de salud debe recomendar actividades que promuevan la creatividad, la participación social y la estimulación cognitiva, tales como talleres de cocina, preparación de recetas dietéticas, actividad física recreativa o terapéutica que generarían en el adulto mayor un aumento del nivel de resiliencia, generando la posibilidad de transitar esta etapa del ciclo vital de una manera positiva. Tal es el enfoque que plantea el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los adultos mayores (ProNEAS) del

---

<sup>1</sup> Se basa en un estudio correlacional y de corte transversal de 176 adultos mayores autovalentes de ambos sexos entre 65 y 85 años de edad asistentes a un centro de salud primaria de la comuna de Chillán Viejo Región del Bío-Bío, Chile. Se utilizó la escala Resiliencia de Wagnild y Young adaptada por las autoras, el 82,4% de los participantes del estudio poseen una alta capacidad de resiliencia.

<sup>2</sup> En este estudio se observó que la mayoría de los encuestados padecía hipertensión arterial, un 43,8%, y tan sólo un 3,4% padecía diabetes mellitus.

<sup>3</sup> La investigación se basaba en el análisis de la magnitud del efecto de la actividad física en la resiliencia. Se meta-analizaron 18 investigaciones desarrolladas en personas entre los 11 y los 57 años de edad, determinándose que las variables sexo, agente estresor, edad, tipo de tratamiento y duración de la sesión hasta los 150 minutos moderaron los efectos del tratamiento en la resiliencia.

Ministerio de Salud de Nación alentando al equipo multidisciplinario a dirigir las acciones hacia una atención integral del adulto mayor.

Luego de todo lo expuesto anteriormente se plantean los siguientes interrogantes:

- ② ¿La capacidad de resiliencia puede influir en otros aspectos nutricionales como el cambio de hábitos o la elección de ciertos alimentos?
- ② ¿La resiliencia podría influir en el estado nutricional en otra población, por ejemplo, en niños?
- ② ¿Podría influir la resiliencia en el autocuidado y la adherencia al tratamiento médico de los adultos mayores con respecto a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles?
- ② ¿Cuál es la relación entre el nivel de resiliencia y la realización de actividad física si se amplía la muestra sujeta a análisis?

# *Bibliografía*



- Alemán Mateo, H., Esparza Romero, J., & Valencia, M. (1999). Antropometría y composición corporal en personas mayores de 60 años. Importancia de la actividad física. *Salud Pública Mex*, 41 (4), 309-316.
- Alonso Galbán, P., Sansó Soberats, F., Díaz-Canel Navarro, A., Carrasco García, M., & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Salud Pública*, 33 (1), 1-17.
- Amador Muñoz, L., & Esteban Ibáñez, M. (2015). Calidad de vida y formación de hábitos saludables en la alimentación de personas mayores. *Revista de Humanidades*, 25 (7)
- Arroyo, P., Lera, L., Sánchez, H., Bunout, D., Santos, J., & Albaba, C. (2007). Indicadores antropométricos, composición corporal y limitaciones funcionales en ancianos. *Rev. Med. Chile*, 135, 846-854.
- Ávila-Funes, J., & García-Mayo, E. (2004). Beneficios de la práctica del ejercicio en ancianos. *Gaceta Médica de México*, 140 (4), 431-436.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), 125-146.
- Cárdenas-Jiménez, A., & López-Díaz, A. (2011). Resiliencia en la vejez. *Rev. Salud Pública*, 13 (3), 528-540.
- Cardona Arango, D., Estrada Restrepo, A., & Agudelo García, H. B. (2003). Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. *Investigación y Educación en Enfermería*, 21 (2), 80-91.
- Cornatosky, M., Barrionuevo, O., Rodríguez, N., & Zeballos, J. (2009). Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la Provincia de Catamarca, Argentina. *DIAETA*, 27 (129), 11-17.
- Cortés Recabal, J., Flores Leone, P., Gómez Muñoz, C., Reyes Escalona, K., & Romero Díaz, L. (2012). Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. *Ciencia y Enfermería*, 18 (3), 73-81.
- De Girolami, D. (2003). *Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal*. Buenos Aires: El Ateneo.
- De Girolami, D., & Gonzáles Infantino, C. (2008). *Clínica y Terapéutica en la Nutrición del Adulto*. Buenos Aires: El Ateneo.



- Federación Argentina de Graduados en Nutrición. (2016). *Reunión Nacional de Alimentación del Adulto Mayor*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- García del Castillo, J., García del Castillo-López, A., López Sánchez, C., & Dias, P. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Health and Addictions*, 16 (1), 59-68.
- Gascón, S., & Lombardi, M. (2007). *Salud de los mayores N°10*. Maestría en Servicios de Gerontología. Instituto Universitario ISALUD.
- Gómez-Cabello, A., Vicente Rodríguez, G., Vila-Maldonado, S., Casajús, J., & Ara, I. (2012). Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (1), 22-30.
- Gracia, M., & Marcó, P. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psichothema*, 12 (2), 285-292.
- INDEC. (2014). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012*. Buenos Aires. Extraído de <http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- Kotliarenco, M., Cáceres, I., & Fontecilla, M. (1997). *Estado de Arte en Resiliencia*. Extraído de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resil6x9.pdf>
- Lopez, L., & Suárez, M. (2005). *Fundamentos de Nutrición Normal*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Marchionni, M., Caporale, J., Conconi, A., & Porto, N. (2011). *Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: prevalencia y prevención*. Universidad Nacional de la Plata.
- Melillo, A., Suárez Ojeda, E., & Rodríguez, D. (2004). *Resiliencia y Subjetividad: Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca. (2014). *Asistencia Integral para la Implementación de Sistemas de Gestión de Calidad (BPA) y Promoción del Consumo de Legumbres en el Mercado Interno*.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2007). *Programa Nacional de Envejecimiento y Salud para los Adultos Mayores*.  
Extraído de [http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2013-07\\_programa-nacional-envejecimiento-activo-salud.pdf](http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2013-07_programa-nacional-envejecimiento-activo-salud.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013). *Manual Director de Actividad Física y Salud de la República Argentina*.

Extraído de [http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2013\\_manual-actividad-fisica\\_2013.pdf](http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2013_manual-actividad-fisica_2013.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación. (2013). *Tercera Encuesta Nacional de factores de riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Extraído de [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015\\_09\\_04\\_encuesta\\_nacional\\_factores\\_riesgo.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Guías Alimentarias para la Población Argentina*. Buenos Aires.

Extraído de [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000817cnt-2016-04\\_Guia\\_Alimentaria\\_completa\\_web.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000817cnt-2016-04_Guia_Alimentaria_completa_web.pdf)

Montero López, M., López Giménez, M., Acevedo Cantero, P., & Mora Urda, A. (2015). Envejecimiento saludable: perspectiva de género y de ciclo vital. *European Journal of Investigation in Health*, 5 (1), 55-63.

Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *MHSalud*, 1 (1), 1-12.

Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Suárez Ojeda, E., Infante, F., & Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. OPS/OMS.

Ocampo Chaparro, J., & Londoño A, I. (2007). Ciclo Vital Individual: Vejez. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría*, 21 (3), 1072-1084.

OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37 (2), 74-105.

OMS. (2010). *Recomendaciones Mundiales Sobre Actividad Física para la Salud*.

Extraído de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf)

OMS. (2014). *ENT Perfiles de países*.

Extraído de [http://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/)

OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y salud*.

Extraído de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)



OMS/FAO. (2003). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de una Consulta Mixta de Expertos*.

Extraído de [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_916\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf)

Ospina Muñoz, D. (2007). La medición de la resiliencia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25 (1), 58-65.

Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9 (17).

Restrepo M, S., Morales G, R., Ramírez G, M., López L, M., & Varela L, L. (2006). Los Hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Rev Chil Nutr*, 33 (3).

Rodríguez, M., Fernández, M., Pérez, M., & Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de psicología*, 11 (2), 24-49.

Rodríguez, M., Pereyra, M., Gil, E., Jofré, M. B., & Labiano, L. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*, 9, 72-82.

Romero Barquero, C. (2005). Meta-análisis del efecto de la actividad física en el desarrollo de la resiliencia. *Retos*, 28, 98-103.

Ruiz Párraga, G., & López Martínez, A. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología*, 5 (2), 1-11.

Ruiz Vadillo, V., Gonzáles Rodríguez, J., López Gallo, M., Zarrabeitia Calle, I., & Pérez Rodrigo, C. (2002). Preferencias alimentarias en personas mayores de 60 años. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 8 (3-4), 113-117.

Saavedra Guajardo, E., & Villalta Paucar, M. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *LIBERABIT*, 14, 31-40.

Saavedra, E., Castro, A., & Inostroza, A. (2012). Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con o sin depresión. *Revista Pequeñ*, 2 (1), 161-184.

Salech, F., Jara, R., & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev. Med. Clin. Condes*, 23 (1), 19-29.

- Salgado Lévano, A. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: Una alternativa peruana. *LIBERABIT*, 11, 41-48.
- Serrano Ríos, M., Cervera Ral, P., Nomdedeu, L., Ribera Casado, J., & Sastre Gallego, A. (2010). *Guía de Alimentación para Personas Mayores*. Madrid: ERGON.
- Uriarte Arciniega, J. (2014). Resiliencia y Envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4 (2), 67-77.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 68 (3), 284-290.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., & Remor, R. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28 (2), 366-377.
- Zapata Farías, H. (2001). Adulto mayor: Participación e Identidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10 (1), 189-197.

### Páginas consultadas:

<http://www.msal.gob.ar/>

[http://www.mna-elderly.com/forms/mna\\_guide\\_spanish.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_spanish.pdf)

<http://www.who.int/es/>

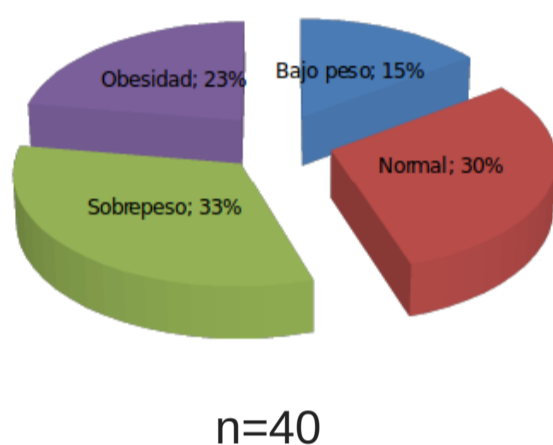


# ADULTO MAYOR: NUTRICIÓN Y RESILIENCIA

Universidad FASTA, Facultad de Ciencias Médicas, Licenciatura en Nutrición

Andrea Landa

## Estado Nutricional



**Introducción:** Los adultos mayores son reconocidos como un grupo de riesgo por los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren en su organismo, a su vez, durante el envejecimiento intervienen una serie de factores que tienen importante incidencia en los cambios psicológicos, emocionales y a nivel social.

**Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de Resiliencia, el estado nutricional, la realización de actividad física, la presencia de Enfermedades Crónicas No transmisibles y los hábitos alimentarios en adultos mayores que asisten a un Centro de Jubilados y Pensionados de la Ciudad de Mar del Plata.

**Materiales y métodos:** El estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La unidad de análisis está compuesta por cada uno de los individuos con edad de 65 años o más que concurren a un Centro de Jubilados y Pensionados de la ciudad de Mar del Plata, la muestra es de 40 adultos mayores.

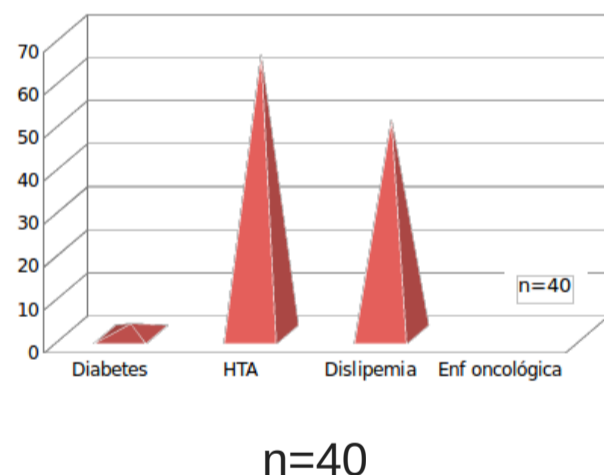
El estado nutricional se evaluó por medio de medidas de peso y talla y su relación en el indicador IMC, se utilizó la estimación indirecta de la talla a través de la altura de rodilla en los casos que así lo requerían. Se evaluaron los hábitos alimentarios, la realización de actividad física y presencia de ECNT por medio de una encuesta, y el nivel de resiliencia por medio de la escala de resiliencia Wagnild & Young versión argentina.

**Resultados:** Un 32% de los adultos mayores presentaban sobrepeso, un 23% obesidad y un 15% bajo peso, una alta prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, siendo la hipertensión arterial (65%) y la dislipemia (55%) las enfermedades más recurrentes. Realizan actividad física el 87% de los adultos mayores encuestados pero muchos de ellos no alcanzan a cumplir con las recomendaciones de 150 minutos semanales. Se observó un consumo elevado de sal y alimentos fritos, y un bajo consumo de agua y vegetales, adecuado consumo de lácteos y frutas. Los adultos mayores evaluados poseen autonomía en la compra y preparación de las comidas. El nivel de resiliencia fue, en su mayoría, moderado (65%) y alto (27,5%). Se encontró una relación entre el nivel de resiliencia y la realización de actividad física.

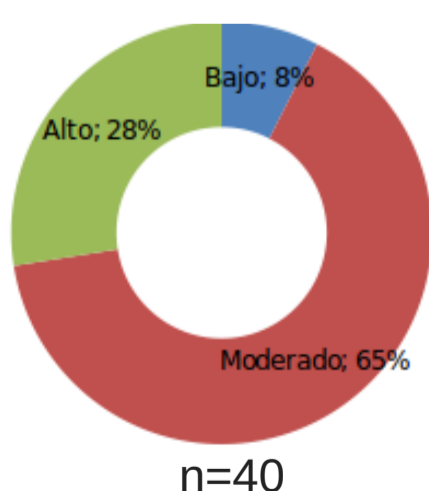
**Conclusiones:** Se puede concluir que realizar actividad física aumenta los niveles de resiliencia en la muestra analizada y no ha podido demostrarse si existe alguna relación entre el nivel de resiliencia, el estado nutricional y la presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Palabras claves: Adultos mayores, resiliencia, actividad física, estado nutricional, hábitos alimentarios

## Presencia de ECNT



## Nivel de Resiliencia



## REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

### AUTORIZACION DEL AUTOR<sup>1</sup>

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que, sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

#### 1. Autor:

Apellido y Nombre: Landa, Andrea

Tipo y N° de Documento: DNI 33518645

Teléfono/s (0223)155112273/ (0223)4822895

E-mailandrulanda@gmail.com

Título obtenido: Lic. en Nutrición

#### 2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

**Adulto mayor: Nutrición y resiliencia**

Fecha de defensa \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)**



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

#### 4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero [ ]

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponibles sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

---

Firma del Autor Lugar y Fecha

---

<sup>1</sup> Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.



*Tesis de Licenciatura*  
*Andrea Landa*

