

Universidad FASTA
Facultad de Cs. Médicas
Licenciatura en Nutrición

Determinantes sociales de Salud y Consumo de alimentos en adultos mayores concurrentes a centros de jubilados de Mar del Plata.



Bigne Sofia

Asesoramiento:

Lic. Mónica Beatriz Navarrete

Departamento de Metodología de la Investigación



DE LA FRATERNIDAD DE AGRUPACIONES SANTO TOMAS DE AQUINO



BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
UFASTA

ESTE DOCUMENTO HA SIDO DESCARGADO DE:

THIS DOCUMENT WAS DOWNLOADED FROM:

CE DOCUMENT A ÉTÉ TÉLÉCHARGÉ À PARTIR DE:



REPOSITORIO DIGITAL
UFASTA

ACCESO: <http://redi.ufasta.edu.ar>

CONTACTO: redi@ufasta.edu.ar

**“Cuando la felicidad llame a tu puerta,
aprovecha la ocasión y sé feliz.”**

- Haruki Murakami

Agradecimientos

A mis padres, mis hermanos y toda mi familia. Especialmente a mi mamá que estuvo y sigue estando firme al lado mío. No podría tener un mejor ejemplo a seguir.

A mi novio, Juan Pablo, que hace que este camino sea más fácil.

A mis amigos, en especial a Débora que fue mi incondicional compañera y mejor amiga durante todos los años de facultad. Gracias a la distancia.

A la tutora de mi tesis, Lic. Mónica Beatriz Navarrete, por guiarme durante todo el proceso con sus correcciones y recomendaciones.

Al Departamento de Metodología, especialmente a Vivian Minnaard por el asesoramiento continuo, gracias a su experiencia y predisposición.

A Mónica Pascual, del Departamento de Estadística, por su orientación en el análisis de datos y el diseño de los gráficos presentes en la investigación.

A todos los profesores y personal de la Universidad FASTA por formarme en esta hermosa profesión.

A los Presidentes de los centros de Jubilados y Pensionados que me permitieron participar de sus actividades.

A los adultos mayores que fueron parte de este estudio gracias a su buena predisposición.

A todos ellos, GRACIAS!

Resumen

La OMS (2005) define los Determinantes Sociales de Salud como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluidos el sistema de salud.

Objetivo: Identificar los determinantes sociales que caracterizan a la población de adultos mayores que asisten a diferentes centros de jubilados de la ciudad de Mar del Plata durante el 2014 y su perfil de salud.

Material y métodos: El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra de 130 personas, conformada por hombres y mujeres, fue determinada aleatoriamente entre todos los centros de jubilados de la ciudad de Mar del Plata seleccionando personas concurrentes a 9 de estos centros, con edades comprendidas entre los 63 y 91 años.

El instrumento fue constituido por dos partes: una encuesta con preguntas específicas sobre características personales, patrones alimentarios y medidas antropométricas; y una frecuencia de consumo de alimentos.

Resultados: La edad media de la muestra fue de 75 años. El 61% corresponde al sexo femenino y el 39% a masculino. Según IMC el 55% tiene sobrepeso y 24% algún grado de obesidad. El riesgo cardiovascular por circunferencia de cintura determinó que 27% tiene riesgo aumentado y 55% riesgo muy aumentado. El 73% consideró su barrio como una zona insegura. No beben alcohol diariamente el 90%, y son fumadores actuales sólo el 11%. Realiza actividad física con frecuencia el 85% de los encuestados. Tienen diagnóstico de hipertensión arterial el 61%, hipercolesterolemia el 28% y diabetes el 6%. Los alimentos que tiene un consumo inadecuado por deficiencia en la mayor parte de los entrevistados fueron: leche, yogurt, queso, carne, vegetales crudos y cocidos, frutas, pan, azúcar y aceite. Los alimentos consumidos inadecuadamente por exceso en gran parte de las personas fueron: huevo, cereales y pastas, legumbres, manteca, margarina y frutos secos.

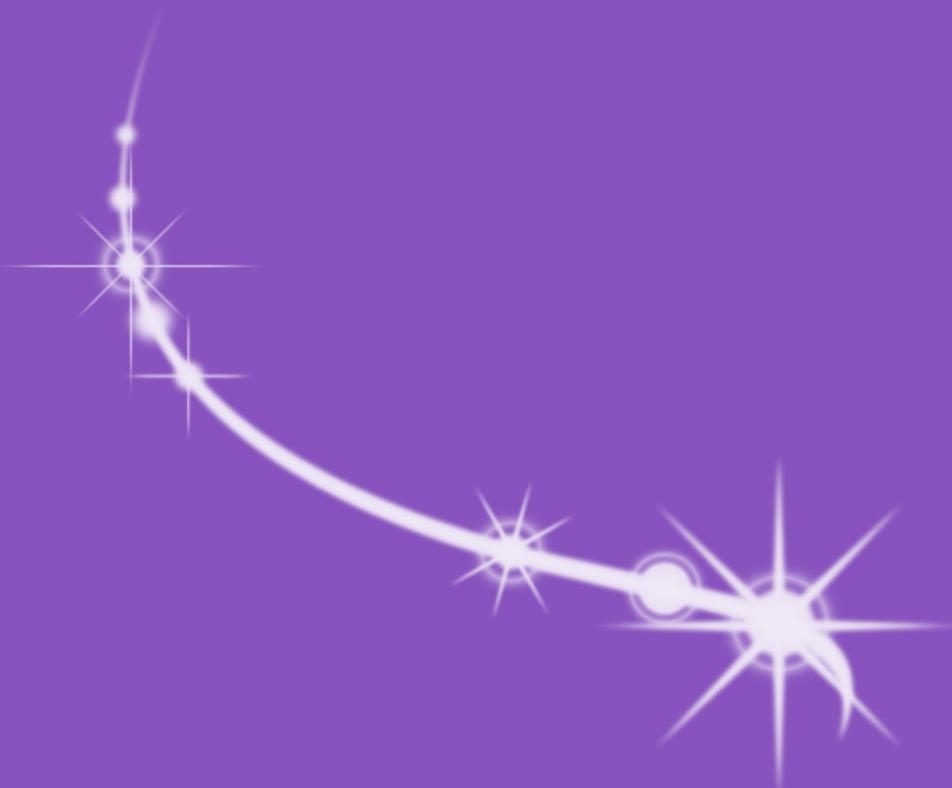
Conclusiones: Se considera de importancia que el Lic. en Nutrición desarrolle actividades de educación nutricional para los adultos mayores teniendo en cuenta las diferentes características de esta población, para así acompañar al adulto mayor en la adaptación a los cambios físicos típicos y particulares sufridos en la vejez y mejorar su estado nutricional.

Palabras Claves: adultos mayores - determinantes sociales de salud - consumo de alimentos - centros de jubilados y pensionados

Índice

Introducción.....	2
Capítulo 1	
<i>Determinantes Sociales de Salud</i>	6
Capítulo 2	
<i>Tercera Edad</i>	19
Capítulo 3	
<i>Nutrición en la Vejez</i>	30
Diseño Metodológico	41
Análisis de Datos.....	54
Conclusiones.....	75
Bibliografía.....	79

Introducción



Durante las últimas décadas la ciudad de Mar del Plata ha sufrido un cambio en su estructura poblacional: la disminución de la natalidad, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad han provocado el envejecimiento de la población. En el Partido de General Pueyrredón, el grupo mayor de 65 años representa más de 10% de la población.

Durante la vejez se sufren cambios de toda índole, los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores físicos, psíquicos, biológicos y sociales, estos últimos son los que más influyen sobre la salud y por ende sobre la nutrición de las personas, sin embargo, muy pocos gobiernos del mundo han desarrollado políticas de salud coherentes que incorporen determinantes sociales aunque las dimensiones sociales de la salud ya estaban solidamente afirmadas en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1984)¹, luego en el año 2004 la asamblea de la OMS lanzó la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la Salud.

La OMS (2005) define a los determinantes sociales de salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

El concepto de determinantes sociales de salud se originó en una serie de críticas influyentes publicadas en los años setenta y principios de los ochenta, que destacaron las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a los riesgos de enfermar de las personas determinadas por el método higienista, el cual se basaba en una única causa de los problemas sanitarios para la de prevención y tratamiento sobre todo de enfermedades infecciosas.

Uno de los primeros modelos que consideró los determinantes sociales de la salud fue el de Lalonde (1974)². Éste identificó como determinantes claves a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, fue el primero en destacar que la salud es más que un sistema de atención.

¹ La Organización Mundial de la Salud es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

² Lalonde Marc, Abogado, Ministro canadiense de Salud durante 1972 a 1977 publicó *A new perspective on the health of Canadians*, mejor conocido como *Lalonde report*, un informe elaborado en 1974 que se convirtió en una referencia en las políticas de salud pública y promoción de la salud.

A través del tiempo se han propuesto diferentes modelos: El de Dahlegren y Whitehead (1991)³; el de Diderichsen y Hallqvist (1998)⁴; el de Brunner, Marmot y Wilkinson (1999)⁵, entre otros. Teniendo en cuenta los anteriores modelos, actualmente la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2005) ha planteado un marco conceptual para actuar sobre ellos, este marco traza el camino a partir del cual se estudiarían los determinantes sociales de la salud en los diferentes grupos poblacionales, se creó como un modelo integral.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2005)⁶ señala que la atención de salud no es la principal fuerza que determina la salud de las personas, sino que es otro determinantes más; siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener la salud que los servicios a los cuales acceden las personas cuando se enferman.

Según Marmot (2006)⁷ a medida que se baja un peldaño en la escalera social, aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades y problemas de salud.

Lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o los factores protectores de la salud.

³ Modelo de Dahlegren y Whitehead explica como las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Es un modelo estructurado por capas en que las personas son el centro junto con los factores no modificables y luego las siguientes capas representan comportamientos personales, hábitos de vida, características laborales y de vida, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales.

⁴ Modelo de Diderichsen y Hallqvist recalca que la manera en que las sociedades se organizan crea una gradiente de estratificación social y asigna a las personas distintas posiciones sociales. La posición social de las personas determina sus oportunidades de Salud.

⁵ Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson vincula la estructura social con la salud y la enfermedad a través de vías materiales, psicosociales y conductuales.

⁶ La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud es una red mundial de instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunió en 2005 para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables.

⁷ Sir Michael Martmot. Profesor de Epidemiología y Salud Pública del University College de Londres se ha transformado en uno de los paladines a nivel internacional en la lucha por el desarrollo de un mundo basado en principios de justicia y equidad. Es uno de los referentes mundiales en temas de inequidades en relación a la salud, la importancia del desarrollo de políticas públicas intersectoriales y comprehensivas, además del vital rol de la sociedad civil empoderada en el desarrollo de sociedades para el siglo XXI.

El modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS incluye determinantes estructurales que son aquellos que generan estratificación social entre los que incluye: Educación, Ingresos y Sexo; y determinantes intermediarios que emanan de la configuración de la estratificación social subyacente y, a su vez, determinan las diferencias de exposición y vulnerabilidad ante las condiciones que ponen en riesgo la salud entre los que se incluyen: Redes sociales de apoyo, Condiciones de vida, Disponibilidad de alimento, Barreras para la adopción de conductas saludables y el Sistema de Salud.

Algunos estudios e informes que pueden destacarse teniendo en cuenta los determinantes sociales de salud son los realizados primeramente por la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS, el del español Carlos Ferrer, el cuadernillo para la promoción de la Salud realizado por los peruanos Cesar Lip y Fenando Rocabado quienes lo confeccionaron basándose en estos determinantes, entre otros.

Por lo tanto la pregunta que surge a investigar es:

❖ ¿Cuáles son los determinantes sociales estructurales e intermedios que caracterizan a la población de adultos mayores que asisten a diferentes centros de jubilados de la ciudad de Mar del Plata durante el 2014 y cuál es su perfil de salud?

Se plantea como objetivo general:

❖ Identificar los determinantes sociales estructurales e intermedios que caracterizan a la población de adultos mayores que asisten a diferentes centros de jubilados de la ciudad de Mar del Plata durante el 2014 y su perfil de salud.

Se plantean los siguientes objetivos específicos:

❖ Determinar el perfil de salud de adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata que asisten a diferentes centros de jubilados.

❖ Adaptar el modelo de Determinantes Sociales de Salud de la OMS a la población de adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata que asisten a diferentes centros de jubilados.

Capítulo 1



Determinantes Sociales de Salud



La Organización Mundial de la Salud (2005)¹ define a los determinantes sociales de salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluidos el sistema de salud.

Tarlov (1996) considera los determinantes sociales de salud como las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar. Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en salud. Las dimensiones sociales de la salud estaban ya sólidamente afirmadas en la Constitución de la OMS en el año 1948. La OMS (1948) también consagró la definición de salud como:

*“un estado de pleno bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”.*²

En la segunda mitad del siglo pasado la Conferencia Internacional de Alma Ata (1978) consideró también como uno de los pilares básicos de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud a los determinantes sociales de salud declarando:

*“La necesidad de una estrategia integral de salud que no solo preste servicio de salud sino que también aborde las causas sociales, económicas y políticas subyacentes de la mala salud”*³.

La OMS, en su asamblea de 2004, lanzó la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud.

El concepto de los determinantes sociales se originó en los años '70 pero se empezó a usar con mayor frecuencia a mediados de los años noventa y apunta a los factores que ayudan a que las personas permanezcan sanas, en lugar del servicio que ayuda a las personas cuando enferman.

Este es un campo de estudio en construcción, para algunos todavía no suficientemente delimitado, y cuya investigación presenta enormes retos metodológicos. Igualmente, el análisis de los problemas de salud con este enfoque es

¹ La Organización Mundial de la Salud es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

² Esta definición sigue vigente actualmente.

³ La declaración de Alma Ata formó parte de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en septiembre de 1978. Su interés radica en la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue: Salud para Todos en el año 2000.

un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud y de los Ministerios de Salud de muchos países.

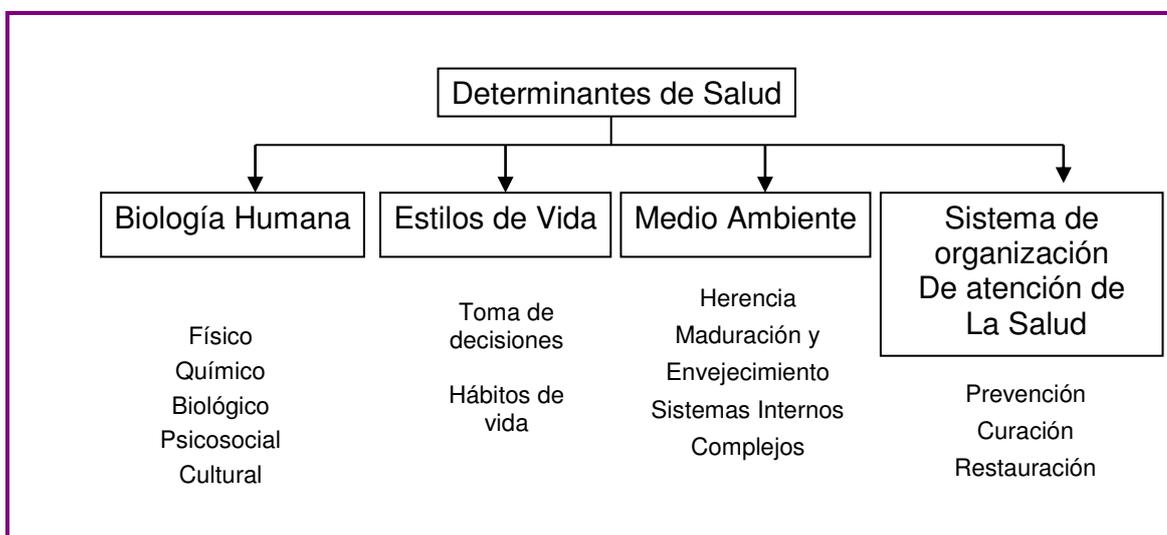
A pesar de la clara asociación entre la calidad de vida y las enfermedades, en el siglo XXI se implantó en Estados Unidos y Europa el llamado modelo higienista que promovía una visión unicausal con énfasis en los aspectos biológicos de las enfermedades y su cura. A pesar de su hegemonía este modelo y su fundamento puramente biológico agotaron su capacidad para explicar la génesis de las enfermedades, su eficacia para prevenirlas y tratarlas no fue suficiente.

La atención médica puede prolongar la vida después de algunas enfermedades graves, pero las condiciones sociales y económicas que determinan que las personas se enfermen o no son más importante para la ganancia en salud de la población en general.

El enfoque en los determinantes sociales de la salud tiene su centro de atención en la necesidad de esclarecer como las desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales: ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludables, acceso a los servicios de salud, educación, recreación, entre otros, se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud de los grupos sociales.

En los últimos años se han elaborado varios modelos a fin de mostrar los mecanismos por medio de los cuales los determinantes sociales de la salud influyen en los resultados sanitarios, con el fin de hacer explícitos los nexos entre los distintos tipos de determinantes de salud y ubicar los puntos de acceso estratégico para las medidas de política. Algunos de los modelos influyentes son los siguientes:

Figura 1: Modelo de determinantes claves de salud propuesto por Lalonde



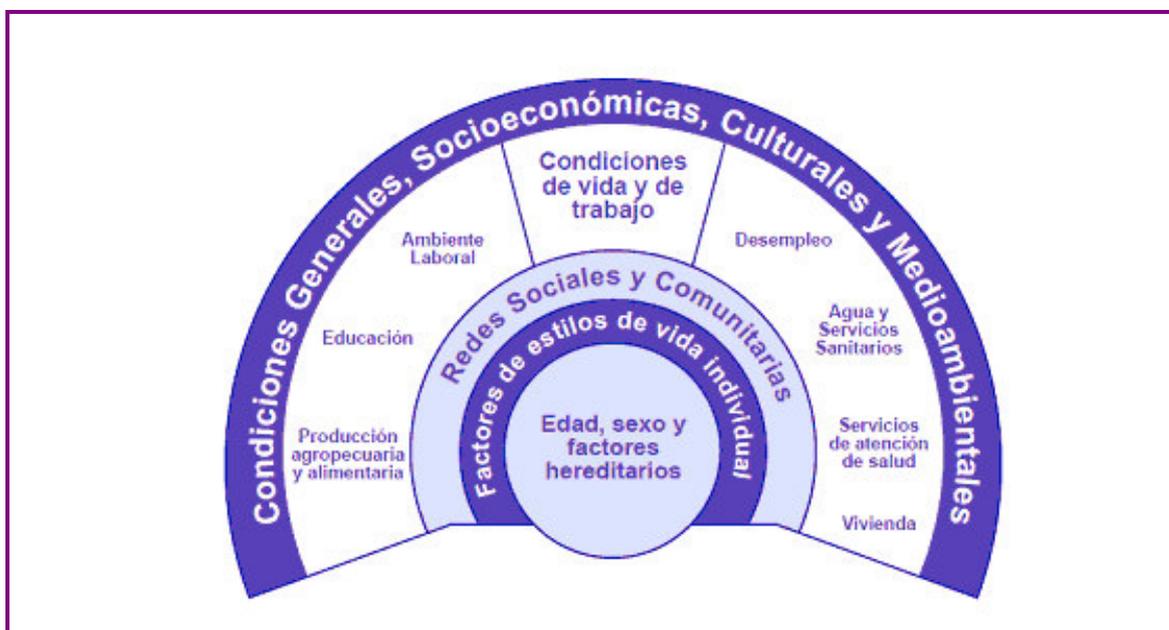
Fuente: Lalonde (1974), <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>

El modelo de Lalonde (1974) ⁴ identificó como determinantes claves de la salud a: los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba que la salud era más que un simple sistema de atención de enfermedades.

En Gran Bretaña Dahlgren y Whitehead (1991) ⁵ plantearon un modelo que determina los principales factores que afectan la salud como capas de influencia.

Este modelo explica como las desigualdades sociales en torno a la salud son el resultado de las interacciones entre distintos niveles, desde el individuo hasta las comunidades, y al nivel de políticas de salud nacionales.

Figura 2: Modelo de Dalghren y Whitehead



Fuente: Dalghren y Whitehead (1991) <http://es.slideshare.net/NEIDAAVILEZ/modelo-de-27838002>

En el centro se encuentran el individuo y factores que determinan la salud pero no son modificables: edad, sexo y factores constitucionales genéticos. Hacia el exterior se encuentran las capas de los determinantes de salud posibles de modificar: comportamientos personales y hábitos de vida. En una capa más exterior se muestra

⁴ Lalonde Marc, Abogado, Ministro canadiense de Salud durante 1972 a 1977 publicó *A new perspective on the health of Canadians*, mejor conocido como *Lalonde report*, un informe elaborado en 1974 que se convirtió en una referencia en las políticas de salud pública y promoción de la salud. El documento propone la fórmula para integrar los sistemas sanitarios y la promoción de la salud en el marco de una política integral.

⁵ Whitehead M. & Dahlgren G. publicaron su modelo en 1991 conocido como *Policy Rainbow*. Estos autores fueron destacados por dar la definición más citada de inequidades en salud:

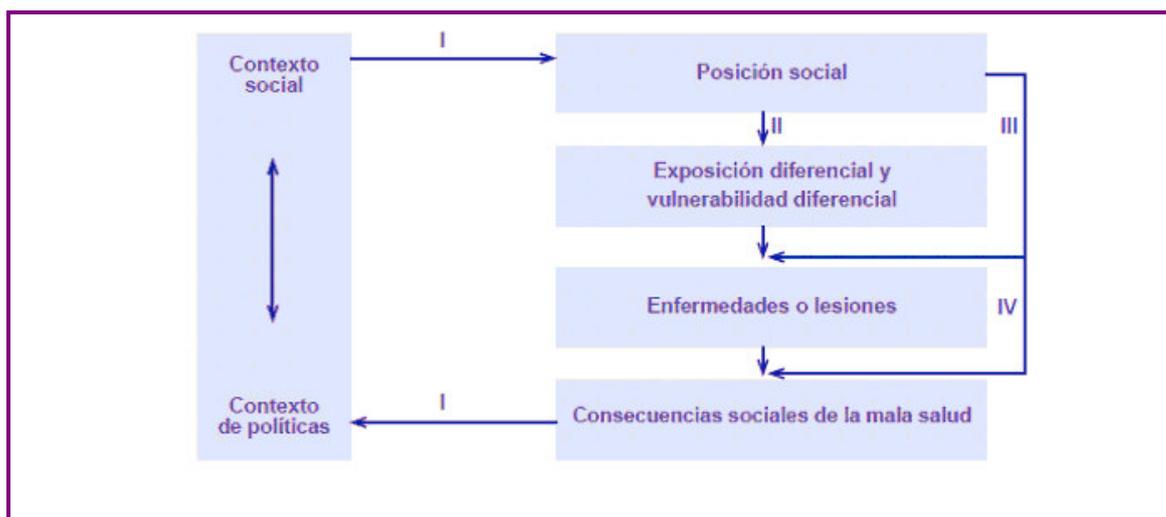
“Las desigualdades en salud que son evitables, innecesarias e injustas.”

las redes sociales y comunitarias, estas interacciones sociales y las presiones de los pares influyen en las conductas personales. Luego se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a los alimentos y servicios esenciales. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad a todos los demás niveles ubicándose en la última capa de este modelo. Estas últimas condiciones, como el estado económico del país y las condiciones del mercado de trabajo, producen presión sobre cada una de las otras capas. El modelo de vida alcanzado por una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección individual de vivienda, trabajo, e interacciones sociales, así como los hábitos de comida y bebida. Igualmente, las creencias culturales sobre el lugar de la mujer en la sociedad o las actitudes respecto a las comunidades étnicas minoritarias puede influir en su patrón de vida y posición socio-económica.

El modelo de Diderichsen (1998)⁶ recalca que la manera en que las sociedades se organizan crea una gradiente de estratificación social y asigna a las personas diferentes posiciones sociales, lo cual determinan sus oportunidades de salud.

El marco propuesto señala cuatro niveles interrelacionados hacia los cuales pueden dirigirse las políticas: fortalecimiento de los individuos; fortalecimiento de las comunidades; mejoramiento del acceso a los medios y servicios esenciales; estimulando el cambio macroeconómico y cultural.

Figura 3: Modelo de Diderichsen y colaboradores



Fuente: Diderichsen y colaboradores (1998),

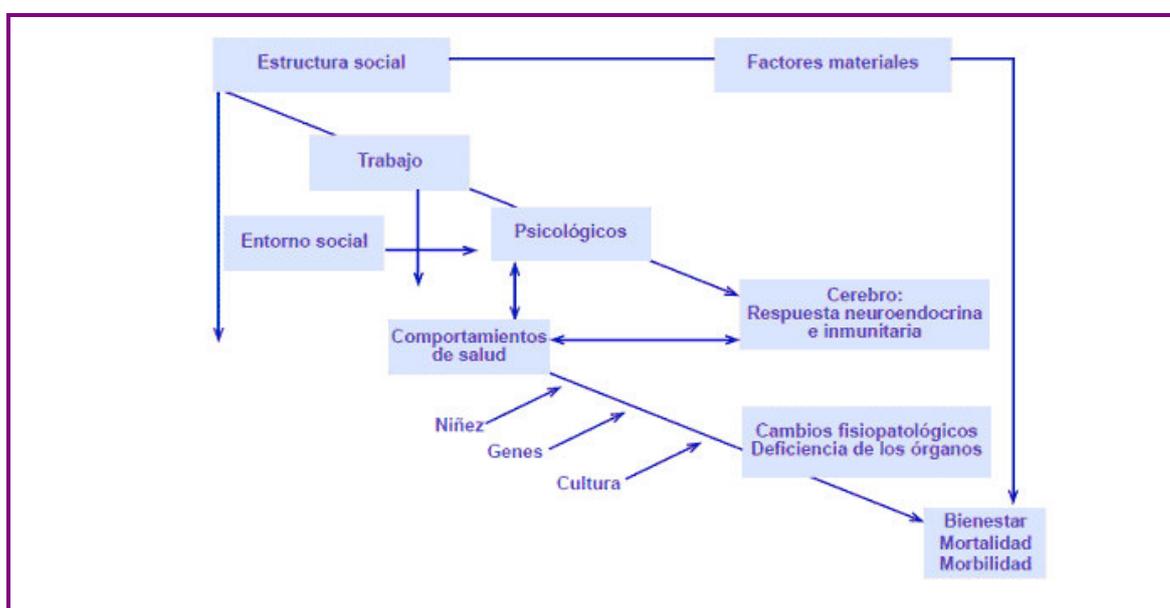
<http://www.ansapnicaragua.org/paradigmas/pdf/determinantesdesalud.pdf>

⁶ Diderichsen Finn. Profesor dinamarqués de la Universidad de Copenhagen, una de las diez mejores universidades del mundo.

En el diagrama, el proceso de asignar a los individuos las posiciones sociales se ve en (I). Los mecanismos involucrados de la sociedad que generan y distribuyen poder, riqueza y riesgo son, por ejemplo, el sistema educativo, las políticas de trabajo, las normas de género y las instituciones políticas. La estratificación social genera, a su vez, el diferencial de exposición a las condiciones perjudiciales de salud (II) y el diferencial de vulnerabilidad (III), así como el diferencial de consecuencias de mala salud para los grupos más o menos aventajados, mostrando como mecanismo (IV). Las consecuencias sociales se refieren al impacto que un cierto evento de salud puede tener en las circunstancias socio-económicas de un individuo o una familia.

El modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson (1999)⁷ originalmente fue creado con el fin de relacionar la perspectiva curativa con la salud pública, pero luego se aplicó al proceso social que subyace a las inequidades de salud como un modelo de los factores sociales que causan una mala salud y contribuyen a crear inequidad sanitarias.

Figura 4: Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson (1999)



Fuente: Brunner, Marmot y Wilkinson (1999),

<http://www.ansapnicaragua.org/paradigmas/pdf/determinantesdesalud.pdf>

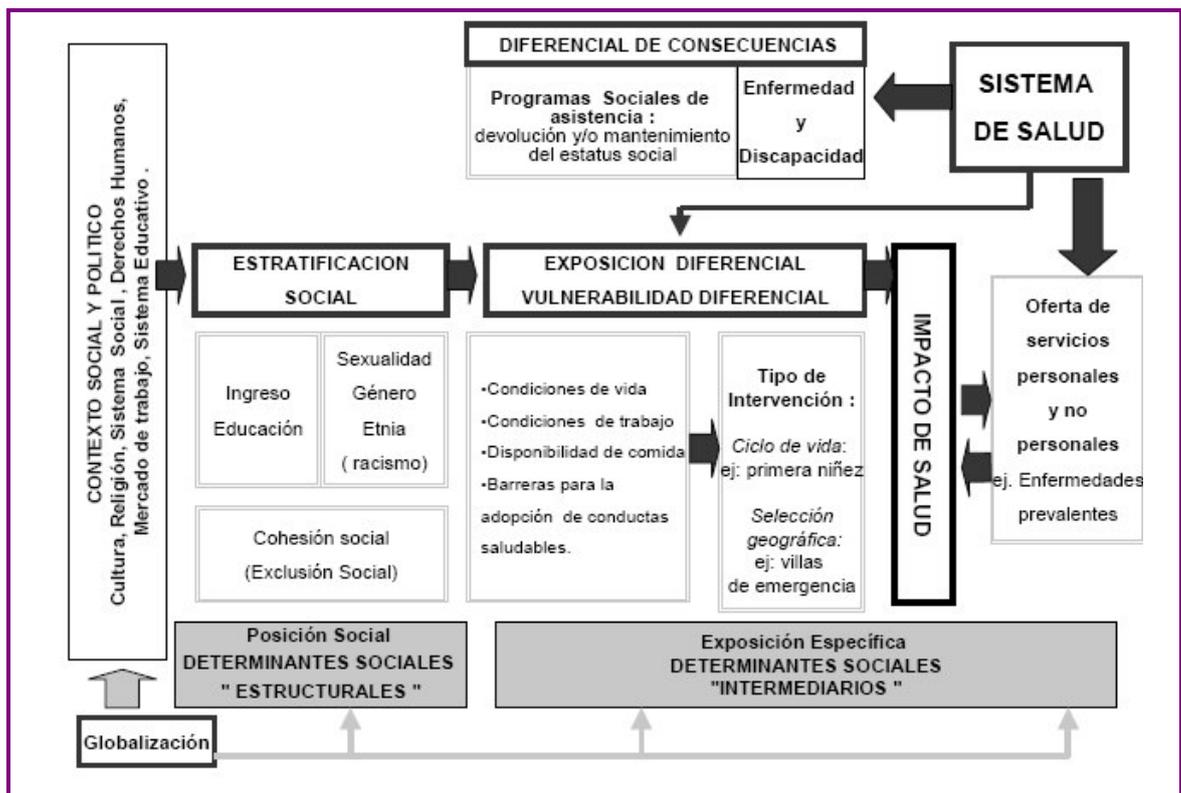
⁷ Eric Brunner, Richard Wilkinson & Michael Marmot presentaron este modelo como parte del Informe elaborado por Acheson en el Reino Unido en 1998 para explicar cómo las desigualdades en salud son el resultado de la exposición diferencial al riesgo a lo largo de toda la vida de las personas.

Este modelo ilustra como las desigualdades socioeconómicas en salud resultan del diferencial de la exposición al riesgo – medioambiental, psicológico y conductual – a lo largo del ciclo de vida. Relaciona la estructura social con la salud y enfermedad a través de vías materiales, psicosociales y conductuales. Los actores genéticos, de la niñez, y culturales constituyen importantes influencias adicionales para la salud de la población.

En marzo de año 2005 fue creada la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) ⁸ para ayudar a los países y los asociados mundiales en pro de la salud a abordar los factores sociales que conducen a la mala salud y las inequidades.

Lee, J.W., quien fue Director General de la OMS fue el creador de esta comisión con el mandato de disponer de tres años para acopiar y revisar datos sobre intervenciones necesarias para reducir las inequidades en materia de salud dentro de los países y entre ellos. La Comisión planteó un marco conceptual para actuar sobre estos.

Figura 5: Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Fuente: Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS (2008), http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/

⁸ La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud es una red mundial de instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunió en 2005 para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables.

Este marca el camino a partir del cual el contexto social y político compuesto por: cultura, religión, función del sistema social, derechos humanos, mercado laboral y sistema de educación, da origen a realidades socioeconómicas desiguales lo que lleva a la creación de inequidades sociales en condiciones de trabajo y de vida.

El cuadro es necesariamente complejo, ya que busca representar en forma esquemática una realidad social y política intrincada. Los problemas claves son: el contexto sociopolítico, los determinantes estructurales en contraposición a los intermedios; y los niveles de los cuales pueden abordarse las inequidades en salud.

Según el equipo de la Organización Mundial de la Salud (2008)⁹, la equidad sanitaria es:

“La ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica.”

No necesariamente las desigualdades en salud son inequidades. Las inequidades en salud tienen sus raíces en los procesos de estratificación social y, por lo tanto, están vinculadas con la realidad política y las relaciones de poder dentro de una sociedad. América Latina es una región que exhibe los mayores índices de inequidad en el planeta.

Existe una relación estrecha entre la equidad en salud y los determinantes sociales. No se puede lograr un avance sustancial en relación con la equidad en salud sin actuar sobre los determinantes sociales de ella.

Los denominados determinantes estructurales de salud o determinantes sociales de inequidad en salud son los mecanismos de estratificación social, aquellos que configuran mejores o peores oportunidades para la salud basados en su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso de los recursos: estado profesional, edad, sexo, niveles de ingreso, y niveles de educación.

La influencia de la posición socioeconómica sobre la salud del individuo no es directa, sino producto del acto de determinantes intermedios que fluyen desde la configuración de la estratificación social subyacente y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud: Redes sociales de apoyo (familia y amigos en caso de necesidad y apoyo hacia otros), Condiciones de vida (calidad agua, tipo de vivienda y seguridad), Disponibilidad de alimento y Barreras para la adopción de conductas saludables (consumo de tabaco y alcohol; elecciones dietarias y sedentarismo).

⁹ Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud (2008).

Este modelo incorpora como elemento distintivo el sistema de salud como un determinante intermedio más y plantea que éste no es la principal fuerza que determina la salud de las personas.

Debemos tener en cuenta cuáles son las propiedades de los determinantes sociales de salud: cada factor es importante por sí mismo y están interrelacionados. La influencia combinada de estos factores en conjunto determina el estado de salud, actúan a múltiples niveles: individual, familiar, local comunitario o social. Son acumulativos, causales o protectores y posiblemente actúen en ambos sentidos.

La justicia no exige que todos tengan el mismo nivel de vida, lo que exige es una distribución tal de los determinantes de salud, en la medida en que sea posible controlarlos, en la que cada persona tenga las mismas posibilidades de tener una vida larga y sana. Asegurar una distribución justa de la salud entre los miembros de la sociedad debe considerarse la responsabilidad principal de un gobierno justo.

A medida que se baja un peldaño en la escalera social, aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades y problemas de salud.

Como afirma la Comisión sobre determinantes sociales de la Salud de la OMS en su informe final (2009): cada año, más de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a que han de hacer frente a gastos sanitarios de consecuencias catastróficas para sus familias.

La pobreza en los padres de familia inicia una cadena de riesgos sociales. Comienza en la infancia con una menor disposición para el estudio y aceptación de la escuela, sigue con un comportamiento deficiente y pocos logros escolares, y conduce un mayor riesgo de desempleo, marginalidad social percibida, y trabajos de bajo nivel social y poca responsabilidad en la vida adulta. Este patrón de educación y empleo deficiente perjudica la salud y, en los años de la vejez, el funcionamiento cognitivo.

Según Berlinguer G. (2007)¹⁰ la salud puede progresar incluso cuando el salario per capita no es alto, siempre que haya un compromiso por parte del Estado y de la comunidad y apoyo de las profesiones de la salud para crear servicios generalizados,

¹⁰ Giovanni Berlinguer es miembro del Parlamento Europeo. Ha formado parte de dos comisiones en la OMS: Medio Ambiente y Salud; y Cultura, Educación e Información. Fue el responsable del primer Plan Sanitario Nacional de Italia. Se desempeñó en la Cámara de Diputados de Italia y en el Senado de la República. En el Parlamento italiano, trabajó en las comisiones de medio ambiente y salud. Actualmente, es miembro del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO y relator del proyecto de Declaración Universal sobre Bioética. Es uno de los fundadores de Legambiente, una asociación medioambiental de Italia y ha trabajado con los sindicatos italianos y brasileños sobre la relación entre el trabajo, la salud y la seguridad.

accesibles y calificados; para extender la educación básica y atacar las raíces de la enfermedad.

Wilkinson R. & Marmot M. (1998) afirman que el gradiente social afecta durante la vida. Las personas que están en los estratos sociales más bajos por lo general tienen el doble de riesgo de sufrir enfermedades graves y muerte prematura que quienes están en los estratos altos.

Mientras más tiempo viva una persona en circunstancias económicas y sociales estresantes, mayor será su desgaste fisiológico y menor la posibilidad de que disfrute una vejez sana.

Los estados continuos de ansiedad, inseguridad, baja autoestima, aislamiento social y falta de control en el trabajo y la vida en el hogar tienen efectos poderosos en la salud. Tales riesgos psicosociales se acumulan y aumentan la probabilidad de salud mental deficiente y muerte prematura.

La educación inadecuada, según Smith (2005), es probable que desempeñe un papel causal clave en la generación de inequidades en salud, al menos en parte debido a que ejerce una profunda influencia en los ingresos, la condición de empleo y las condiciones de vida en la vida adulta, la educación es una medida clave de estratificación social en los países, tanto ricos como pobres.

El desempleo es un riesgo para la salud, y el riesgo es mayor en regiones con altos índices de este como en nuestro país. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2013) ¹¹ durante el primer trimestre del año 2013 la tasa de desocupación en 31 aglomerados urbanos de Argentina alcanzó el 7,9.

Los trabajos insatisfactorios e inseguros son tan perjudiciales a la salud como el desempleo, la calidad del trabajo es muy importante. Hay ciertos empleos que carecen de protección laboral: trabajadores de industrias caseras, trabajadores agrícolas, vendedores locales y trabajadores de pequeñas empresas, trabajadores domésticos y trabajadores a domicilio.

¹¹ El Instituto Nacional de Estadística y Censos es un organismo público, de carácter técnico, que unifica la orientación y ejerce la dirección superior de todas las actividades estadísticas oficiales que se realizan en el territorio de la República Argentina. El INDEC también tiene la responsabilidad de coordinar el Sistema Estadístico Nacional, es responsable del desarrollo metodológico y normativo para la producción de estadísticas oficiales, asegurando la comparabilidad de la información originada en distintas fuentes. La producción de información estadística se realiza a través de distintos métodos de captación de datos, como censos, encuestas y registros administrativos, que permiten la confección de indicadores en relación a diferentes áreas temáticas. Ampliar en: www.indec.mecon.ar

Los inmigrantes, grupos étnicos minoritarios, obreros extranjeros y refugiados son particularmente vulnerables a la exclusión social. En ocasiones se les excluye de la ciudadanía y a menudo de oportunidades para el trabajo y educación.

En cuanto al entorno social, la amistad, las buenas relaciones sociales y las redes solidarias de apoyo mejoran la salud en el hogar, el trabajo y la comunidad. El aislamiento y la exclusión social están asociados con tasas más altas de muerte prematura y menos probabilidad de sobrevivir luego de un infarto cardiaco.

Una buena alimentación y un suministro adecuado de alimentos son indispensables para promover la salud y el bienestar. El problema importante de salud pública es la disponibilidad y el costo de alimentos sanos y nutritivos. El acceso a alimentos económicos influye más en lo que la gente come que la educación sanitaria.

La industrialización trajo consigo la transición epidemiológica de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas como enfermedades cardíacas, cáncer, accidentes cerebro vasculares, entre otras. Este fenómeno se asoció con una transición nutricional. Las sociedades urbanas han incorporado estilos de vida sedentarios y un consumo de alimentos ricos en lípidos, azúcares, pobres en fibras y micronutrientes. En este sentido, Latinoamérica, ha cambiado de una condición de alta prevalencia de bajo peso y déficit de crecimiento hacia un escenario marcado por un incremento de la obesidad y sus consecuencias. Según información publicada por FAO¹² (2002) se observó que Argentina supera las 3.000 kcal/día/persona.

La fuente de nutrientes es la principal diferencia en el régimen alimentación entre las clases sociales. Los pobres sustituyen los alimentos frescos por alimentos procesados más baratos. El consumo de grandes cantidades de grasa ocurre en todos los grupos sociales. Las personas de bajos ingresos, como las familias jóvenes, los ancianos y los desempleados, son menos capaces de comer bien.

Mejores condiciones de vivienda y de vida, acceso a agua segura y a buenos servicios sanitarios, vecindarios más seguros, transporte público y atención infantil son ejemplos de determinantes que se pueden abordar para mejorar la equidad. Condiciones materiales como vivienda precaria y ambiente laboral inseguro, generan riesgos diferenciales para los diversos estratos sociales. Personas con mejores condiciones materiales tienden a tener mayores recursos económicos y cognitivos para prevenir daños en su salud y a utilizar de manera más eficiente la información disponible sobre la prevención de las enfermedades.

¹² Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura, su mandato consiste en mejorar la nutrición, aumentar la productividad agrícola, elevar el nivel de vida de la población rural y contribuir al crecimiento de la economía mundial.

El sistema sanitario es considerado actualmente por la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (2005) como factor determinante intermediario. Existe un efecto de 'retroalimentación' de la salud sobre la posición socioeconómica, por ejemplo, cuando alguien experimenta una disminución de sus ingresos a raíz de una discapacidad ocasionada por el trabajo. Las personas que padecen mala salud ascienden en la escala social con menor frecuencia y, en general, descienden en la escala social más que las personas sanas. Por ende, el sistema sanitario procura que los problemas de salud no conduzcan a un deterioro mayor de la posición social de las personas y facilita la reintegración social de las personas enfermas.

En 2007, por primera vez, la mayoría de los habitantes del planeta vivía en entornos urbanos. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)¹³ en el año 1990, Argentina contaba un porcentaje de urbanización de 86,9%. En el año 2010 se alcanzó el 91,4% aumentando en un 5,2% en tan solo 10 años.

El actual modelo de urbanización plantea importantes problemas medioambientales, en particular con respecto al cambio climático, cuyo efecto es mayor en los países de ingresos bajos y entre los grupos vulnerables de la población. En la actualidad, las emisiones de gases invernadero son, principalmente, consecuencia de las pautas de consumo de las ciudades de los países desarrollados. El transporte y los edificios contribuyen en el 21% de las emisiones de CO₂, mientras que la actividad agrícola representa la quinta parte. Sin embargo, la producción de los cultivos depende en gran medida de las condiciones climáticas imperantes. Las alteraciones climáticas y el agotamiento de los recursos tendrán que tenerse en cuenta a la hora de reducir las desigualdades sanitarias en el mundo.

Otro de los determinantes sociales influyentes es el sexo. Según Gómez (2002) se busca la eliminación de diferencias evitables entre hombres y mujeres en cuanto a sus oportunidades de obtener y mantener la salud, y a las probabilidades de enfermedad, sufrir discapacidad o morir prematuramente por causas prevenibles. La equidad en este sentido significa que: los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres; los servicios se reciban según las necesidades particulares de cada sexo; el financiamiento y pago de los servicios se ajusten a la capacidad económica y no a los riesgos propios de cada sexo o a sus necesidades.

¹³ La Comisión Económica para América Latina y el Caribe comenzó a funcionar en 1948. Es una de las cinco comisiones regionales de las Naciones Unidas y su sede está en Santiago de Chile. Se fundó para contribuir al desarrollo económico de América Latina.

La evolución el concepto de determinantes sociales de salud ha ido desarrollándose como hemos visto en los diferentes modelos hasta llegar al que actualmente nos presentó la Comisión de determinantes sociales de la salud de la OMS, será entonces compromiso de los gobiernos justos utilizar todo lo avanzado para la creación de políticas publicas que en base a ellos tengan como objetivo principal la equidad.

Capítulo 2



Tercera Edad



En la cultura occidental, respecto a la vejez, podemos observar dos posiciones que son contradictorias, ilustradas en las consideraciones de dos filósofos del pensamiento griego. Por un lado, Platón (380 a.C.)¹, con una apreciación positiva, brinda una visión no apocalíptica de la vejez y del viejo, hace una defensa incondicional del anciano y reclama para ellos poder social. Por otro lado, Aristóteles², hace a la vejez responsable de todos los males de los seres humanos y sinónimo de carecer de poder social.

De acuerdo con las Organización de las Naciones Unidas (ONU)³ la vejez se inicia a partir de los 70 años, valor que ha ido cambiando a través de la historia, ya que en el siglo XIII se era viejo a los 30 años.

La tercera edad, ancianidad o edad avanzada representa un segmento de la población extremadamente heterogéneo, de tal modo que la fecha de esta etapa fisiológica no está claramente delimitada. Abarca desde personas mayores de 60 años autónomas muy activas hasta ancianos con minusvalías que dependen de ayuda externa.

A fines prácticos determinaremos la vejez a partir de los 60 años de edad, pero en la realidad la vejez biológica está determinada, además de por la edad cronológica, por otras diferencias sociales como el sexo, la clase social, entre otras.

Las personas no envejecen con un patrón definido. El envejecimiento es un proceso individual, inexorable, progresivo, multifactorial e irreproducible, que se inicia en el momento del nacimiento y termina con la muerte. Se caracteriza por ser: universal, constante, regular e irreversible.

¹ Platón (Atenas o Egina, 427-347 a. C.), filósofo griego seguidor de Sócrate y maestro de Aristóteles. Participó activamente en la enseñanza de la Academia y escribió, siempre en forma de diálogo, sobre los más diversos temas, tales como filosofía política, ética, psicología, antropología filosófica, epistemología, gnoseología, metafísica, cosmogonía, cosmología, filosofía del lenguaje, entre otros.

² Aristóteles (384 a. C.-322 a. C.) fue un polímata griego: filósofo, lógico y científico de la Antigua Grecia cuyas ideas han ejercido una enorme influencia sobre la historia intelectual de Occidente por más de dos milenios.

³ La Organización de las Naciones Unidas es la mayor organización internacional existente. Es una asociación de gobierno global que facilita la cooperación en asuntos como el derecho internacional, la paz y seguridad internacional, el desarrollo económico y social, los asuntos humanitarios y los derechos humanos. Fue fundada en 1945 tras la Segunda Guerra Mundial por 51 países que se comprometieron a mantener la paz y la seguridad internacionales, fomentar entre las naciones relaciones de amistad y promover el progreso social, la mejora del nivel de vida y los derechos humanos. Ampliar en: www.un.org/es

El envejecimiento satisfactorio lo obtienen aquellas personas mayores que favorecen la promoción de la salud, fomentando su autoestima, mediante la práctica de ejercicio físico o el entrenamiento de las capacidades cognitivas y manteniendo hábitos de vida saludables.

La vejez es una etapa más de la vida, no una enfermedad. En la vida de los humanos se presentan diferentes etapas de su existencia bien definidas. La infancia es la primera de ellas, en la que se comienza a formar la persona y conocer el mundo. Durante la adolescencia, en su afán de cambiar el mundo a su manera, el individuo se rebela ante las reglas establecidas mientras que, al mismo tiempo se identifica y madura con su sexualidad. La etapa siguiente es la madurez, donde el ser humano forma su familia. La tercera edad es la última etapa, en la que se empiezan a perder habilidades tanto físicas como intelectuales.

La vejez está relacionada con pérdida y cambio en diferentes aspectos de su vida, es decir, cambios tanto biológicos como sociales y psicológicos.

Los cambios biológicos que podemos destacar son: deterioro del aspecto físico que se refleja en un cambio en la silueta, donde predomina la acumulación de grasa en ciertas regiones, como en vientre y las caderas, la piel pierde su elasticidad e hidratación, por lo tanto aparecen arrugas, varices y venas que sobresalen, el cabello se encanece y se hace más fino y escaso; se produce disminución de la agudeza visual, auditiva y gustativa; en el sistema nervioso central se detectan cambios estructurales, fisiológicos y bioquímicos; disminuye la actividad metabólica basal; comienzan cambios en las funciones respiratorias, cardiovasculares, digestiva y endocrinas; la respuesta del sistema inmunitario es más lenta; y se producen alteraciones del sueño, pérdida o disminución función sexual.

Las patologías de mayor incidencia en la edad avanzada, según Moreiras (1993)⁴ son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades del sistema respiratorio acompañadas de otras como la osteoporosis, la depresión o las enfermedades neurogenerativas como la enfermedad de Alzheimer.

Por otro lado, los cambios sociales que se producen son: en la estructura familiar, ya que los hijos se marchan del hogar quedando en pareja o solos, dependiendo el caso; la jubilación, que en Argentina es a los 60 años para las mujeres y 65 para los hombres, puede ser tomada como algo tanto positivo, como negativo, ya

⁴ Moreiras O. y otros del Departamento de Nutrición de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid en su estudio *Nutrición y salud en personas de edad avanzada en Europa* en el que se describe el estado nutricional juzgado por dieta, antropometría y bioquímica, así como el estilo de vida, salud subjetiva, capacidad física, cognitiva y estado de depresión de adultos mayores españoles.

que puede ser considerado como un tiempo libre para realizar nuevas actividades y un merecido descanso o considerado como una pérdida de su participación activa en la sociedad; dependiendo del valor de la jubilación suelen haber una disminución del ingreso económico que muchas veces solo alcanza para subsistir; se produce, al dejar de trabajar, una ausencia de la identidad social y una privación del rol social; si la persona se enferma suele tener un gran deterioro de salud que acarrea un declive de su autonomía; y en esta etapa de la vida suelen ser frecuentes la pérdida de seres queridos y de redes de apoyo social.

Por último, los cambios psicológicos que ocurren en la vejez son: pérdida o disminución del autoestima, del bienestar con uno mismo, del manejo de decisiones en su vida, de su capacidad mental y del placer sexual; se produce en esta etapa una crisis de identidad y la ineludibilidad de su propia muerte, lo cual puede llevar a sentimientos depresivos.

En la década de 1980, la Revolución Demográfica⁵, produjo un aumento de la población de adultos mayores que era vista por los Estados, debido al incremento en la demanda de recursos y provisiones de servicios, como una amenaza.

El envejecimiento de la población es una de las más importantes expresiones de la transición demográfica, la que se produce cuando bajan fuertemente las tasas de natalidad y se reduce la proporción de niños, niñas y jóvenes en la población. Esto tiene como complemento necesario un gradual incremento del peso relativo de los adultos mayores.

Los países de todo el mundo transitan por un cambio demográfico hace ya algunas décadas, con diferentes grados en las diferentes partes del planeta.

El envejecimiento, como proceso social, a nivel poblacional, se refiere a los cambios que se producen en la estructura por edades de dicha población. Este es un proceso que puede ser reversible.

Según datos publicados por la OMS, entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2.000 millones en el transcurso de medio siglo.

Este proceso se relaciona con tres factores: fecundidad, mortalidad y migraciones. La fecundidad⁶ tiene efectos rejuvenecedores en la estructura

⁵ La transición o revolución demográfica es una teoría que explicaría el paso de un estado demográfico con altas tasas de mortalidad y natalidad a otro con un fuerte incremento de la población con tasas muy bajas de mortalidad y natalidad.

⁶ La tasa de fecundidad se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período y la cantidad de población femenina en edad fértil, es decir, de

poblacional. El descenso de la mortalidad⁷ afecta a todas las personas, ya que, al aumentar la esperanza de vida al nacer⁸, será mayor el número de personas que llegará a la vejez, si el descenso de mortalidad se da en los grupos de menor edad ocurrirá un rejuvenecimiento de la población, si disminuye la mortalidad en las personas mayores, se producirá envejecimiento de la población. Las migraciones⁹ pueden rejuvenecer o envejecer poblaciones, en su mayoría suelen ser las personas jóvenes quienes migran provocando que el país rejuvenezca, pero al transcurrir el tiempo esa población envejece haciendo que el efecto anterior se invierta.

Argentina transita en la actualidad por un envejecimiento avanzado. Según datos del último censo realizado por el INDEC¹⁰ (2010) el número total de habitantes del país asciende a las 40.117.096 personas, de los cuales aquellos de 60 años y más representan el 14,3%, correspondiendo el 57% a mujeres y el 43% a hombres. Entre los años 1950 y 2000 se ha duplicado la cantidad de adultos mayores.

Un país con una estructura poblacional envejecida es aquel que tiene un porcentaje de personas de 60 años y más del 7% o en adelante.

Según el Ministerio de Desarrollo Social¹¹ (2011) en los últimos 60 años las mujeres pasaron de engendrar 6 hijos a solo 2,5 en toda su vida.

Basado en los datos del censo del año 2010, el INDEC, establece que la esperanza de vida al nacer en 2005-2010 para ambos sexos es de 75,24 años.

15 a 49 años en el mismo período. Se expresa como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en un determinado año.

⁷ La tasa de mortalidad refleja la cantidad de defunciones por cada mil ciudadanos de una determinada comunidad en un período de tiempo concreto, en general un año.

⁸ La esperanza de vida al nacer estima el número de años que en promedio puede esperar vivir un nacido vivo en una población y año determinado, si se mantuvieran constantes durante su vida las tasas de mortalidad específicas por edad que prevalecían cuando nació.

⁹ Migración se denomina, en demografía, al movimiento o desplazamiento de los seres humanos sobre la superficie terrestre.

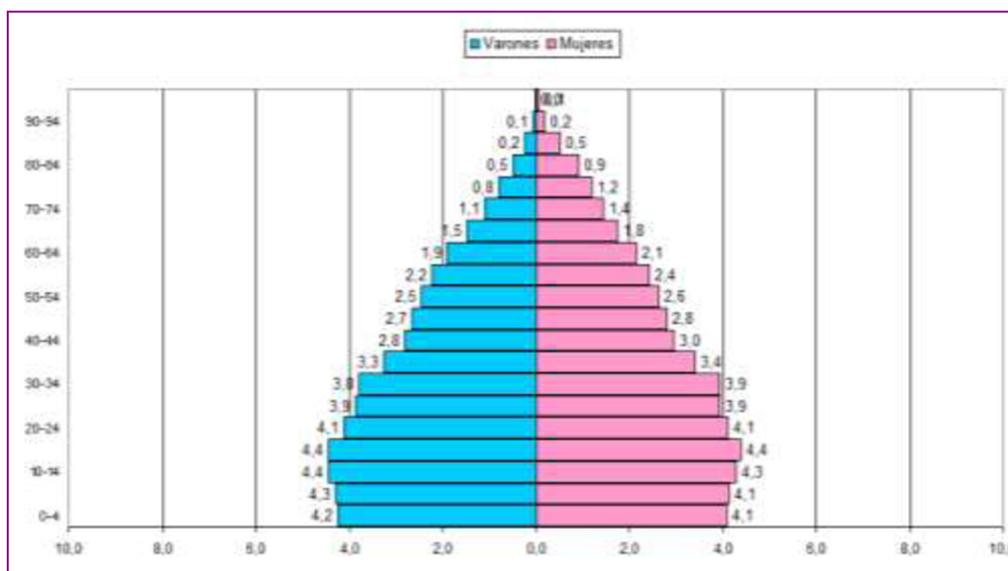
¹⁰ El Instituto Nacional de Estadística y Censos es el organismo público, de carácter técnico, que unifica la orientación y ejerce la dirección superior de todas las actividades estadísticas oficiales que se realizan en el territorio de la República Argentina. La producción de información estadística se realiza a través de distintos métodos de captación de datos como lo son censos, encuestas, registros administrativos, entre otros, que permiten la confección de indicadores en relación a diferentes áreas temáticas. Ampliar en: www.indec.mecon.ar

¹¹ El Ministerio de Desarrollo Social es un ministerio de Argentina que asiste al Presidente de la Nación en aquellos temas referidos a la asistencia social y al desarrollo humano en el país. Ampliar en: www.desarrollosocial.gov.ar

Mar del Plata se está convirtiendo en el principal caso testigo del sostenido envejecimiento de la población del país. Según registros del PAMI ¹² (2000), la ciudad recibe una inmigración de 350 a 400 matrimonios de personas mayores por año, proveniente sobre todo de la Capital Federal y de la provincia de Buenos Aires. El 15.5% aproximadamente de la población estable de 765.000 habitantes según el censo de 2010 tiene 60 años y más, lo cual va en aumento año a año. Según PAMI revela, entre el 10 y el 15% de las 3.100.000 personas que veranean anualmente en Mar del Plata tienen 60 años y más.

Según el Centro Latinoamérica y Caribeño de Demografía (2004) ¹³ se estima que para el año 2050, casi uno de cada 4 habitantes de Argentina será un adulto mayor, lo que equivale a alrededor de 7.000.000 personas y disminuirá la cantidad de jóvenes, teniendo 9 adultos mayores por cada 10 jóvenes de entre 0 a 14 años. Afirma que el porcentaje de población adulta mayor seguirá creciendo y que para el año 2050 un cuarto de la población argentina tendrá, en promedio, más de 60 años.

Gráfico 1: Pirámide de población de Argentina. Total País. Población: estructura por edad, sexo y lugar de nacimiento. Año 2010.



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

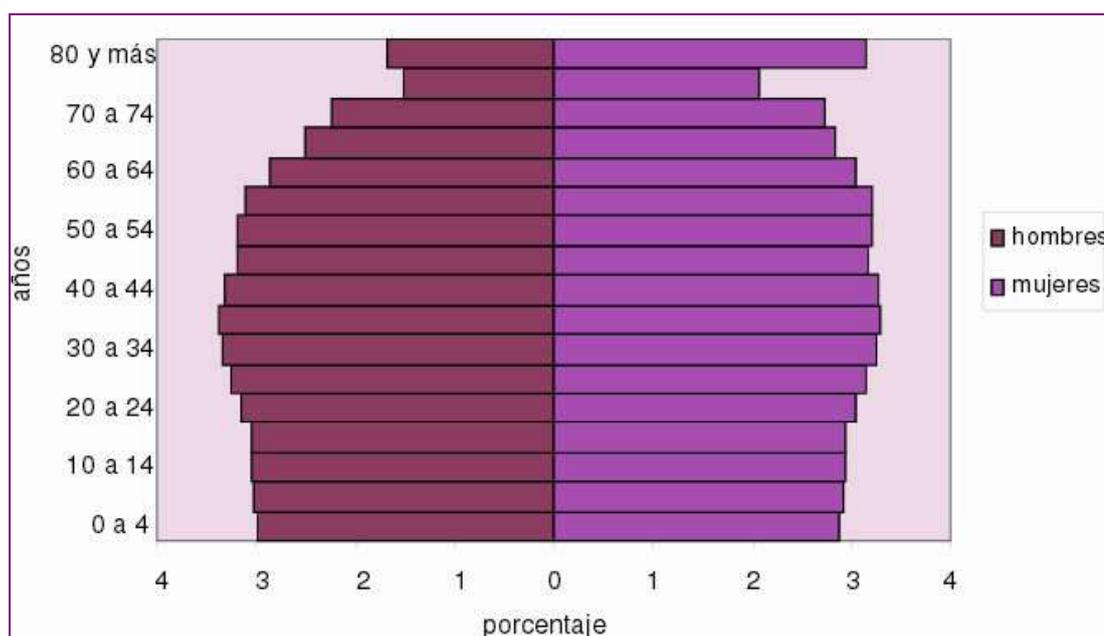
¹² El Programa de Atención Médica Integral es la obra social de jubilados y pensionados de la República Argentina, bajo control estatal federal. Ampliar en: www.pami.org.ar

¹³ El Centro Latinoamérica y Caribeño de Demografía se originó a principios de la década de 1950 cuando el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas indicó al Secretario General la conveniencia de establecer, en las regiones subdesarrolladas del mundo, centros para estudiar los problemas de población y capacitar personal en el análisis demográfico.

La pirámide de población¹⁴ tradicional de muchos jóvenes y pocas personas de edad está cambiando por una pirámide familiar invertida de pocos hijos, padres, varios abuelos y bisabuelos.

Estas proyecciones bastan por sí solas para demostrar la importancia de las investigaciones sobre el envejecimiento desde el punto de vista de la salud y la economía.

Gráfico 2: Pirámide de población en Argentina, proyección año 2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL.

En nuestra sociedad, donde se valora a los seres humanos por su vinculación con la capacidad de producir o de acumular riqueza material, el paradigma a emular resulta ser el de la juventud, sana, fuerte, y productiva. En sentido inverso, se ha cargado de signos negativos la ancianidad, asociándola a la enfermedad, incapacidad y la improductividad. Sobre la base de esta valoración negativa estereotipada se han generado toda clase de actitudes y prácticas discriminatorias, que van desde el aislamiento en el seno de la familia a la falta de respeto en la vía pública o el maltrato en las instituciones, todas estas, situaciones que la sociedad naturaliza.

La Organización Mundial de la Salud (2002)¹⁵ señala a la población anciana como un grupo nutricionalmente vulnerable. De acuerdo con esta institución los grupos

¹⁴ La pirámide de población o pirámide demográfica es un histograma que está hecho a base de barras cuya altura es proporcional a la cantidad que representa la estructura de la población por sexo y edad.

de ancianos en situación de riesgo son: los muy ancianos, es decir, los mayores de 80 años; los que viven solos en una vivienda; las mujeres ancianas, sobre todo las solteras y las viudas; los que viven en instituciones; los que están socialmente aislados; los que no tienen hijos; las parejas en las que uno de los cónyuges es discapacitado o está muy enfermo; y los que cuentan con escasos recursos económicos.

El envejecimiento es un fenómeno complejo que encierra una serie de mitos que hasta hoy en día persisten, los cuales aluden a que los ancianos: son como niños, frágiles, una carga económica para la sociedad, no aprenden nuevas destrezas, no viven su sexualidad, no necesitan educación, deben comer menos, tienen mala digestión, tienen que seguir dietas específicas diferentes del resto de la población, deben tomar menos líquidos para controlar la incontinencia, entre otras creencias que descalifican a este grupo. Un mito muy arraigado en la sociedad actual es que aquella persona jubilada del trabajo esta jubilada de la vida.

En el siglo XXI se establece un nuevo paradigma de la vejez: el enfoque de derechos. Este paradigma propone que los adultos mayores deben ser considerados objetos de derecho y no un objeto de asistencia y cuidados. Se promueve el empoderamiento de los adultos mayores.

Los Derechos Humanos son universales, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, y pertenecen a todos los seres humanos, incluyendo a las personas mayores. Están establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Pactos Internacionales, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, y otros tratados y declaraciones.

En la Argentina los derechos de la Tercera Edad están amparados constitucionalmente, pero en forma no específica e incluyen los siguientes derechos indivisibles, interdependientes, e interrelacionados: el derecho a un estándar de vida adecuado, incluyendo alimentación, vivienda y vestimenta; el derecho a un seguro social, asistencia y protección; el derecho a la no discriminación por cuestiones de edad u otro estatus, en todos los aspectos de la vida, incluyendo el empleo, acceso a vivienda, cuidado de la salud y servicios sociales; el derecho a los más altos estándares de salud; el derecho a ser tratado con dignidad; el derecho de protección

¹⁵ La Organización Mundial de la Salud es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. Ampliar en: www.who.int/es/

ante cualquier rechazo o cualquier tipo de abuso mental; el derecho a una amplia y activa participación en todos los aspectos: sociales, económicos, políticos y culturales de la sociedad; y el derecho a participar enteramente en la toma de decisiones concernientes a su bienestar.

Las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP) fueron empresas privadas con fines de lucro, dedicadas a administrar los fondos generados con los aportes jubilatorios realizados por los trabajadores que optaran por ser incluidos en el régimen de capitalización individual establecido por la Ley 24.241 de reforma previsional del año 1993, en Argentina, promulgada durante el gobierno de Carlos Menem¹⁶.

El trabajador que optaba por el sistema de las AFJP recibía una Cuenta de Capitalización Individual, a la que debía aportar un 11% de su salario. Dicha cuenta era de su propiedad, pero eran las AFJP quienes actuaban, de hecho, como administradoras financieras de la misma y fijaban libremente las comisiones que se le descontaban al trabajador. Al jubilarse, el trabajador podía optar por transferir el dinero acumulado a una compañía de Seguro de Retiro a fin de comprar una póliza de renta vitalicia previsional, o retirarlo directamente de su cuenta en forma de pagos programados.

La administradora percibía la comisión y administraba la inversión del capital acumulado, con el doble fin de inyectar fondos en el mercado de capitales y obtener una rentabilidad para los ahorristas y para sí misma.

Las AFJP eran fiscalizadas por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, organismo dependiente del Ministerio de Trabajo, que estaba encargada de hacer cumplir las leyes aplicadas a los aportes jubilatorios y pensiones.

Ya en los últimos años de la década de 1990, el sistema de capitalización individual administrado por las AFJP empezaba a mostrar señales de vulnerabilidad frente a la inestabilidad del capitalismo financiero y las variaciones de los mercados mundiales. Esto se sumó a una profunda crisis de confianza por la que a las empresas se les hacía cada vez más difícil conquistar nuevos afiliados para el sistema, además del pase obligatorio de 163 mil docentes primarios y secundarios, investigadores científicos, diplomáticos y jueces al régimen de reparto estatal, por lo que las AFJP debieron transferir 1.700 millones de pesos al Estado nacional y a una orden de repatriar fondos por 8.000 millones de pesos que habían invertido de manera irregular

¹⁶ Carlos Saúl Menem (Anillaco, 2 de julio de 1930), político y abogado argentino. Presidente de la Nación Argentina desde 1989 a 1999.

en el extranjero. Esta secuencia de reveses hundió a las AFJP en una crisis que culminaría con la estatización de los fondos que administraban.

En noviembre de 2008, la presidenta Cristina Fernández de Kirchner¹⁷ presentó un proyecto de ley para eliminar tanto el sistema de capitalización como las AFJP que lo administraban, para volver, de esta manera, a establecer un régimen de reparto estatal. Se promulgó la Ley 26.425, que dió fin a las AFJP y estatizó los fondos que se encontraban en su poder.

Se instaló un nuevo sistema que dispone la unificación del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones en un único Régimen Previsional Público que se denominará Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), financiado a través de un sistema solidario de reparto, garantizando a los afiliados y beneficiarios del Régimen de Capitalización vigente hasta la fecha, idéntica cobertura.

El Estado Nacional garantiza a los afiliados y beneficiarios del Sistema de Capitalización la percepción de iguales o mejores prestaciones y beneficios que los que gozan y queda prohibida la inversión de los fondos en el exterior.

Según Diego Bossio (2013), director de ANSES¹⁸, gracias a SIPA, la Argentina cuenta hoy con la tasa de cobertura previsional más alta de Latinoamérica, con el 96% del universo de la población cubierta.

El adulto mayor, puede encontrar en el Centro de Jubilados y Pensionados un ámbito para el desarrollo de actividades múltiples que posibilitan la expresión en todos los niveles y la socialización de las inquietudes, pero fundamentalmente su mayor importancia esta relacionada con la solidaridad. Además, son espacios para la atención primaria de la salud, contención, recreación, esparcimiento e intercambio que permite resguardar nuestro patrimonio cultural. También es un aporte al rescate de oficios, profesiones, artesanías, entre otras habilidades. Según datos del PAMI, en la actualidad existen más de 5.000 centros de jubilados y pensionados inscriptos en Registro Nacional de Entidades de Jubilados y Pensionados de la República Argentina, dependiente de la Subgerencia de Relación con los Beneficiarios, Gerencia de Relaciones Institucionales y con los Beneficiarios.

¹⁷ Cristina Elisabet Fernández de Kirchner. Política y abogada argentina. Presidente de la Nación desde el 10 de diciembre de 2007.

¹⁸ La Administración Nacional de la Seguridad Social es un ente descentralizado de la administración pública nacional de la Argentina dependiente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social que gestiona las prestaciones de seguridad social, entre las cuales figuran las asignaciones familiares, subsidios por desempleo, el sistema Asignación Universal por Hijo, servicio previsional, reintegros, información y registros de trabajadores. Ampliar en: www.anses.gob.ar

PAMI promueve las actividades sociopreventivas y recreativas en los Centros de Jubilados en todo el país. Más de cuatro millones de afiliados tienen la posibilidad de acceder de manera gratuita y cerca de sus domicilios a talleres, cursos, charlas y viajes, entre otras propuestas, a cargo de docentes y personal especializado. Son iniciativas que buscan aumentar la calidad de vida y el bienestar de los afiliados y que resultan indispensables para aquellos que padecen situaciones de vulnerabilidad social.

Entre los diversos talleres que se ofrecen se pueden resaltar: pintura artística, danzas folclóricas, tejido y tapices, expresión corporal, canto, idiomas, teatro, entre otros. Algunos centros incorporaron, además, servicios de enfermería, pedicuría y actividades de autocuidados como masoterapia, reflexología, clases de yoga, tango, folklore, gimnasia y caminatas en grupo para quienes concurren.

En la ciudad de Mar del Plata existen inscriptos en el Registro Nacional de Entidades de Jubilados y Pensionados de la República Argentina más de 60 centros de Jubilados y Pensionados a los que pueden asistir nuestros adultos mayores.

Capítulo 3



Nutrición en la Vejez



Los Derechos Humanos¹ pertenecen a todos los seres humanos, incluyendo a las personas mayores, uno de estos es el derecho a la alimentación.

La alimentación no es solo una forma de nutrirse, es también un vínculo al placer, a la vida social y afectiva, a la comunicación, a la cultura, a las costumbres, a los hábitos y a la vida familiar y comunitaria. No alimentarse adecuadamente conlleva al riesgo de tener problemas de malnutrición, tanto por exceso como por deficiencia, alteraciones del sistema inmunológico, aislamiento social, tristeza, pérdida de la ganas de vivir y de disfrutar.

El conseguir un adecuado estado nutritivo en las personas mayores es, según Genua Goena (2001)², un objetivo primordial en la atención socio-sanitaria e imprescindible para conseguir en estas personas una adecuada calidad de vida ya, que un estado nutricional inadecuado se asocia con la aparición de una extensa gama de enfermedades degenerativas como por ejemplo, arteriosclerosis, infarto de miocardio, cáncer, osteoporosis, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedad de Parkinson, cataratas, degeneración macular senil, trastornos gástricos y complicaciones de la diabetes.

El cuidado de la salud de los ancianos no consiste solo en un eficaz tratamiento de sus enfermedades sino que incluye también la prevención de aquellas en cuya base radica la alimentación, ya que una nutrición adecuada es eficaz, no solo para prolongar la vida, sino también la calidad de la misma.

El estado nutricional del anciano esta relacionado con el propio proceso de envejecimiento y este proceso esta influenciado por el estado nutricional mantenido a lo largo de su vida. Durante el envejecimiento, se producen cambios corporales, aparecen alteraciones metabólicas, alimentarias y coexisten enfermedades crónicas y agudas.

Según el Grupo de Trabajo de Atención Primaria, perteneciente a la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2011)³, la desnutrición no está necesariamente ligada al propio proceso de envejecimiento y el conocimiento de los distintos factores

¹ Los derechos humanos son aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

² En su publicación, *Nutrición y Valoración del Estado Nutricional en el Anciano*. Ampliar en: www.matiarf.net/profesionales/articulos

³ En su *Manual de atención al Anciano Desnutrido en el Nivel Primario de Salud*, publicado en el año 2011.

de riesgo debería permitir prevenirla y diagnosticarla de manera precoz, antes de que los marcadores biológicos se vean alterados.

Los factores de riesgo de malnutrición son: edad avanzada, pluripatología, polifarmacia, aislamiento social, problemas económicos, incapacidad física, problemas de la cavidad oral, tabaquismo, alcoholismo y hospitalización reciente.

La malnutrición por exceso, obesidad y sobrepeso, es más frecuentes hasta los 70 años, a partir de esta edad aumenta la prevalencia de subnutrición especialmente en ancianos con enfermedades crónicas, que viven solos o con falta de autonomía y que pertenecen a niveles económicos medios o bajos.

Algunas condiciones asociadas con la desnutrición en el anciano son: alteración de la inmunidad, úlceras por presión, anemia, caídas con fracturas óseas, deterioro cognitivo, osteopenia, osteoporosis, alteración del metabolismo de los fármacos, síndrome del eutiroides enfermo y disminución de la capacidad respiratoria.

La OMS⁴ (2013) informó que incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, en lugar de infecciones y parasitosis. Además, es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud al mismo tiempo.

Se estima que la talla disminuye un centímetro por década a partir de la edad adulta y que el peso aumenta entre los 40 y 50 años, decreciendo a partir de los 70 años.

Se producen cambios en la composición corporal. Uno de los cambios más importantes en este sentido es la disminución en la masa magra metabólicamente activa lo cual genera un menor gasto metabólico basal. La reducción de esta masa muscular afecta la movilidad, aumentando el riesgo de caídas y modificando negativamente la capacidad funcional. Se produce una pérdida de proteínas, con mayor riesgo de malnutrición y de disfunción del sistema inmune. Esta menor masa magra se acompaña de un incremento de la grasa corporal que tiende a acumularse en la región abdominal y se reduce la grasa subcutánea. A partir de la tercera década comienza a manifestarse una pérdida ósea debido a que la formación de hueso nuevo es menor que la resorción. La disminución de masa ósea es una consecuencia universal e inevitable en el proceso de envejecimiento. Ocurre en ambos sexos; sin embargo, en las mujeres se produce una aceleración en la pérdida coincidiendo con la

⁴ La Organización Mundial de la Salud es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

menopausia. La osteoporosis es la principal causa de fractura de cadera y ésta, una causa importante de mortalidad y sobre todo de descenso de calidad de vida de las personas que la han sufrido. Con el envejecimiento aumenta la incidencia de la intolerancia a la lactosa, hecho que provoca que muchos ancianos rechacen los alimentos lácteos con el consiguiente riesgo de un aporte deficitario de calcio.

Con el paso de los años, en el sistema gastrointestinal hay una menor producción de hormonas y enzimas digestivas, lo cual afecta el apetito y la capacidad de absorción y digestión de los alimentos y de los nutrientes. Se produce hipoclorhidria causando gastritis atrófica, incluyendo un mayor pH gástrico e intestinal y un sobrecrecimiento bacteriano en el intestino.

En esta etapa, como lo explica Geuna Goena (2011)⁵ existe una tendencia natural al estreñimiento debido a alteraciones del tubo digestivo, el efecto de ciertos fármacos, la baja ingesta de líquidos y hábitos sedentarios.

En cuanto a la función de masticar y tragar puede verse alterada por: inadecuada dentadura, disfagia, disminución de la secreción de saliva provocando sensación de sequedad bucal, efectos de la medicación, entre otros factores. La boca es una zona básica para la primera fase de la digestión y en esta fase desempeñan un papel capital las piezas dentales y la saliva. Al igual que la falta de piezas dentales, las prótesis desadaptadas causan maltrato en la cavidad bucal y dificultades en la masticación y trituración de los alimentos.

La disfagia o dificultad para tragar puede presentarse como resultado de una enfermedad cerebral, enfermedad de Alzheimer u otras demencias, lesión por traumatismo cerebral, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, neumonía recurrente, reflujo o cáncer esofágico, cirugía cerebral o intubación prolongada.

Según Arbonés (2003)⁶, se produce paulatinamente una disminución de la percepción sensorial que puede afectar el olfato, la vista y el gusto; todos estos sentidos intervienen como estímulo de la apetencia de los alimentos. Problemas de vista dificultan la lectura de instrucciones de preparaciones o determinar fecha de caducidad de ciertos alimentos. Una persona que no ve bien puede no percatarse de un plato o un utensilio que no está bien limpio o que un alimento ha cambiado de

⁵ En su publicación, *Nutrición y Valoración del Estado Nutricional en el Anciano*. Ampliar en: www.matiáf.net/profesionales/articulos

⁶ En su publicación, *Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores*, del Grupo de trabajo Salud pública de la Sociedad Española de Nutrición, donde se describen las ingestas de referencia y las recomendaciones dietéticas más actuales, tratando de establecer las condiciones dietéticas y de estilo de vida que pueden contribuir a preservar las funciones corporales y minimizar las enfermedades crónicas en las personas de edad.

color. A pesar de que la sensibilidad gustativa declina con la edad, se observan variaciones según la calidad gustativa y la zona bucal considerada; también se aprecia una mayor apetencia por los sabores dulces y salados, con relación a edades más tempranas. Disminuye, en la lengua, la sensación de calor o frío, lo que los hace susceptibles a quemaduras en la mucosa oral. Las alteraciones del olfato se traducen en una disminución de la sensibilidad olfativa y una disminución de la capacidad para identificar los olores desagradables característicos de alimentos en mal estado.

Las personas mayores, teniendo en cuenta lo expuesto por Mateu (2010)⁷, son muy vulnerables a las enfermedades, y en particular a las intoxicaciones alimentarias. La edad debilita el sistema inmunológico en estas personas que son más susceptibles de tener complicaciones y que tardan más en recuperarse.

La depresión y la demencia senil son dos enfermedades que, a nivel cognitivo, favorecen el riesgo de malnutrición en este grupo, no ya tan solo por las mermas en la capacidad para alimentarse, sino también por la incapacidad que muchas veces tienen para recordar qué y cuándo han comido o bebido.

De entre los muchos factores socioeconómicos que pueden modificar la dieta, y por tanto, el estado de salud, de un anciano caben destacar: el abandono de la actividad laboral, el bajo poder adquisitivo, la falta de conocimientos sobre nutrición adecuada, hábitos alimentarios muy rígidos y la incapacidad de adaptarse a nuevos alimentos y estrategias.

Existen indicadores de mal estado nutricional en las personas de edad avanzada: pérdida de peso, bajo o alto peso en relación la talla, significativa reducción de la circunferencia del brazo, obesidad, incremento o disminución de los pliegues cutáneos, disminución de los niveles de albúmina sérica, sostenida ingestión inadecuada de alimentos e inadecuados niveles de vitaminas, minerales o lípidos en sangre.

La utilización crónica de medicamentos puede dar lugar a interacciones entre fármaco-fármaco, fármaco-alimentos, fármaco-nutriente y fármaco-estado nutricional.

Los pacientes tratados con anticoagulantes orales, pueden sufrir una disminución de la respuesta terapéutica al consumir habitualmente alimentos ricos en vitamina K.

La levodopa, fármaco ampliamente utilizado en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, si es ingerida con alimentos proteicos conjuntamente puede provocar

⁷ Mateu N. y otros, junto con la Real Academia Nacional de Farmacia española, en su publicación, *Recomendaciones en nutrición y hábitos de vida saludable desde la Oficina de Farmacia*.

una disminución del efecto terapéutico de ésta, por inhibición competitiva a nivel de absorción intestinal.

La biodisponibilidad del propanolol, un fármaco beta bloqueante usado principalmente en el tratamiento de la hipertensión, puede variar con las dietas ricas en proteínas.

El uso prolongado e incontrolado de medicamentos laxantes puede inducir el riesgo de malabsorción generalizada de los distintos nutrientes, al disminuir el tiempo de contacto con la mucosa intestinal.

Por su lado, el uso prolongado de ciertos diuréticos puede producir deficiencia de folatos, potasio, calcio, magnesio y zinc.

La administración de larga data de medicamentos antiácidos puede inducir un déficit de tiamina, debido a su parcial destrucción por el pH excesivamente alcalino en la luz del intestino y puede provocar la precipitación de fosfatos de la dieta e incrementar el riesgo de osteomalacia en el anciano.

El abastecimiento de los víveres adecuados se ve a veces limitado por distintos factores: la disminución de la capacidad física para hacer las compras, obstáculos de la vivienda y del transporte; la disminución del poder adquisitivo, falta de información y asesoría para conseguir dietas equilibradas o terapéuticas agradables y asequibles, entre otras.

El requerimiento de energía disminuye con el paso de los años, según Arbonés (2003)⁸, un 5% por década que representaría unas 300-600 kcal. Dos tercios son atribuibles a la disminución de la actividad física; el resto a la menor tasa metabólica basal consecuencia de los cambios en la composición corporal ya mencionados.

En líneas generales puede recomendarse alrededor de 2300 calorías para los hombres y 1800 calorías por día para las mujeres.

Los hidratos de carbono corresponde que cubran entre el 50 y el 55% del valor calórico total, aumentando la fibra dietética hasta alcanzar los 20 a 35 gr/día. La falta de fibra en la dieta diaria puede agravar algunos de los problemas frecuentes en el anciano como el estreñimiento, el uso de laxantes y la diverticulitis ya que favorece la motilidad intestinal y reduce el tiempo de transito intestinal. Mayores aportes que los recomendados de fibra pueden ocasionar malestar digestivo y comprometer la absorción de micronutrientes. La fibra dietética se encuentra únicamente en alimentos de origen vegetal poco procesados, como los cereales, frutas, verduras y legumbres.

Los hidratos de carbono simples deben moderarse ya que en esta etapa de la vida existe una menor tolerancia a la glucosa haciendo a los adultos más susceptibles

⁸ En su publicación, *Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores*, del Grupo de trabajo Salud pública de la Sociedad Española de Nutrición.

a hipoglucemias e hiperglucemias temporales. Es normal, en este grupo etáreo, la deficiencia de lactasa lo cual produce una intolerancia a los productos lácteos que contienen lactosa con lo que se recomienda en estos casos evitar la leche, quesos untables, postres de leche, yogures, leches fermentadas, helados, crema de leche y leches chocolatadas.

Tabla 1: Ingestas diarias recomendadas de energía y nutrientes⁹

Años	RDA		IR	
	51	60-69	+70	
Energía	Cal	1900/2300	1875/2400	1700/2100
Proteínas	g	50/63	41/54	41/54
	g/kg	0,8		
Lípidos	% Cal	30	30-35	30-35
Ác. grasos saturados	% Cal	<10	10	10
Colesterol	mg	<300	<300	<300
Hidratos de carbono	% Cal	50	50-55	50-55

Fuente: Novartis Argentina S.A.

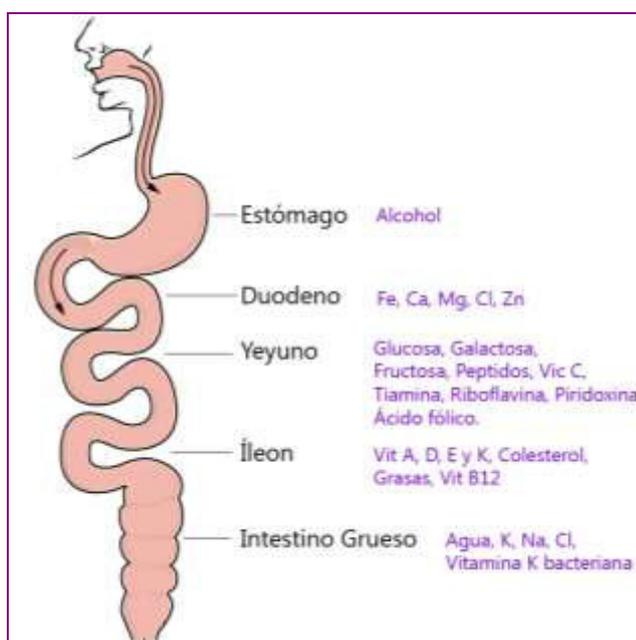
El contenido de proteínas debe cubrir del 15 al 20% del VCT indicado, calculando 0,8 gr. de proteína/kilo de peso corporal/día, cubriendo el 50% con proteínas de Alto Valor Biológico. La ingesta insuficiente de proteínas puede producir: disfunción del sistema inmunitario, mala evolución de la enfermedad, mala cicatrización de heridas, aparición de edemas y úlceras de decúbito, mayor número de infecciones urinarias y respiratorias, mayor pérdida de masa muscular, astenia, depresión e inmovilidad. Los alimentos fuente de proteínas de alto valor biológico son carne, pescado, huevo y leche.

⁹ RDA: Cantidad diaria recomendada, es la cantidad de un nutriente que se juzga apropiada para cubrir los requerimientos nutricionales de casi todas las personas (97-98%) de un grupo homogéneo de población sana de igual edad, sexo y con condiciones fisiológicas y de estilo de vida similares.

IR: Ingestas Recomendadas, se definen como la cantidad de energía y nutrientes que debe contener la dieta diariamente para mantener la salud de virtualmente todas las personas sanas de un grupo homogéneo.

El anciano debe hacer una buena selección de grasas que deben cubrir el 30% del valor calórico total, según las normas ATP III (2001)¹⁰ para la población normal, es decir para la prevención de enfermedad cardiovascular, la cantidad de ácidos grasos saturados debe ser igual o menor al 10% del valor calórico total, los monoinsaturados 10%, los poliinsaturados hasta 10% y el colesterol debe ser menor a 300 mg/día. Son una importante fuente de energía, vehículo de vitaminas liposolubles y también mejoran la palatabilidad de la dieta.

Gráfico 1: Absorción de nutrientes en el aparato digestivo.



Fuente: Adaptado de Krause (2008)

El hombre es incapaz de sintetizar vitaminas y minerales, por lo tanto, es necesario que su aporte a través de la dieta sea adecuado. En las personas de edad, la biodisponibilidad de micronutrientes puede estar comprometida por causas que favorecen la aparición frecuente de déficits, tales como: aporte calórico insuficiente, dietas excesivamente restrictivas en grasas, rechazo de frutas y verduras, disminución del apetito, mala preparación y conservación de los alimentos, excesivo uso de laxantes, polimedicación, patología aguda y/o crónica, consumo de fármacos, alcohol y tabaquismo.

¹⁰ El tercer informe del panel de expertos sobre detección, evaluación y tratamiento de la hipercolesterolemia en adultos, constituye las pautas clínicas actualizadas del National Cholesterol Education Program para la evaluación y manejo del colesterol. La principal característica que propone el ATP III, es un enfoque sobre la prevención primaria en personas con múltiples factores de riesgo.

El ácido fólico contribuye a evitar el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, deterioro de la pared arterial y demencia. Las mejores fuentes alimenticias son el hígado, las judías verdes y los vegetales de hoja verde oscuro, en especial espinaca, esparrago y brócoli. Existen también cereales enriquecidos. Su carencia puede provocar atrofia de la mucosa digestiva.

La vitamina B6 ayuda al cuerpo a desarrollar células sanguíneas saludables, participa en la síntesis de proteínas, formación de músculo y mejora las defensas. Si existe deficiencia los síntomas son: convulsiones, aftas en la boca, anemia, irritabilidad, cambios de humor y dermatitis. Los alimentos que la contienen son: levadura, germen de trigo, carne de cerdo y glándulas, especialmente el hígado, cereales de grano entero, legumbres, papas, bananas y harina de avena.

El consumo de vitamina C esta implicado en la síntesis de colágeno, cicatrización de heridas, funcionamiento adrenal, absorción de hierro no hem, cataratas, algunos tipos de cáncer y otras enfermedades coronarias. Podemos consumir vitamina C en frutas y vegetales, de preferencia ácidos y frescos y, cuando sea necesario, cocidos con rapidez en muy poca agua y servidos de inmediato.

Tabla 2: Vitaminas de especial atención en ancianos.

Nutriente	Folato	Vit. B12	Vit. B5	Vit. C
IR por día	400 µg	3 µg	Hombres: 1.4 mg Mujeres: 1.2 mg	100 mg

Fuente: Recomendaciones internacionales.

Los tocoferoles, según Kaufer (1995)¹¹, son potentes antioxidantes que protegen a los lípidos y otros componentes de las células del daño oxidativo, mantienen la estructura de las membranas celulares. Los carotenos actúan como antioxidantes y anticancerígenos en el organismo, desempeñando un importante papel preventivo en algunas enfermedades crónicas.

En los ancianos se observa una menor eficacia en la síntesis cutánea de la vitamina D que solo se mantiene en un 25% en este grupo, menor capacidad de los riñones para activarla, baja exposición al sol y bajas ingestas. Esto se asocia a una menor absorción y bajos niveles sanguíneos de calcio. La vitamina D se encuentra en

¹¹ Kaufer M. y otros en su libro *Nutriología Médica* en el que hacen referencia a los aspectos prácticos de la alimentación y la nutrición normales a lo largo del ciclo de la vida; los aspectos fisiopatológicos y prácticos del tratamiento nutricional de las enfermedades más importantes en lo relacionado con la morbilidad.

alimentos animales en forma de colecalfiferol. Existe en pequeñas cantidades variables en manteca, crema, yema e hígado, también existe leche fortificada.

La vitamina A, como expone López (2002)¹², sólo se encuentra preformada en alimentos de origen animal como leches fortificadas, manteca, crema, queso, pescados grasos, aceite de hígado de pescado, hígado y yema de huevo; en forma de caroteno se encuentra en vegetales de hoja verde, zanahoria, zapallo, calabaza, maíz amarillo, batata, frutillas amarillas; frutas y hortalizas rojas.

Los niveles de vitamina E están disminuidos en enfermedades como la arteriosclerosis, las anemias hemolíticas y algunos tipos de cáncer, por lo cual se desea mantener normales sus niveles con el consumo de alimentos fuentes como lo son los aceites de semilla, en particular, el aceite de germen de trigo aunque también hay cantidades menores en frutas, vegetales y grasas animales.

La vitamina K se encuentra en vegetales de hojas verdes, en especial, brócoli, col, nabos verdes y lechuga. Una cantidad importante se forma por la flora bacteriana en el intestino grueso. Esta vitamina participa en la coagulación sanguínea.

Tabla 3: IR de vitaminas liposolubles en personas mayores.

Nutriente	Vit A	Vit. D	Vit. E	Vit. K
IR por día	Hombre: 1000 µg Mujer: 800 µg	10-15 µg	Hombre: 12-15 mg Mujer: 11-15 mg	Hombre: 65 µg Mujer: 80 µg

Fuente: Recomendaciones internacionales.

Un importante nutriente en la tercera edad es el Zinc, ya que su deficiencia se asocia con alteraciones de la función inmunológica, anorexia, cicatrización retardada de las heridas, y presencia de úlceras en los ancianos que están enfermos y en cama. Los alimentos fuentes de proteínas también son fuente de este mineral: carne y vísceras, pescado y aves. También la leche y los productos lácteos.

Aunque no es normal la anemia ferropénica en este grupo de edad, la deficiencia de hierro puede deberse a sangrados. El hierro fácilmente absorbido, es decir que tiene buena disponibilidad se encuentra en alimento como hígado, vísceras, carne de animales, aves y pescado. En otros alimentos podemos encontrar el tipo no hem que tiene una menor biodisponibilidad a menos que se consuma simultáneamente con carne, vísceras, ave o pescado, o alimentos ricos en vitamina C, estos alimentos son:

¹² López L, y otra en su libro *Fundamentos de Nutrición Normal*, transmite los conceptos fundamentales con respecto a sus funciones, digestión, absorción, biodisponibilidad, metabolismo, toxicidad, alimentos fuente y necesidades diarias. Se incluyen fundamentos que orientan el diseño de planes de alimentación adecuados a las diferentes etapas de la vida.

legumbres, cereales integrales o de grano entero, harinas enriquecidas, amaranto, espinaca y hortalizas de hojas verde oscuro.

En cuanto a la vitamina B1, conocida como Tiamina, su carencia puede producir inflamación de los nervios, anorexia y fatiga. Las fuentes más importantes de ésta, según Krause (2008)¹³ son la carne de cerdo magra y el germen de trigo aunque también podemos nombrar todas las carnes de órganos, magras y de aves, la yema de huevo, el pescado, las legumbres, los granos enteros, cereales y panes enriquecidos.

La riboflavina es una sustancia importante que ayuda al metabolismo a convertir las proteínas e hidratos en ácidos grasos. Podemos encontrarla en leche fresca o en polvo, quesos cheddar y cottage.

El Calcio, presente en leche, quesos, yogures, ayuda al desarrollo de huesos fuertes y dientes saludables, tiene una importante actividad enzimática, interviene en la transmisión del impulso nervioso, la contracción muscular y el potencial de membrana. Los síntomas de deficiencia son calambres, contracciones musculares, dificultad para recuperarse del esfuerzo, fragilidad ósea, fracturas por estrés.

El agua es un componente esencial de los seres vivos, sin la que no es posible la subsistencia. Es el componente mayoritario de nuestro cuerpo y ejerce diferentes funciones básicas: es el medio en el que se producen todos los cambios y reacciones bioquímicas que se precisan para vivir, tiene un papel básico en la homeostasis de la temperatura, es un medio de transporte y de eliminación de sustancias.

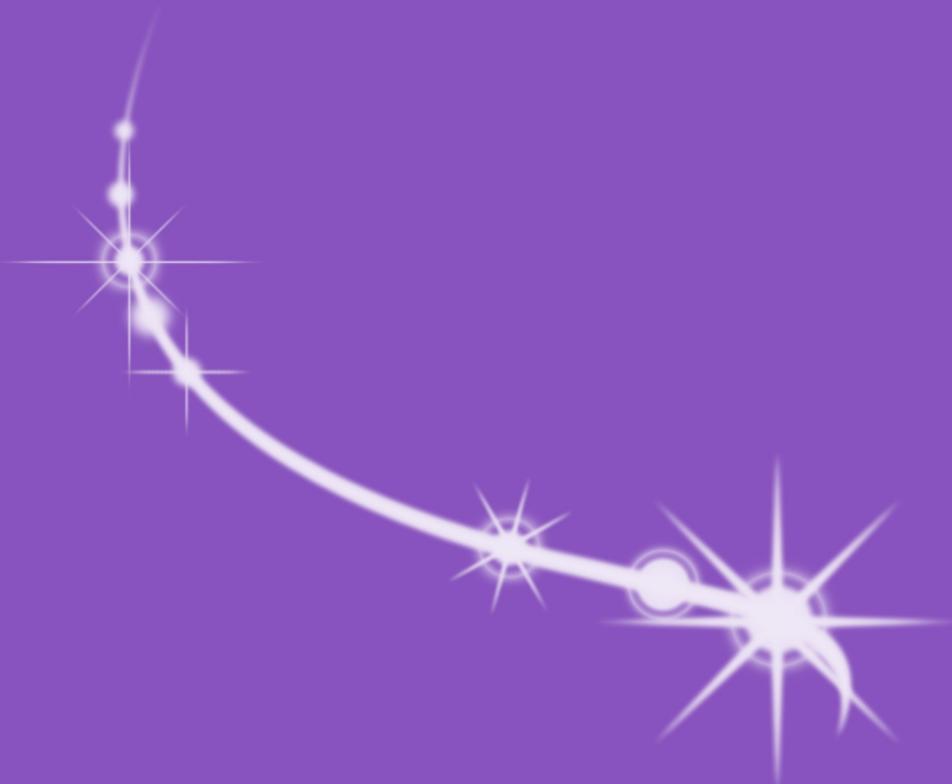
En el hombre una pérdida de un 10% del agua en el organismo determina trastornos evidentes, y si alcanza al 20% puede causar la muerte. Se calcula, Arbonés (2003)¹⁴, que un sujeto normal precisa un aporte hídrico de 2 a 2,5 litros/día. Esta cantidad total puede ser aportada por las bebidas ingeridas, ya sean agua, tisanas, infusiones, leche, entre otros, o por el agua constitutiva de prácticamente todos los alimentos. Los ancianos son susceptibles a la deshidratación ya que tienen una menor percepción de la sed y una menor ingesta de líquidos.

Una buena alimentación tiene los siguientes objetivos: mejorar la calidad de vida; promover la salud; mantener un estado nutricional óptimo; asegurar un aporte adecuado de energía y nutrientes; y mejorar la evolución de la enfermedad y convalecencia si existiera que los profesionales de la salud deben asegurar.

¹³ Krause, en su libro *Nutrición y Dietoterapia*, considerado un texto de referencia en el campo de la Nutrición y Dietética desde hace más de medio siglo, con la colaboración de numerosos expertos de reconocido prestigio internacional.

¹⁴ En su publicación, *Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores*, del Grupo de trabajo Salud pública de la Sociedad Española de Nutrición

Diseño Metodológico



El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, ya que una vez realizada la evaluación de las variables se procederá a la descripción de los resultados para de esta manera obtener información sobre lo que sucede en la población de estudio y luego expresarlo estadísticamente.

Según el período y secuencia del estudio, la investigación es de corte transversal debido a que se estudiarán las variables simultáneamente en un único momento.

La población está integrada por las personas concurrentes a centros de jubilados de la ciudad de Mar del Plata en el año 2014.

La muestra fue determinada aleatoriamente entre todos los centros de jubilados de la ciudad de Mar del Plata seleccionando personas concurrentes a 9 de estos centros.

La unidad de análisis corresponde a cada uno de los adultos mayores concurrentes a centros de jubilados de la ciudad de Mar del Plata el año 2014.

Las variables a estudiar son:

❖ Determinantes Sociales de Salud

- **Definición conceptual:** Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluidos el sistema de salud, que impactan en la salud.
- **Definición operacional:** Circunstancias en que viven los jubilados de Mar del Plata que impactan en su salud. Los determinantes sociales de salud se dividen en aquellos que son Estructurales y los que son Intermedios. Los Determinantes Estructurales son: Sexo, Nivel de Educación e Ingreso; y los Determinantes Intermedios son: las Redes sociales de apoyo (familia y amigos), las Condiciones de vida (acceso a agua potable, tipo de vivienda, seguridad), Disponibilidad de alimentos, Barreras para la adopción de conductas saludables (consumo de tabaco, y alcohol, sedentarismo) y el Sistema de Salud (acceso al mismo).

❖ Edad

- **Definición conceptual:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo.
- **Definición operacional:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del jubilado expresado en años hasta la fecha de realización de la entrevista.

❖ Sexo

- **Definición conceptual:** Condición orgánica que distingue al sexo femenino y masculino de las personas.
- **Definición operacional:** Condición orgánica que distingue al sexo femenino y masculino del jubilado. Se categorizará en: Femenino y Masculino.

❖ Ingreso

- **Definición conceptual:** Todo monto que el sujeto obtenga por su trabajo personal, jubilaciones, pensión y/o subsidios.

Definición operacional: Todo monto que el jubilado obtenga por su trabajo personal, jubilación, pensión y/o subsidios. Se determinará mediante una encuesta personalizada el valor aproximado de su ingreso en el último mes. Con este valor se clasificara en aquellos que ganan: menos de \$4000 al mes y aquellos que ganan \$4000 o más al mes.

❖ Nivel educativo

- **Definición conceptual:** Nivel de instrucción formal más alto alcanzado.
- **Definición operacional:** Nivel de instrucción formal más alto alcanzado por el jubilado. Se indagará y clasificará sobre el nivel que la persona ha alcanzado como: Primario completo, Primario incompleto, Secundario completo, Secundario incompleto, Terciario completo, Terciario incompleto, Universitario completo, Universitario incompleto.

❖ Circunstancias de vida

- **Definición conceptual:** Ambiente físico que afecta la salud directamente a corto plazo, e indirectamente en el largo plazo.
- **Definición operacional:** Ambiente físico que afecta la salud del jubilado. Se considerará en este punto: el acceso agua potable, tipo de vivienda y seguridad en el barrio.

❖ Acceso a agua potable

- **Definición conceptual:** Agua limpia y saludable para el consumo humano.
- **Definición operacional:** Agua limpia y saludable para el consumo humano con la que cuenta jubilado, se consultará a este si cuenta con Agua potable en su hogar.

❖ Tipo de vivienda

- **Definición conceptual:** Espacio independiente y separado con áreas de uso exclusivo, habitado o destinado a ser habitado por una o más personas que puede ser: Casa, Departamento, Vivienda compartida con personas no familiares, Hogar de Ancianos, Hotel o Pensión, entre otros.
- **Definición operacional:** Espacio independiente y separado con áreas de uso exclusivo, habitado por el jubilado. Se indagará sobre el tipo de vivienda en la habita, siendo categorías de respuesta: Casa, Departamento, Vivienda compartida con personas no familiares, Hotel o Pensión, Hogar de ancianos, Otros.

❖ Percepción de Seguridad de su barrio

- **Definición conceptual:** Sensación del ciudadano frente a condiciones de seguridad o inseguridad en su entorno de vida.
- **Definición operacional:** Sensación del jubilado frente a condiciones de seguridad o inseguridad en su barrio. Se consultará sobre la percepción que este tiene de la seguridad en su barrio, las opciones serán: Muy seguro, Seguro, Poco Seguro, Nada Seguro.

❖ Redes sociales de apoyo

- **Definición conceptual:** El conjunto de individuos: miembros de la familia, amigos y otras personas, que prestan apoyo a otros y son capaces de aportar una ayuda real y duradera a un individuo o a una familia. (Speck, 1989)
- **Definición operacional:** El conjunto de individuos que prestan apoyo al jubilado y son capaces de aportar una ayuda real y duradera. Se consultará sobre la presencia de amigos, familiares u otras personas ante una necesidad y sobre la creencia o no de que son valiosos en momento de necesidad de otros. Una red de apoyo social efectiva se considerará en aquellos jubilados que cuenten con estas dos características: tener una familia, amigos, u otras personas disponibles en tiempos de necesidad y creer que uno es valioso cuando otros están con necesidad.

❖ Disponibilidad de Alimentos

- **Definición conceptual:** Acceso seguro y permanente a un nivel suficiente y adecuado de alimentos nutritivos e inocuos que satisfagan las necesidades alimentarias de todos los miembros de la familia durante todo el año. Pueden ser alimentos de su propia producción y/o comprados.
- **Definición operacional:** Acceso seguro y permanente a un nivel suficiente y adecuado de alimentos nutritivos e inocuos que satisfagan las necesidades alimentarias del jubilado. Se evaluará la disponibilidad de alimentos del jubilado mediante una frecuencia de consumo que luego será comparada con las recomendaciones nutricionales del mismo para determinar si la disponibilidad es adecuada (si cubre estas necesidades) o es inadecuada (si no alcanza a cubrir las).

❖ Barreras para la adopción de Conductas Saludables

- **Definición conceptual:** Acciones que dificultan a las personas alcanzar la salud.
- **Definición operacional:** Acciones que realiza el jubilado que le dificultan alcanzar la salud. Se evaluará: tabaquismo, alcoholismo y sedentarismo.

❖ Tabaquismo

- **Definición conceptual:** Enfermedad crónica sistémica que pertenece al conjunto de las adicciones y consiste en la práctica de fumar o consumir tabaco.
- **Definición operacional:** Enfermedad crónica sistémica que consiste en la práctica de fumar o consumir tabaco por parte del jubilado. Se indagará sobre la cantidad de cigarrillos consumidos aproximadamente durante su vida y si en la actualidad continua fumando. Se considerará tabaquista a aquellos que han consumido más de 100 cigarrillos en toda su vida y que actualmente fuman.

❖ Abuso de Alcohol

- **Definición conceptual:** Patrón de consumo de alcohol mayor a 1 trago en promedio diario en caso de mujeres o 2 tragos promedio al día en hombres.
- **Definición operacional:** Patrón de consumo de alcohol del jubilado mayor al consumo regular de riesgo, definido como el consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres.

❖ Sedentarismo

- **Definición conceptual:** Forma de vida caracterizada por la ausencia de actividad física o la tendencia a la falta de movimiento.
- **Definición operacional:** Forma de vida en el jubilado caracterizada por la ausencia de actividad física o la tendencia a la falta de movimiento. Se considerará sedentarios a los adultos mayores que dediquen menos de 150 minutos semanales a realizar actividad física moderada o intensa según las recomendaciones de la OMS.

❖ Patrones de Consumo

- **Definición conceptual:** Conjunto de productos de alimentos que un individuo, familia o grupo de familias consume de manera ordinaria, o bien, que dichos productos cuenten con un arraigo tal en las preferencias alimentarias que puedan ser recordados.
- **Definición operacional:** Conjunto de productos alimentarios consumidos en forma habitual por el jubilado. Para la estimación de los patrones de consumo se realizará una frecuencia de consumo. El cuestionario se realizará en un formato estructurado, con una lista de alimentos. Se le preguntará al jubilado por la frecuencia habitual de ingesta de dichos alimentos durante un período de tiempo determinado: todos los días, 1 a 2 veces por semana, 3 a 4 veces por semana, 5 a 6 veces por semana. Se consultará también sobre: Tipo de comidas que realiza diariamente (desayuno, almuerzo, merienda, cena, colaciones), Persona que realiza las compras en su hogar, Personas que lo acompañan más frecuentemente en los momentos de las comidas, Agregado de sal a las comidas, Tipos de cocción utiliza.

❖ Acceso al Sistema de Atención de Salud

- **Definición conceptual:** Acceso de las personas a todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud, ya sean sanatorios, hospitales, clínicas y centros de salud.
- **Definición operacional:** Acceso que tiene el jubilado a las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. La accesibilidad al sistema de salud se evaluará a través de las consultas realizadas a profesionales de la salud en los últimos 30 días. En aquellas personas que no consultaron, habiendo referido problemas de salud, se

indagará sobre las razones, siendo opciones de respuesta: No considerarlo importante, No tener tiempo, No tener dinero, Dificultad para conseguir turno, Le queda muy lejos, Falta de profesionales, Pedir turno y no ser atendido y Otras razones. Se considerará como problema de acceso no haber podido concurrir todas las opciones excepto las opciones: No lo consideró importante y No tuvo tiempo. También se consultara sobre si el jubilado cuenta con algún tipo de cobertura de salud, ya sea PAMI, otra o ninguna.

❖ Estado Nutricional:

- **Definición conceptual:** Medición del grado en el cual se están cumpliendo las necesidades fisiológicas de nutrimentos del individuo.
- **Definición operacional:** Medición del grado en el cual se están cumpliendo las necesidades fisiológicas del jubilado mediante la toma de Peso y Talla, las cuales serán luego utilizadas para la determinación del Índice de Masa Corporal.

❖ Peso Corporal

- **Definición conceptual:** Medida de evaluación antropométrica que permite determinar la masa corporal, que es la suma de tejido graso, magro, óseo y otros componentes menores.
- **Definición operacional:** Medida de evaluación antropométrica que permite determinar la de todos los compartimientos corporales del jubilado expresado en kilos tomados mediante el uso de una balanza digital de marca GA.MA con capacidad de hasta 150 Kg. Se pesará al jubilado con el uso de ropa ligera y sin calzado.

Se utilizará esta medida para el cálculo del IMC.

Imagen N°1: Báscula digital de vidrio



Fuente: www.gamaitaly.com.ar

❖ **Talla**

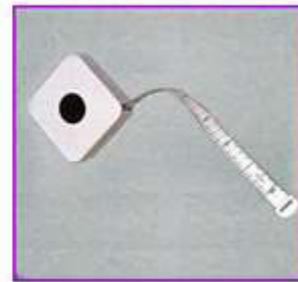
• **Definición conceptual:**

Crecimiento lineal que representa la medida del esqueleto.

• **Definición operacional:**

Crecimiento lineal del jubilado que se medirá con cinta antropométrica de 3 metros de largo y 0,5 centímetros de

Imagen N°2: Cinta Métrica Inextensible



Fuente: www.smartbmigamaitaly.com.ar

ancho, inextensible y flexible de fiberglass, adosada a la pared con el cero al nivel del piso y una escuadra que se apoyará en la pared en el vértex del sujeto. La medida será expresada en metros. La persona se encontrará de pie, descalzo, con el cuerpo erguido en máxima extensión y la cabeza mirando al frente en plano de Frankfort. (Plano horizontal representado de perfil por una línea entre el punto más bajo del borde de la orbita y el punto mas alto del borde del meato auditivo). Se lo ubicará de espaldas al altímetro con los talones tocando el plano posterior, con los pies y las rodillas juntas. Se desciende la escuadra sobre la cinta métrica hasta tocar la cabeza en su punto más elevado. Se utilizará esta medida para el cálculo del IMC.

❖ **Índice de Masa Corporal**

• **Definición conceptual:** Indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros. (Peso en Kg/ Talla² en mts).

• **Definición operacional:** Indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos mayores y se calculará dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros obtenidos. Los puntos de corte y categorización que se utilizará son los propuestos por la Organización Mundial de la Salud.

Clasificación de Sobrepeso y Obesidad según IMC (OMS)

IMC (Kg/m ²)	Diagnóstico
Menor a 18,5	Delgadez
18,5 – 24,9	Peso normal, sano o saludable
25 – 29,9	Sobrepeso
Más de 30	Obesidad

❖ **Circunferencia de Cintura**

- **Definición conceptual:** Indicador que evalúa el riesgo de comorbilidades asociados a la obesidad, caracterizado por el exceso de grasa abdominal.
- **Definición operacional:** Indicador de grasa abdominal en el jubilado expresada en centímetros. Se tomará la medida utilizando una cinta antropométrica de 3 metros de largo y 0,5 centímetros de ancho, inextensible y flexible de fiberglass con el paciente de pie y luego de una expiración. La OMS sugiere tomar esta medida a nivel del punto mínimo (por debajo del ombligo), considerada como cintura mínima o menor (corresponde la lumbar 4 y 5). Se categorizará según los puntos de corte propuestos por la OMS según sexo.

Puntos de corte para riesgo cardiovascular según CC y sexo (OMS).

Riesgo cardiometabolico	Mujeres	Hombres
Bajo	Menos de 80 cm	Menos de 94 cm
Aumentado	80- 88cm	94-102 cm
Muy aumentado	Más de 88 cm	Más de 102 cm

❖ **Presencia de Hipertensión arterial**

- **Definición conceptual:** Tensión arterial sistólica superior o igual a 140 mmHg y diastólica superior o igual 90 mmHg.
- **Definición operacional:** Tensión arterial sistólica superior o igual a 140 mmHg y diastólica superior o igual 90 mmHg medida en el jubilado. Se indagará sobre la presencia de hipertensión arterial evaluada a través de autorreporte como antecedente de que un médico, enfermera u otro profesional de la salud le haga dicho que tenia presión alta alguna vez en su vida.

❖ **Presencia de Colesterol Elevado**

- **Definición conceptual:** Es el valor sobre 200 mg de colesterol en sangre.
- **Definición operacional:** Valor sobre 200 mg de colesterol en sangre en el jubilado. Se indagará y considerará la presencia de colesterol elevado evaluada a través de autorreporte como antecedente de que un médico, enfermera u otro profesional de la salud le haga dicho que tenia elevados los niveles de colesterol alguna vez en su vida.

❖ Presencia de Glucemias Alteradas / Diabetes

- **Definición conceptual:** La alteración de la glucemia es un estado de transición entre la normalidad y la diabetes, y quienes los sufren corren mayor riesgo de progresar hacia la diabetes de tipo 2. La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.
- **Definición operacional:** La alteración de la glucemia es un estado de transición entre la normalidad y la diabetes, y aquel jubilado que la presenta corre mayor riesgo de progresar hacia la diabetes de tipo 2 que es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Se considerará la presencia de alteración de la glucemia o diabetes tipo 2 en el jubilado evaluada a través de autorreporte como antecedente de que un médico, enfermera u otro profesional de la salud le haga dicho que tenía los valores de glucemia alterados o diabetes tipo 2 alguna vez en su vida. Se categorizará en: Diabético, Glucosa alterada, No diabético.

El instrumento a utilizar es una encuesta constituida por dos partes: como primera parte una encuesta con preguntas específicas sobre características personales, patrones alimentarios y medidas antropométricas; y una segunda parte constituida por una frecuencia de consumo de alimentos.

A continuación se adjunta el consentimiento informado:

La presente investigación es conducida por Sofía Bigne, estudiante de la carrera de Lic. en Nutrición de la Universidad FASTA. El objetivo del este estudio es identificar cuales son los determinantes sociales estructurales e intermedios que caracterizan a la población de adultos mayores que asisten a diferentes centros de jubilados de la ciudad de Mar del Plata durante 2014 y su perfil de salud.

Si usted accede a participar de este estudio, se le pedirá información para completar una encuesta y su permiso para la toma de algunas de sus medidas corporales: altura, peso y circunferencia de cintura.

La participación es estrictamente voluntaria y la información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de ésta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Desde ya agradezco su participación.

Firma

La encuesta responderá al siguiente formato:

Nº de encuesta:

Centro de Jubilados:

Marque con una X los espacios en gris o complete la línea según corresponda.

1) Edad	_____	
2) Sexo	Femenino	Masculino
3) Peso	_____ Kg.	
4) Talla	_____ mts.	
5) IMC	_____	
6) Circunferencia de Cintura	_____ cm.	
7) Nivel Educativo	Primario Incompleto	Primario Completo
	Secundario Incompleto	Secundario Completo
	Terciario Incompleto	Terciario Completo
	Universitario Incompleto	Universitario Completo
8) Ingreso	¿Cuál es su ingreso total mensual? Incluya ingresos provenientes de trabajo, jubilaciones, rentas, cuotas de alimentos	
	Menos de \$500 mes	Entre \$2.000 y \$3.999
	Entre \$500 y \$1.999	\$4.000 o más
9) Acceso a Agua potable	¿Tiene agua potable en su hogar?	
	Sí	No
10) Tipo de vivienda	Usted vive en...	
	Casa	Departamento
	Vivienda compartida (no familiares)	Hotel o pensión
	Hogar de Ancianos	Otros: _____
11) Seguridad en el Barrio	Considera que su barrio es...	
	Muy seguro	Poco Seguro
	Seguro	Nada seguro
12) Redes Sociales de apoyo	12 a) En caso de necesitar ayuda ante una emergencia, usted puede recurrir a...	
	Familia	Amigos
	Nadie	Otros: _____
	12 b) En caso de que algún familiar o amigo necesite ayuda usted..	
	Se considera útil para ayudar	No se considera útil para ayudar
13) Tabaquismo	13 a) ¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?	
	Sí	No
	13 b) ¿Fuma actualmente?	
	Sí	No
14) Alcoholismo	14 a) ¿Consume alcohol diariamente?	
	Sí	No
	14 b) En caso de responder Sí, ¿Cuánto bebe aproximadamente?	
	1 trago al día	De 2 a 3 tragos al día
	Más de 3 tragos al día	



15) Sedentarismo

15 a) ¿Realiza algún tipo de actividad física con frecuencia?

Sí	No
----	----

15 b) En caso de que Sí, ¿Cuántos días a la semana?

Una vez por semana	2 a 3 veces por semana
4 a 5 veces por semana	6 a 7 veces por semana

15 c) Aproximadamente, ¿Cuántos minutos?

30 minutos o más por vez	Menos de 30 minutos por vez
--------------------------	-----------------------------

16) Acceso al sistema de salud

16 a) ¿Cuenta con cobertura de alguna Obra Social?

PAMI	No
Otra: _____	

16 b) En los últimos 30 días ¿Sintió malestar o tuvo algún problema de salud?

Sí	No
----	----

16 c) En caso de que Sí. ¿Consultó un médico?

Sí	No
----	----

16 d) En caso de que No ¿Porqué no?

No lo consideró importante	No tenia tiempo
No tenia dinero	Dificultad para conseguir turno
Le queda lejos	Falta de profesionales
Pidió turno y no fue atendido	Otras razones: _____

17) Presencia de Hipertensión Arterial

¿Alguna vez un medico, enfermera o profesional de la salud le dijo que usted tenia hipertensión?

Sí	No
----	----

18) Presencia de hipercolesterolemia

¿Alguna vez un medico, enfermera o profesional de la salud le dijo que usted tenia colesterol alto?

Sí	No
----	----

19) Presencia de DM o Glucemias alteradas

¿Alguna vez un medico, enfermera o profesional de la salud le dijo que usted tenia azúcar en sangre alta o diabetes?

Azúcar alta en sangre	Diabetes
No	

20) Alimentación

20 a) ¿Qué comidas realiza diariamente?

Desayuno	Almuerzo
Merienda	Cena
Colación media mañana	Colación media tarde

20 b) ¿Quién realiza las compras en el hogar?

El/Ella mismo/a	Cónyuge
Familiares	Otros: _____

20 c) ¿Con quién comparte con mayor frecuencia la mesa en las comidas?

Cónyuge	Amigos
Familiares	Nadie
Otros: _____	

20 d) ¿Agrega sal a las comidas?

Sí	No
----	----

20 e) ¿Qué tipos de cocción utiliza más frecuentemente?

Horno	Parrilla
Hervido	Frito
Vapor	Otros: _____

Alimento	Porción	Frecuencia de Consumo				
		Coloque el Nº de veces que consume la porción por día	Marque con una "x" la frecuencia con que consume semanalmente el alimento			
Marque con una "x" el tipo de alimento que consume	Marque con una "x" el tipo de porción utilizado	Cantidades de veces por cada vez	1 a 2 veces por semana	3 a 4 veces por semana	5 a 6 veces por semana	Todos los días
Leche	Fluida	taza café con leche (250 cc)				
	En polvo	taza de té (200 cc)				
	Descremada	pocillo de café (100 cc)				
	Entera					
Yogurt	Saborizado	pote grande (200 cc)				
	Con frutas	pote chico (120 cc)				
	Descremado	vaso grande (200 c)				
	Entero	vaso chico (100 cc)				
Queso	Untable descremado	cuch. sopera al ras (15 gr)				
	Untable	cuch. sopera colmada (30 gr)				
	Duros/De rallar	tamaño cassette (100 gr)				
	De maquina	feta (10 gr)				
Huevo	Entero	unidad (50 gr)				
Carnes	Vaca	porción chica (100 gr)				
	Pollo	porción mediana (150 gr)				
	Pescado	porción grande (200 gr)				
	Otras: _____					
Vegetales	Crudos	plato chico				
		plato grande				
	Cocidos	plato chico				
		plato grande				
Frutas	Limón, banana, durazno, pomelo, manzana, pera, naranja, mandarina.	unidad chica (100 gr)				
		unidad mediana (150 gr)				
		unidad grande (250 gr)				
	Frutilla, Cereza	1 unidad mediana (10 gr)				
	Ciruela, Damasco	1 unidad mediana (40 gr)				
Legumbres	Porotos, lentejas, garbanzos, soja, etc.	1 cucharada sopera colmada en crudo (25 gr)				
Cereales	Pastas	plato entero				
		medio Plato				
	Frutos Secos y/o Semillas	1 puñado (15 gr)				
Pan	Lactal	rebanadas (15 gr)				
	Blanco	miñon (30 gr)				
	Negro	flauta (120 gr)				
Azúcar	Azúcar blanca	cuchara de té colmada (5 gr)				
		cuchara de té al ras (3 gr)				
Dulces	Mermelada común	cuchara de té al ras (5 gr)				
	Mermelada light	cuchara de té colmada (10 gr)				
	Dulce de leche común	cuchara de té al ras (5 gr)				
	Dulce de leche light	cuchara de té colmada (10 gr)				
	Compactos	tamaño cassette (100 gr)				
Cuerpos grasos	Mayonesa	cucharada sopera al ras (10 gr)				
	Manteca, Margarina	cucharada sopera al ras (10 gr)				
	Aceite	cucharada sopera al ras (7 gr)				
	Crema	cucharada sopera al ras (10 gr)				

Análisis de Datos

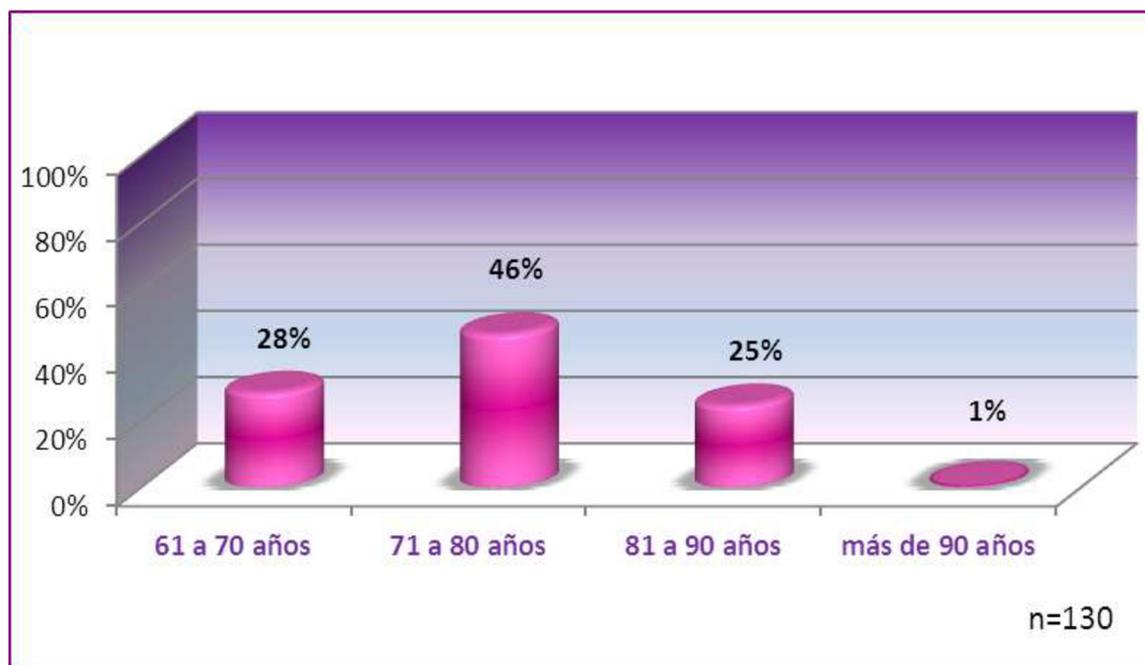


Para el desarrollo de la presente investigación se utiliza como método de recolección de datos una encuesta con preguntas cerradas y una frecuencia de consumo de alimentos con el fin de recabar información sobre las características de esta población en relación a determinantes sociales de salud y consumo de alimentos, de una muestra total de 130 adultos mayores con un rango de edad que va de 63 a 91 años, de ambos sexos, que asisten a 9 centros de jubilados y pensionados de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2014. Después de haber sido informadas sobre la esencia de la investigación, todos aceptaron de forma voluntaria responder una serie de preguntas y a la realización de mediciones antropométricas necesarias que competen a la investigación.

La primera variable a analizar es la distribución etaria entre las personas que asisten a estos centros de jubilados, donde el rango de edad predominante es aquel compuesto por las personas de 71 a 80 años con un 46% del total, seguido por el rango de 61 a 70 años con un valor de 28%, luego el rango de 81 a 90 años con un cuarto de la población y por último los mayores de 90 años con sólo un 1%.

La media de edad de la muestra es de 75 años con un mínimo de 63 años y un máximo de 91 años.

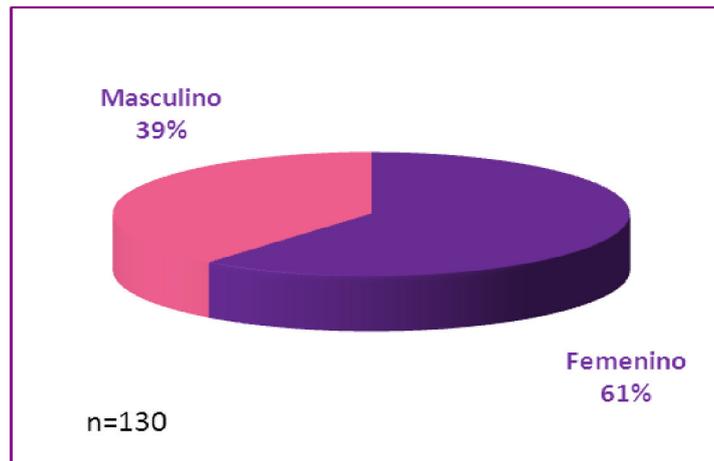
Gráfico N°1: Distribución etaria



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

En cuanto a la distribución por sexo de los encuestados, en el siguiente gráfico se observa que existe una prevalencia de personas de sexo femenino, representando el 61% de la muestra, quedando 39% de los encuestados correspondientes al sexo masculino.

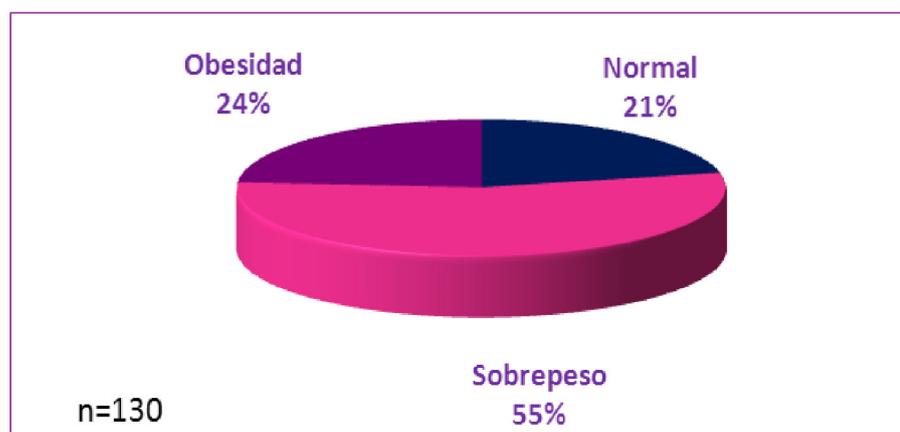
Gráfico N°2: Distribución según sexo



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

Los datos recolectados de peso y altura fueron utilizados para calcular el IMC de los adultos mayores encuestados para clasificarlos de la siguiente manera: IMC Normal, Obesidad y Sobrepeso, ya que no se encontró ningún individuo con IMC bajo. Los cálculos arrojan valores correspondientes al 21% a un estado nutricional normal, fuera de los límites de la normalidad encontramos que tiene sobrepeso el 55% y un 24% obesidad.

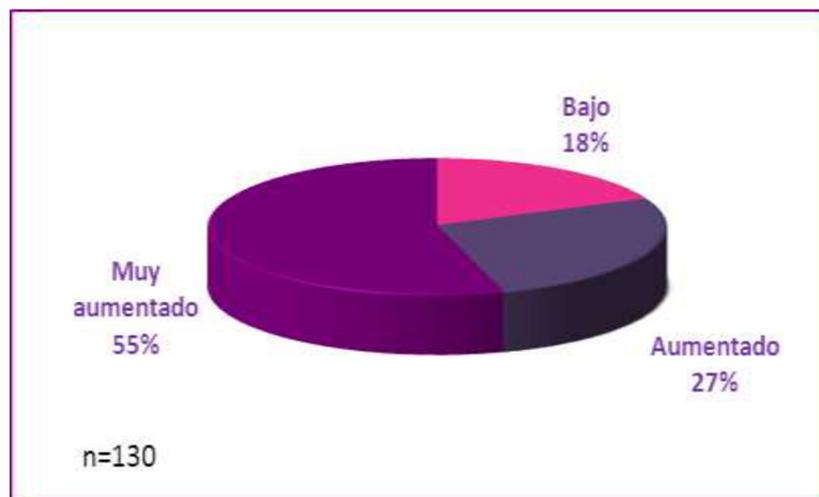
Gráfico N°3: Distribución de Obesidad y Sobrepeso según IMC



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

Al analizar los datos antropométricos registrados de circunferencia de cintura se pudo determinar el riesgo cardiovascular de estas personas, dando como resultado 18% de los casos como personas con riesgo bajo, 27% riesgo aumentado y el 55% restante con riesgo muy aumentado.

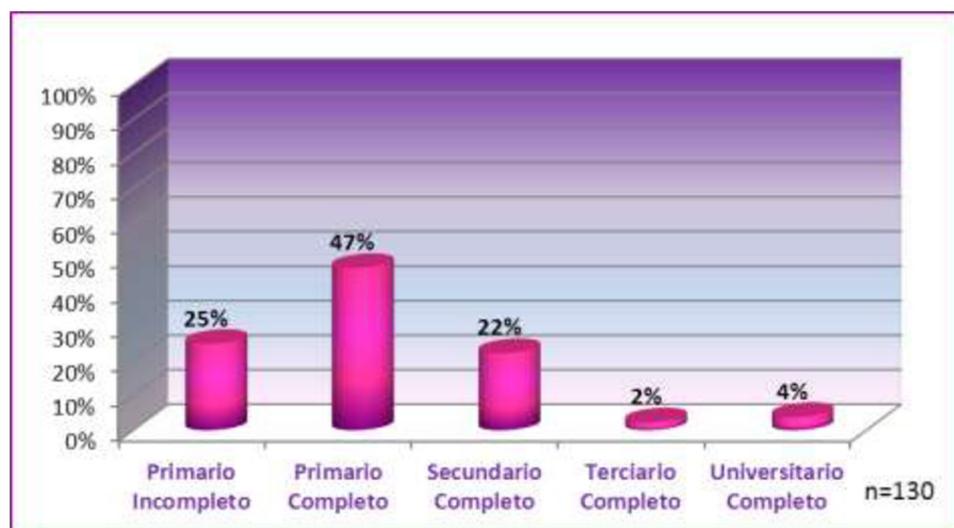
Gráfico N°4: Distribución de riesgo según Circunferencia de Cintura.



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

En el siguiente gráfico se puede observar que, teniendo en cuenta la variable Nivel Educativo, el 47% de las personas encuestadas finalizó el Primario, y sólo un 22% alcanzó el nivel Secundario y lo completó. Un 25% comenzó el Nivel Primario sin finalizarlo, un 2% finalizó algún tipo de carrera terciaria y sólo un 4% hizo una carrera Universitaria.

Gráfico N°5: Distribución de Nivel Educativo.



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

En cuanto al ingreso económico de estas 130 personas mayores, podemos determinar que la mitad de ellos tiene un ingreso de \$4000 o más, dejando al resto de los encuestados en un ingreso menor a \$4000 mensuales.

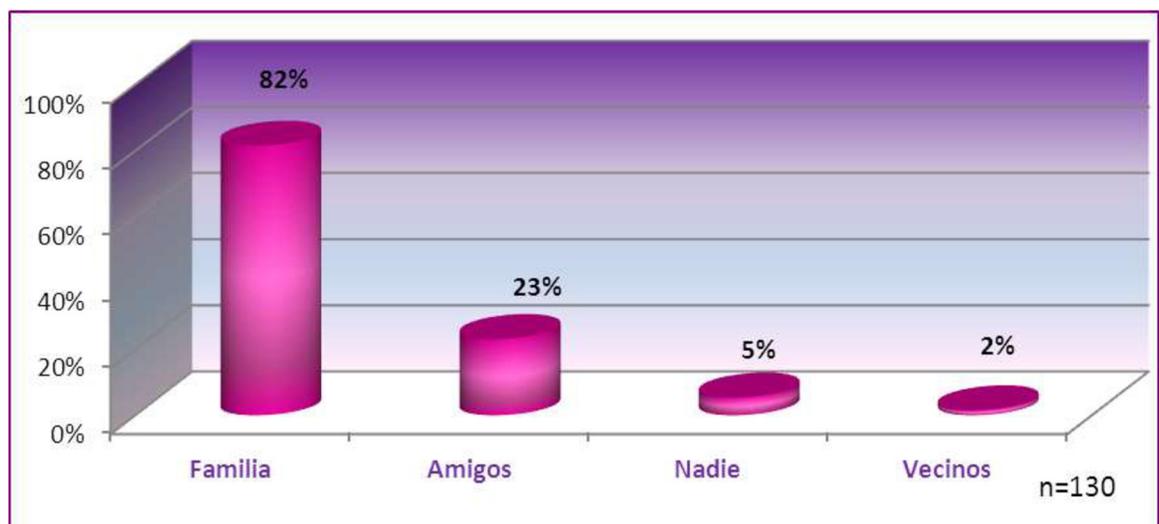
Del total de encuestados sólo una persona manifestó no tener agua potable en su lugar de residencia, es decir que el 99% de las personas cuenta con agua potable en su hogar.

En relación al tipo de vivienda en la que reside, el 75% de las personas dijo vivir en casa particular, 22% vive en departamento y tres personas en vivienda compartida con personas no familiares, hotel o pensión.

En el barrio de residencia de cada uno, el 73% de las personas determinó que considera su zona como Insegura, y solo el 27% la considera como Segura.

Al ser consultados sobre la presencia de alguna persona con la que pudieran contar ante una emergencia, el 82% manifestó contar con algún familiar en estos casos, 23% cuenta con amigos, solo 2% tiene vecinos que lo ayuden y un 5% de ellos considera que no cuenta con personas que puedan ayudarlo ante una emergencia como se muestra en el Gráfico N°6.

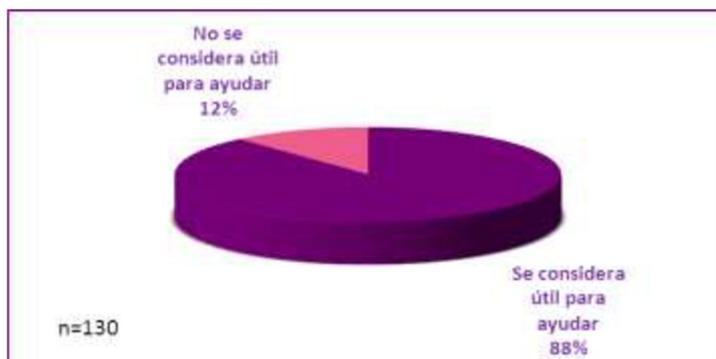
Gráfico N°6: Personas que pueden ayudarlo en una emergencia



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

Por otro lado, al ser consultados sobre su capacidad para ser ellos quienes pueden ayudar a otra persona ante una emergencia el 88% se consideró útil para esta tarea.

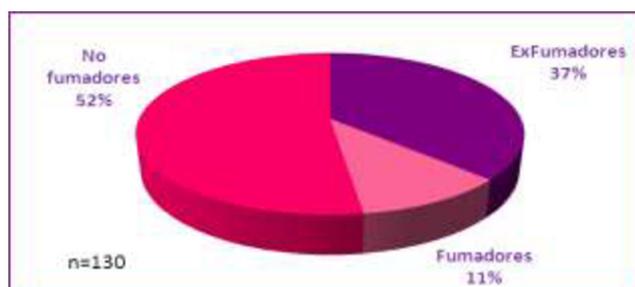
Gráfico N°7: Capacidad para ayudar ante una emergencia



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

En la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades No Transmisibles¹ (2009) se definió como fumadores a aquellos que han consumido más de 100 cigarrillos en su vida y que fuman actualmente, utilizando ese mismo criterio podemos determinar que del total de 130 encuestados, el 52% es no fumador, el 37% manifestó haber fumado más de 100 cigarrillos durante su vida pero no actualmente, y el restante de las personas, es decir, el 11% han fumado 100 cigarrillos durante su vida y siguen haciéndolo en la actualidad considerando a este último grupo como fumadores actual.

Gráfico N°8: Distribución de consumidores de Tabaco.



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

¹ La Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles es un estudio comenzado en Argentina en el año 2009 por el Ministerio de Salud de la Nación con los objetivos de monitorear la evolución de los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, evaluar el impacto de políticas de prevención realizadas a nivel nacional y provincial, y contribuir como insumo fundamental para la planificación y ejecución de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles.

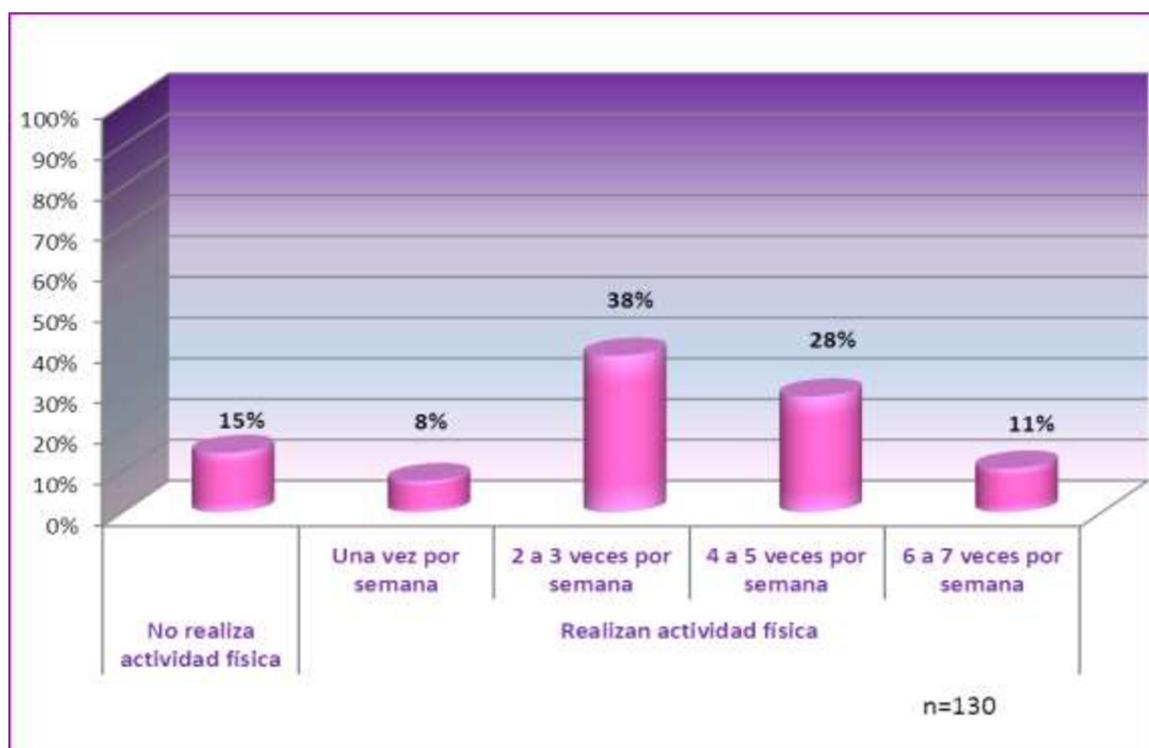
Al ser consultados sobre su consumo diario de alcohol, el 90% expuso que no consumen diariamente este tipo de bebidas. Del 10% restante, excepto uno de ellos, que consume 2 tragos al día, todos beben 1 trago por día.

Diariamente realizan actividad física el 85%. En relación a la cantidad de días por semana que realizan actividad física están distribuidos mayormente, en un 38% los que realizan actividad física de 2 a 3 días por semana, le siguen los que realizan de 4 a 5 días por semana el 28%, solo un 11% realizan de 6 a 7 días por semana. Alrededor del 15% de los encuestados no realizan actividad física y el 8% restante lo hacen solo un día por semana.

Todos aquellos que realizan actividad física manifiestan hacerlo durante, al menos, 30 minutos.

Cabe destacar que el elevado número de personas que realizan actividad física está motivado por el hecho de que en la mayoría de los centros de jubilados en los que se realizaron las presentes encuestas, hay profesores de educación física que dictan clases de yoga, caminatas en grupo, tango, folklore y gimnasia para quienes concurren.

Gráfico N°9: Distribución de Actividad Física.



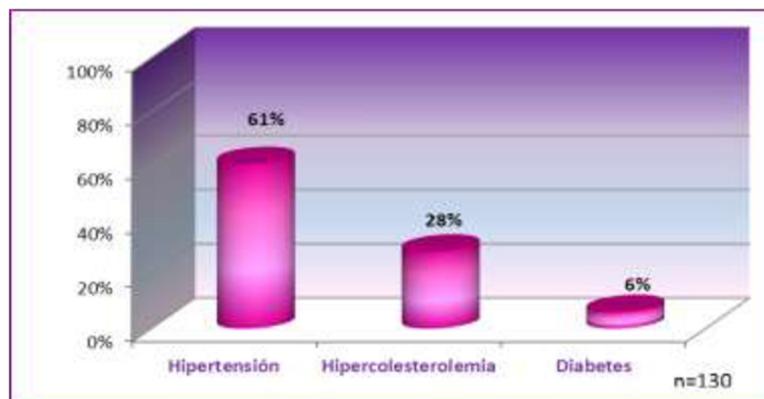
Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

Todos los centros de jubilados encuestados pertenecen Registro Nacional de Entidades de Jubilados y Pensionados de la República Argentina de PAMI.

Los encuestados refirieron mayormente no haber sentido malestar durante el último mes, por otro lado. Un 38% declaró que sintió malestar, de estos, solo un 17% decidió no ir al médico, las razones exteriorizadas fueron: No lo considero importante, No le gustan los doctores y/o Considera que existe dificultad para conseguir turno.

Al consultarlos si alguna vez un médico, enfermera o profesional de la salud le manifestó que padecía de Hipertensión, el 61% de los encuestados manifestaron que sí. Realizando la misma pregunta pero referida al diagnóstico de Hipercolesterolemia, el 28% manifestó que la padecía. Sólo un 6% de los consultados manifestó haber sido diagnosticado como persona Diabética.

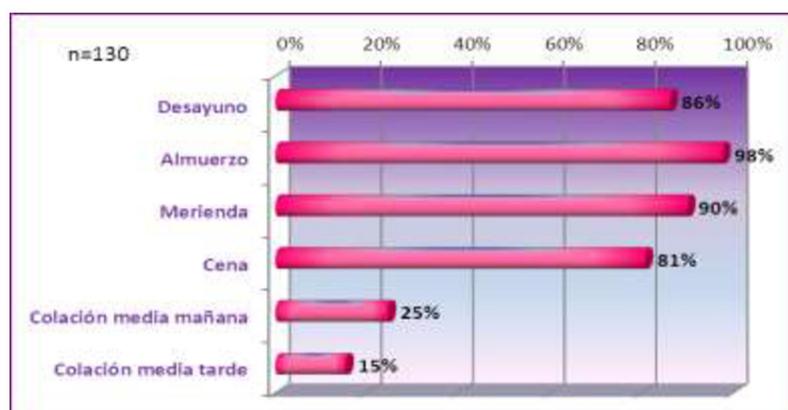
Gráfico N°10: Presencia de Hipertensión, Hipercolesterolemia y Diabetes



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

En el gráfico N°11 se ilustra la distribución de comidas que realiza diariamente la muestra encuestada.

Gráfico N°11: Distribución de consumo de comidas que realiza diariamente



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

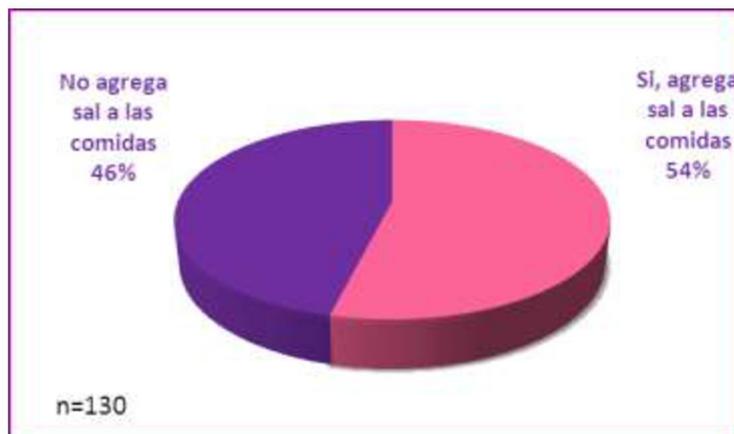
El 86% desayuna todos los días. A media mañana un cuarto de ellos ingiere una colación. El almuerzo es realizado por el 98% de las personas, en general, en el mismo centro de jubilados en los casos de que se sirva el almuerzo allí. Por la tarde un 90% realiza la merienda y un 15% realiza una colación de media tarde. Por la noche el 81% de ellos realiza la cena.

La compra de alimentos en el hogar es realizada en el 73% de los casos por ellos mismos, 26% de los encuestados enunciaron que su cónyuge realiza estas compras y 12% cuenta con sus familiares para esta tarea.

Durante la mayor parte de las comidas estas personas son acompañados por su cónyuge en el 48% de los casos, 32% por algún familiar, 6% por otras personas que no son de su familia y 6% realiza la mayor parte de las comidas diarias solo.

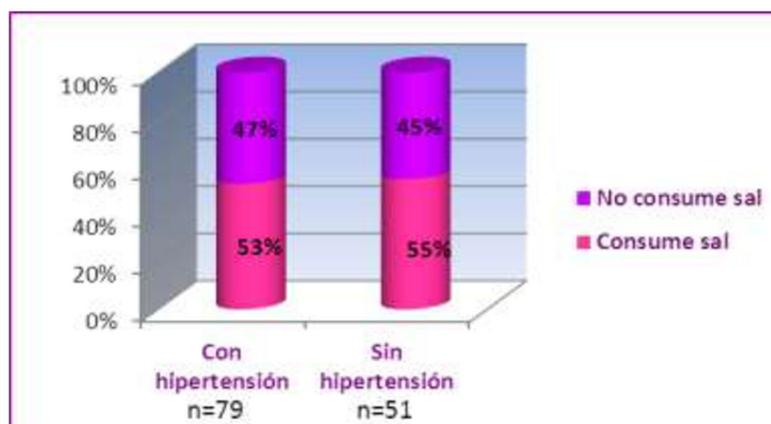
Se detalla en el grafico siguiente que el 54% de los encuestados agrega regularmente sal a las comidas que ingiere.

Gráfico N°12: Distribución de consumo de sal en las comidas.



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

Gráfico N°13: Consumo de sal y presencia de Hipertensión Arterial

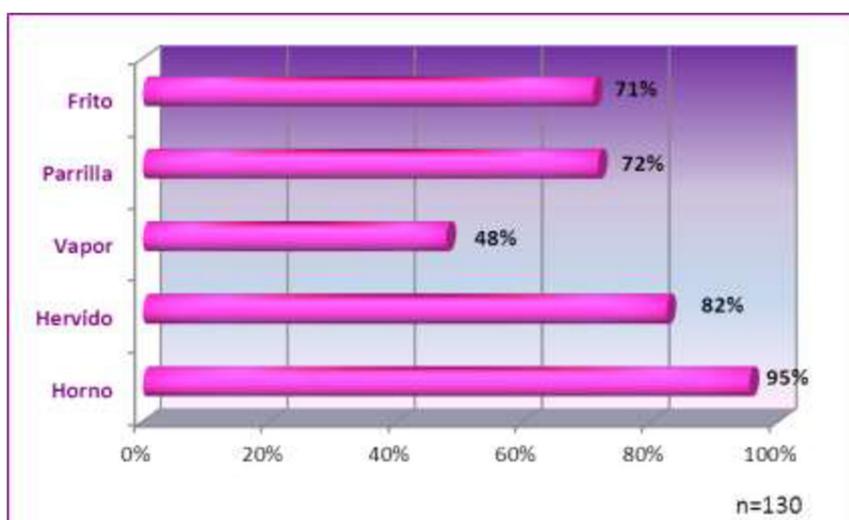


Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

En el gráfico N°13 podemos observar que aquellos que presentan diagnóstico de hipertensión arterial y aquellos que no, el consumo de sal diariamente en las comidas es bastante similar alcanzando alrededor del 50% sobre aquellos que agregan sal a las comidas y la otra mitad no lo hace.

Se consultó a los sujetos sobre los métodos de cocción más utilizados en su hogar, predominando la cocción por horno para esta tarea con un 95% del total, la cocción por Hervido es usado por el 82% y de forma muy pareja le siguen, la cocción en Parrilla con un 72% y Fritura con un valor de 71%. El método menos utilizado por estas personas para cocinar es al vapor.

Gráfico N°14: Distribución del tipo de Cocción de Alimentos utilizada



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

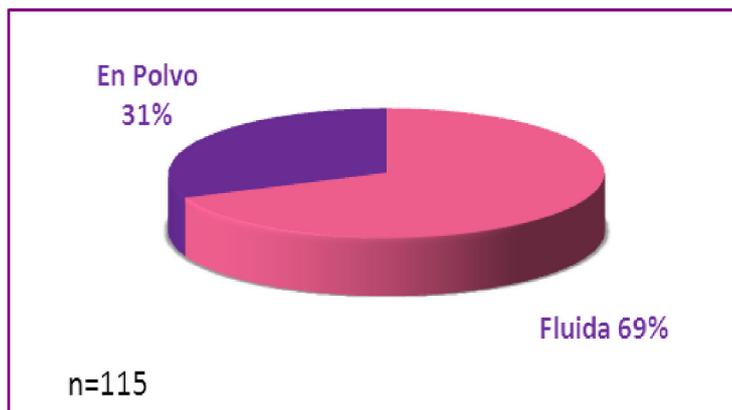
La frecuencia de consumo realizada a los adultos mayores nos ofrece resultados según cada grupo de alimentos. Estos datos se recolectaron para ser luego comparados con las recomendaciones de las guías alimentarias para la población Argentina²: manual de multiplicadores, de Lema Silvia (2003) y determinar la adecuación del consumo de los encuestados con los requerimientos.

Para ello, medimos el porcentaje de adecuación por cada grupo y determinamos la adecuación óptima entre el 90 y 110% de las recomendaciones de las guías.

² Son mensajes prácticos consensuados por profesionales de la Nutrición de todo el país que traducen los conocimientos científicos sobre requerimientos nutricionales y composición de los alimentos para orientar a nuestra población en la selección y consumo de alimentos y estilos de vida saludables. Y se acompañan de una gráfica: la Gráfica de la Alimentación Saludable.

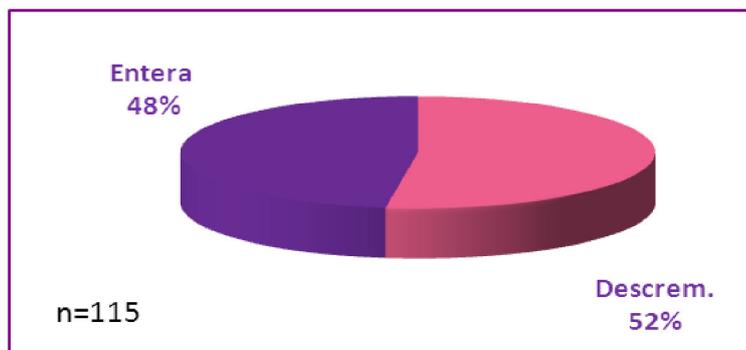
Del total de la muestra, 115 personas consumen leche, es decir, el 88%. De estas personas el 69% la consume en su presentación fluida y el 31% restante en su presentación en polvo. El 52% consume leche descremada y el 48% consume leche entera.

Gráfico N°15: Distribución de Tipo de leche consumida.



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectado

Gráfico N°16: Distribución de tipo de leche consumida.



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

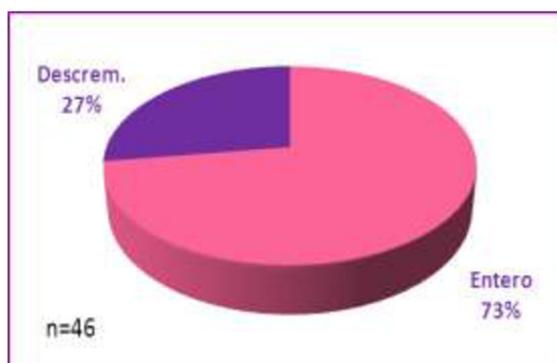
Lema Silvia (2003), en las guías alimentarias para la población Argentina, sugiere que los adultos deben consumir 500 mililitros de leche y/o yogurt diarios (2 tazas tipo café con leche).

Sólo 13% de los que consumen yogurt y leche tiene un consumo adecuado de estos alimentos. El porcentaje de persona que tiene un consumo inadecuado por deficiencia de estos alimentos es del 86%. Sólo el 2% consume una cantidad superior a la recomendada.

El 35% de la muestra consume yogurt regularmente y de ellos el 73% lo hace en la forma de yogurt entero y el resto en su presentación descremada.

Debemos recordar que el consumo de leche y yogurt se complementa con el de queso.

Gráfico N°17: Distribución de tipo de yogurt consumido.



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

En cuanto al queso, el consumo promedio, según las recomendaciones, debe ser de 60 gramos diarios. En nuestro estudio el consumo promedio es de 48 gr./día determinando un porcentaje de adecuación de solo el 45% de los entrevistados que si consumen este alimento. Un 46% tiene un consumo inferior al recomendado y el 9% consumo por sobre las recomendaciones.

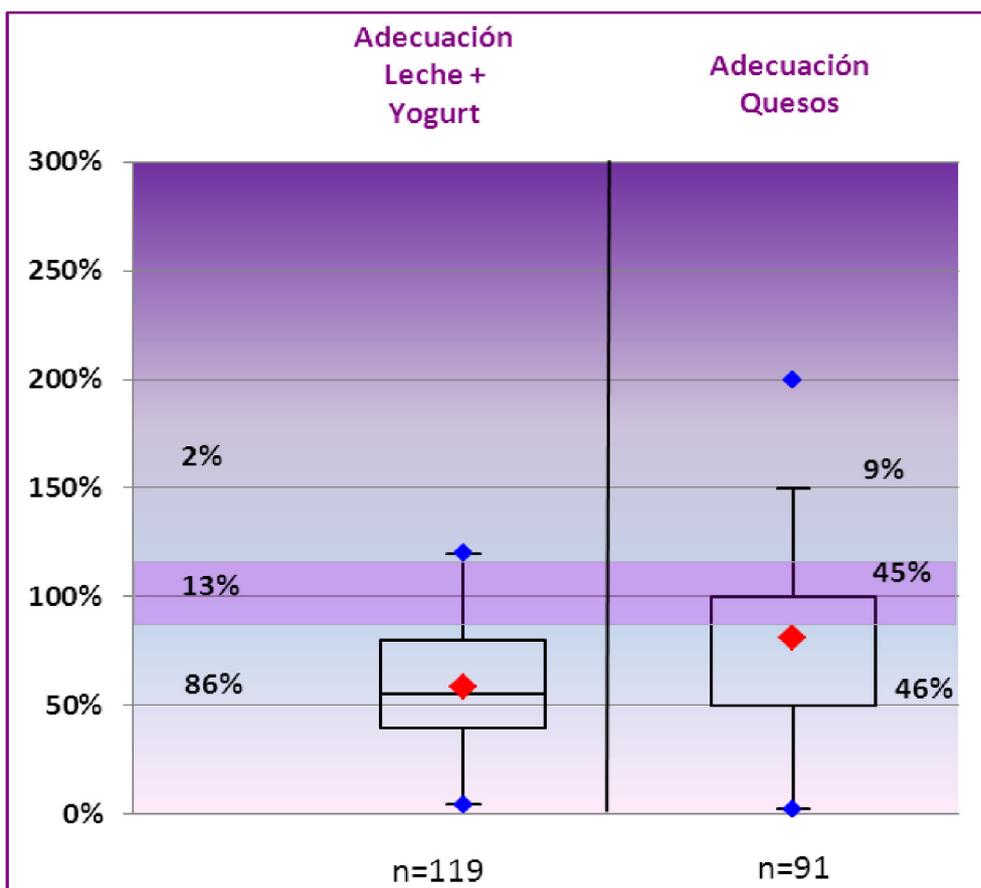
Tabla N° 1: Consumo de Lácteos

	Alimento	% de personas que lo consumen	Consumo promedio de aquellos que lo consumen
 www.weelp.com	Leche	88%	265 cc./día
 www.healthyeating.org	Yogurt	35%	93 cc./día
 www.cheforopeza.com.mx	Queso	70%	48 gr./día

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

En el Gráfico N°18, podemos ver en detalle cómo se distribuyen los datos de porcentaje promedio de adecuación para leche, yogurt y queso. En el mismo, se resaltó con una franja color morado los valores que se encuentran entre el 90 y 110% de adecuación, es decir, los valores de consumo de adecuación óptimos.

Gráfico N°18: Adecuación de Leche, Yogurt y Quesos



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

En el caso de las carnes, las guías alimentarias para la población Argentina, sugieren que los adultos deben consumir 150 gramos diarios de carne, distribuyendo su consumo semanal de la siguiente manera: carnes rojas tres veces por semana, pollo dos veces por semana y pescados dos veces por semana.

En nuestra población, de aquellos que consumen este tipo de alimentos, 77% consume carne vacuna, 94% carne de pollo, pescado 75% y el cerdo es consumido sólo por el 4% de ellos.

Teniendo en cuenta, que las cuatro carnes poseen similar composición de nutrientes y se utilizan entre sí como reemplazos, procedimos a sumarlas para

determinar un único porcentaje promedio de adecuación que en este caso corresponde al 35%. Un 62% consume menos de la cantidad recomendada y sólo un 2% la supera.

En la Tabla N°2 podemos ver los valores mencionados anteriormente sobre consumo de los diferentes tipos de carne.

Tabla N° 2: Consumo de Carnes

	Alimento	% de personas que lo consumen	Consumo promedio de aquellos que Si consumen
 www.marangatu.com.br	Vacuna	77%	123 gr./día
 www.delcamponoticias.com	Pollo	94%	
 www.tusrecetasonline.com	Pescado	75%	
 www.hogarutil.com	Cerdo	4%	

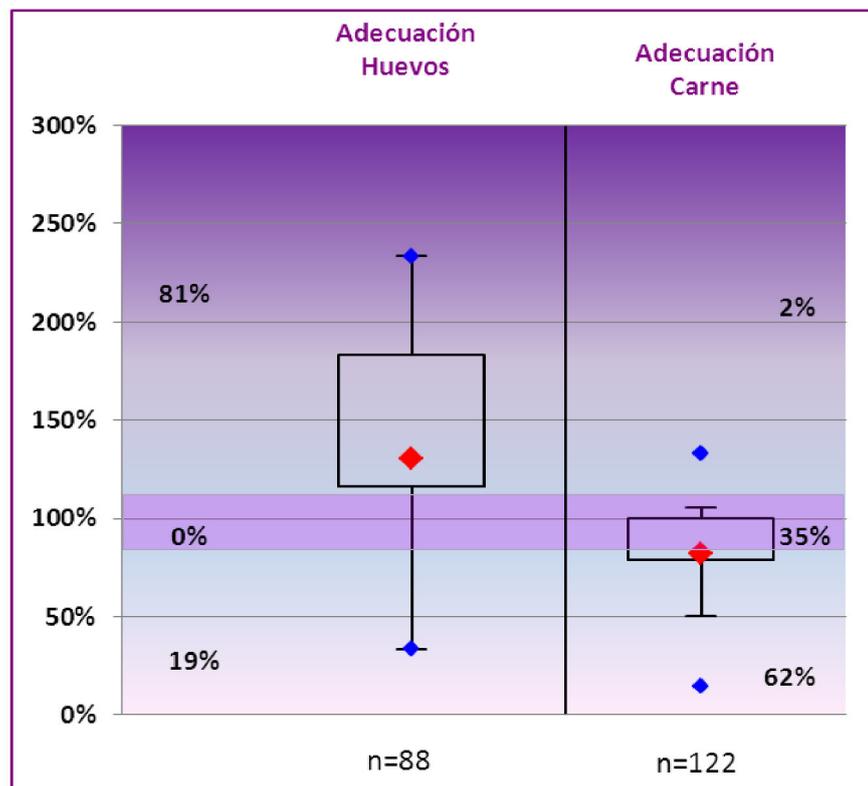
Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

Las guías alimentarias argentinas, expresan que el consumo de huevo debe ser de 3 unidades semanales. Del total de encuestados, el 68% consume este alimento. Mediante los datos recolectados se determina que la cantidad promedio de huevo consumido semanalmente es de 3,92 unidades. Ninguno de los encuestados

que manifestó consumir este alimento cubre el requerimiento recomendado, un 19% consume menos de la esta cantidad y un 81% lo supera.

Podemos observar los datos detallados anteriormente en el Gráfico N°19 que corresponde a un box spot del consumo de Carnes y Huevos.

Gráfico N°19: Adecuación de Carne y Huevo



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

Se recomienda, en relación a las verduras, que el consumo de éstas en forma cruda y cocida debe ser de un plato grande por día de cada una. En el caso de los adultos mayores encuestados el consumo de vegetales crudos y cocidos fue similar, 91% de ellos los consume en la primera forma y el 97% lo hace en la segunda. Los vegetales crudos presentan un porcentaje de adecuación de 35% entre aquellos que aceptaron que ingieren este alimento, nadie consume por encima de las recomendaciones, por debajo lo hacen un total de 65% de los encuestados. En relación a los vegetales cocidos podemos determinar que el porcentaje de adecuación de aquello que los consumen es, al igual que los vegetales crudos, del 35%, dejando el 65% restante para aquellos que consumen una menor cantidad de vegetales cocidos de las recomendadas.

La recomendación diaria de frutas es de dos unidades medianas diarias, es decir, 300 gr./día, 92% de los encuestados manifestaron consumirla en un promedio

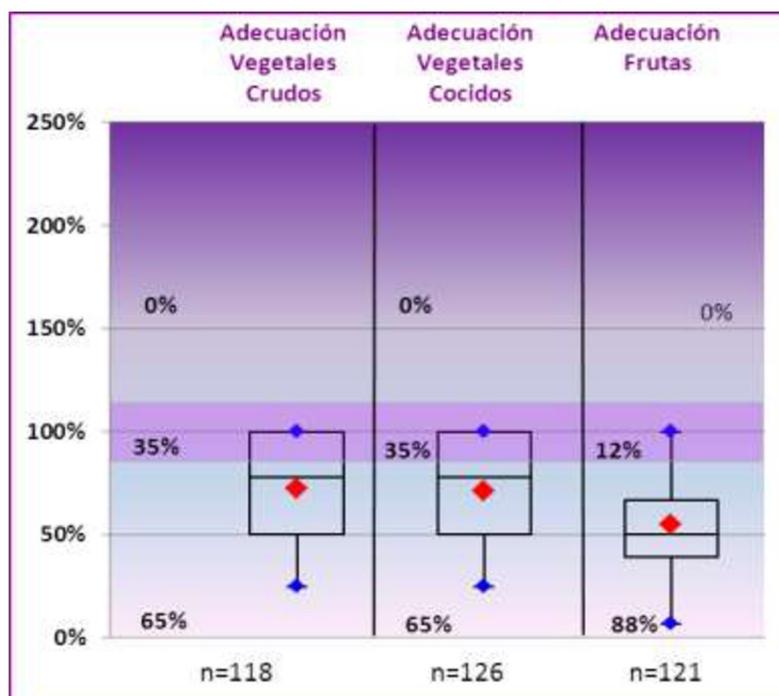
de 166 gr./día, llegando a un porcentaje de adecuación para aquellos que consumen frutas de 12%, el 88% restante lo hace en una cantidad menor a la recomendada.

Tabla N° 3: Consumo de Vegetales y Frutas

	Alimento	% de personas que lo consumen	Consumo promedio de aquellos que Si consumen
 www.tuverde.com	Vegetales Crudos	91%	0,72 platos grandes/día
 www.filtro.net	Vegetales Cocidos	97%	0,71 platos grandes/día
 www.mundoagropecuario.com	Frutas	92%	166 gr./día

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

Gráfico N°20: Adecuación de Vegetales Crudos, Cocidos y Frutas



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

El 96% de las personas consume cereales/pastas. La recomendación es de medio plato diario. Nuestra población alcanzó un consumo promedio de 0,57 platos/día lo que nos determina un porcentaje de adecuación de 38%, el 32% de los encuestados que afirmó consumir este tipo de alimentos, lo hace en una cantidad superior a la recomendada y el 30% restante lo hacen en una cantidad menor a la recomendada.

El pan es consumido por el 85% de los sujetos, en un promedio de 48 gr./día, de ellos se pudo calcular el porcentaje de adecuación óptima en un 2%, el 94% de las personas consume menos de lo recomendado.

En el caso de las legumbres el consumo recomendado de esta es de 25 gr./día. Sólo un 64% de estas personas consumen regularmente este alimento. Entre ellos alcanzan un consumo promedio de 34 gr./día dando un porcentaje de adecuación de 18% de los encuestados. Un 52% de ellos consume más de la cantidad recomendada, y el 30% restante consume menos de lo recomendado diariamente.

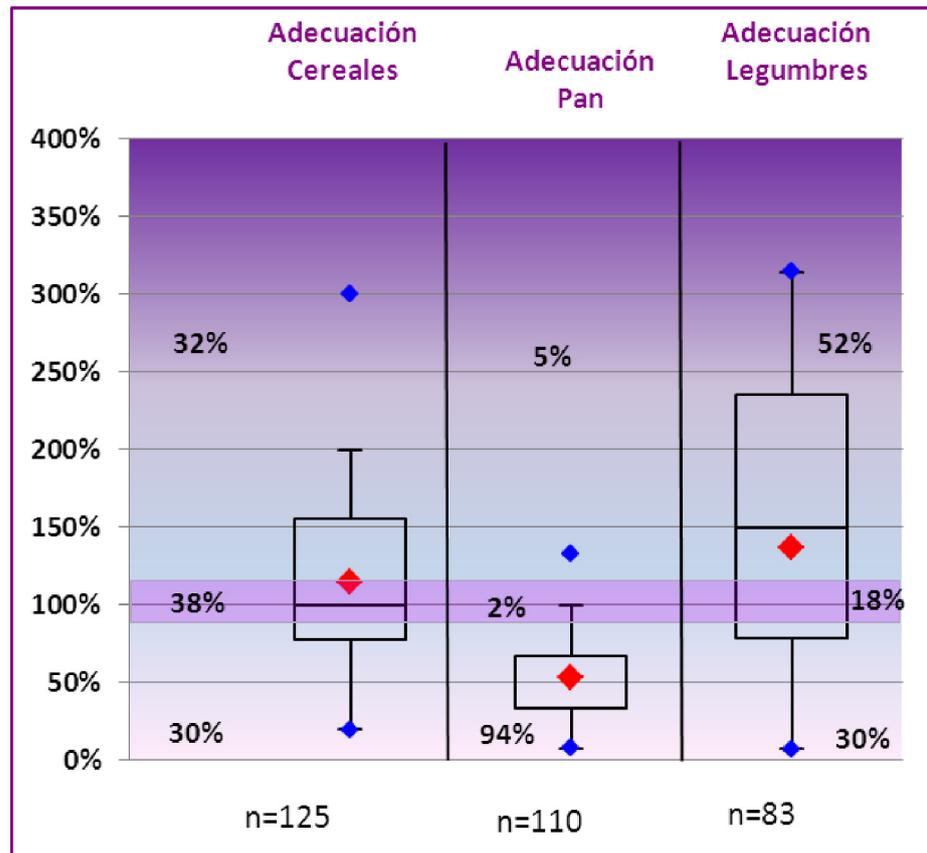
Tabla N° 4: Consumo de cereales y derivados

	Alimento	% de personas que lo consumen	Consumo promedio de aquellos que Si consumen
 www.infonegocios.info	Cereales/Pastas	96%	0,57 platos/día
 www.cocina.ahorro.net	Pan	85%	48 gr./día
 www.organicasa.net	Legumbres	64%	34 gr./día

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

En el Gráfico N°21 puede observarse los valores de adecuación de Cereales, Pan y Legumbres representados en box plot.

Gráfico N°21: Adecuación de Cereales, Pan y Legumbres



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

El grupo de los azúcares compuesto por azúcar y mermeladas/dulces es consumido por alrededor del 60% de los encuestados. El consumo de azúcar diario recomendado por las guías es de 35 gr./día con un consumo promedio de 12 gr./día en nuestra muestra. Ninguno de los encuestados consume la cantidad adecuada, todos aquellos que consumen azúcar lo hacen en una cantidad menor a la recomendada.

Los dulces y mermeladas deben consumirse diariamente en una cantidad de 45 gr./día, en la presente investigación alcanzó el consumo diario de 20 gr, al igual que el azúcar, ninguno de los encuestados, que consume este alimento, lo hace en la cantidad recomendada por las guías, el 93% de ellos consume una cantidad menor a la recomendada y solo un 7% lo hace en una cantidad mayor.

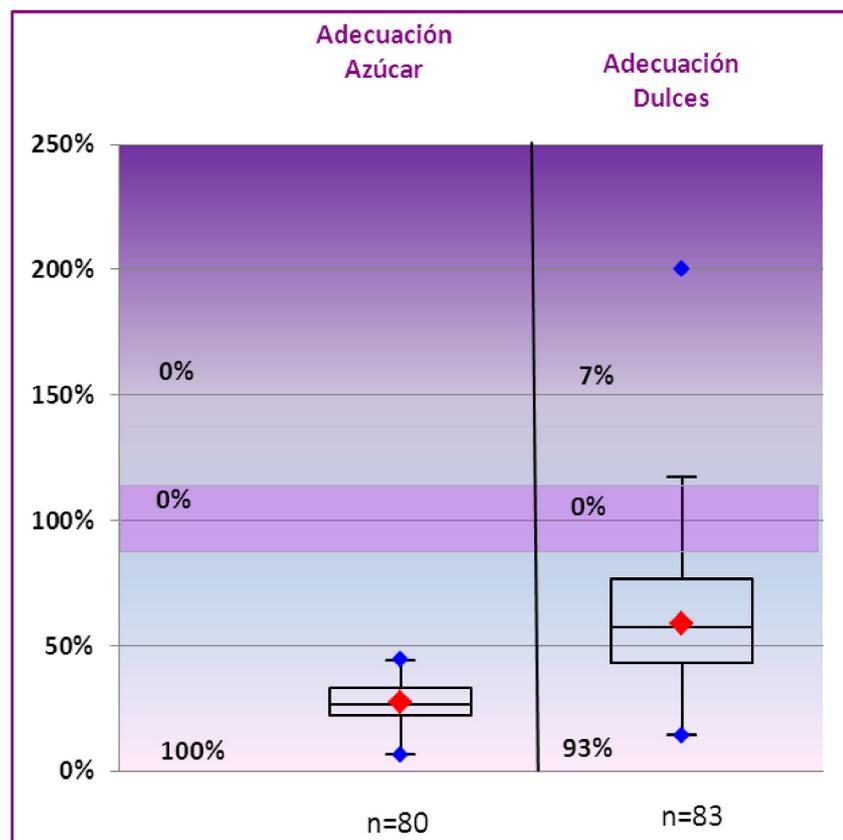
En la siguiente tabla podemos ver los datos obtenidos en relación a consumo de Azúcar y Dulces, en el Gráfico N°22 vemos los valores de adecuación de los mismos alimentos.

Tabla N° 5: Consumo de Azúcar y Dulces

	Alimento	% de personas que lo consumen	Consumo promedio de aquellos que Si consumen
 www.veoverde.com	Azúcar	62%	12 gr./día
 www.afuegolento.com	Dulces y Mermeladas	63%	20 gr./día

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

Gráfico N°22: Adecuación de Azúcar y Dulces



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

El consumo recomendado de Margarina/Manteca es de 10 gr./día, se detecta que sólo el 21% de los consultados consume estos alimentos en un promedio de 14 gr./día alcanzando un 19% de los encuestados que consume este alimento en las cantidades recomendadas, el 56% supera este valor y el 26% restante consume menos de la cantidad recomendada.

El aceite es un alimento consumido por gran parte de estas personas, el 91% de ellos afirmó hacerlo alcanzando un promedio de 16 cc./día. La recomendación es de 45 cc./día. Podemos determinar el todos los encuestados consumen una cantidad menor a la recomendada por las guías.

Los frutos secos son los alimentos consumidos por la menor cantidad de personas consultadas, sólo el 13% ingiere con regularidad este alimento alcanzando 22 gr./día. Teniendo en cuenta que la recomendación semanal de consumo de este alimento es de uno o dos puñados a la semana, es decir, entre 15 gr., podemos determinar que hay un consumo adecuado de sólo el 18% de aquellos que consumen frutos secos, el 59% de los que ingieren este alimento lo hacen en una cantidad superior a la recomendada, y el 24% lo hacen en una cantidad menor a la recomendada.

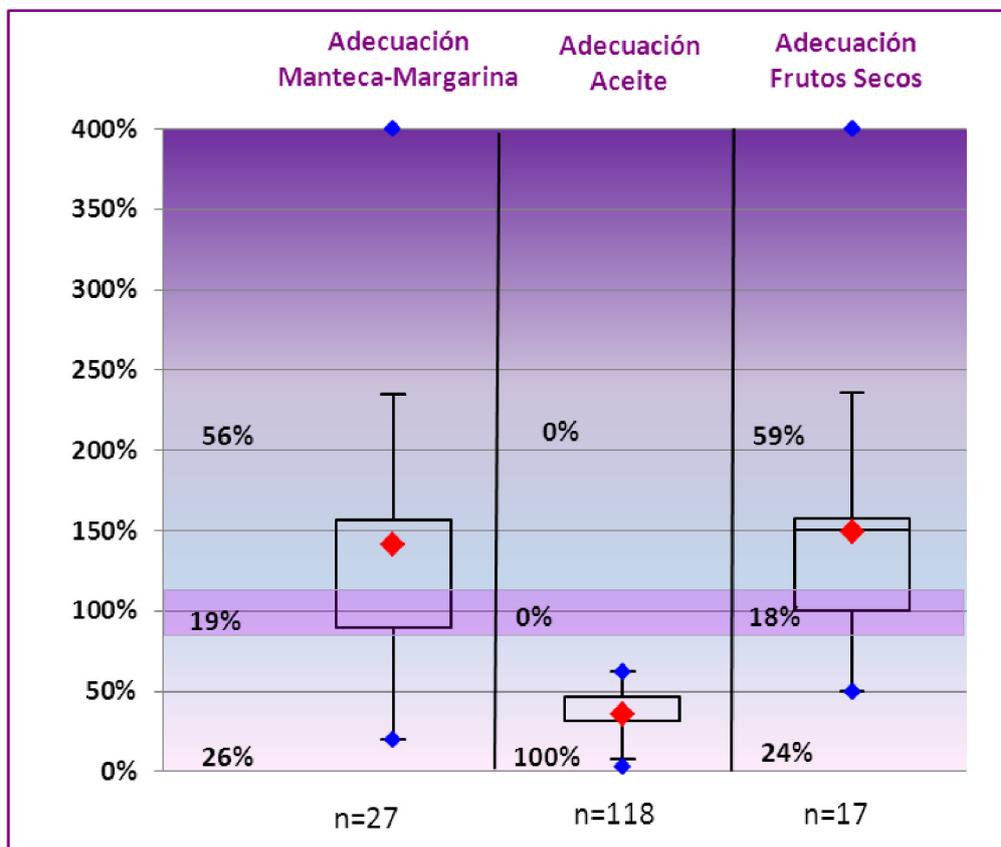
Tabla N° 6: Consumo de cuerpos grasos

	Alimento	% de personas que lo consumen	Consumo promedio de aquellos que Si consumen
 www.lacajadepandora.eu	Margarina/Manteca	21%	14 gr./día
 www.vegetarianoschile.cl	Aceite	91%	16 cc./día
 www.biotrucos.com	Frutos secos	13%	22 gr./semana

Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

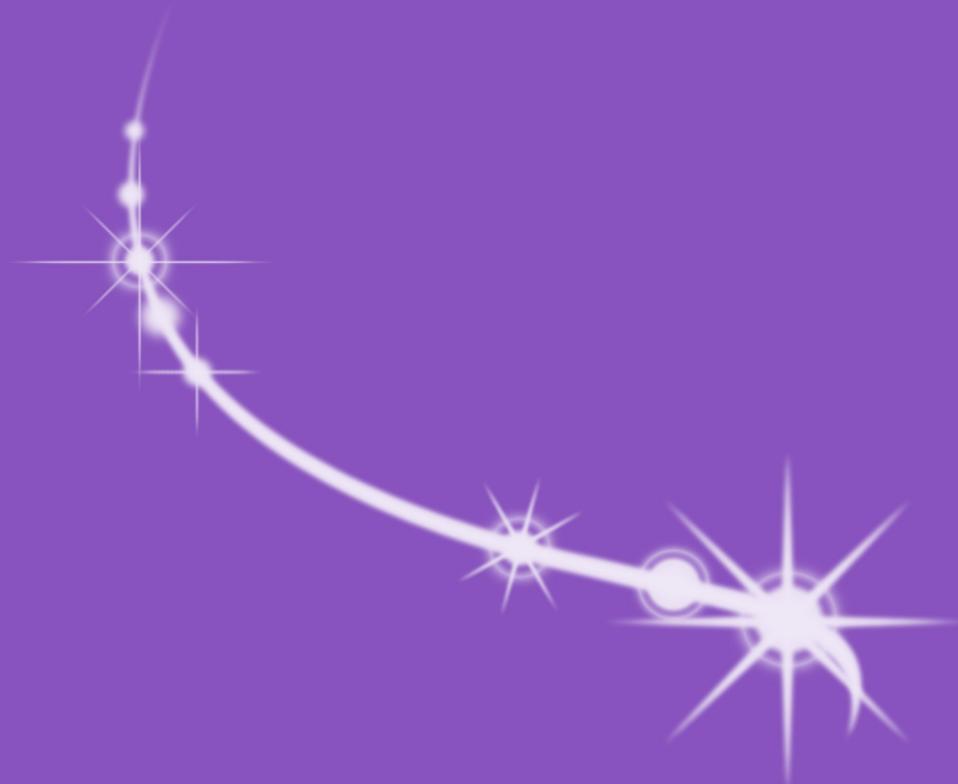
El Gráfico N°23 nos muestra los valores de adecuación de Manteca, Margarina, Aceite y Frutos secos de los encuestados.

Gráfico N°23: Adecuación de Manteca-Margarina, Aceite y Frutos secos



Fuente: Elaboración propia en base a datos recolectados

Conclusiones



Teniendo en cuenta el objetivo general planteado al inicio de la investigación se llega a las siguientes conclusiones: del total de 130 individuos encuestados de 9 centros de Jubilados y Pensionados de la ciudad de Mar del Plata en el año 2014, el 61% son del sexo femenino y el 39% restante del sexo masculino, la media de edad fue de 75 años y el rango de edad donde se encuentra la mayor frecuencia de personas es el comprendido entre 71 y 80 años.

Se detectó que el menor porcentaje de la población analizada tiene un estado de normalidad según el IMC, sólo 21%. Más de la mitad de ellos presentaban sobrepeso y casi un cuarto de la población padece algún grado de obesidad.

Según la circunferencia de cintura, la menor proporción de analizados corresponde a un riesgo cardiovascular bajo, más de la mitad de los encuestados tiene un riesgo muy aumentado y casi un cuarto tiene un riesgo cardiovascular aumentado.

En relación al nivel educativo, se determinó que la mitad de ellos finalizó sus estudios primarios, el 22% los inició pero no los culminó, el 22% consiguió finalizar el secundario.

La mitad de los encuestados manifestó tener un ingreso mensual menor a \$4000, este valor es insuficiente para afrontar los gastos indispensables en todos los aspectos de sus vidas y para mantener un buen estado nutricional.

La mayoría de los encuestados considera que vive en una zona insegura, esto afecta directamente su salud impidiéndole realizar tareas diarias como la compra de alimentos y poder realizar caminatas por el barrio, entre otras actividades que colaboran con el mantenimiento de un buen estado de salud.

La distribución de fumadores nos muestra que actualmente estos son sólo 11%, la mitad de los encuestados nunca fumó y el restante grupo fumó en alguna época de su vida pero en la actualidad no lo hace.

La mayor parte de los entrevistados no consume alcohol diariamente, sólo el 10% de ellos lo hace.

El 85% realiza actividad física durante 30 minutos o más. En relación a la frecuencia semanal de la realización de ejercicio se distribuye de la siguiente manera: 38% lo hace de 2 a 3 veces por semana, 28% de 4 a 5 veces por semana, 11% de 6 a 7 veces por semana y el restante 8% sólo una vez por semana. Cabe destacar que el elevado número de personas que realizan actividad física está motivado por el hecho de que en la mayor parte de los centros de jubilados en los que se realizaron las presentes encuestas, hay profesores de educación física que dictan clases de yoga, tango, folklore, gimnasia y caminatas en grupo para quienes concurren.

En relación a su estado de salud, un gran porcentaje manifestó ser diagnosticado en algún momento de su vida como Hipertenso, el 61%. Más de un

cuarto de ellos lo hizo en relación a Hipercolesterolemia y sólo un 6% a Diabetes.

La distribución de las comidas diariamente por estas personas se estructura de la siguiente forma: 86% desayuna, 25% realiza una colación de media mañana, almuerza el 98%, 90% merienda, 15% realiza una colación de media tarde y 81% cena.

De los encuestados, poco más de la mitad manifestó agregar sal en las comidas diariamente. Cuando se cruzaron estos datos con los valores presentados de hipertensión se determinó que los hábitos de agregar o no sal a las comidas se distribuyen de manera muy similar entre aquellos con diagnóstico de hipertensión y aquellos sin el diagnóstico de la enfermedad.

La frecuencia de consumo realizada a estos adultos mayores nos arrojó datos sobre los diferentes tipos de alimentos que consumen y su porcentaje de adecuación en relación a las recomendaciones para este grupo etario.

Los alimentos que tiene un consumo inadecuado por deficiencia en la mayor parte de los entrevistados fueron: leche, yogurt, queso, carne, vegetales crudos y cocidos, frutas, pan, azúcar y aceite.

Los alimentos consumidos inadecuadamente por exceso en gran parte de las personas fueron encuestadas fueron: huevo, cereales y pastas, legumbres, manteca y margarina y frutos secos.

La alimentación es un tema trascendental en la vida de todas las personas incluidos los adultos mayores y por esto, es de gran utilidad incorporar el accionar de un Nutricionista en los centros de Jubilados y Pensionados de la ciudad de Mar del Plata, teniendo en cuenta el gran número de estos y de personas que se acercan. Es determinante hacer hincapié en la educación nutricional utilizando el espacio con el que cuentan los centros de jubilados para la realización de diferentes actividades como pueden ser, en nuestro caso, la realización de talleres de educación nutricional con el objetivo de obtener cambios duraderos en las conductas alimentarias que mejoren el estado nutricional de los adultos mayores que concurren a estos centros, revalorizando sus conocimientos e identificando las diferentes patologías relacionadas con la alimentación como lo son la hipertensión, la diabetes, las dislipemias, el sobrepeso y la obesidad, entre otras, para una correcta selección de alimentos para el tratamiento de las mismas. No debemos olvidar que en el caso de los centros que otorgan mensualmente un bolsón de alimentos a estas personas, el Nutricionista puede enseñar a optimizar su uso.

Es fundamental que como Licenciados en Nutrición y promotores de la salud podamos cumplir nuestro rol, brindando correcta información sobre seguridad y manipulación alimentaria; educar sobre la importancia de la alimentación y las

necesidades nutricionales; brindar apoyo en situaciones de problemas alimentarios e identificarlos para así, acompañar a los pacientes en la adaptación a los cambios que realiza su cuerpo al llegar la vejez.

Frente a todo lo anterior expuesto quedan como interrogantes los siguientes:

- ¿Puede el modelo de Determinantes Sociales de Salud de la OMS adaptarse a cualquier población para conocer sus características?
- ¿Se tienen en cuenta los Determinantes Sociales de Salud para la realización de proyectos y planes de nutrición en Salud Pública?

Bibliografía



Barría, R. M. (2006). Transición Nutricional: una Revisión del Perfil Latinoamericano. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* vol.56(1).

Berlinguer G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. *Revista cubana de Salud Pública* vol.33(1).

Castaño, L. S. (2009). Los determinantes Sociales de la Salud: Más allá de los factores de riesgo. *Revista de Gerenciamiento Político de Salud* vol.8(17).

Comisión de determinantes sociales de Salud de la OMS (2005), *Marco conceptual de la Comisión sobre determinantes sociales de la Salud – Borrador*, En: http://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3229/mod_page/content/1/determinantes/bibliocomplementaria/unidad_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf

----- (2005),
Documento de referencia 1: ¿Qué es, por qué, y cómo?, en:
http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_who_what_why_how_es.pdf

----- (2005),
Documento de referencia 2: Subsanan las desigualdades en una generación ¿Cómo?,
en:
http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf

----- (2005), *Misión de la comisión de determinantes Sociales de Salud*, en:
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/

----- (2005), *Acción sobre los factores sociales determinantes de la Salud: Aprender de las experiencias anteriores*, en: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf

----- (2007), *Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos - Declaración provisional*, en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_spa.pdf

----- (2009), *Marco conceptual de la Comisión sobre determinantes sociales de la Salud – Informe final*, en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

----- (2009), *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf

Dirección Nacional de Inmigraciones de la Republica Argentina (2013), *Acerca de la Argentina*, en: <http://www.argentina.gov.ar/>

Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud (2008), *Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción*, en: <https://docs.google.com/document/>

Frenz, P. (2005). Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud, *Rev Chil Salud Pública 2005, Vol 9 (2), 103-110*.

Girolami, D. (Ed.) (2008) *Clínica y terapéutica en la Nutricio del Adulto*. Argentina, Buenos aires: Editorial El Ateneo.

Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Publica vol.11 (5-6), 454-461*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2013), *Mercado de trabajo: Resultados del primer trimestre de 2013*, en: <http://www.indec.mecon.ar/>

Krause V. (Ed). (1995) *Nutrición y Dietoterapia*, Estados Unidos, Editorial Interamericana McGraw-Hill.

López, Laura Beatriz; Suárez, Marta María; *Fundamentos de nutrición normal*; Editorial El Ateneo: Buenos Aires; 2004; ISBN 950-02-0404-5

Moiso A. (2007) *Fundamentos de Salud Pública, Capitulo 6: Determinantes de Salud*, En: <http://www.inus.org.ar/documentacion/>

Organización Mundial de la Salud (2006), *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2001), *Etnicidad y Salud*, en: <http://cursos.campusvirtualesp.org/>

Panel de Expertos sobre la Detección, Evaluación y Tratamiento de los Niveles Sanguíneos Elevados de Colesterol en Adultos (2001), *Resumen Ejecutivo del Tercer Informe del Programa de Educación Nacional sobre Colesterol (NCEP)*, en: <http://www.secardiologia.es>

Vega, J (2003), Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Revista médica de Chile vol 131(6)*.

Villar E. (2007), Los determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: Desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saude soc. São Paulo vol.16(3)*. 7-13.

Wilkinson R. & Marmot M. (1998), *Determinantes Sociales de la Salud: Los Hechos irrefutables*, en: http://docsfiles.com/pdf_los_hechos_irrefutables.html

Sitios Web consultados:

- www.fao.org/argentina/es
- www.anses.gob.ar
- www.cepal.org/argentina
- www.indec.mec
- www.novartis.com.ar
- www.pami.org.aron.ar
- www.un.org/es
- www.who.int/es

Fuente de imágenes empleadas en la portada:

- <http://elrincondemixka.com/>
- <http://cartujoconlicencia.blogspot.com.ar/>
- <http://recreational.ice.edu/>
- <http://www.huizengalaw.com/>
- <http://www.racyja.com/>