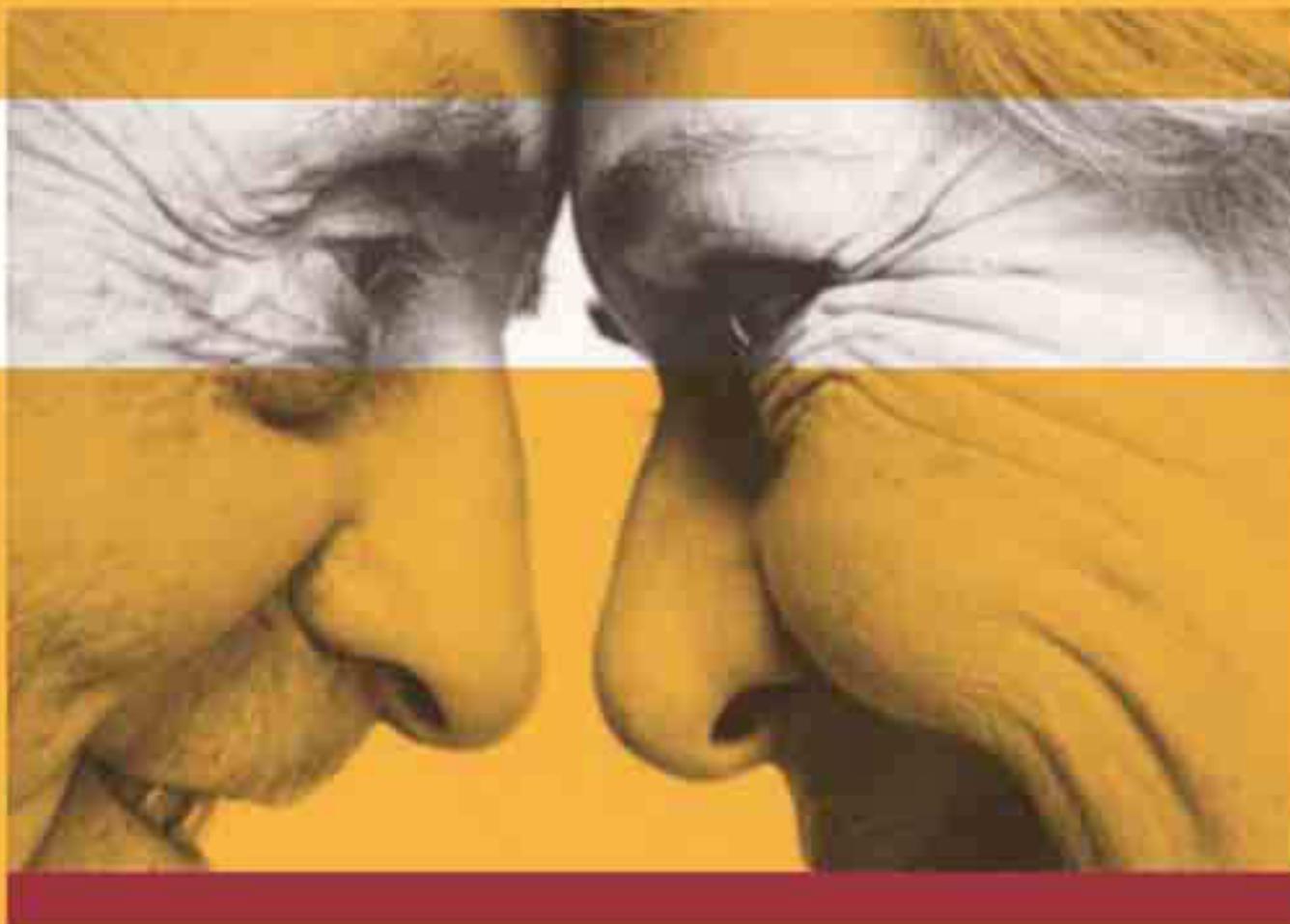


Programa **ProBienestar**

Adecuación de la alimentación brindado por el
Programa Probienestar y estado nutricional de sus beneficiarios



Paula Belén **Rodríguez**

Licenciatura en Nutrición

Tutor: **Sergio C. Scacchia**

Departamento de Metodología

Universidad **FASTA**
Facultad de Ciencias de la Salud





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

“ Esta mañana pensé por primera vez que mi cuerpo, ese compañero fiel, ese amigo mas seguro y mejor conocido que mi alma, no es más que un monstruo solapado que acabará por devorar a su amo. Haya paz”

Marguerite Yourcenar

Memorias de Adriano

En memoria de mi abuelo

Dedicado a todas las personas que forman día a día parte de mi vida dándome cariño y apoyo, también a aquellas que formaron parte de mi vida e hicieron que hoy sea quien soy.

Agradecimientos

Quiero agradecer a:

- Mi tutor, Sergio, por estar siempre dispuesto a ayudar y transmitir todos sus conocimientos, y por ser unos de mis ejemplos como profesional.
- Mamá y Papá por apoyarme en todos mis proyectos, por hacerme estar siempre feliz y por todo el amor que siempre tienen para dar.
- A mis abuelos que son increíbles, viejos hermosos que siempre tendré en mi corazoncito.
- A mi hermanito chiquito por los consejos de grande.
- A mi chinito más lindo del mundo por ser como es, por la infinita paciencia y por entenderme siempre.
- A mis amigas de siempre que tanto me conocen, por ser las hermanas mujeres que no tengo.
- A mis amigas no tan viejas que la vida me fue dando, por hacerme feliz cada día y quererme como soy.
- A mis tías locas, a las no tan locas, a mis primos, tíos, tías..... a toda mi familia en general y a cada uno en particular por formar parte de mi vida.
- A María del Carmen Zaccone, porque sin su ayuda mi tesis no hubiera sido posible y por recibirme y ayudarme siempre con tan buena predisposición.
- A PAMI en general y a todos los que allí trabajan por haberme abierto las puertas y haber hecho posible mi trabajo.
- A la Universidad FASTA por toda la formación profesional que me fue dada.
- Al todo el Departamento de Metodología por la infinita y valiosa ayuda que me brindó.
- A todas las personas que de alguna manera u otra contribuyeron a poder realizar este trabajo y me ayudaron a ser quien soy.

Muchas Gracias.

Resumen

Nos encontramos con un elevado aumento de la población gerontológica en la última década, este grupo presenta una elevada prevalencia de malnutrición y un difícil acceso a los alimentos por falta de recursos, limitaciones físicas, sociales o familiares.

Frente a este crecimiento surge en 1992 en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados el Programa Probienestar con el objetivo de satisfacer los requerimientos básicos y mejorar la calidad de vida de sus beneficiarios. El Programa ofrece a los ancianos almuerzos en los distintos Centros de Jubilados de la ciudad de Mar del Plata como así también un bolsón mensual de alimentos.

El objetivo general de este trabajo es realizar un análisis de la prestación alimentaria ofrecida en los distintos centros de Mar del Plata como así también se busca evaluar el estado nutricional de los beneficiarios.

Se determina la cantidad de energía, proteínas, Calcio, Hierro, Vitamina C y A que el Programa ofrece, se obtiene un promedio diario para cada nutriente y se compara con la ingesta teórica de la población según las Recomendaciones Diarias de Alimentos.

Se analiza el estado nutricional de la población a través del Índice de Masa Corporal y el riesgo cardiovascular de la población a través de la circunferencia de cintura.

Se concluye que la alimentación brindada es excesiva cantidad de energía brindada mientras que el Hierro y el Calcio no son cubiertos. Por otro lado se comprueba que las cantidad de vitaminas ofrecidas es adecuada a los requerimientos. La población presenta un elevado riesgo cardiovascular y el sobrepeso es altamente prevalente ya que afecta al 43,9% de la población mientras que las personas con bajo peso representan apenas el 11,8%.

Palabras claves: **nutrición, adultos mayores, estado nutricional, programa social, asistencia alimentaria.**

Índice

Introducción	1
Capítulo 1	
“Aspectos sociales y epidemiológicos del envejecimiento”	5
Capítulo 2	
“Salud y requerimientos nutricionales en la tercera edad.”	19
Capítulo 3	
“Programa Probienestar”	39
Diseño Metodológico.....	56
Análisis de Datos	65
Conclusiones	84
Bibliografía	89
Anexo.....	96



Programa
ProBienestar



■ **Introducción**

La población gerontológica está aumentando progresivamente como consecuencia de la mejoría de la esperanza de vida, este es el segmento con mayor prevalencia de malnutrición la que se relaciona con un aumento de la morbilidad y mortalidad. El envejecimiento se relaciona a su vez con una serie de cambios fisiológicos, sociales, económicos y psicológicos como por ejemplo: soledad, aburrimiento, depresión, limitación de recursos económicos por pérdida de la capacidad de trabajo, aislamiento, dificultad para el transporte, etc. Otros cambios importantes relacionados al proceso de envejecimiento son las causas patológicas como por ejemplo las enfermedades agudas o crónicas, la medicación que interfiere en el metabolismo y absorción de algunos nutrientes y las discapacidades que limitan el acceso a los alimentos y la realización de actividades en general. También existen cambios fisiológicos relevantes que caracterizan este período de la vida como por ejemplo; cambios en la composición corporal, menor gasto energético, deterioro de los sentidos, alteraciones digestivas, disminución de la dentición en algunos casos y un deterioro progresivo de las funciones fisiológicas en general que terminan generando alteraciones patológicas o empeorando las ya existentes¹

Todos estos cambios dependen fundamentalmente de factores inherentes al estilo de vida entre los que destaca la nutrición. La alimentación es por esto, no solo un elemento de prevención sino además es un elemento de promoción de la salud ya que la malnutrición, por exceso o por carencia, favorece la aparición de enfermedades que repercuten negativamente en el estado nutricional instaurándose así un sistema de realimentación positivo que deteriora cada vez más la salud de anciano.

El estado nutricional está condicionado por las patologías existentes y determinado por los requerimientos y la ingesta, estos son influenciados por otros factores como la actividad física, el estado de salud, el estilo de vida, la existencia de redes sociales y familiares y las restricciones socioeconómicas.²

La esperanza de vida en Argentina ha aumentado notablemente en los últimos años y por ende el porcentaje de adultos mayores. Este aumento porcentual puede explicarse por diversas causas, la mejora en la esperanza de vida es una de las principales aunque no debe subestimarse el impacto que tuvo la baja en el índice de fertilidad de la mujer que pasó de 6,8 en 1895 a 2,4 en 2001³. Todo estos cambios configuran lo que conocemos como transición demográfica, y una de sus consecuencias más importantes es el aumento de la población anciana y por

¹www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/requerimientos_nutricionales_en_la_tercera_edad.pdf

² Cecilia Albala Brevis; *Evaluación del estado nutricional en el anciano*;
<http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Geriatria/EvaluacionEstado.html>

³ <http://www.indec.mecon.ar/>

consiguiendo el aumento de la cantidad de personas mayores en situación de vulnerabilidad.

El Probienestar está enfocado a la tercera edad y tiene como propósito elevar la calidad de vida y el bienestar de los beneficiarios, en particular de aquellos que viven en situación de desamparo. Las actividades que realiza son: Proporcionar asistencia alimentaria y vivienda a beneficiarios en condiciones de pobreza extrema, construir salones y brindar equipamiento y apoyo institucional a los Centros de Jubilados, organizar actividades recreativas y educativas que faciliten la comunicación e integración de los mayores y promover la valoración social de los ancianos favoreciendo su participación en ámbitos de decisión de la comunidad⁴.

El programa sostiene que una buena alimentación acompañada de un cronograma regular de ejercicio físico, acorde al estado de salud, la integración grupal de los ancianos, la solidaridad de estos y el compromiso social tendrían efectos beneficiosos en la salud de la población anciana. El Probienestar plantea que la Seguridad Alimentaria, entendida como el derecho a una alimentación cultural y nutricionalmente adecuada, es un componente necesario a fin de asegurar el derecho a la salud⁵. Es por ello que cuenta con centros de jubilados donde se brindan alimentos a los beneficiarios y además se organizan talleres de diversos tipos. En ellos se sostiene una clara política asistencialista pero también allí se concibe implícitamente al anciano como un sujeto con carencias bio-psico-sociales; las cuales no pueden ser resueltas desde sí mismo y afectan su vida cotidiana; entre las que se mencionan la soledad, el aislamiento social, la falta de motivación para realizar actividades, etc.

Los centros de jubilados son sumamente importantes porque son las organizaciones representativas de las personas mayores de cada comunidad. Tienen por propósito promover la solidaridad entre sus miembros, contribuir a satisfacer las necesidades y obtener el reconocimiento y valoración de la comunidad respecto de sus mayores. En ellos se brindan de lunes a viernes almuerzos a los beneficiarios, algunos asisten a los comedores de los centros, mientras que otros reciben la misma ración como vianda en sus domicilios. Se entrega también mensualmente un bolsín para cubrir los almuerzos de los sábados y domingos del mes, días en los cuales los centros no brindan almuerzos.⁶

Es necesario, realizar un diagnóstico o evaluación del estado nutricional de los beneficiarios para determinar las intervenciones, y conocer cuales pueden ser las

⁴ Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados, Programa Probienestar

⁵ Ibid.

⁶ Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados, *El Centro de Jubilados Cuadernillo Número 3* p.1-20

posibles modificaciones a implementarse en el Programas; siendo muy frecuente que las intervenciones no sean evaluadas durante su implementación. La evaluación es sumamente importante y debe realizarse periódicamente para ir adecuando el Programa a los distintos cambios por los que atraviesa la población. Los menús que se brindan en los centros deben ser evaluados para comprobar que sean realmente un beneficio nutricional para quienes los reciben y que los mismos no acentúen aún más las carencias existentes o aumenten las patologías por exceso.

Frente a lo antes expuesto nos preguntamos:

¿Qué porcentaje de las recomendaciones de macro y micronutrientes cubren los menús y bolsines brindados por el Programa Probienestar en los centros de jubilados de la ciudad Mar del Plata?

El objetivo general del presente trabajo es:

- Determinar cual es el porcentaje de las recomendaciones de macro y micronutrientes que son cubiertos por los menús y bolsines brindados por el Programa Probienestar en los centros de jubilados de la ciudad de Mar del Plata.

Los objetivos específicos son:

- Evaluar el estado nutricional de la población beneficiaria del Programa Probienestar en términos de peso, talla, circunferencia de cintura y circunferencia media del brazo
- Determinar la cantidad de personas con riesgo cardiovascular.
- Medir la cantidad de energía, proteínas, Calcio, Hierro, Vit. C y Vit. A brindadas durante 7 días en los comedores.
- Establecer el porcentaje de las RDA que los menús cubren.
- Establecer una comparación entre los distintos centros de jubilados según el estado nutricional de sus beneficiarios.

Se podrán sugerir modificaciones de los mismos según el diagnóstico y las desviaciones encontradas, haciéndose una comparación entre distintos centros (11) y de esta forma podrán diferenciarse las intervenciones realizadas en cada uno de ellos. El trabajo también permitirá incluir a la población, que así lo requiera, en otros programas ya establecidos o nuevos.



Programa
ProBienestar



■ **Aspectos sociales y
epidemiológicos
del envejecimiento**

Durante la segunda mitad del siglo XX y comienzos del siglo XXI la mayoría de los países latinoamericanos han experimentado un fenómeno que se conoce como transición epidemiológica/demográfica definido como:

“Proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento pero con niveles también bajos en las respectivas tasas”¹.

Este fenómeno se ha manifestado también a nivel mundial y ha llevado a un aumento del porcentaje de personas mayores. Según datos de las Naciones Unidas de 1993, el porcentaje de personas mayores de 65 años y más es el siguiente:

Cuadro N° 1 “Evolución del porcentaje de mayores de 65 años”

	1950	1990	2010	2025
% personas mayores de 65 años	5,1	6,2	7,3	9,7

Fuente: ONU 1993.

Como puede observarse, se espera que para 2025 el porcentaje de ancianos siga aumentando. Un 9,7% representa a casi 12 000 millones de personas de las cuales 840 millones habitarían países de ingreso bajo.

La transición epidemiológica es un proceso complejo, y los países difieren en cuanto al momento de inicio y al ritmo de los cambios en la fecundidad y la mortalidad, así como también se diferencian respecto a los cambios en la estructura de la mortalidad por edades, cambios en las causas predominantes de defunciones, el estado nutricional y de salud de la población, etc.

Las distintas etapas de la transición epidemiológica son: Transición incipiente, moderada, plena y avanzada. Las mismas se describen en el cuadro N 2

En cuanto al cambio de la estructura puede decirse que durante el comienzo de la transición epidemiológica la mayoría de las muertes corresponden a niños menores de 15 años, durante la transición el grueso se desplaza hacia los grupos de mayor edad². Esto no implica una disminución de la población adulta ya que se acompaña con un aumento en la esperanza de vida por ello su principal consecuencia es el

¹ Banco Interamericano de Desarrollo/ Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. *La Transición Demográfica en América Latina, 2000.*

² Rafael Lozano, Julio Frenk, José Luis Bobadilla, *La Transición Epidemiológica en América Latina*; [http://www.cies.edu.ni/documentos/demografia/18%20Frenk%20\(1994\).pdf](http://www.cies.edu.ni/documentos/demografia/18%20Frenk%20(1994).pdf)

aumento de la población mundial total. Este fenómeno es apenas compensado por la disminución de los índices de fertilidad.

Cuadro N° 2 “Etapas de la transición epidemiológica”

Etapas de la transición epidemiológica	
Transición Incipiente	Son países con alta natalidad y mortalidad. Por su elevada fecundidad, tienen una estructura por edades muy joven y una alta relación de dependencia.
Transición moderada	Son países de alta natalidad, pero cuya mortalidad ya puede calificarse de moderada. El descenso de la mortalidad durante el primer año de vida, se ha traducido en un rejuvenecimiento de la estructura por edades, lo que también lleva a una elevada relación de dependencia.
Transición plena	Son países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja. Como el descenso de la fecundidad es reciente la estructura por edades se mantiene todavía relativamente joven, aun cuando ya ha disminuido la relación de dependencia.
Transición avanzada	Estos son países con natalidad y mortalidad moderada o baja. Los países de este grupo son: Argentina, Chile y Uruguay, y en el Caribe, Bahamas, Barbados, Guadalupe, Jamaica, Martinica y Puerto Rico.

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 1992

Los patrones de causas de mortalidad se modifican; disminuyen las muertes por enfermedades transmisibles y aumentan las muertes por enfermedades no transmisibles.

En Argentina en 1960 la proporción de muertes por enfermedades transmisibles era del 10%, treinta años después estas causas de muerte representaban solo el 5% del total. En 1999 las principales causas de muerte en

Argentina eran las siguientes: Muertes por causas cardiovasculares: 32,5%; tumorales 29,3%; infecciosas 7,2%, externas 6,3 % otras 26,7%³

Las enfermedades cardiovasculares incluyendo los accidentes cerebrovasculares son las principales causas de muerte y discapacidad entre los hombres y mujeres de edad adulta. Las muertes por cánceres y enfermedades tumorales también han crecido, los cinco cánceres más letales en todo el mundo son justamente los más comunes y representan cerca del 50% de todas las defunciones oncológicas. Entre los cánceres que afectan a los hombres deben destacarse: cáncer de pulmón, estómago, hígado, colon-recto, esófago, próstata y ganglios linfáticos. Entre las mujeres los sitios letales principales son: mama, estómago, colon-recto, útero, ovario, pulmón e hígado. Los principales factores de riesgo para el desarrollo de los cánceres principales son: tabaquismo, régimen alimenticio defectuoso, consumo excesivo de alcohol, infecciones repetidas, obesidad, entre otros. No es curioso que todos ellos sean un denominador común de la sociedad actual, aunque todos puedan ser corregidos con medidas preventivas. Dentro de las causas externas se incluyen a los suicidios, homicidios y accidentes que son comunes en la tercera edad por causas como robos, depresión, inseguridad, etc. La osteoporosis y las fracturas son una causa muy importante de discapacidad especialmente entre las mujeres de la tercera edad, tienen un elevado costo de salud y dado el envejecimiento poblacional se calcula que aumentará de 1,7 millones en 1990 a cerca de 6,3 millones en 2050⁴. Esta enfermedad afecta a las mujeres después de la menopausia y a los hombres de edad avanzada a causa del hiperparatiroidismo secundario que se asocia con la desmineralización ósea. El incremento de la actividad física, el aumento del consumo de Calcio, la regulación de la ingesta de Fósforo y la disminución de los factores de riesgo como tabaquismo y alcoholismo podrían ayudar a prevenir dicha pérdida ósea.⁵

Todas las enfermedades mencionadas tienen un importante componente nutricional, son prevenibles con acciones nutricionales adecuadas.

Este cambio en la composición poblacional produce una transformación en las condiciones de salud del país afectado ya que aumenta el porcentaje de población considerada vulnerable, porque los ancianos son parte de ésta. Esto repercute en la organización de los servicios de salud, quienes deben ampliar su cobertura a un número mayor de habitantes y por ello aumentar su presupuesto. Deben ampliarse los servicios de asistencia, seguridad y protección social como así también deben

³ Organización Panamericana de la salud. *Mantenerse en forma para la vida*, 2002. Publicación científica y técnica N 595.

⁴ <http://www.ops.org.ar/FuentesInfo/PublicacArg.htm>

⁵ Elsa N. Longo, Elizabeth T. Navarro, *Técnica dietoterápica*; Editorial El Ateneo, p. 331-332

reacomodarse los servicios sociales por las mismas causas expuestas. Esto representa un fuerte impacto en la economía de las naciones.

Este fenómeno puede denominarse Transición de la salud y puede dividirse en dos elementos principales. El primero es la transición epidemiológica antes descrita y el segundo elemento se denomina transición de la atención de la salud que se refiere al cambio en las características de la respuesta social organizada a las condiciones de salud.⁶

Dada la situación descrita la Organización Mundial de la Salud promueve la salud y el bienestar durante toda la vida esto incluye el logro del máximo grado posible de salud y calidad de vida para la mayor parte de los adultos mayores.

Para alcanzar dichos objetivos la OMS estableció pautas para una política sobre envejecimiento activo⁷ el que establece los siguientes aspectos: Prevenir y reducir la carga de discapacidad, enfermedad crónica y muerte prematura, disminuir los factores de riesgo relacionados con las enfermedades no transmisibles y el deterioro funcional a medida que los individuos envejecen, mientras se aumentan los factores que protegen la salud; sancionar políticas y estrategias que proporcionen una atención continua a las personas con enfermedad crónica o discapacidad. Otros aspectos a considerar son: brindar capacitación y educación a los cuidadores formales e informales, garantizar la protección, la seguridad y la dignidad de las personas que envejecen, capacitar a las personas para que, a medida que envejecen, sigan contribuyendo al desarrollo económico, la actividad en los sectores formales e informales, sus comunidades y familias.

Como consecuencia de las mencionadas pautas en la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento realizada en Madrid en el año 2002 se aprueban dos documentos trascendentes: la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre envejecimiento 2002.

En la Declaración Política⁸ los gobiernos expresaron su compromiso de actuar en el plano nacional e internacional en tres direcciones prioritarias: personas mayores y desarrollo; fomento de la salud y el bienestar en la vejez y garantía de ámbitos favorables y propicios. Esta declaración demuestra que existen nuevas oportunidades para permitir a los hombres y mujeres llegar a la vejez con la mejor salud y que la habilitación de los ancianos en la sociedad son los elementos esenciales para el envejecimiento activo. Reconoce que las personas, a medida que envejecen, deben disfrutar una vida de plenitud, salud, seguridad y participación activa en la esfera económica, cultural y social de sus sociedades.

⁶ Rafael Lozano, Julio Frenk, José Luis Bobadilla, Ob. cit. p 6.

⁷ <http://www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf>

⁸ Organización Panamericana de la salud. Ob. cit. p.8

El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002 analiza detalladamente las prioridades de la Declaración Política y establece los objetivos y las acciones que se persiguen : proporcionar acceso universal e igualitario a los servicios de atención de la salud para las personas mayores; brindar un continuo asistencial desde la promoción de la salud y prevención de enfermedades hasta la provisión de atención primaria, atención de agudos, atención crónica, servicios de rehabilitación y cuidados paliativos para los ancianos incurables; ampliar las oportunidades educativas en el campo de la geriatría y la gerontología para todos los profesionales de la salud y los prestadores no formales; crear servicios integrales de atención de la salud mental; mantener la máxima capacidad funcional durante toda la vida y promocionar una participación de las personas mayores en la sociedad.

Argentina posee indicadores poblacionales llamativos comparado con los países de América Latina. Su porcentaje de personas mayores de 60 años se ha incrementado de un 5% en el último medio siglo, y los mayores de 80 años forman el grupo de la población que crece más rápido.⁹ También se está produciendo un aumento progresivo de las personas que superan los cien años. Una de cada cuatro personas mayores de 80 años y más vive sola.¹⁰ Por otro lado, se ve claramente que la situación socioeconómica de la población de personas mayores es heterogénea, pero el 17,3% vive por debajo de la línea de la pobreza y el 4,9% es indigente, o sea que no accede a la canasta alimentaria básica¹¹

Al contemplar los aspectos sociales del aumento de las personas mayores en la población se observa que se producen efectos diferentes según el país que afecte y su desarrollo también es variable. Este fenómeno se dio gradualmente durante todo un siglo en los países desarrollados, sin embargo, los países en desarrollo están envejeciendo a una velocidad mucho mayor. El mundo desarrollado era rico cuando la transformación comenzó mientras que los países en desarrollo envejecen en una situación económica no favorable. Esta característica expone al país a una situación de mayor vulnerabilidad ya que no tendrá la autonomía económica necesaria para hacer frente a dicho cambio.

⁹ INDEC, *Perfil sociodemográfico: Hogares particulares con adultos mayores*

¹⁰ -----, *Censo Nacional de Población y vivienda 2001*, www.indec.mecon.gov.ar

¹¹ -----, *Encuesta Permanente de hogares. Primer semestre 2006*.

Los países de ingreso alto han dedicado cierto tiempo a adaptarse para satisfacer las necesidades de sus ciudadanos mayores pero los países de ingreso bajo apenas comienzan a reconocer las consecuencias socioeconómicas a largo plazo de este fenómeno. Las características de los países se comparan en el cuadro N° 3.

Cuadro N° 3 “Características del envejecimiento en A. Latina y Europa”

	Países Europeos	América Latina
Velocidad de envejecimiento de la población	Lento, Progresivo	Rápido, Abrupto
Contexto Socioeconómico	Estable	Inestable
Niveles de Pobreza	Bajos	Elevados
Alfabetización	Alta	Baja

Fuente: Elaboración Propia

Referido a lo antes expuesto el CEPAL afirma que

“A diferencia de lo ocurrido en los países desarrollados, donde la velocidad de las transiciones fue mucho más lenta que en los de América Latina y el Caribe, el proceso de envejecimiento tiene lugar en contextos socioeconómicos frágiles, altos niveles de pobreza, crecientes desigualdades sociales y económicas y problemas de inequidad en el acceso a los servicios de salud no resueltos”¹²

¹² CEPAL/CELADE, 2003. La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) fue establecida el 25 de febrero de 1948, y comenzó a funcionar ese mismo año. En 1984, el Consejo decidió que la Comisión pasara a llamarse Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Es una comisión regional de las Naciones Unidas y su sede está en Santiago de Chile. Se fundó para contribuir al desarrollo económico de América Latina, coordinar las acciones encaminadas a su promoción y reforzar las relaciones económicas de los países entre sí y con las demás naciones del mundo. Posteriormente, su labor se amplió a los países del Caribe y se incorporó el objetivo de promover el desarrollo social. El CELADE nace a principios de la década de 1950, cuando se toma conciencia de las debilidades del conocimiento sobre los asuntos de población. El Convenio entre las Naciones Unidas y el Gobierno de Chile sobre la Provisión de Asistencia Técnica para Establecer un Centro Latinoamericano de Demografía, fue firmado el 13 de agosto de 1957. Los objetivos de trabajo institucional son: brindar capacitación avanzada en la aplicación de la Demografía al estudio de los problemas económicos y sociales y a la planificación del desarrollo; promover la investigación demográfica ajustada a las realidades socio-económicas de los países latinoamericanos; establecer datos demográficos y técnicas de investigación uniformes, a fin de asegurar la comparabilidad entre los países, y generar un sistema de intercambio de información sobre asuntos de población. En marzo de 1975, el Centro quedó plenamente integrado en el sistema de la CEPAL.

Con ello puede estimarse que las personas que alcancen los 60 años en el período 2000- 2020 en los países de América Latina tendrán peores niveles de salud que los observados en los países desarrollados.

La mayor esperanza de vida femenina se ve reflejada en cambios en el estado civil y económico. Las ancianas cuyo sustento económico depende de familiares en extrema pobreza, son vulnerables a la violencia intrafamiliar, al abuso y al abandono.

Existe una diferencia entre las áreas urbanas y rurales ya que las segundas generan condiciones de mayor vulnerabilidad, en especial por las condiciones de pobreza, inestabilidad de la producción y el mercado del trabajo, marginación. Por lo general las personas que envejecen en áreas rurales tienen menor cobertura de servicios, menor atención en cuanto a políticas sociales y mayor deterioro económico que en las áreas urbanas. Estas características se ven empeoradas por la migración de parte de la familia joven hacia las ciudades lo que reduce el ingreso familiar total.

El envejecimiento en los países en desarrollo y más específicamente en las clases sociales más bajas no es siempre satisfactorio, además de las desventajas en las condiciones de salud propias de los ancianos, se agregan : disminución de la capacidad de trabajo y por ello menor capacidad de generar ingresos propios, insuficiente cobertura de los programas sociales, baja cobertura de seguridad social, bajos montos de las pensiones o de las jubilaciones, discriminación laboral, etc., todo esto incide en que los adultos posean un nivel de vida mucho menor al esperado para su edad.

La participación económica de las personas de edad avanzada tiende a disminuir con la edad y aunque sea por razones voluntarias o de salud responde a disposiciones legales que rigen en el país y a ciertas características restrictivas del mercado de trabajo, incluida la discriminación por edad que obliga al retiro involuntario del mercado del trabajo.¹³ Bajo estas condiciones los adultos mayores que desean o se ven obligados a seguir económicamente activos deben enfrentar una serie de barreras legales y sociales importantes para conseguir un empleo.

El incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad tienen importantes consecuencias para la relación entre familia y envejecimiento. En primer lugar, el aumento de la esperanza de vida prolonga el tiempo dedicado al desempeño de ciertos roles hijos, abuelos, madre, padre, así como a las actividades personales, profesionales y de ocio, junto con un retraso de la edad de inicio de la viudez. En segundo lugar, produce una reducción importante en el número de miembros de la familia que potencialmente brindarían apoyo en la edad avanzada. Además, genera una tendencia al decrecimiento de los hogares jóvenes y al incremento de los hogares

¹³ <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm>

con y de personas mayores. En tercer lugar, debido a que el aumento de la longevidad no siempre ha estado asociado a mejoras de las condiciones de vida, es probable que las generaciones que estén llegando a la vejez tengan una elevada probabilidad de sufrir algún tipo de dependencia a medida que aumenta su edad.¹⁴ Esto como ya se menciona anteriormente exige una modificación radical de las políticas orientadas a los cuidados en la tercera edad y de los sistemas de protección social.

La composición y estructura de los hogares están determinadas por diversos factores demográficos, económicos, psicológicos y culturales, que a la vez determinan su formación, cambios o disoluciones.

La coresidencia de varias generaciones es muy común en Argentina, esta puede favorecer tanto a las personas mayores como al resto de los integrantes del hogar, ya sea a través de compañía, ayuda física o económica pero también puede contribuir a la pérdida de privacidad, la disminución del estatus social de la persona de edad o a una carga física y emocional para los familiares que conviven con mayores con discapacidades o deficiencias mentales.

La residencia independiente en la vejez está relacionada con su viabilidad física y económica, es decir, que mientras que un anciano pueda solventar los gastos que dicha vivienda la produzca y su salud le permita vivir solo es probable que éste opte por vivir de manera independiente. Muchas veces inciden en esta decisión otros factores como la localización de la residencia en cuanto a oportunidades de transporte a bajo costo, posibilidad de conservar redes de amigos, entre otros, también el diseño de la vivienda, cantidad de habitaciones, control de la temperatura y los ruidos, seguridad interior o la carga afectiva hacia el lugar en el que se vivió gran parte de su vida.¹⁵

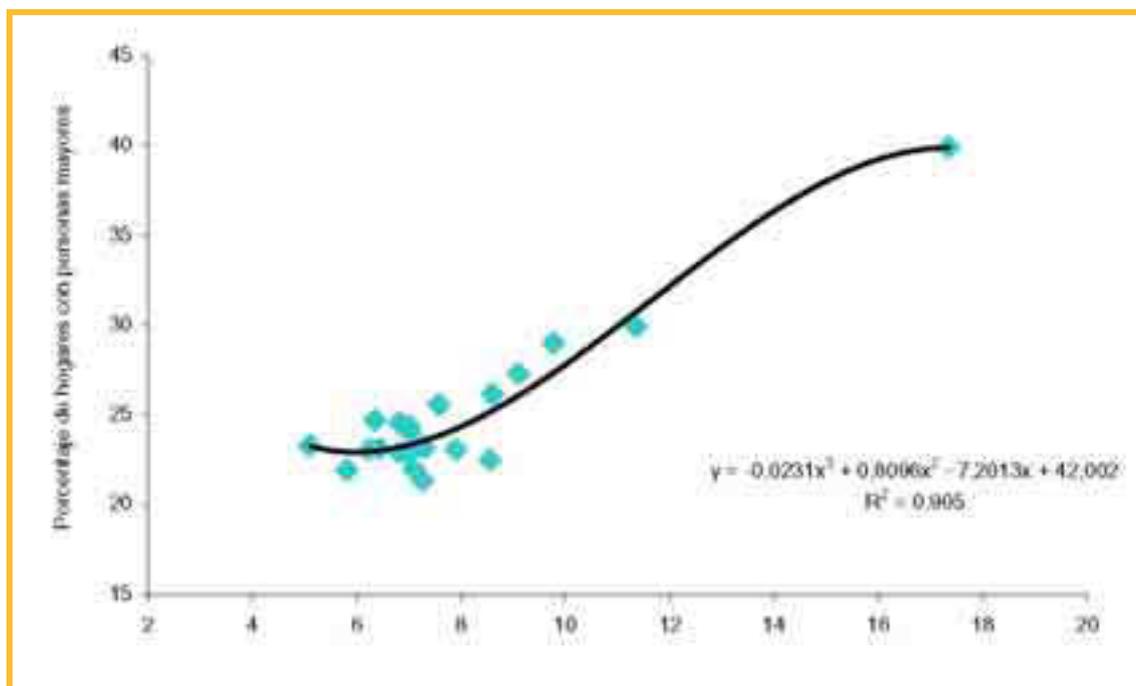
CEPAL clasifica a los hogares en multigeneracionales, en los que conviven más de dos generaciones y hogares unipersonales en los que conviven dos o menos generaciones.

¹⁴ Sandra Huenchuan, Mónica Roqué, Claudia Arias, *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿Oportunidad o Crisis?*; Publicación de las Naciones Unidas, 2009, p.8.

¹⁵ Cristina Gomes, Rodolfo Tuirán, *Procesos sociales, población y familia: alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*; Editorial Flacso, 2001 p.353-362

A medida que la población envejece se advierte una relación significativa entre el porcentaje de hogares con personas mayores y el porcentaje de personas de edad. Los hogares aumentan a medida que la población envejece. En los países con transición incipiente, los hogares multigeneracionales constituyen cerca del 20%, y en aquellos con envejecimiento moderadamente avanzado alcanzan casi al 30% del total de los hogares. Esta relación puede observarse en el gráfico N° 1.

Gráfico N° 1 “Relación entre el porcentaje de personas mayores y el porcentaje de hogares con personas mayores”

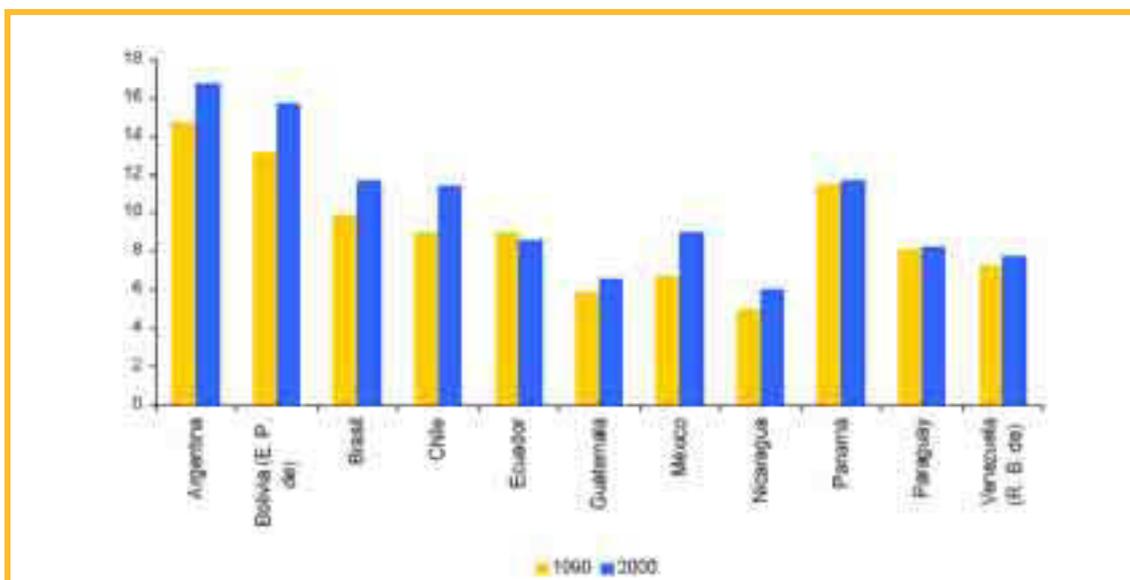


Fuente: S.Huenchaun “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de política”¹⁶

¹⁶ Revista *Notas de Población* N° 83, 2007

En América Latina el porcentaje de personas mayores que viven solas no es tan elevado como en otras regiones del mundo, y en la mayoría de los países no supera el 17%. Argentina por su parte es uno de los países que presentaba las cifras más elevadas en cuanto a la residencia independiente de personas mayores alcanzando un 16,6%¹⁷. Según las tendencias observadas en los censos de 1990 y 2000 se advierte un notable posible incremento en la probabilidad que las personas de edad vivan solas. Esto puede verse claramente reflejado en el gráfico N° 2.

Gráfico N° 2 “Porcentaje de personas de edad que viven solas”

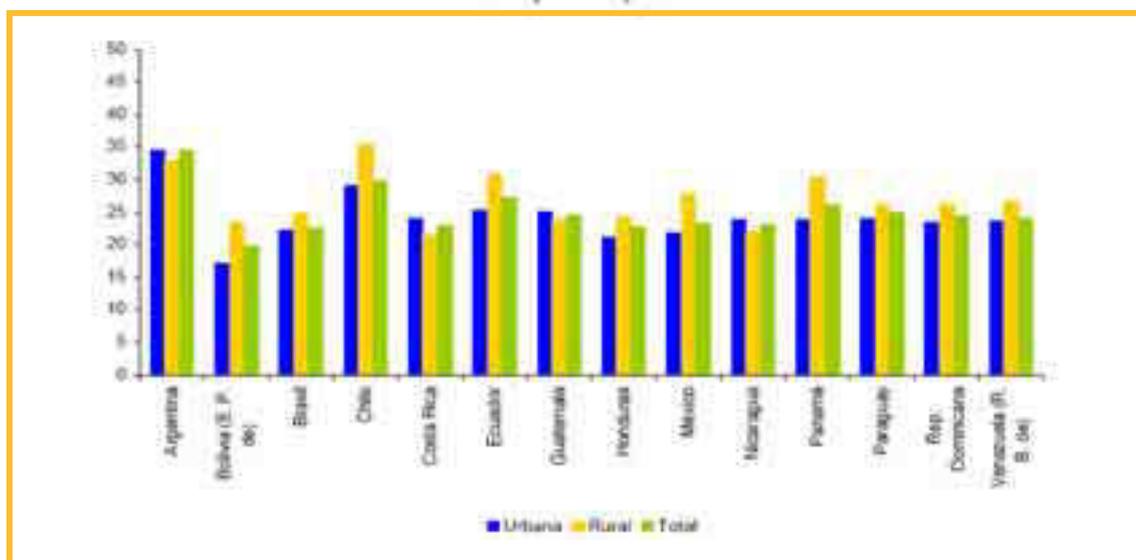


Fuente: CEPAL / CELADE, *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, 2009.

¹⁷ <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/36249/LCW263.pdf>

Pueden establecerse diferencias significativas entre lo que ocurre en las zonas rurales y urbanas. Ya que mientras en todos los países son las personas de edad que residen en zonas rurales las que tienen más posibilidades de vivir solas, en Argentina esta situación es inversa. Nuestro país presenta uno de los más altos porcentajes de personas mayores que residen solas pero es el único país en el que la población urbana supera a la rural en el aspecto antes mencionado, esto puede verse reflejado en el gráfico N° 3.

Gráfico N° 3 “Hogares con personas mayores según lugar de residencia”



Fuente: CEPAL / CELADE, *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, 2009.

Dado que los sistemas de protección social en nuestro país son débiles la coresidencia u hogares multigeneracionales constituirían una opción favorable para las personas mayores y sus familias. Los grupos familiares donde existen personas mayores que reciben una buena cobertura social serían el modelo ideal para mejorar el bienestar y la calidad de vida del grupo familiar debido a que muchas veces los beneficios de la cobertura social se extienden a toda la familia. Referido a esto las Naciones Unidas afirman que:

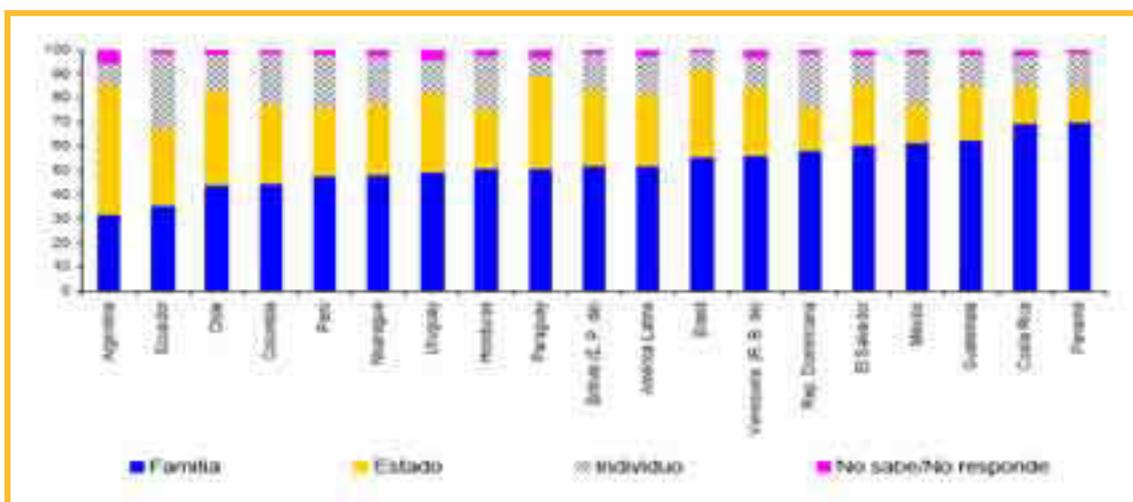
“Invariablemente, el dinero y otros recursos que poseen las personas mayores son compartidos con sus hijos y familiares más jóvenes, lo que fortalece la base de recursos de la familia y contribuye al bienestar de distintas generaciones.” (Naciones Unidas, Asamblea General 2005)¹⁸

¹⁸ Naciones Unidas, <http://www.scribd.com/doc/18516863/Envejecimiento-y-Cuidados-2009-CEPAL>

Debe destacarse que en el cuidado que los ancianos necesitan tanto la familia como el estado representan un papel muy importante. El mercado también debe ofrecer protección a los individuos pero su papel es más difícil de medir a nivel individual.

La familia es el grupo humano que se mantiene por la cohesión y la exclusividad de la pertenencia y constituye el núcleo de la organización social básica, regula la actividad sexual y ofrece un contexto adecuado o no para la realización de las tareas cotidianas, por otra parte también ofrece protección, intimidad, afecto e identidad social.¹⁹ Todo ello es necesario pero no suficiente para asegurar una buena calidad de vida y un nivel elevado de bienestar al anciano. Según la encuesta Latinobarómetro 2006²⁰ la mayoría de las personas creen que la responsabilidad de que los mayores disfruten de condiciones de vida dignas es una responsabilidad de la familia, en menor medida del Estado y en última instancia del propio individuo. En Argentina la situación no es esa ya que la mayoría de las personas encuestadas creen que la responsabilidad antes mencionada es del Estado, esto puede verse claramente en el gráfico N° 4.

Gráfico N° 4 “Opinión sobre quien es responsable de asegurar buenas condiciones de vida para las personas mayores”



Fuente: Latinobarómetro 2006, encuesta de opinión.

¹⁹ María A. Cornachione Larrinaga, *Psicología Evolutiva de la vejez*; Primera Edición 1999, Editorial Brujas, p.175-178.

²⁰ <http://www.latinobarometro.org/>

En realidad la familia es la fuente más importante de cuidado ya que es la única capaz de brindar el apoyo afectivo necesario. Así lo afirma María A. Cornachione Larrinaga:

“El proporcionar y recibir cuidados es una constante a lo largo de la vida, ya que ella comienza con el nacimiento y se extiende mientras las personas viven. El hecho de proporcionar cuidados es algo que pertenece a la familia”²¹

Para que esta pueda desempeñar el rol de cuidadora el Estado debe indirectamente permitir esto y focalizar sus acciones para que en el caso de que sea necesario y los familiares así lo deseen, puedan brindar los cuidados necesarios sin poner en riesgo o empeorar su situación laboral. La familia debe brindar los cuidados necesarios en la medida que ello sea consecuencia de una elección y no de una necesidad.

En la actualidad los cuidados son, en la mayoría de los casos, brindados por personas ajenas a la familia que desempeñan el rol de cuidadores. Las causas de esto son en primer lugar la disminución del número de personas que forman la familia, una reducción del tamaño de las viviendas, y la más importante es la incorporación de la mujer a la cadena productiva ya que durante años eran estas quienes se encargaban del cuidado de los familiares. Por esto es necesario que en los programas de apoyo social se tenga en cuenta la formación de cuidadores y el Estado dirija acciones para permitir, a la familia o bien a una persona ajena, desempeñar este papel. De no ser así, las posibilidades de ofrecer cuidados a las personas mayores variarán de acuerdo al nivel socioeconómico de la familia. Esto acentuaría aún más las diferencias y dado que muchas familias no pueden sostenerlo el número de personas mayores que viven o pasan la mayor parte del día solas es cada vez más elevado.

²¹ María A. Cornachione Larrinaga, Ob. Cit. p.17, p.234-235

Programa
ProBienestar



■ **Salud y** Requerimientos
Nutricionales
en la **Tercera Edad**

El envejecimiento es una característica común de todos los seres vivos. El mismo ocurre de manera continua e irreversible, este fenómeno es perceptible desde hace muchos años, siempre preocupó al hombre, ya Hipócrates¹ definía a la vejez como:

“Etapa natural del proceso de la vida misma, fenómeno puramente natural e irreversible.”

Unos siglos más tarde Galeno² la define como:

“Etapa de la vida en la que el hombre posee todas sus funciones, pero ninguna de ellas en su completa magnitud. Lo que los hombres llaman comúnmente vejez no es otra cosa que la constitución seca y fría del cuerpo, resultado de una larga vida”.

Como se observa, no hay una definición acertada ya que el término incluye una gran variedad de modificaciones y diversos aspectos imposibles de contemplar todos en una misma definición. Hoy en día podemos citar a Richard Miller³ de la Universidad de Michigan quien da una explicación completa y define al envejecimiento como:

“Proceso que progresivamente convierte al adultos fisiológicamente y cognitivamente sanos en individuos menos sanos con una mayor vulnerabilidad a lesiones, enfermedades y a la muerte.”⁴

Existen numerosas teorías que intentan explicar los cambios propios de la edad pero no hay consenso sobre cual es la correcta. Todas sostienen que el envejecimiento no tiene que ser entendido como un fenómeno estrictamente orgánico, sino como un proceso complejo, multicausal en el que también actúan variables sociales, psicológicas y culturales.

¹ Hipócrates de Cos siglo V a. C. - siglo IV a. C., siglo de Pericles, es considerado el padre de la medicina moderna occidental. Su importancia procede de sus aportes y también de haber fundado la escuela que lleva su nombre con recopilación de los conocimientos previos

² Galeno de Pérgamo nació en Turquía en 130d.C. -200d. C., médico griego. Sus puntos de vista dominaron la medicina europea a lo largo de más de mil años.

³ Richard Miller es profesor de Patología en la Universidad de Michigan, Director del departamento de Estadística Geriátrica de la escuela de Medicina de la misma Universidad. Director del departamento de investigaciones de Ann Arbor DVA Medical Center. Su principal campo de investigación es la genética e inmunobiología del envejecimiento.

⁴ John C. Brocklehurst, *Geriatría 6 Edición* Editorial Elsevier, p.51.

Se pueden establecer dos grupos fundamentales de teorías como se observa en el cuadro N° 4.

Cuadro N° 4 “Teorías sobre envejecimiento”

Estocásticas	No Estocásticas
<p>Sostienen que los procesos que condicionan el envejecimiento ocurren de un modo aleatorio. Se van acumulando agresiones procedentes del medio ambiente hasta alcanzar un nivel incompatible con la vida.</p>	<p>Teorías basadas en mecanismos genéticos. Sostienen que el proceso de envejecimiento se produce según normas predeterminadas.</p>

Fuente: Manual del Técnico Auxiliar de Geriátrica. Editorial MAD, 2003

Dentro de las estocásticas se destacan la teoría del error catastrófico, del entrecruzamiento, del desgaste y la de los radicales libres.

La teoría del Error Catastrófico propone que con el paso del tiempo se producen acumulaciones de errores en la síntesis proteica, que en último término determinarían el daño en la función celular. Se sabe que se producen errores en los procesos de transcripción y translación durante la síntesis de proteínas, pero no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo. En contra de esta teoría está la observación de que no cambia la secuencia de aminoácidos en las proteínas de animales viejos respecto de los jóvenes, no aumenta la cantidad de tRNA defectuoso con la edad. Por otro lado la teoría del Entrecruzamiento postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad. Un claro ejemplo que avala esta teoría es el desarrollo de cataratas que ocurre con el paso de los años, esta patología es secundaria a la glicosación y entrecruzamiento de las proteínas del cristalino lo que lleva a opacificación del mismo.⁵ Esta patología se da precozmente en los pacientes diabéticos a causa del exceso de glucosa en la sangre que irriga al cristalino. En contraposición a estas encontramos a la teoría del Desgaste, que a pesar de ser muy renombrada no está comprobada en su totalidad, la misma propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies. Sin embargo animales no han demostrado una declinación en la capacidad de reparación de ADN en los animales que envejecen. Es por ello que

⁵ <http://escuela.med.puc.cl>; *Envejecimiento Biológico*.

puede decirse que faltan aún más estudios para saber si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento.⁶

Finalmente mencionamos a la más aceptada de las teorías, la denominada de los Radicales libres. Esta fue propuesta en 1956 por Denhan Harman⁷, sostiene que: los radicales libres producidos durante la respiración aerobia causan daño oxidativo que se acumula, y resulta en una pérdida gradual de los mecanismos homeostáticos y de la capacidad funcional de la célula, lo que conduce al envejecimiento y a la muerte⁸. La respiración celular tiene lugar en la mitocondria, en ella se producen radicales libres como el anión superóxido O_2^- , iones hidroxilos OH^- y el radical óxido nítrico NO. Estas son moléculas altamente inestables por tener uno o más electrones no apareados, por ello cuando no encuentran ningún tipo de resistencia de elementos antioxidantes reaccionan con las biomoléculas produciendo reacciones de oxidación. Este hecho provoca el envejecimiento celular. Para evitar este fenómeno, el cuerpo dispone de sistemas antioxidantes endógenos como la superóxido dismutasa y el glutamato peroxidasa aunque también influyen factores externos, está demostrado que la expectativa de vida puede ser aumentada al disminuir el grado de los fenómenos oxidantes. Esto se lograría con la mejoría de los hábitos higiénico-dietéticos y con el aumento de las defensas antioxidantes⁹. Por lo general en las situaciones de estrés, cuando se mantienen malos hábitos alimentarios o cuando el consumo de alcohol es excesivo, el cuerpo produce un exceso de radicales libres que él mismo no llega a neutralizar con sus antioxidantes y es aquí donde son importantes los antioxidantes exógenos. Diversos nutrientes como el alfa tocoferol o vitamina E, el ácido ascórbico o vitamina C, el Selenio y los Carotenoides o Vitamina A, el glutatión, la tiamina, la cisterna junto con la hormona melatonina¹⁰ y el ácido alfa-lipoico¹¹ ayudan a neutralizar a los radicales libres y de ésta manera evitan que sean atacadas las células del propio cuerpo. En la mayoría de los casos el consumo de alimentos ricos en estos nutrientes

⁶ John C. Brocklehurst, Ob.cit.p.20 p.52 -55

⁷ Denham Harman es doctor en biogerontología. Profesor retirado de la Universidad Médica de Nebraska. Es conocido como el padre de la teoría de los radicales libres y envejecimiento. Fundador de la Asociación Americana de Envejecimiento (AGE) que agrupa a científicos enfocados en investigaciones a cerca del envejecimiento.

⁸ *Un acercamiento a la teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento*, http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol19_3_00/ibi07300.htm

⁹ José Manuel Pérez Santana, *Manual del Técnico Auxiliar en Geriatria*, Editorial Mad-Eduforma, Segunda Edición 2003 p. 40 – 45.

¹⁰ La melatonina es una hormona producida por la glándula pineal, a partir del aminoácido triptófano. La síntesis y liberación de la melatonina son producto de la estimulación de la oscuridad y supresión de la luz, lo que sugiere la participación de la melatonina en el ritmo circadiano y la regulación de las distintas funciones del cuerpo. Los niveles de melatonina en el cuerpo son más altos antes de acostarse.

¹¹ El ácido alfa-lipoico es un antioxidante con actividad en las mitocondrias, soluble en agua y en grasas por lo que puede atravesar las membranas celulares, es producido por el organismo en cantidades no suficientes, debe ser incorporado a través de los alimentos.

es escaso. Algunos investigadores han hallado que los suplementos dietéticos con antioxidantes pueden ayudar a combatir enfermedades relacionadas con la edad como la aterosclerosis, el cáncer, algunas enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas.¹² Sin embargo, Rafael Mora sostiene que no existe ningún efecto benéfico demostrado y hasta incluso que la suplementación con estas vitaminas incrementaba el riesgo de sufrir cáncer de pulmón.¹³ En el cuadro N° 5 se muestran algunos de los nutrientes específicos que actúan como antioxidantes u oxidantes.

Cuadro N° 5 “Nutrientes que participan en el sistema radicales libres/antioxidantes”

Nutriente	Acción
Alfa Tocoferol Ácido Ascórbico Carotenoides	Antioxidantes. Actúan en la peroxidación de lípidos.
Selenio	Cofactor de glutatión peroxidasa que remueve H ₂ O ₂
Zinc Cobre Manganeso	Cofactores de enzimas antioxidantes.
Hierro (Fe⁺²) Cobre (Cu⁺)	Originan OH al circular libres como iones metálicos
L – arginina	Precursor de NO

Fuente: Soporte Nutricional especial.¹⁴

Por otra parte encontramos a las teorías no estocásticas, dentro de estas mencionamos a la teoría genética y a la teoría del marcapasos.

La teoría del marcapasos propone que una célula o un tipo de tejido interfiere en la proliferación celular, iniciando así el proceso e la senescencia en todo el organismo. Algunos autores han intentado explicar este proceso estudiando al timo como marcapasos o reloj biológico, responsable de activar y regular el envejecimiento. A pesar de ser muy interesante, aún no ha sido aceptada de forma definitiva y universal.¹⁵

Por último mencionamos a la teoría genética, esta parte del supuesto que para entender el proceso de envejecimiento biológico es imprescindible conocer el código genético que determina la longevidad de cada individuo. Según esta, la herencia es el

¹² Jack Challem, Rose Marie Alfieri, *Antienvjecimiento: Cómo retrasar el reloj biológico, aumentar la energía y mantener la agudeza mental*, Ediciones Nowtilus S.L., 2007 p. 15 – 18.

¹³ Rafael J.F.Mora, *Soporte nutricional especial*, Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 125

¹⁴ Ibid. p. 126

¹⁵ Mary M. Burke, Mary B. Walsh, *Enfermería gerontológico, cuidados integrales del adulto mayor*; Editorial Harcourt brace, 1998. p. 86

condicionante principal de la longevidad, esto es criticable ya que, aunque es claro que el factor genético es un determinante indiscutible, no se toman en cuenta la influencia demostrada tienen los hábitos propios de cada individuo como la nutrición, actividad física, entorno ambiental, entre otros.¹⁶

Existen numerosas evidencias del control genético de la longevidad como la existencia de patrones de longevidad específicos para cada especie animal, la mejor correlación en la sobrevivencia entre gemelos monocigotos, que entre hermanos, la correlación entre la sobrevivencia de los padres con la de sus hijos. A pesar de ello la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile afirma que:

*“Faltan más estudios que analicen la correlación entre este control genético y los factores ambientales”.*¹⁷

Al observar a una persona mayor podemos advertir una serie de modificaciones que incluyen aspectos psíquicos, sociales y fisiológicos. El inicio de esta etapa no está claramente establecido, la OMS define su inicio a partir de los 60 años aunque para algunos se establece en la edad de jubilación, es decir, los 65 años. Desde el punto de vista funcional se habla de vejez cuando se ha producido el 60% de los cambios fisiológicos atribuibles al paso del tiempo. Estas modificaciones tienen un inicio diferente para cada individuo y su progresión también varía. Existe una heterogeneidad fisiológica importante en este grupo etario, es por ello que aunque exista recomendaciones nutricionales para el conjunto no debe olvidarse la individualidad. No puede formarse una opinión respecto al estado de salud físico y mental de un anciano basándose solamente en la edad cronológica ya que muchas veces no guarda relación alguna con la capacidad funcional.¹⁸

El envejecimiento saludable es un desafío muy importante para la mayoría de los gobiernos que han tomado conciencia de la transición demográfica ocurrida. Para la casi todas las personas, la vejez se asocia a un empeoramiento de las capacidades físicas, cognitivas y sociales. Ello puede afectar la capacidad de mantenerse activo, de obtener y procesar información y de definir y concretar los objetivos.

¹⁶ María A. Cornachione Larrinaga, Ob. Cit. p.17.p.239

¹⁷ <http://escuela.med.puc.cl/>, Ob. Cit. p.21.

¹⁸ Daniel de Girolami, Carlos González Infantino, *Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto*; Editorial El Ateneo, 2008. p.103

Es por ello que para que una persona envejezca satisfactoriamente debe existir equilibrio entre la capacidad de la persona y sus objetivos. Según el Proyecto Un envejecimiento saludable, un desafío para Europa, se define al envejecimiento saludable como:

*“El proceso para optimizar las oportunidades de salud física, social y mental que permitan a las personas mayores tomar parte en la sociedad sin discriminación y gozar de una buena calidad de vida e independencia”.*¹⁹

Para que ello se logre es necesario, mantener estilos de vida satisfactorios, sostener alguna actividad laboral por más mínima que sea, disponer de tiempo activo y recreativo, prevenir enfermedades y discapacidades, y lograr que la sociedad acepte e inserte al anciano en su seno para que este se sienta satisfecho con la vida.

La nutrición juega un papel muy importante en esto ya que debido al efecto acumulativo de los factores adversos a lo largo de la vida, es de suma importancia que las personas mayores adopten prácticas alimentarias y estilos

de vida que no incrementen la mala salud y maximicen sus perspectivas. La nutrición es un factor de prevención en todas las etapas. La prevención primaria abarca la modificación de los factores de riesgo para prevenir la presentación de la enfermedad, aquí juega un papel fundamental la alimentación así, por ejemplo, es sabido que una mayor ingesta de fibras y una reducción de las grasas animales puede reducir la incidencia de cáncer de colon y recto. La secundaria comprende la detección de una enfermedad antes de que se vuelva sintomática y la terciaria busca tratar de minimizar las complicaciones de una enfermedad una vez que se presenta. Los alimentos son fundamentales en cada etapa antes mencionada.²⁰

Imagen N° 1



Elizabeth "Ma. Pampo" Israel, El 14 de octubre del 2003 murió en Dominica, a los 128 años, la persona más vieja de la historia humana reciente. Trabajó en el campo por casi 90 años.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *“Vivir más de 100 años.”*

Además de lo antes mencionado debe agregarse el hecho de que en la vejez existe una alta incidencia de malnutrición que se relaciona con el incremento de

¹⁹ Relaciones sociales y envejecimiento saludable; http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2006_09.pdf

²⁰ Organización Panamericana de la salud. Ob. cit. p.8

la morbilidad, ya que se reduce la barrera inmunitaria, y la mayor prevalencia de discapacidades producidas por las enfermedades crónicas.

La atención nutricional de los ancianos es cada vez más necesaria debido al aumento de esta esfera de la población y a los sucesivos descubrimientos que relacionan cada vez más a los componentes nutricionales con las enfermedades crónicas.

Como ya se mencionó con anterioridad, la vejez trae aparejados una serie de cambios que tienen consecuencias importantes tanto para la nutrición como para las actividades cotidianas de las personas mayores. Esta etapa de la vida se relaciona con un menoscabo de varias funciones corporales, un cambio en la composición corporal y una modificación de la estructura corporal general. A continuación se hará una descripción de las modificaciones consideradas más relevantes.

Los principales cambios son los fisiológicos, afectan en alguna medida a los tres tiempos de la nutrición; alimentación, metabolismo y excreción. No deben confundirse con las alteraciones patológicas, los síntomas nuevos de los ancianos, que de otra manera estarían sanos, frecuentemente se deben a una enfermedad y no solo a la vejez, por ello, requieren un tratamiento adecuado.²¹ Dentro de las modificaciones fisiológicas se incluyen: la disminución de los sentidos, las modificaciones gastrointestinales y de la composición corporal, la disminución del agua corporal. Existen también numerosos cambios metabólicos, inmunológicos, renales, cardiovasculares, respiratorios, sexuales y neurológicos. Algunos de estos se detallan en los siguientes párrafos.

Con el paso del tiempo disminuyen los sentidos de gusto, olfato, audición, vista y tacto. Las papilas gustativas comienzan a atrofiarse alrededor de los 50 años y de esta forma disminuye la sensibilidad a los sabores, existen ciertos medicamentos que pueden tener el mismo efecto. La disminución de la olfacción causada por una reducción de las células olfatorias es muy común, estos dos cambios son importantes ya que pueden conducir a una anorexia por falta de deseo. Son comunes la pérdida de la audición, el deterioro de la visión y la pérdida de la sensibilidad táctil, lo que conlleva a una disminución del placer por las comidas y el apetito aumentando aún más el riesgo de malnutrición.²²

Los cambios digestivos son uno de los principales causantes de malnutrición en los ancianos, también obligan a que el planteamiento de un plan nutricional para este grupo etario sea diferente a la de un adulto no anciano. La primera característica que se observa es la alteración de las piezas dentarias o las prótesis defectuosas.

²¹ Daniel de Girolami, Carlos González Infantino, Ob.cit.p. 24, p. 105

²² L. Kathleen Mahan, Marian T.Arlin Krause *Nutrición y dietoterapia*; Editorial Interamericana, 8° Edición p.250

Ello produce una disminución en la capacidad de masticación que lleva al paciente a limitar su dieta. Disminuye igualmente la capacidad de generar saliva y esta se vuelve más viscosa, la formación del bolo alimenticio se dificulta y se retarda la absorción de nutrientes por la escasa concentración de amilasa salival. Cuando la falta de saliva es acompañada por gingivitis o enfermedad periodontal, la cavidad oral se vuelve más sensible a los extremos de temperatura y a las texturas agresivas, todo esto hace que el acto de comer se vuelva doloroso y no placentero. Otra afección es la pérdida de fuerza de los músculos masticatorios, lo que lleva a una mala masticación. Siguiendo el recorrido del alimento en el tubo digestivo, se observa que en los ancianos se encuentra alterada la coordinación de la deglución, por ello se encuentra con mucha frecuencia en los pacientes geriátricos disfagia, regurgitaciones de alimentos o atragantamientos. La deglución requiere coordinación muy fina de diversos músculos de la orofaringe, controlados por un núcleo del sistema nervioso central, este es el que se encuentra alterado en los mayores.²³ En el esófago disminuye su motilidad, también puede presentarse disglucia²⁴ debido a la menor cantidad de saliva, se produce una disminución de la presión del esfínter esofágico inferior lo que ocasiona una mayor probabilidad de reflujo gastroesofágico²⁵.

Existe una disminución de la secreción ácida estomacal, por lo que el pH de este aumenta, esto es conocido como hipoclorhidria. La secreción de factor intrínseco necesaria para la absorción intestinal de vitamina B₁₂ disminuye y no hay consenso acerca de si estos fenómenos son propios del envejecimiento o causas secundarias de patologías propias de la edad como por ejemplo la gastritis atrófica o la infección por *Helicobacter pylori*, que son frecuentes en los ancianos pero no son fenómenos propios del envejecimiento en sí. El sobrecrecimiento bacteriano, presente en la mayoría de las personas mayores es atribuible a la disminución de ácido clorhídrico, esto es relevante ya que existen numerosas bacterias que utilizan los nutrientes para frecuentemente utilizada por las bacterias lo que aumentaría el déficit antes descrito y el riesgo de anemia perniciosa²⁶. La secreción de bicarbonato y la síntesis de prostaglandinas es escasa por lo que los ancianos son más propensos a las lesiones de la mucosa, en especial la producida por AINES²⁷

No se han encontrado disminuciones significativas en el nivel de absorción de nutrientes por la pared intestinal con la edad aunque existen algunas excepciones. La actividad de la lactasa yeyunal disminuye con la edad mientras que las de otras

²³ Judith E. Brown, *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*; Segunda Edición, 2006. p.426

²⁴ La disglucia es la disfagia oro-faringo-esofágica superior.

²⁵ <http://www.hospital-italiano.com.ar/docencia/revista/revista011/disglucia.pdf>

²⁶ García Herrera, Joaquín Herrera Carranza, *Atención farmacéutica geriátrica*; Editorial Elsevier, 2005. p.39

²⁷ AINES : Antiinflamatorios no esteroides

disacaridasas permanecen relativamente estables. La absorción de vitamina A aumenta en los ancianos, mientras que la de vitamina D puede deteriorarse. La absorción de hierro se mantiene siempre que el paciente no presente hipoclorhidria. Se reduce la absorción de Zinc y de Calcio. La histología intestinal y el tiempo de tránsito presentan variaciones mínimas y no se observan cambios en la actividad enzimática del transporte de glucosa en la membrana del ribete en cepillo.²⁸

En el intestino grueso existe una atrofia de la mucosa, proliferación del tejido conectivo y cambios en la vascularización. La función intestinal que se encuentra más alterada es la de propulsión y evacuación de las heces, por ello es muy frecuente el estreñimiento en el anciano. El enlentecimiento del tránsito es, por lo general, consecuente a diversos factores asociados con el envejecimiento como por ejemplo, inmovilización o sedentarismo, ciertos fármacos, bajo consumo de fibra y agua o alguna otra comorbilidad asociada. Aunque según en Dr. Helmuth Goecke²⁹, la causa de dicho enlentecimiento sería la disminución del número de células en el plexo mioentérico, trama nerviosa que se encarga de estimular las células musculares del intestino para producir contracciones. En el colon, los cambios más prevalentes son el aumento de la prevalencia de divertículos³⁰ además de la ya mencionada constipación

Respecto a la función hepática y de las vías biliares no existen cambios significativos relacionados con la edad. Muchas de las patologías hepáticas como la esteatosis hepática³¹ o la fibrosis hepática³² son consecuencia de los hábitos de vida de las personas y no propias de un envejecimiento sano. Una modificación que ocurre es la reducción del flujo sanguíneo hepático, la alteración de la eliminación de ciertos fármacos y el retraso de la regeneración hepática después de una lesión. Se observa un menor flujo del jugo biliar por los conductos biliares y existe una alta prevalencia de enfermedades de la vesícula biliar como por ejemplo litiasis en la vesícula biliar o colelitiasis.³³

²⁸ John C. Brocklehurst, Ob. Cit. p. 20 p.944

²⁹ Helmuth Goecke, *Trastornos de la motilidad gastrointestinal*, Universidad de Valparaíso, <http://www.meduv.net/universidad/tercero/fisiopatologia/PaperTrastornomotilidadGI2004.doc>

³⁰ Los divertículos son pequeñas hernias que sobresalen del revestimiento interno del intestino se pueden desarrollar en cualquier parte del mismo. Son más comunes en el colon, específicamente el colon sigmoideo. Cuando se inflaman, la afección se conoce como diverticulitis.

³¹ La esteatosis hepática se define como la acumulación excesiva de grasa en el hígado.

³² La fibrosis hepática se genera por el excesivo depósito de proteínas de matriz extracelular que distorsionan la arquitectura del parénquima hepático, cuya etapa final e irreversible es la cirrosis. El daño proviene de una variedad de causas como abuso de drogas y enfermedades virales, autoinmunes, metabólicas y colestásicas.

³³ Paola S. Timiras, *Bases Fisiológicas del envejecimiento y geriatría*; Editorial Elsevier, 1996.p.304-306

La composición corporal del anciano sufre modificaciones; se produce una disminución de la masa corporal magra, de la masa ósea y del agua corporal total, mientras que hay un aumento de la masa grasa y una redistribución de la misma.³⁴

La disminución de la masa magra se relaciona con la pérdida de masa muscular o sarcopenia. Esta patología lleva implícito la disminución de la fuerza así como de la tolerancia al ejercicio, se produce una disminución de la tasa metabólica basal y existe una posibilidad de aumentar la resistencia a la insulina, perder masa ósea, disminuir la tolerancia a la glucosa y aumentar la masa grasa, entre otras. Se asocia con impedimento en destrezas funcionales, aumento de discapacidad y del riesgo de caídas y fracturas. El sedentarismo, causa atrofia muscular por desuso, es uno de los causantes de ésta pérdida junto con los cambios estructurales del músculo esquelético propios de la edad, las enfermedades crónicas y sus tratamientos.³⁵ Como puede observarse en el cuadro N° 6 el sedentarismo acentúa la pérdida de masa muscular, al mismo tiempo la vejez causa disminución de la fuerza todo este proceso se realimenta y termina con un anciano con discapacidades diversas e incluso dificultades para moverse. Es por ello que cualquier plan de prevención de las discapacidades o cualquiera que pretenda mejorar la calidad de vida de los ancianos debe contemplar la realización de algún tipo de ejercicio físico luego de analizar a la población con detenimiento. En cuanto al peso corporal total se puede afirmar que este aumenta hasta la sexta década de vida y luego disminuye.

³⁴ http://www.uag360.com/Courses/Seventh_Semester/Nutricion/Act1/guias-estudio/nutricion-enel-adulto-mayor.pdf

³⁵ <http://www.sobreentrenamiento.com/Publice/Articulo.asp?ida=231>

El estudio *Indicadores antropométricos, composición corporal y limitaciones funcionales en ancianos*, realizado en Chile en 2007, demuestra la asociación existente entre el índice de masa corporal y las limitaciones funcionales, concluyendo que los pacientes con pesos corporales altos presentaban en mayor proporción pérdida de la movilidad y limitaciones funcionales.³⁶

Cuadro N° 6 “Sarcopenia e inactividad”



Fuente: Elaboración propia.

La masa grasa se duplica entre los 20 y los 60 años, seguida por una progresiva disminución del índice de masa corporal. La misma sufre una redistribución, la grasa subcutánea se moviliza de los miembros al tronco aumentando así la grasa visceral. Esto determina un aumento del perímetro de la cintura que se relaciona con complicaciones metabólicas y el desarrollo de comorbilidades como hipertensión, insulinoresistencia, dislipemia, patologías biliares y cardiovasculares.

La masa ósea disminuye tanto en todos los ancianos pero es especialmente importante en el caso de las mujeres post menopáusicas. El contenido mineral óseo es menor lo que determina distintos grados de osteoporosis y aumenta la prevalencia de fracturas óseas³⁷.

³⁶ Patricia Arroyo, Lydia Lerea, Hugo Sánchez; *Indicadores antropométricos, composición corporal y limitaciones funcionales en ancianos*. <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n7/art04.pdf>

³⁷ Luis Serra Majem, *Nutrición y Salud Pública: Métodos, bases científicas y aplicaciones*; Editorial Elsevier 2ª Edición, 2006. p.317-319

La fractura de cadera es la más frecuente en los ancianos, según la Federación Argentina de Cardiología:

“Se consideran “fracturas de cadera” a las que afectan principalmente la zona cervical y trocantérica del extremo proximal del fémur. Las fracturas de la cadera del anciano representan una pandemia mundial, un desafío terapéutico y un serio problema de rehabilitación. En Argentina se producen más de 24.000 fracturas de cadera por año (1 cada 22 minutos), con un promedio de internación de 10 días. La incidencia en mujeres con relación a los hombres es de 2.5 a 1.y en Argentina, la mortalidad post fractura de cadera es del 34,5% durante el primer año.”³⁸

Este accidente es evitable y debe ser tenido en cuenta a la hora de trabajar con ancianos, los principales factores de riesgo para sufrir fracturas de cadera son pacientes que viven en grandes centros urbanos, físicamente inactivos, con antecedentes de fracturas previas, sin ingesta de lácteos, medicados con psicotrópicos con algún grado de demencia senil, altos consumos de consumidores de café, alcohol y tabaco. La osteoporosis no debe ser considerada como causa específica pero si como un factor de riesgo importante³⁹. Para prevenir estas complicaciones debe vigilarse que la ingesta de Calcio y Vitamina D sean suficientes. Suele detectarse también una disminución en la talla causada por un acortamiento de la columna vertebral.

El porcentaje de agua corporal descende, a expensas del agua intracelular. Los osmorreceptores y los receptores de volumen pierden sensibilidad y exponen al anciano a un mayor riesgo de deshidratación ya que la sensación de sed es menor y por ende la ingesta de líquidos también. Los episodios diarreicos son frecuentes en los ancianos, estos implican una gran pérdida de agua y por ende existen mayores chances de que el paciente se deshidrate. Además de la alteración de los mecanismos de sed, muchas veces los ancianos tienen dificultades para acceder a los líquidos, ya sea por discapacidad física, disminución de la capacidad visual, demencias, depresión, falta de acceso a una fuente de agua potable o bien por autoimposición, ya sea por incontinencia urinaria, nicturia o impuesta por los cuidadores⁴⁰; todo lo antes mencionado es lo que hace que durante el envejecimiento deba controlarse la ingesta de líquidos.

Dentro de los cambios metabólicos debe mencionarse la disminución de la tolerancia a la glucosa, lo que origina un aumento de la glucemia de 1 a 1,5 mg% por

³⁸ L.A. Farfalli; *Capítulo XII: Co-Morbilidades: Fractura de la Cadera en Ancianos*; <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c307/farfa.php>

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Judith E. Brown, Ob.cit.p. 27, p.473-475

década. Esto causa una reducción de la secreción de insulina o una menor respuesta tisular a la acción de dicha hormona. A medida que avanza la edad se produce también una disminución de las necesidades energéticas a causa de los cambios fisiológicos antes mencionados (modificación de la composición corporal con descenso de tejido magro) y a la menor actividad física. La tasa metabólica basal desciende entre los 30 y los 90 años un 20%⁴¹. Esta disminución, tanto del metabolismo basal como del gasto energético total puede ocasionar una menor renovación proteica por lo que estas deben ser incorporadas en la dieta. La capacidad de metabolizar y movilizar lípidos desciende, por ello existen muchas veces alteraciones de los lípidos sanguíneos como así también mayores depósitos de tejido adiposo.⁴²

Con la edad también se altera la función inmunológica, disminuye la inmunidad mediada por células, linfocitos T, y en menor medida la humoral, productora de anticuerpos. García Hernández y otros⁴³ afirman que el descenso inmunitario que ocurre en la vejez está relacionado con la alteración de las funciones linfocitarias debidas a la involución y atrofia del timo, esta alteración explicaría también la disminución de la producción de anticuerpos. El déficit inmunitario contribuye a una mayor incidencia de enfermedades infecciosas, inflamatorias y neoplásicas muy comunes en las personas mayores, también estas presentan un mayor período de recuperación por la misma causa. También hay un aumento de la incidencia de infecciones respiratorias altas, tuberculosis, *herpes zoster*⁴⁴, entre otras⁴⁵.

La nutrición juega un papel muy importante como inmunomoduladora, se ha demostrado que varios macro y micronutrientes llevan a cabo funciones de regulación y mantenimiento del sistema inmunitario como las vitaminas E, C Y B₆, los ácidos grasos poliinsaturados y el Zinc.⁴⁶ Las deficiencias de algunos micronutrientes se relacionan con el menoscabo de las funciones mediadas por células T. Y está demostrado que la malnutrición contribuye a una declinación de la respuesta inmunitaria con la edad.

⁴¹ L. Kathleen Mahan, Marian T.Arlin, Ob.cit.p. 26; p.255

⁴² Daniel de Girolami, Carlos González Infantino, Ob.cit.p. 24, p.107

⁴³ Misericordia García Hernández, María Pilar Torres Egea, *Enfermería Geriátrica*; Editorial Elsevier, 2004. p.35-37

⁴⁴ El *Herpes zoster* es una erupción vesicante y dolorosa debido a una infección aguda con el virus varicela zoster, que ocasiona la varicela

⁴⁵ Organización Panamericana de la salud. Ob.cit.p. 8

⁴⁶ S. Chandra , *Nutrition immune response and outcome. Programme for Food Nutrition Science* 1986;

http://grande.nal.usda.gov/ibids/index.php?mode2=detail&origin=ibids_references&therow=428612

En la cuadro N° 7 puede observarse un resumen de las alteraciones mencionadas y sus principales consecuencias nutricionales.

Cuadro N° 7 “Funciones fisiológicas, envejecimiento y nutrición”

Características de la alimentación en la vejez	Causas
Menor Requerimiento Energético	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de masa muscular. • Menor actividad física
Mayor Requerimiento Proteico	<ul style="list-style-type: none"> • Menor tasa de síntesis proteica • Mayor recurrencia de enfermedades crónicas
Mayor Necesidad de Micronutrientes	<ul style="list-style-type: none"> • Menor síntesis de Vitamina D. • Menor absorción de Hierro por hipoclorhidria. • Pérdida de la función inmunológica • Tendencia a la gastritis atrófica con dificultad para la absorción de Vitamina B₁₂. • Absorción de Zinc y de Calcio reducida. • Pérdida de estrógenos en la mujer con mayores necesidades de Calcio y Vitamina D
Mayor Necesidad de Fibra	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de función motora del tubo digestivo.
Mayor Necesidad de Agua	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del agua intracelular • Limitación progresiva del mecanismo de sed.
Tendencia a limitar la Ingesta	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de sentidos y disminución del placer. • Alteraciones de los neuropéptidos que controlan las sensaciones de apetito y saciedad, • Alteraciones dentarias y de la salivación • Problemas sociales

Fuente: Sociedad Madrileña de medicina de familia y comunitaria. Pareja, Pablo. Necesidades nutricionales del anciano.⁴⁷

Todas las modificaciones antes mencionadas afectan, como ya se mencionó, algún tiempo de la nutrición y es por ello que se consideran como factores de riesgo de malnutrición. A estos se deben agregar las causas psicosociales, la

⁴⁷ http://www.somamfyc.com/fijos/revistas/2002_diciembre/monografia.pdf

polimedicación y las distintas enfermedades que afectan a las mayores. Todos estos son condicionantes del estado nutricional del anciano y por ende de su estado de salud.

Dentro de las enfermedades que pueden afectar el estado nutricional de los ancianos encontramos a todas aquellas que provocan alteraciones de la movilidad y dificultan la capacidad de autoalimentarse como la artrosis, o la enfermedad de Parkinson, infecciones agudas y crónicas, las neoplasias, los trastornos psiquiátricos, la depresión, la demencia senil, principalmente la enfermedad de Alzheimer⁴⁸

Imagen Nº 2

Factores de Riesgo de desnutrición



- **Hambre**
- **Pobreza**
- **Ingesta inadecuada de alimentos y nutrientes**
- **Discapacidad funcional**
- **Aislamiento social**
- **Vivir solo**
- **Depresión**
- **Demencia**
- **Dependencia para alimentarse**
- **Dentición y salud oral inadecuados.**
- **Presencia de enfermedades agudas o crónicas**
- **Uso de múltiples medicamentos**
- **Pertenencia a una minoría**
- **Edad avanzada**

Fuente: Elaboración propia. Según Nutrition Screening Initiative.⁴⁹

Los factores psicosociales son trascendentes en relación al estado nutricional de las personas ya que afectan considerablemente la ingesta de alimentos por una u otra causa. La soledad, la inseguridad alimentaria por falta de recursos económicos, el aislamiento voluntario o por falta de medios, la ignorancia o los hábitos alimentarios erróneos son algunos de los factores sociales que predisponen a la baja ingesta.⁵⁰ El aislamiento y la soledad conducen, entre los que viven solos, al consumo de comidas

⁴⁸ <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/647/679>

⁴⁹ <http://www.aafp.org/afp/980301ap/edits.html>

⁵⁰ http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol26_1_07/ibi08107.htm

fáciles o ya preparadas, por falta de motivación o de habilidad culinaria y, al mismo tiempo, el número de comidas omitidas va siendo mayor. Está demostrado que gozar de apoyo social y comer en compañía mejora el apetito, la cantidad de alimento ingerido y, por tanto, repercute en el estado nutritivo.⁵¹ Entre los factores psicológicos que afectan la nutrición se encuentran en alcoholismo, la demencia, y la depresión, entre otras. Todas las circunstancias mencionadas son un común denominador del entorno de las personas mayores.

Los ancianos suelen consumir una gran cantidad de medicamentos, son el grupo de edad que más fármacos consumen, aproximadamente 50 % del total del gasto farmacéutico. Existen multitud de fármacos que pueden influir tanto en la absorción, metabolismo y excreción de nutrientes, como en la sensación de apetito. Los medicamentos también pueden afectar directamente al aparato digestivo, tal como lo hacen la aspirina algunos antibióticos que irritan las mucosas estomacal e intestinal afectando su normal funcionamiento. Puede ocurrir que de acuerdo al alimento consumido se modifique la acción terapéutica buscada como por ejemplo, la fibra presente en los alimentos puede afectar la absorción de ciertos analgésicos o retardar la acción de la digoxina medicamento utilizado en problemas cardíacos.⁵²

Un aspecto importante a tener en cuenta cuando se habla de mujeres mayores, es la menopausia y el climaterio. La menopausia es definida por González Bosquet como:

*“Desaparición definitiva de la menstruación”*⁵³

Este evento natural ocurre principalmente entre los 45 y los 55 años de edad. No es un fenómeno inmediato sino que la mujer comienza a tener irregularidades menstruales antes de que esta desaparezca por completo es por ello que se exige que la mujer lleve al menos doce meses sin menstruar para definir la menopausia. El período que transcurre entre el comienzo de las variaciones en los ciclos menstruales y el cese definitivo de esta se denomina perimenopausia.⁵⁴

⁵¹ J. Morillas, N. García , *Detección del riesgo de desnutrición en ancianos*;
<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n6/original2.pdf>

⁵² Ana A. de Adrianza, *Interacción fármaco nutriente*,
<http://www.nutrar.com/detalle.asp?ID=2967>

⁵³ E. González Bosquet, *Ginecología*; Editorial Masson, 2003. p. 151

⁵⁴ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000894.htm>

El climaterio, por otro lado es definido como:

*“ Período de la vida de la mujer en el que tiene lugar la desaparición de la función reproductiva e importantes cambios en la secreción de hormonas, principalmente las sexuales, que condicionan modificaciones importantes no solo en el tracto genital sino en varios lugares del organismo.”*⁵⁵

Por ello se deduce que la menopausia es solamente uno de los tantos signos que ocurren durante el climaterio. Este período comienza mucho antes de que la menstruación desaparezca por completo y se extiende varios años después de la menopausia.

Durante el climaterio se producen cambios metabólicos importantes que deben inscribirse dentro del envejecimiento. Además de estos, deben agregarse el progresivo avance del sedentarismo, las alteraciones de la composición corporal y del balance energético que llevan a desórdenes dietéticos, el alcoholismo y tabaquismo muchas veces iniciados en esta etapa y las alteraciones psicológicas vinculadas entre otros aspectos a la disminución de estrógenos ya que son estos quienes modulan positivamente la secreción de serotonina⁵⁶, noradrenalina y otros antidepresivos. Todos estos factores son considerados de riesgo para el desarrollo de síndrome metabólico y depresión en las mujeres menopáusicas.⁵⁷

La sarcopenia, ya mencionada anteriormente es la responsable de la pérdida de masa muscular, la consiguiente debilidad y la disminución de la actividad física. Esto lleva a un menor gasto energético porque el músculo esquelético es el principal responsable del gasto metabólico en reposo y además al aumentar el sedentarismo, disminuye la energía gastada. Todo esto lleva a un aumento de la grasa corporal y a una pérdida de la masa magra durante el climaterio.

Los estrógenos modulan en forma negativa la actividad de la lipoproteínlipasa⁵⁸ abdominal, lo que contribuye a mantener bajo el depósito de grasa

⁵⁵ E. González Bosquet. Ob.cit.p. 35 p.160

⁵⁶ La Serotonina es una monoamina neurotransmisora sintetizada en las neuronas serotoninérgicas en el Sistema Nervioso Central y las células enterocromafines (células de Kulchitsky) en el tracto gastrointestinal de los animales y del ser humano. Entre las principales funciones de la serotonina esta la de regular el apetito mediante la saciedad, equilibrar el deseo sexual, controlar la temperatura corporal, la actividad motora y las funciones perceptivas y cognitivas. La serotonina interviene en otros conocidos neurotransmisores como la dopamina y la noradrenalina, que están relacionados con la angustia, ansiedad, miedo, agresividad, así como los trastornos alimenticios. También determina los ciclos de sueño y vigilia. Los hombres producen hasta un 50% más de serotonina que las mujeres, por lo tanto, estas son más sensibles a los cambios en los niveles de serotonina.

⁵⁷ Raúl Pisabarro, *Metabolismo y Climaterio: la visión de un endocrinólogo*;
<http://www.rmu.org.uy/revista/2000v2/art6.pdf>

⁵⁸ La lipoproteínlipasa (LPL) es la enzima responsable del aclaramiento de VLDL-triglicéridos y quilomicrones.

intraabdominal en las mujeres premenopáusicas y modula en forma positiva la actividad de la lipoproteínlipasa femoro glútea facilitando la acumulación de grasa en dicha zona. Esto explica el cambio en la grasa corporal que ocurre desde la menopausia, momento en que los estrógenos descienden y se produce una redistribución más centralizada de la grasa a expensas del aumento proporcionalmente mayor de la grasa abdominal.⁵⁹ Esto es un factor que contribuye al desarrollo de la insulinoresistencia, ya que la obesidad central, es considerada una causa de resistencia insulínica.

Respecto al efecto de los estrógenos sobre el apetito, no existen evidencias en humanos que demuestren alguna relación. Sin embargo varios modelos animales demuestran que los estrógenos son moduladores del apetito. Bonavera sostiene, en su estudio sobre el efecto anorexígeno de los estrógenos que una caída de estos estaría asociada a un aumento del apetito.⁶⁰ Cuando se habla de regulación del apetito no puede dejar de mencionarse a la leptina. Esta hormona es una de las principales reguladoras del apetito, es secretada por el tejido adiposo y disminuye el apetito así como también activa la lipólisis. Un estudio realizado en Rockefeller University en New York⁶¹ demuestra que los niveles de leptina basales son mayores en las mujeres premenopáusicas y menores en las posmenopáusicas. Por ello puede sospecharse que el apetito de estas sea mayor a causa de los niveles más bajos de dicha hormona.

The National Health and Nutrition Examination Surveys (NAHNES II)⁶², muestra como la mujer entre los 50 y los 59 años sufre un agudo aumento de peso que se ve reflejado en un 14 % de incremento en el Índice de masa corporal.

Por todo lo antes expuesto puede considerarse a la menopausia dentro del síndrome de envejecimiento durante el cual disminuyen las hormonas sexuales, la hormona de crecimiento, hormonas que actúan como lipolíticas en la grasa visceral y estimulan la formación y mantenimiento de masa muscular esquelética. A su vez aumentan los glucocorticoides y la insulina, hormonas lipogénicas que estimulan la acción de las lipoproteínlipasas sobre la grasa abdominal, lo que lleva a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y del metabolismo de los hidratos de carbono.⁶³

⁵⁹ Raúl Pisabarro. Ob.cit.p. 36

⁶⁰ JJ Bonavera, MG Dube, PS Kalra; *Anorectic effects of estrogen may be mediated by decreased neuropeptide*; <http://endo.endojournals.org/cgi/content/abstract/134/6/2367>

⁶¹ M Rosenbaum, M Nicolson, J Hirsch, SB Heymsfield, D Gallagher, F Chu and RL Leibel; *Effects of gender, body composition, and menopause on plasma concentrations of leptin*; <http://jcem.endojournals.org/cgi/content/abstract/81/9/3424>

⁶² Robert J. Kuczmarski, Katherine M. Flegal, Stephen M. Campbell, Clifford L. Johnson; *The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991; Increasing Prevalence of Overweight Among US Adults*, <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/272/3/205>

⁶³ Raúl Pisabarro. Ob.cit.p.36

Dentro de las medidas terapéuticas alimentarias son importantes distintos aspectos, en primer lugar la disminución de los ácidos grasos saturados ya que empeoran la resistencia a la insulina y la disminución de los hidratos de carbono simples ya que ayudaría a mejorar el perfil lipídico y la resistencia a la insulina. Debe instaurarse también en la mujer menopáusica, como así también en todos los ancianos, un régimen de ejercicio aeróbico regular para contrarrestar las patologías e inconvenientes producidos por el envejecimiento.⁶⁴

Después de examinar las particularidades de la vejez puede decirse que los ancianos no pueden ser tratados como un simple adulto mayor. Deben ser tenidas en cuentas todas las pérdidas funcionales que se dan en esta etapa, los factores ambientales que rodean al anciano, las patologías con las que este convive, los medicamentos que recibe, la composición familiar, la dependencia, el ingreso económico, las costumbres y hábitos, los factores culturales, entre otras, ya que de alguna forma todos son componentes de la nutrición en el anciano y determinan situaciones carenciales o perjudiciales para la salud. Cuando se habla de nutrición en el anciano se deben buscar ciertos objetivos como mejorar la calidad de vida y el estado nutricional, asegurar un aporte adecuado de energía y nutrientes y mejorar la evolución de la enfermedad y la convalecencia.

⁶⁴ M. López de la Torre Casares, M. Gargallo Fernández, B, Moreno; *Diagnóstico y tratamiento en enfermedades metabólicas*; Editorial Ediciones Díaz de Santos, 1997.p.290-292



Programa
ProBienestar



■ Programa
ProBienestar

El Programa de Promoción del Bienestar de los Mayores (Proyecto Probienestar) es un programa nacional creado en octubre de 1992 por la gerencia de prestaciones sociales del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados INSSJyP, PAMI. En ese momento el porcentaje de población mayor era del 8,9% cifra que indicaba un envejecimiento poblacional avanzado y requería tomar medidas para enfrentar la transición. Según el censo de 2001, ese porcentaje había aumentado aún más y además la población total había crecido en casi cuatro millones por lo que la cifra total de adultos mayores era significativamente mayor que la registrada diez años antes. Esto puede observarse en el cuadro N° 8.

Cuadro N° 8 “Distribución Poblacional 1991-2001”

Población total		Porcentaje de población de 65 años y más					
1991	2001	1991			2001		
32.615.528	36.260.130	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
		8,9	7,6	10,1	9,9	8,3	11,5

Fuente: INDEC¹

El proyecto surge frente a la necesidad de satisfacer los requerimientos básicos y de supervivencia de los beneficiarios del instituto que se encuentran desamparados y en condiciones de pobreza extrema. Ello queda expresado en el texto de resolución:

“Considerando que es función de este organismo velar por el bienestar de sus beneficiarios, incluyendo tanto las condiciones materiales de existencia como aquellas que hacen a la esencia de la naturaleza humana: la integración comunitaria, la solidaridad y el compromiso social del individuo. Que así mismo esta obra social tiene como propósito elevar la calidad de vida de ancianos y discapacitados, generando nuevos servicios que contribuyan a mejorar su salud y a disfrutar de su tiempo libre en actividades de esparcimiento, recreación y culturales.”²

El programa tiene como propósito general elevar el bienestar de los beneficiarios del INSSJP, en particular de los sectores mas desamparados como son los ancianos de más bajos ingresos que suelen contar con poco o ningún sostén familiar.³ Según datos relevados por la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC, en el segundo semestre de 2006 el 11% de las personas mayores de 65 años podían

¹ INDEC, *Población total y porcentaje de población de 65 años y más por sexo. Total del país. Años 1991/2001*

² Matilde Menéndez, Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionado, Programa Probienestar, Octubre 1992.

³ Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados, *Programa Probienestar*, Octubre 1992.p.9

clasificarse como pobres. De estas el 7,8 % eran no indigentes mientras que el 3,2% eran considerados indigentes⁴. Esto nos muestra que los ancianos son un grupo que vive muchas veces en situaciones de carencias, si a ello se le añaden los desgastes propios del envejecimiento, el aumento de la prevalencia de enfermedades, la no inclusión social de ellos, entre otros, se podría decir que los adultos mayores son un grupo vulnerable desde el punto de vista de la salud. El Instituto define a la Seguridad Alimentaria como:

“Derecho a una alimentación culturalmente y nutricionalmente adecuada, componente necesario a fin de asegurar el derecho a la salud.”⁵

Según esta concepción, el rol del estado es el de garante del cumplimiento de este derecho y por lo tanto tiene la obligación de asegurar el acceso de toda la población a una alimentación cultural y nutricionalmente adecuada, poniendo en juego un conjunto de políticas públicas y regulaciones económicas para dicho fin. Los enfoques deben ser minuciosos ya que FAO afirma que la seguridad alimentaria a nivel nacional o regional no supone la seguridad alimentaria a un nivel inferior, así pueden existir países con seguridad alimentaria nacional en los que haya grupos de población afectados por inseguridad alimentaria⁶. Es por ello que las intervenciones deben planearse luego de un diagnóstico representativo que incluya datos nacionales como así también datos a nivel familiar e individual.

⁴ INDEC, Encuesta Permanente de Hogares. *Población total según condición de pobreza, sexo y grupos de edad. 2006.*

⁵ Ma. Alejandra Catini, *Propuesta de Fortalecimiento del Programa Probienestar en el Marco de la Salud Comunitaria y la Seguridad Alimentaria*, 2006, p.1.

⁶ Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), *Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria, Manual de formación*, Octubre 1996; Capítulo 1.

En Argentina la situación de inseguridad alimentaria se relaciona con las condiciones desfavorables en el acceso a los alimentos. Esto está determinado por el aumento de la brecha entre los ingresos decrecientes de la mayoría de la población, el aumento histórico del Índice de Precios al Consumidor⁷, el consecuente alza de los precios de los alimentos y de la Canasta Básica de Alimentos, esto puede observarse en el cuadro N° 9.

Cuadro N° 9 “Serie Histórica de Índice de Precios al Consumidor IPC Y Canasta Básica de Alimentos”

Año	Mes	IPC	CBA
1990	1	2,43	
1990	12	19,61	
1991	11	35,86	
1992	1	37,19	
1993	11	45,56	
1994	11	47,27	
2000	11	47,40	63,47
2001	11	46,65	60,75
2002	5	58,70	86,20
2002	11	65,58	105,08
2003	11	67,96	105,24
2004	11	71,66	108,25
2005	11	80,27	124,73
2006	11	88,28	130,50
2007	11	95,82	142,83
2008	11	103,36	143,59
2009	6	106,53	144,16

Fuente: Elaboración propia. Según INDEC⁸

El resultado de la constante alza de los precios es que Argentina pasó de ser un país de alimentos baratos a ser un país de alimentos caros. También el país ha pasado entre 1991 y 2001 a ser un país de ingresos medios a ser un país de ingresos bajos, esto no sería importante en el caso que se tratara de una población rural donde

⁷ El Índice de precios al consumidos (IPC) es el instrumento que permite medir la evolución de los precios del conjunto de bienes y servicios que conforman la canasta familiar.

⁸ INDEC, *Serie histórica del Índice de Precios al Consumidor (IPC) y Valores de la CBA para el adulto equivalente, desde septiembre 2000 en adelante.*

la autoproducción asegura un acceso a los alimentos pero en el caso de Argentina el 90% de la población es urbana y dependen del mercado para obtener los alimentos.⁹

Las políticas sociales implementadas desde 1990 no fueron suficientes para evitar que este aumento de precios repercuta sobre la economía familiar e indirectamente sobre la salud de la población. Es por ello que el número de familias bajo la línea de pobreza fue aumentando, en mayo de 1991 la incidencia de pobreza era del 21,8% mientras que en mayo de 2003 este porcentaje era del 39,4%. Si bien en términos porcentuales el aumento fue del 17,6% debe tenerse en cuenta que la población total ha ido aumentando por lo que en valores absolutos esta cifra es muy significativa¹⁰. Todas las políticas sociales implementadas en el país se han focalizado en la asistencia directa, entregando alimentos, bonos, ticket para adquirir productos, etc. pero ninguno se ha centrado en la inequidad en la distribución de los ingresos, ni en la inclusión de los grupos vulnerables en la actividad económica, es por esto que hoy existe una dificultad en el acceso a los alimentos en gran parte de la población¹¹.

Como agravantes a lo antes explicado deben mencionarse los cambios en la producción agropecuaria; en nuestro país se ha producido un proceso de agriculturización a expensas del avance del cultivo de la soja y la menor producción tanto de trigo como de productos ganaderos, lácteos y frutihortícolas. Esta monoproducción supone un riesgo ya que disminuyen la autonomía y la suficiencia alimentaria del país, condiciones éstas necesarias para que exista seguridad alimentaria.¹²

⁹ Patricia Aguirre, *Seguridad Alimentaria; una visión desde la antropología alimentaria*, 2004. http://www.ambiente.gov.ar/archivos/web/salud_ambiente/File/Aguirre_Patricia.pdf

¹⁰ INDEC, *Brecha de la pobreza desde 1991 en adelante*.

¹¹ P. Vinocur, L. Halperin, *Pobreza y Políticas Sociales en Argentina de los años noventa*; Publicación de las Naciones Unidas, 2004 p. 20-26

¹² Walter Alberto Pengue, *Producción agroexportadora e (in)seguridad alimentaria: El caso de la soja en Argentina*, http://www.odg.cat/documents/enprofunditat/Deute_ecologic/SojaPengue.pdf

El empobrecimiento experimentado ha llevado a cambios en el patrón de consumo según el nivel de ingresos. La alimentación de las familias más pobres se basa en carnes grasas, cereales y tubérculos, aceites y azúcares y es deficiente en frutas, verduras, lácteos y carnes magras, siendo estos últimos consumidos casi exclusivamente por los sectores de ingresos altos. Esto podría decirse que es una estrategia familiar de consumo alimentario para hacer frente al déficit económico. Patricia Aguirre las define como:

“Las estrategias domésticas de consumo alimentario son las prácticas que los agregados sociales realizan en el marco de la vida cotidiana para mantener o mejorar la alimentación y las razones, creencias y sentidos que se aducen para justificarlas”¹³

Esta estrategia de consumo busca el mejor aprovechamiento de los escasos recursos económicos que poseen las familias más pobres. Los esfuerzos llevan a una alimentación de menor calidad lo que repercute en el estado de salud de los miembros del hogar, los más afectados son los niños pequeños y ancianos. El cambio en el consumo evita en cierta forma la desnutrición aguda, pero provoca una malnutrición crónica por déficit de nutrientes esenciales como el Calcio, el Hierro y Tiamina, vitamina B₁₂, D, entre otros. Se observa una alta prevalencia de patologías por déficit como anemias, baja capacidad inmunológica, baja talla y/o peso, déficit intelectuales, dificultad para el cierre de heridas, mayor incidencia de fracturas, entre otras. A la ya deteriorada capacidad bio-psico-social del anciano se suma la desnutrición proteico calórica por la mala alimentación que incide desfavorablemente en la salud del anciano¹⁴. Las elecciones que las familias realizan respecto a su alimentación no son infinitas, sino que por el contrario son cada vez más reducidas a medida que la familia es más pobre. De esta forma los más pobres comen cada vez con menos variedad. Es por ello que ancianidad y pobreza es un binomio que expone a la persona que lo padece a una vulnerabilidad importante.

En Argentina los ancianos han sufrido un descenso de sus haberes jubilatorios hasta el punto que estos eran insuficientes para alimentarse adecuadamente. Es aquí cuando surge el Programa Probienestar como un medio para satisfacer las demandas de aquellas personas o familias que no pueden abastecerse de alimentos por si mismos. El programa busca garantizar una equidad en el acceso a

¹³ Patricia Aguirre es Doctora en Antropología de la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña como Profesional en el Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud de la Nación.

¹⁴ Néstor Coronel, Red de Sociedades Científicas; *Desnutrición en el anciano*, 2004. http://www.infomediconline.com/infomedonline/libroelectronicos/html/doc/malnutricion_anciano.pdf

los alimentos teniendo en cuenta las situaciones regionales, económicas y sanitarias particulares, adecuando la oferta alimentaria a las necesidades biológicas y culturales.

El programa propicia un enfoque integral de la salud, es decir que los enfoques no se centran exclusivamente en las enfermedades y los servicios de atención de éstas sino que se focaliza en las causas que producen dichas patologías con participación activa de las poblaciones involucradas.¹⁵

Los objetivos específicos que el programa plantea son en primer lugar alcanzar la satisfacción de las necesidades básicas de los beneficiarios del Instituto que se encuentran desamparados y en condiciones de pobreza extrema. En segundo lugar elevar la calidad de vida de los mayores generando nuevos servicios y actividades que contribuyan a mejorar la salud física y permitan disfrutar de actividades de esparcimiento, recreación y culturales para ello se propone organizar regularmente encuentros para realizar actividad física, equipar a los centros de jubilados con equipos de televisión y audio al mismo tiempo proveer de juegos de salón y bochas. También se impulsa el abastecimiento regular de diarios y revistas de actualidad como así también la organización de bailes y jornadas de turismo. En tercer lugar se busca facilitar la comunicación e integración de quienes vivan situaciones de soledad estimulando la su participación en ámbitos colectivos y alentando conductas solidarias entre los beneficiarios, se propone crear material informativo didáctico para la circulación entre los jubilados. El último de los objetivos planteados es promover la revalorización social de los ancianos, recuperando su experiencia en beneficio de la comunidad y asumiendo nuevos roles importantes.¹⁶ Se considera que los agrupamientos de personas mayores pueden convertirse en ámbitos adecuados para el análisis de la problemática que afectan al conjunto de la comunidad como es la referida al medio ambiente, la discriminación y la promoción de la equidad. A través de este servicio que prestarán los ancianos al conjunto de la comunidad se espera contribuir al restablecimiento de las deterioradas cadenas de solidaridad y al fortalecimiento de las bases éticas imprescindibles en la sociedad.¹⁷

¹⁵ Ma. Alejandra Catini. Licenciada en Trabajo Social. Especialista en Planificación y Gestión de Programas Sociales. Área Nutrición y Educación Alimentaria, INSSJP

¹⁶ Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados, Ob.cit.p.40 p.10-12

¹⁷ Ibid.p.9

Refiriéndonos a las estrategias implementadas por el Programa podemos decir que según la Obra Social de los jubilados:

“Existen dos estrategias para mejorar la calidad de vida de una población determinada. Incrementando los fondos destinados a un sector de referencia o haciendo más eficiente la asignación de ese mismo gasto social en el marco de la estructura vigente.”¹⁸

Probienestar implica la implementación de las dos opciones antes mencionadas ya que contempla, por un lado, el aumento y reorientación de los fondos destinados a asistir a quienes se encuentran en situación de pobreza extrema, mientras que, se procura hacer más eficiente el gasto social vigente destinado a los beneficiarios del Instituto. Los cuatro ejes básicos sobre los que se asienta la estrategia del Programa se muestran en el cuadro N° 10 y se detallan seguidamente.

Cuadro N° 10 “Estrategias del Programa Probienestar”



Fuente: Elaboración propia. Según INSSJP, 1992.

El protagonismo de los beneficiarios se logra a través de su participación activa en organizaciones representativa. Con el propósito de consolidar este componente se han previsto acciones específicas destinadas tanto a promover nuevos agrupamientos de jubilados y a fortalecer los ya existentes. Existen a nivel nacional aproximadamente 2600 Centros de Jubilados, de los cuales hay un 60 % activos, el Programa tiene como objetivo aumentar dicho número y así cubrir a un mayor número de personas.

¹⁸ Gerencia de Calidad de Vida, *Vida Plena, Disposición Programa Probienestar*, 1999.

El sistema institucionalizado de apoyo y seguimiento a centros se logra a través de los técnicos del Instituto que tendrán a su cargo la tarea de promover la organización y estimular la participación de los beneficiarios, supervisar la prestación de servicios, abrir espacios de encuentro entre representantes de los centros y analizar nuevas iniciativas.

Las ONGs son un factor clave para el éxito de estrategias de contenido comunitario debido a su particular énfasis en el contenido carácter participativo de las acciones y su resistencia a las tendencias burocratizantes. También resultan interlocutores obligados en la mayoría de las áreas de extrema pobreza o en aquellas acciones vinculadas a sectores tradicionalmente discriminados de la sociedad. El Probienestar propone trabajar coordinadamente con ONGs en lo que concierne a las actividades en las áreas de mayor pobreza así como en la capacitación a líderes y la prestación de servicios de información y comunicación.¹⁹

Para evitar la puesta en marcha de iniciativas de organización y pasos participación desprovistas de recursos, que pueden comprometer la eficacia de un proyecto, el Programa contempla la provisión de equipos y elementos para la realización de actividades culturales, de esparcimiento, comedores, entre otras.²⁰

¹⁹ Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados, Ob.cit.p.40 p.13-15

²⁰ Gerencia de Calidad de Vida, Ob.cit.p.46

La focalización del programa se realiza según indicadores sociodemográficos, jubilación percibida, carácter de afiliado a PAMI, edad, aportes y cobertura de salud, entre otros. Se distinguen dos tipos de situaciones tomando en cuenta la localización geográfica de los beneficiarios y la existencia de agrupamientos de jubilados, la primera son áreas de pobreza extrema y las segundas son áreas populares donde funcionan centros.²¹ Las mismas se detallan en el cuadro N° 11

Cuadro N° 11 “Criterios Operativos del Programa Probienestar”

	Áreas de pobreza extrema	Áreas populares donde funcionan centros.
Propuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de centros que nucleen a jubilados. • Fomento de actividades recreativas, culturales y de integración comunitaria. • Fomento de actividades recreativas, culturales y de integración comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las organizaciones existentes. • Ampliar la base de participación incorporando a beneficiarios remisos. • Fomento de actividades recreativas, culturales y de integración comunitaria
Asumido por el Probienestar	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Construcción y equipamiento de salones multiuso con comodidades para el desenvolvimiento y el funcionamiento de un salón comedor. ❖ Provisión de alimentos para la preparación de una comida diaria que incluya entrada, plato principal y postre destinada a beneficiarios. ❖ Provisión de equipos de audio y video, juegos de salón y material de lectura. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Entrega de da vales individuales para comidas según situación socioeconómica de los beneficiarios, seleccionados por miembros de cada centro. ❖ Provisión de equipos de audio y video, juegos de salón y material de lectura.

Fuente: Elaboración propia. Según INSSJP, 1992²².

Las actividades que el Programa realiza son en primer lugar la entrega del Beneficio de Complemento alimentario, ya sea en la modalidad de Vianda, Comedor o

²¹ Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados, Ob.cit.p.40 p.16-20

²² Ibid.

Bolsón Alimentario. Este beneficio es percibido por personas que sean mayores de 70 años, o discapacitadas o pensionadas con hijos menores de catorce años a cargo, o bien aquellas personas que perciban un haber provisional único y mínimo o no cuenten con un sostén familiar ni otros ingresos. Excepcionalmente podrá incluirse en el BCA a afiliados que no cumplan con los requisitos mencionados pero cuya citación crítica lo justifique.²³ La entrega de este servicio está a cargo de los centros de jubilados y el Instituto brinda los fondos y el asesoramiento técnico para la mencionada actividad

El BCA puede brindarse en forma de vianda y comedor, bolsones mensuales o semanales compuestos de alimentos secos. Las viandas a domicilio resultan convenientes cuando no se cuenta con un local adecuado para la comida comunitaria pero si con un equipamiento de cocina, cuando los beneficiarios se encuentran por alguna u otra razón imposibilitados de concurrir al centro o bien cuando la población es muy dispersa; para ello el centro debe contar con un sistema correctamente organizado para hacer el reparto de los alimentos adecuadamente, sin que estos pierdan su calidad.

²³ Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionado, *El Beneficio de Complemento alimentario*, 1992.p.6.

El menú brindado es el mismo que reciben las personas que asisten al comedor. Por otra parte, la modalidad de bolsones mensuales resulta conveniente cuando no se cuenta con un local para comedor ni cocina o cuando la población es muy numerosa y vive en zonas alejadas²⁴. Los mismos consisten en un conjunto de alimentos que los beneficiarios deben retirar del centro correspondiente. A continuación se describe la composición de los mismos.

Cuadro N° 12 “Composición del Bolsón de Alimentos”

Modelo Básico para Bolsón				
Alimento	Cantidad 1 Persona	Cantidad 2 Persona	Cantidad 3 Personas	Bolsón para diabético
Aceites comestibles	1000 cc.	1500 cc.	1800 cc.	900 cc.
Arroz	500 gr.	1000 gr.	1500 gr.	-
Arroz integral	-	-	-	500 gr.
Arvejas enlatadas	350 gr.	350 gr.	700 gr.	350 gr.
Azúcar Blanca	1 Kg.	2 Kg.	3 kg.	-
Dulce Compacto	500 gr.	500 gr.	500 gr.	-
Dulce Diet	-	-	-	500 gr.
Edulcorante	-	-	-	250 gr.
Fideos	1. Kg.	1 Kg.	1,5 kg.	1 Kg.
Harina de Trigo 000	1. Kg.	1 Kg.	1. Kg.	-
Harina Integral	-	-	-	1 Kg.
Leche en Polvo no azucarada	400 gr.	800 gr.	800 gr.	-
Leche en Polvo no azucarada, descremada	-	-	-	800 gr.
Puré de tomates	530 gr.	1060 gr.	1590 gr.	530 gr.
Te en saquitos	25 unidades	25 unidades	25 unidades	25 unidades
Yerba	1 Kg.	1 Kg.	1 Kg.	1 Kg.
Sémola	400 gr.	400 gr.	400 gr.	400 gr.
Lentejas o Polenta	500 gr.	500 gr.	500 gr.	500 gr.

Fuente: INSSJP 2009²⁵

²⁴ Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados, *Alternativas del BCA, Cuadernillo Número 5* p.6-30

²⁵ Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados, *Modelo de Bolsón 2009*.

La modalidad de comedor, se considera que es la más conveniente y enriquecedora. La misma se desarrolla en comedores comunitarios establecidos en los distintos centros de jubilados de la ciudad. Los comedores permiten crear redes vinculares en la comunidad, esto impacta positivamente en el proceso de salud, ya que como se menciona con anterioridad muchos ancianos viven en soledad y esto es uno de los factores de riesgo de malnutrición en los ancianos. Existen estudios en los que se demuestra que los individuos menos integrados socialmente tienen más probabilidades de enfermar y morir. Según Sluzky:

“La red social provee una retroalimentación cotidiana a cerca de las desviaciones de la salud que favorece los comportamientos correctivos. Es decir, la red social actúa como monitor de la salud, favorece también muchas actividades personales que se asocian positivamente con la sobrevivencia: rutina de ejercicios, alimentación, adhesión a régimen medicamentoso y a los cuidados de salud en general”²⁶

Otro beneficio que presenta la modalidad comedor frente a la entrega de bolsones es que esta prestación garantiza diariamente la efectiva cobertura alimentaria del afiliado ya que muchas veces los alimentos que integran el bolsón en muchos casos se comparten con la familia, lo que no permite valorar en cuanto aportan a la nutrición del beneficiario.

²⁶ Carlos Sluzky, *Redes, el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*; Editorial Paidós, 1999 p.23-25.

En Mar del Plata se brinda asistencia a 3555 personas de las cuales 3106 reciben un bolsón con alimentos y 449 asisten a los comedores o reciben viandas en sus domicilios. Hay instalados 36 centros de Jubilados en los que se desarrolla alguna actividad del Programa.²⁷ En 11 de los centros funcionan los comedores comunitarios. Los mismos se enumeran en el cuadro N° 13.

Cuadro N° 13 “Centros de Jubilados en Mar del Plata”

Centro de Jubilados	Domicilio	Cantidad de Beneficiarios
CERAM Iglesia Pompeya	Av. Libertad 4045	65
Santa Rosa de Lima	Av. Colón 10660	31
Hebras de Plata	San Lorenzo 1936	48
Fe Esperanza y Dignidad	Strobel 6559	33
Jorge Newbery	Belgrano 9054	39
Barrio Libertad	11 de Septiembre 8954	55
René Battistessa	Coronel Suárez 1391	42
Rincón de Esperanza	Hirsuto 96	25
Los Amigos del Sol	Canesa 17	34
Mi Refugio	Yapeyú 1685	42
Fe y Esperanza	Tierra del Fuego 3055	35

Fuente: INSSJP, 2009.²⁸

²⁷ Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados, *Listado de Centros de Jubilados y Pensionados*, 2009.

²⁸ Ibid.

Los centros que brindan el servicio de comedor sirven una ración diaria compuesta de sopa, plato principal, postre, jugo y pan. El presupuesto se asignado es de \$180 por persona por mes²⁹. El Instituto brinda 10 listas que se ofrecen a los beneficiarios que concurren o reciben viandas en su domicilio. Las mismas se detallan en cuadro N° 14

Cuadro N° 14 “Listas de Almuerzos ofrecidos en los Centros de Jubilados.”

Lista 1	Lista 2	Lista 3	Lista 4	Lista 5
Sopa de verdura y sémola	Sopa puré de zapallo y avena	Sopa de arvejas con fideos	Sopa de cebollas con arroz	Sopa crema de espinaca con avena
Hamburguesas con papas fritas y ensalada	Arroz con pollo	Milanesas de ternera con puré de papas con ensalada	Mostachotes con Salsa de tomate.	Pescado al horno con salsa blanca y puré de papas.
Flan	Manzana al horno	Gelatina con Banana	Postre de maicena con leche	Ensalada de frutas

Lista 6	Lista 7	Lista 8	Lista 9	Lista 10
Sopa de arvejas con municiones	Sopa crema de zanahorias con fideos.	Sopa crema de tomates con sémola.	Sopa de verdura con avena.	Sopa de cebollas con cabellos de ángel
Milanesa de Ternera con ensalada	Tarta de jamón y queso	Hamburguesas de pollo con croquetas de acelga	Ñoquis con Salsa Fileto	Pastel de Papas.
Budín de Pan	Ensalada de frutas	Banana	Compota de manzana	Postre de avena con leche.

Fuente: INSSJP 2009.³⁰

Las listas antes mencionadas son las correspondientes al menú de invierno, todas incluyen pan en el plato principal.³¹ En verano la sopa es reemplazada por

²⁹ Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionado, *Presupuesto para comedores 2009*.

³⁰ -----, *Menú de invierno para comedores*.

³¹ Ibid.

entradas frescas como tomates rellenos, ensalada rusa, pizza, tarta de verduras, salpicón de carne, bocadillos de verduras, ensaladas mixtas, arroz primavera, entre otras.

Para cubrir los requerimientos de los cuatro fines de semana de cada mes, días en los que el centro se encuentra cerrado, se brindan bolsines mensuales que tienen por objetivo evitar las carencias los días que no se concurre al comedor. La composición de estos se detalla a continuación.

Cuadro N° 15 “Composición del Bolsín de Alimentos”

Modelo Básico para Bolsín			
Alimento	Cantidad 1 Persona	Cantidad 2 Persona	Cantidad 3 Personas
Aceites comestibles	1000 cc.	1500 cc.	2000cc.
Arroz	500 gr.	1000 gr.	1000 gr.
Azúcar Blanca	1 Kg.	2 Kg.	3 kg.
Fideos guiseros	500 gr.	200 gr.	1,5 kg.
Harina de Trigo 000	1. Kg.	1 Kg.	1. Kg.
Leche en Polvo no azucarada	400 gr.	800 gr.	800 gr.
Puré de tomates	530 gr.	1060 gr.	1590 gr.
Te en saquitos	25 unidades	25 unidades	25 unidades
Yerba	1 Kg.	1 Kg.	1,5 Kg.
Tallarines	500 gr.	1 Kg.	1 Kg.
Polenta	500 gr.	500 gr.	1 Kg.
Huevos	6 unidades	12 unidades	18 unidades
Tomate en Lata	530 gr.	1060 gr.	1590 gr.

Fuente: INSSJP 2009³²

³² -----, *Modelo de Bolsín 2009.*

Otras actividades que el Probienestar realiza son proporcionar vivienda a afiliados en condiciones de pobreza extrema, construcción de salones y equipamiento necesario para los comedores.

También realizan también actividades culturales, recreativas y comunitarias que varían de un centro de jubilados a otro. Algunas de estas se detallan a continuación

Cuadro N° 16 “Actividades en los Centros de Jubilados.”



Fuente: INSSJP 2009³³

Algunos centros están equipados con juegos de salón, tejo y sapo. Muchos cuentan con cancha de bochas, actividad que realizan aquellos jubilados que así lo deseen. Suelen realizarse también festejos de cumpleaños, fechas patrias, pascuas, año nuevo, navidad, día la madre y la familia, día del jubilado y algunas celebraciones propias de cada grupo. Existen centros que cuentan con huerta, gallinero y viveros cuidados por los mismos jubilados.³⁴

La concurrencia a dichos centros hace posible no solo suplir o atenuar las deficiencias nutricionales sino que también permite a los ancianos crear nuevos vínculos, disminuir las carencias afectivas y recuperar un rol en la sociedad para sentirse útil.

³³ Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados, *Actividades en los centros de Jubilados, Cuadernillo Número 6* p. 1-35

³⁴ Ibid.

Programa
ProBienestar

A dark, semi-transparent image of a hand holding a microphone, positioned in the lower-left quadrant of the page.

■ **Diseño**
Metodológico

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo transversal. Se intenta describir como se encuentran en un momento dado las variables de objeto del estudio, adecuación de los menús y el estado nutricional de los ancianos que concurren a los comedores del Programa Probienestar. Es transversal porque se investiga a la población en un momento determinado sin realizarse un seguimiento posterior.

La población en estudio comprende a los adultos mayores beneficiarios del Programa ProBienestar que asisten a los comedores o reciben viandas en la ciudad de Mar del Plata. Los centros de jubilados seleccionados para ser evaluados son aquellos que cuenten con la modalidad de comedor.

Para el presente trabajo se tomará una muestra de 304 ancianos seleccionados al azar.

Se incluirán personas de ambos sexos, mayores de 50 años beneficiarias del programa Probienestar que asistan regularmente a los comedores o reciban viandas.

Se excluirán aquellas personas menores de 50 años o con alguna discapacidad física que les impida permanecer de pie.

Las variables que se estudiarán son:

❖ **Sexo**

❖ **Edad**

✦ *Definición conceptual:* Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento, expresado en años.

✦ *Definición operacional:* se evalúan beneficiarios a partir de los 50 años. Se obtienen los datos de las encuestas realizadas y contestadas en forma oral. Se clasifican según los siguientes rangos de edad:

50 – 59 años

60 - 69 años

70 - 79 años

80 y más

❖ Estado nutricional

✘ *Definición conceptual:* condición física que presenta una persona como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes.¹

✘ *Definición operacional:* se evalúa a través del IMC, y se utilizan los criterios propuestos por NHANES III.

→ IMC: variable compleja que se obtiene dividiendo el peso por la talla al cuadrado.

→ Peso: masa corporal expresada en kilogramos. Se pesa a los beneficiarios en una balanza electrónica, descalzos en el centro de la plataforma y se realiza la lectura en kilos.

→ Talla: Se define como talla a la estatura medida adecuadamente, según las normas y técnicas de antropometría expresada en metros. Los ancianos deben medirse de pie, de manera que sus talones, nalgas y cabeza estén en contacto con la superficie vertical, donde se encuentra el tallímetro, con las piernas extendidas, descalzos, con los pies paralelos al piso, talones juntos, espalda derecha, ambos brazos al costado del cuerpo y mirando hacia el frente. La medición se realiza en el momento de la inspiración y los datos se expresan en metros.

Para establecer el diagnóstico nutricional de utilizan los criterios de normalidad establecidos por NHANES III

Cuadro N° 17 “Índice de Masa Corporal Según Edad y Sexo”

Edad	Hombres	Mujeres
50- 59 años	24.7 – 31	23.6 – 32.1
60 – 69 años	24.4 – 30	23.5 – 30.8
70 – 79 años	23.8 – 26.1	22.6 – 29.9
80 y más	22.4 – 27	21.7 – 28.4

Fuente: NHANES III.²

Valores superiores indican sobrepeso y valores inferiores bajo peso.

¹ <http://www.fao.org/DOCREP/004/W3736S/W3736S04.htm>

² Fabiola Becerra Bula; *Tendencias en la valoración antropométrica del anciano*, <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v54n4/v54n4a07.pdf>

❖ **Circunferencia media del brazo**

✘ *Definición conceptual:* perímetro en el punto medio entre el acromion de la escápula y el olécrano del cúbito. Refleja el aumento o disminución de las reservas tisulares de energía y de proteínas.³

✘ *Definición operacional:* perímetro en el punto medio entre el acromion de la escápula y el olécrano del cúbito de los beneficiarios del Probienestar. Se mide la circunferencia con el brazo relajado en el punto medio y con el codo extendido. Se utilizan los criterios de normalidad propuestos por NHANES III.

Cuadro N° 18 “Valores de Circunferencia Media del Brazo Según Sexo y Edad”

Edad	Hombres	Mujeres
50- 59 años	31.1 – 36	28.7 – 35.3
60 – 69 años	30.6 – 35	28.3 – 34.3
70 – 79 años	29.3 – 33	27.4 – 33.1
80 y más	27.3 – 32	25.5 – 31.5

Fuente: NHANES III.⁴

❖ **Índice de Cintura**

✘ *Definición conceptual:* medida en la línea media entre el margen costal inferior y la cresta ilíaca (espina ilíaca antero-superior). Se relaciona con la cantidad de tejido adiposo ubicado a nivel abdominal y su consiguiente asociación con complicaciones cardiovasculares.

✘ *Definición operacional:* medida en la línea media entre el margen costal inferior y la cresta ilíaca (espina ilíaca antero-superior) de los beneficiarios del Probienestar. Se mide la circunferencia de cintura a la altura del ombligo con una cinta métrica metálica inextensible, graduada en milímetros. El anciano debe estar con los brazos cruzados sobre los hombros. Se utilizan los criterios de normalidad propuestos por WHO 1997

Cuadro N° 19 “Riesgo de Obesidad Asociado a Complicaciones metabólicas”

Sexo	Riesgo incrementado	Riesgo muy incrementado
Masculino	≥ 94 cm.	≥ 102 cm.
Femenino	≥ 80cm.	≥ 108 cm.

Fuente: WHO 1997.⁵

³ Fabiola Becerra Bula; Ob.cit.p.58

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

❖ **Porcentaje de adecuación energética**

✘ *Definición conceptual:* relación expresada en términos porcentuales entre el aporte real de kilocalorías de la alimentación brindada a un grupo de individuos y la ingesta de referencia.⁶

✘ *Definición operacional:* relación expresada en términos porcentuales entre el aporte real de kilocalorías de la alimentación brindada a los beneficiarios del Probienestar. Para analizar los menús brindados se utilizan las planillas de preparación y las tablas de composición de bolsines provistas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados. A partir de estas y utilizando tablas de composición de alimentos se calcula un promedio diario de kilocalorías brindadas a los beneficiarios y se calcula el porcentaje que estas representan de las recomendaciones. Se considera:

Excesivo: > 110% de recomendaciones

Normal: > 90% y ≤ 110 % de las recomendaciones.

Escaso: < 89% y > 80% de las recomendaciones

Crítico: ≤ 80%

❖ **Porcentaje de adecuación proteica**

✘ *Definición conceptual:* relación expresada en términos porcentuales entre el aporte real de gramos de proteínas de la alimentación brindada a un grupo de individuos y la ingesta de referencia.⁷

✘ *Definición operacional:* relación expresada en términos porcentuales entre el aporte real de gramos de proteínas de la alimentación brindada a los beneficiarios del Probienestar. Para analizar la cantidad de proteínas ofrecidas se utilizan las planillas de preparación y las tablas de composición de bolsines brindadas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados. A partir de estas y utilizando tablas de composición de alimentos se calcula un promedio diario de gramos de proteínas brindados a los beneficiarios y se calcula el porcentaje que estas representan de las recomendaciones. Se considera:

Excesivo: > 110% de recomendaciones

Normal: > 90% y ≤ 110 % de las recomendaciones.

Escaso: < 89% y > 80% de las recomendaciones

Crítico: ≤ 80%

⁶ FAO/OMS/UNU, *Recomendaciones nutricionales de nutrientes*, www.inha.sld.cu/Documentos/recomendaciones%20nutricionales%20%para%20el%20ser%20humano.%20Dr.%Manuel%20H;2004.

⁷ Ibid.

❖ **Porcentaje de adecuación vitamínica.**

✘ *Definición conceptual:* relación expresada en términos porcentuales entre el aporte real de Vitaminas C y A de la alimentación brindada a un grupo de individuos y la ingesta de referencia.⁸

✘ *Definición operacional:* relación expresada en términos porcentuales entre el aporte real de Vitaminas C y A de la alimentación brindada a los beneficiarios del Probienestar. Para analizar la cantidad de vitaminas brindadas se utilizan las planillas de preparación y las tablas de composición de bolsines provistas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados. A partir de estas y utilizando tablas de composición de alimentos se calcula un promedio diario de gramos o miligramos de vitaminas brindados a los beneficiarios y se calcula el porcentaje que estas representan de las recomendaciones. Se considera:

Excesivo: > 110% de recomendaciones

Normal: > 90% y ≤ 110 % de las recomendaciones.

Escaso: < 89% y > 80% de las recomendaciones

Crítico: ≤ 80%

❖ **Porcentaje de adecuación mineral**

✘ *Definición conceptual:* relación expresada en términos porcentuales entre el aporte real de Hierro y Calcio de la alimentación brindada a un grupo de individuos y la ingesta de referencia.⁹

✘ *Definición operacional:* relación expresada en términos porcentuales entre el aporte real de Hierro y Calcio de la alimentación brindada a los beneficiarios del Probienestar. Para analizar la cantidad de Hierro y Calcio ofrecidas se utilizan las planillas de preparación brindadas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados. A partir de estas y utilizando tablas de composición de alimentos se calcula un promedio diario de miligramos de Hierro y Calcio brindados a los beneficiarios y se calcula el porcentaje que estos representan de las recomendaciones. Se considera:

Excesivo: > 110% de recomendaciones

Normal: > 90% y ≤ 110 % de las recomendaciones.

Escaso: < 89% y > 80% de las recomendaciones

Crítico: ≤ 80%

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

Para la recolección de datos se utilizará:

- ✘ Una planilla por cada anciano donde se detallan los datos de sexo, fecha de nacimiento, peso, talla, circunferencia de la cintura y circunferencia media del brazo.

- ✘ Planillas de preparación brindadas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados en las que se detallan las listas y bolsines semanales ofrecidas en los comedores, detallando su composición en los nutrientes objeto de estudio.

- ✘ Planillas donde se detallan la composición los bolsines entregados mensualmente.

- ✘ Planillas de ajuste que permitirán obtener la cantidad promedio de alimento por anciano por día.

Los instrumentos de medición requeridos son:

- ✘ Balanza electrónica con capacidad para 150 kilos.

- ✘ Cinta métrica metálica inextensible, graduada en milímetros.

- ✘ Escala de medición graduada en centímetros colocada sobre una superficie rígida vertical.

A continuación se presenta el consentimiento informado y el instrumento utilizado para la recolección de datos:

Esta encuesta es realizada para poder concretar el trabajo final que me permitirá alcanzar el título de Licenciada en Nutrición, garantizando el secreto y la confidencialidad de la información brindada por usted en su carácter de encuestado. Por esta razón solicito su autorización para participar del estudio que consiste en determinar el porcentaje de adecuación a las recomendaciones de los menús y bolsines brindados por el Programa Probienestar y evaluar el estado nutricional de sus beneficiarios. Su participación es voluntaria y sería de gran utilidad para la concreción de mi investigación.

Desde ya agradezco su colaboración.

Paula Belén Rodríguez

Yo.....en mi carácter de encuestado, habiendo sido informado y entendiendo el objetivo y características del estudio acepto participar del mismo.

.....

Firma

Encuesta Para Comedores

Centro de Jubilados

- Nombre:
- Dirección:
- Cantidad de Beneficiarios:

Datos del Beneficiario

- Nombre y Apellido:
- Sexo:
- Fecha de Nacimiento:

Antropometría

- Peso (Kg):
- Talla (mts):
- Circunferencia de Cintura (cm):
- Circunferencia Brazo (cm):

Planilla de preparación diaria.

Lista n:	
Ingredientes	Cantidad por porción (PN g)
Sopa	
Plato Principal	
Postre	

Planilla de totalización

Alimento	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Totales PN

Planilla composición Menús.

Alimento	Cantidad PN	Días de prestación	Cantidad diaria PN	Energía (Kcal.)	HC (g)	Pr (g)	Gr (g)	Calcio (mg)	Hierro (mg)	Vit. A (UI)	Vit. C (mg)

Planilla composición Bolsín.

Alimento	Cantidad PN	Días de prestación	Cantidad diaria PN	Energía (Kcal.)	HC (g)	Pr (g)	Gr (g)	Calcio (mg)	Hierro (mg)	Vit. A (UI)	Vit. C (mg)

Promedio diario de nutrientes brindados por el Probienestar

	Energía (Kcal.)	HC (g)	Proteínas (g)	Grasas (g)	Calcio (mg)	Hierro (mg)	Vit. A (UI)	Vit. C (mg)
Promedio diario de Menús								
Promedio diario de Bolsines								
Promedio diario de nutrientes								

Programa
ProBienestar



■ **Análisis de Datos**

El presente trabajo de investigación estudia a los beneficiarios del Programa Probienestar de la ciudad de Mar del Plata. La población beneficiaria es de 449 ancianos y la muestra es de 304, tomada en los once centros de jubilados de la ciudad donde el programa brinda el servicio de asistencia alimentaria.

La cantidad de personas evaluadas en casa centro puede verse en la tabla número 1 y la ubicación de los mismos en la imagen número 2.

Tabla Nº 1 “Centros de Jubilados”

Centros de jubilados	Cantidad de población	Porcentaje de la muestra	Centros de jubilados	Cantidad de población	Porcentaje de la muestra
Nº 1	24	8%	Nº 8	31	10%
Nº 2	25	8%	Nº 9	20	7%
Nº 3	43	14%	Nº 10	22	7%
Nº 4	33	11%	Nº 11	20	7%
Nº 5	31	10%			
Nº 6	34	11%			
Nº 7	21	7%			

Fuente: Elaboración Propia

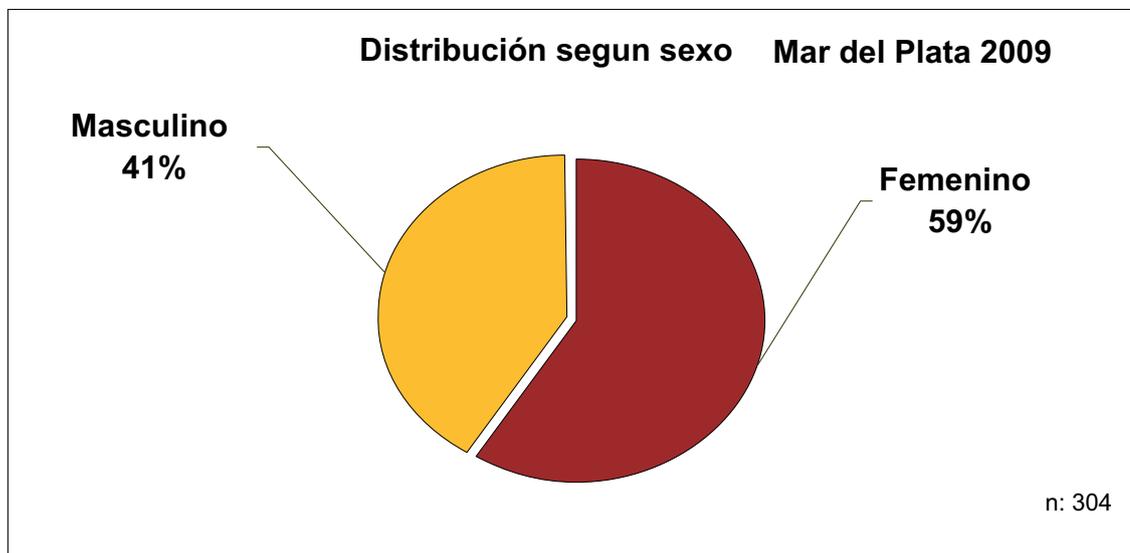
Imagen Nº 2



Fuente: www.argentour.com

La población en estudio está conformada por un 59 % de personas de sexo femenino y un 41 % de sexo masculino. Esta distribución puede verse en el gráfico número 1

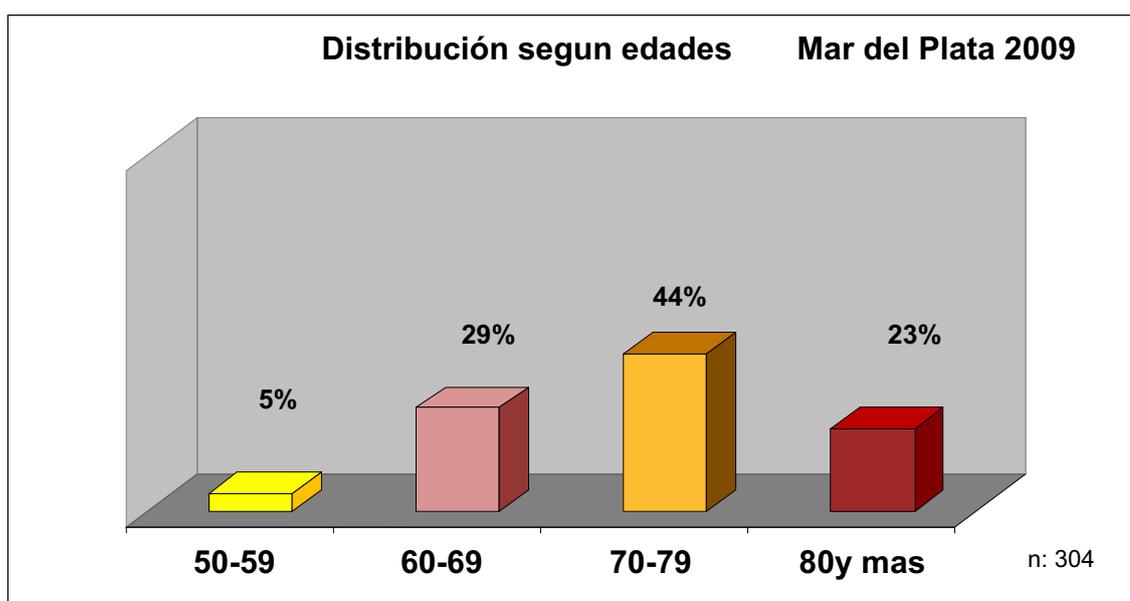
Gráfico N° 1 “Distribución de la muestra según sexo”



Fuente: Elaboración propia.

Las edades de la población están comprendidas entre los 50 y los 93 años. Siendo la media 73,3 años. Se utilizaron los rangos etáreos propuestos NHANESIII para la clasificación de los ancianos según Índice de masa corporal y perímetro braquial. La distribución porcentual puede verse el gráfico número 2.

Gráfico N° 2 “Distribución de la población según edades”



Fuente: Elaboración propia.

El Instituto no explicita cuales son los requerimientos nutricionales de sus beneficiarios por lo que se utilizan para el análisis las Recomendaciones Nutricionales propuestas por el Nacional Research Council

Tabla Nº 2 “Consumos alimentarios de Referencia.”

	Hombres	Mujeres
Energía (Kcal)	2300	1900
Proteínas (g)	63	50
Vitamina A (ug)	1000	800
Vitamina C (mg)	60	60
Calcio (mg)	1200	1200
Hierro (mg)	10	10

Fuente: Elaboración propia según NRC.¹

Se determina la composición de los menús y bolsines brindados semanalmente y se obtiene así un promedio ponderado diario de aportes de kilocalorías, proteínas Calcio, Hierro, Vitamina A y Vitamina C. Los aportes son los mismos para todos los rangos etáreos y para ambos sexos ya que no hay diferencia en el tamaño de las porciones ofrecidas a cada persona. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla número 3

Tabla Nº 3 “Composición de la alimentación brindada”

	Cantidades promedios brindadas por semana
Energía (Kcal.)	1710
Hidratos de Carbono (g)	224,14
Proteínas (g)	48
Grasas (g)	62,3
Calcio (mg)	330,6
Hierro (mg)	6,7
Vitamina A (UI)	3726,4
Vitamina C (mg)	63,3

Fuente: Elaboración propia.

¹ L. Kathleen Mahan, Sylvia Escoti Stump. Krause *Nutrición y dietoterapia*; Editorial Interamericana, 10° Edición p.320 - 323

El Programa no detalla que porcentaje de las recomendaciones pretende cumplir con la asistencia a los comedores por lo que se establece como parámetro de normalidad los siguientes porcentajes:

Tabla N° 4 “Recomendaciones Nutricionales en Programas de Almuerzo.”

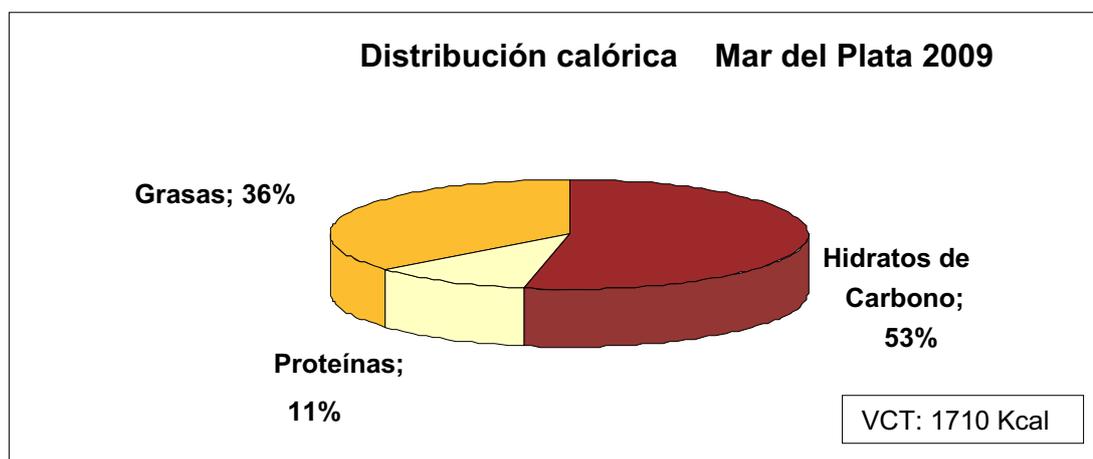
Porcentaje a Cubrir	
35-50%	Energía
40-50%	Proteínas
100%	Calcio, Hierro y Vitaminas

Fuente: Elaboración propia según: Administración de Servicios de Alimentación.²

Para el análisis de datos se considerará que el aporte adecuado para Calcio, Hierro y Vitaminas deberá ser del 100 % de las RDA dado que se está trabajando con una población de bajos recursos quien suele no incluir alimentos fuentes de dichos nutrientes en su alimentación diaria además de estar expuesta a múltiples enfermedades carenciales. Para la evaluación de la composición de los menús se considera al 100% como el 50% de las recomendaciones diarias de energía y proteínas ya que en los centros de jubilados solo se ofrece una comida diaria. Dentro de ese marco se considerará un aporte óptimo cuando el valor obtenido sea 100%.

En primer lugar se analiza la distribución calórica porcentual de macronutrientes brindada por el Probienestar. La misma se muestra a continuación.

Gráfico N° 3 “ Distribución calórica”



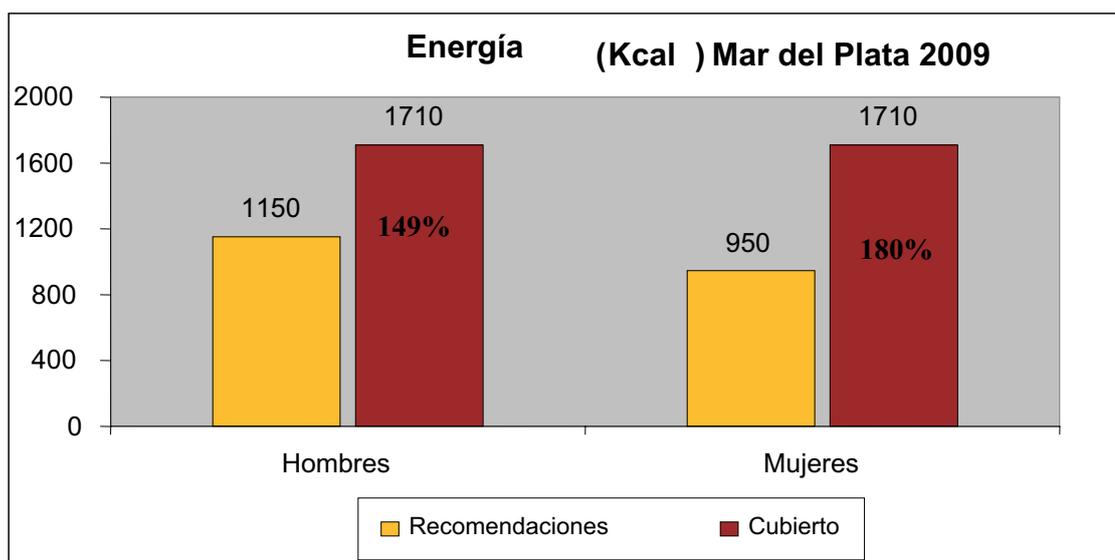
Fuente: Elaboración propia.

Como puede observarse los nutrientes responden a una distribución normal. Sin embargo debería aumentarse el porcentaje de kilocalorías provenientes de las proteínas dado que, como ya se explicó antes, estas son las menos abundantes en la dieta de los hogares de bajos recursos.

² María Rosa Reyes, Silvia Graciela Ovando; *Administración de Servicios de Alimentación*, Guía de Trabajos Prácticos. Editorial EUDEBA, 2001. p.53-60

Al analizar el aporte calórico se observa que se cubre en un 149% para hombres y en un 180% para mujeres. Esta diferencia se atribuye a que no existe diferenciación entre los menús ofrecidos a personas de uno u otro sexo a pesar que existe una diferencia entre los requerimientos de ellos. Los valores absolutos de energía recomendada y brindada se muestran en el gráfico número 4

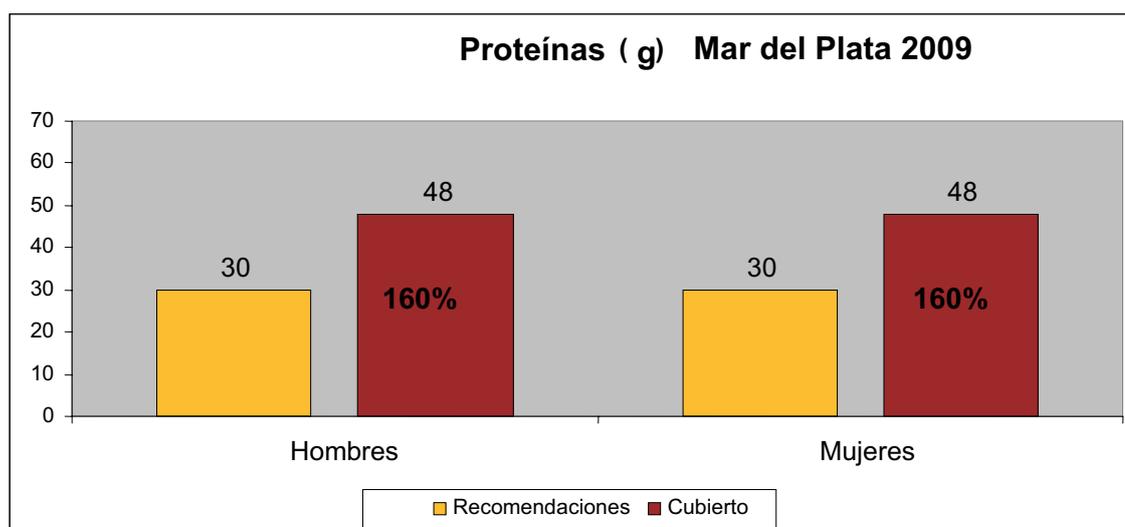
Gráfico N° 4 “ Energía consumida y recomendaciones”



Fuente: Elaboración propia.

La ingesta proteica recomendada es la misma para personas de ambos sexos, el Programa cubre un 160% de dichas recomendaciones tanto en hombres como en mujeres. Esto se ve reflejado en el gráfico número 5.

Gráfico N° 5 “ Ingesta proteica y recomendaciones”



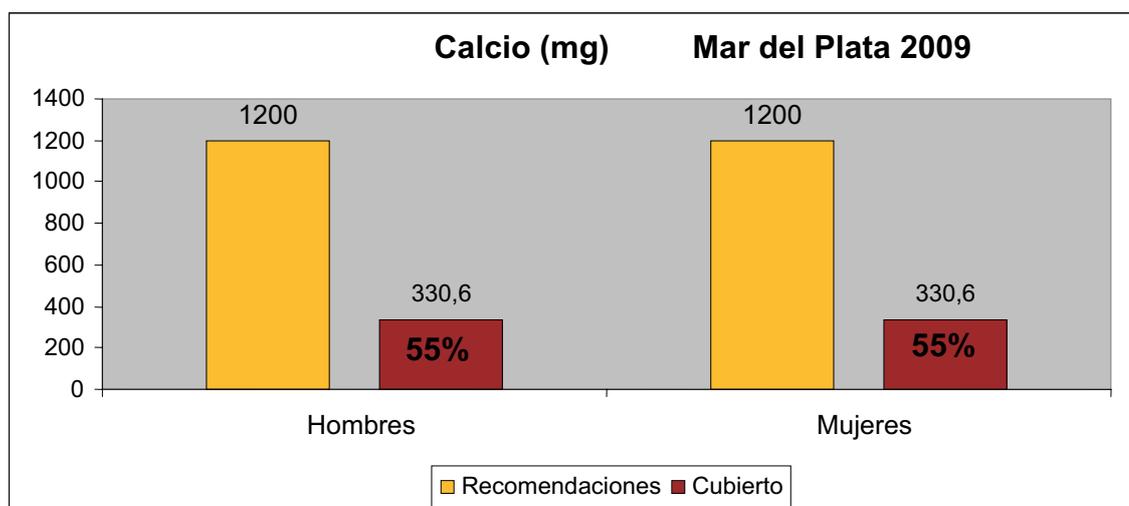
Fuente: Elaboración propia.

Cuando se analiza la distribución porcentual de macronutrientes en el gráfico número 3 se observa el bajo porcentaje de kilocalorías provenientes de las proteínas,

sin embargo se ve que las recomendaciones son cubiertas ampliamente por el programa. Esto se explica considerando el alto aporte de kilocalorías que el programa brinda

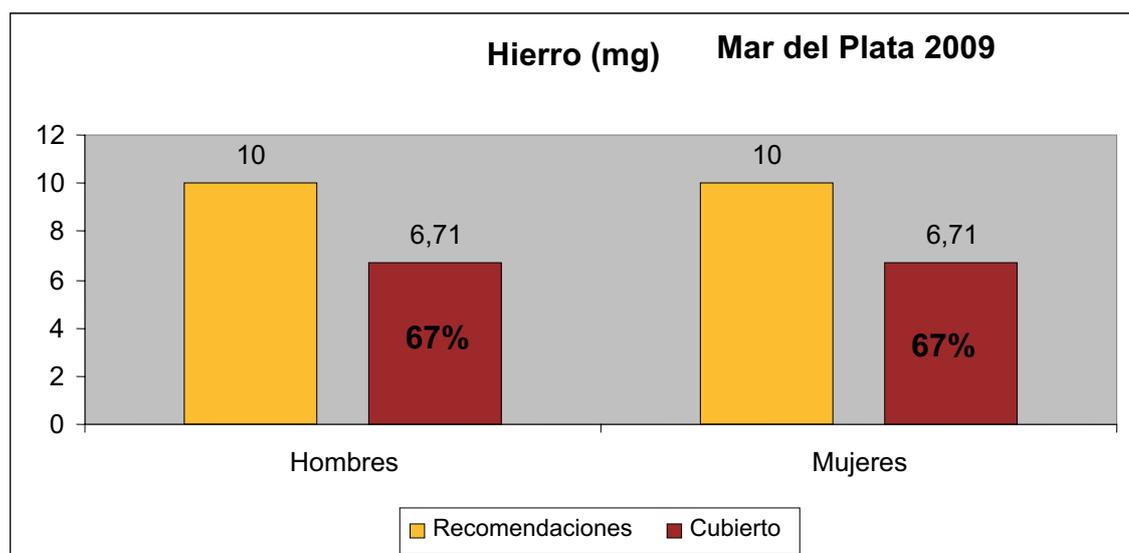
Los micronutrientes analizados fueron el Calcio y el Hierro dada su importancia antes mencionada. En el caso del primero podemos decir que el Probienestar cubre apenas el 55% de las recomendaciones para ambos sexos; mientras que el Hierro es cubierto en un 67%. Ello se ve reflejado en los gráficos que se muestran a continuación.

Gráfico N° 6 “ Ingesta de Calcio y recomendaciones”



Fuente: Elaboración propia.

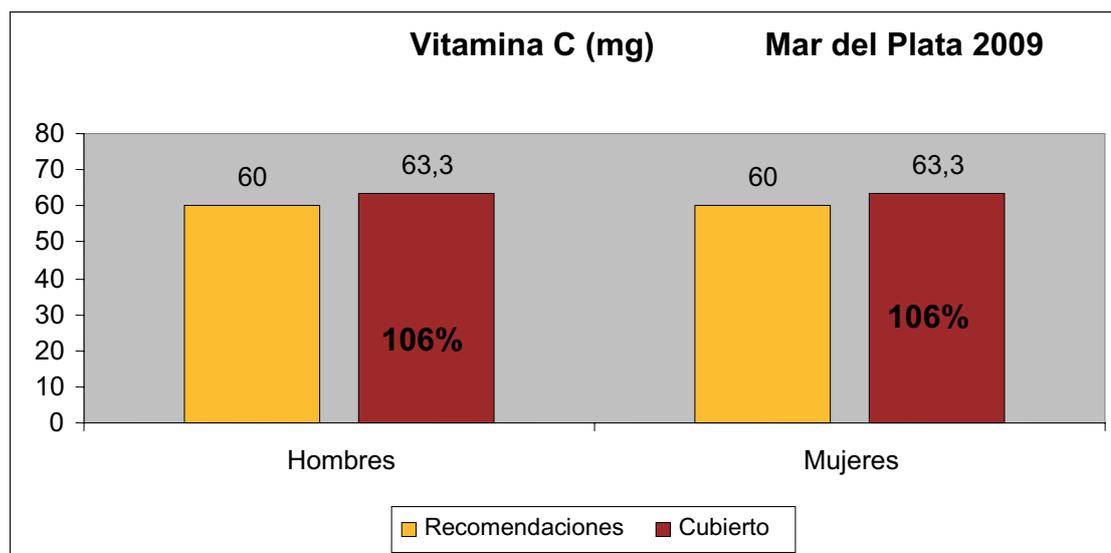
Gráfico N° 7 “ Ingesta Hierro y recomendaciones”



Fuente: Elaboración propia.

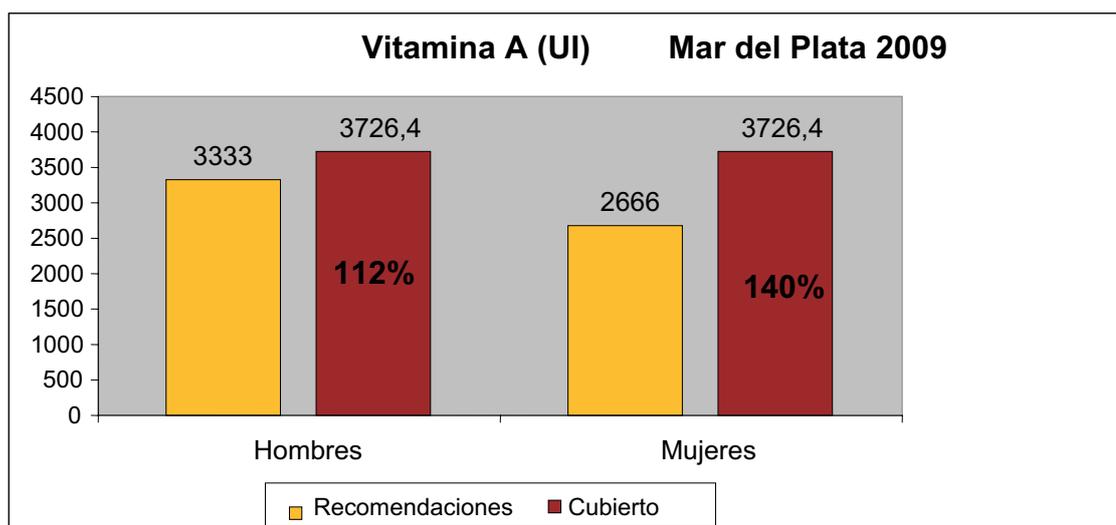
El aporte de vitaminas A y C fue analizado y se determina que los menús brindados cubren en un 106% las recomendaciones para Vitamina C. Por otro lado, los almuerzos brindados por el Probienestar cubren un 112% las recomendaciones de vitamina A en el caso de los hombres y un 140% en el caso de las mujeres. Esta diferencia se debe a que los requerimientos para hombres y mujeres son distintos. Los valores se muestran en los gráficos números 8 Y 9

Gráfico N° 8 “ Ingesta de vitamina C y recomendaciones”



Fuente: Elaboración propia.

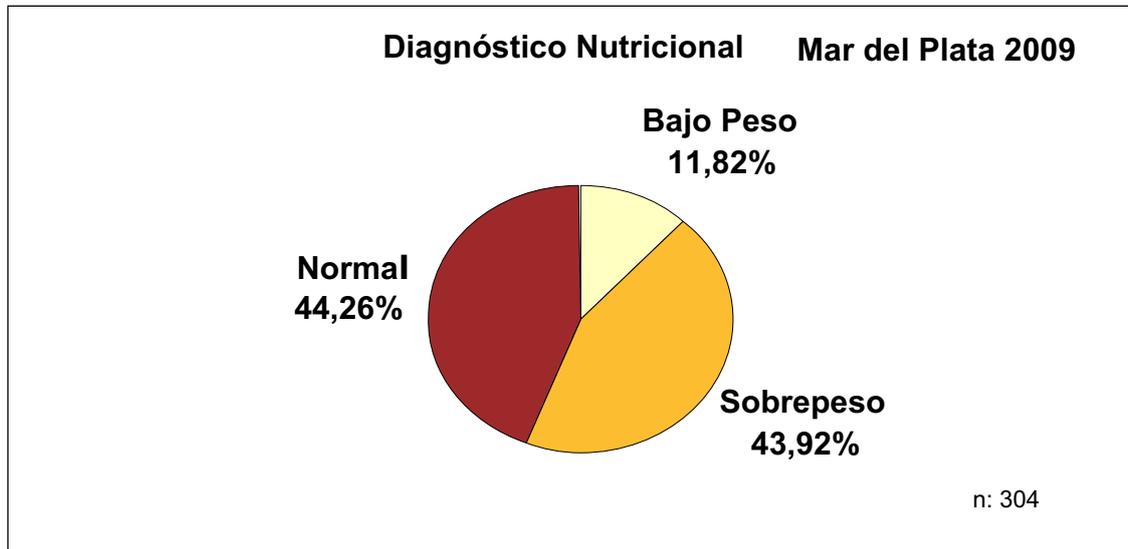
Gráfico N° 9 “ Ingesta vitamina A y recomendaciones”



Fuente: Elaboración propia.

Se analiza el estado nutricional de los beneficiarios según el Índice de masa corporal. El gráfico 10 muestra que el 11,82% tiene un bajo peso para su edad, los ancianos con peso normal llegan al 44,26 % y aquellos con sobrepeso representan un 43,92 % de la muestra.

Gráfico N° 10 “Diagnóstico nutricional según IMC”

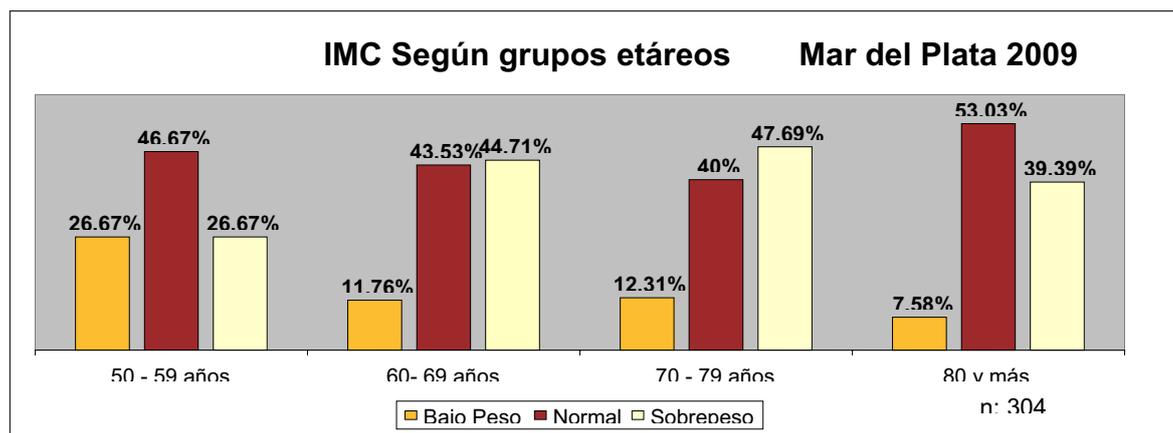


Fuente: Elaboración propia.

Se observa que es muy elevado el porcentaje de personas con sobrepeso. Sin embargo el programa continúa brindado casi el doble de las recomendaciones de energía para este tipo de población.

Cuando se desagregan los valores de diagnóstico nutricional según grupos etáreos se observa que los mayores de 80 años son el grupo que contiene un mayor porcentaje de personas con un IMC normal, el grupo etáreo comprendido entre los 70 y 79 años es quien tiene el mayor porcentaje de ancianos con sobrepeso y el grupo más joven es el que está integrado por el mayor porcentaje de personas con bajo peso. Los datos se muestran en el gráfico número 11.

Gráfico N° 11 “Distribución del IMC según grupos etáreos”



Fuente: Elaboración propia.

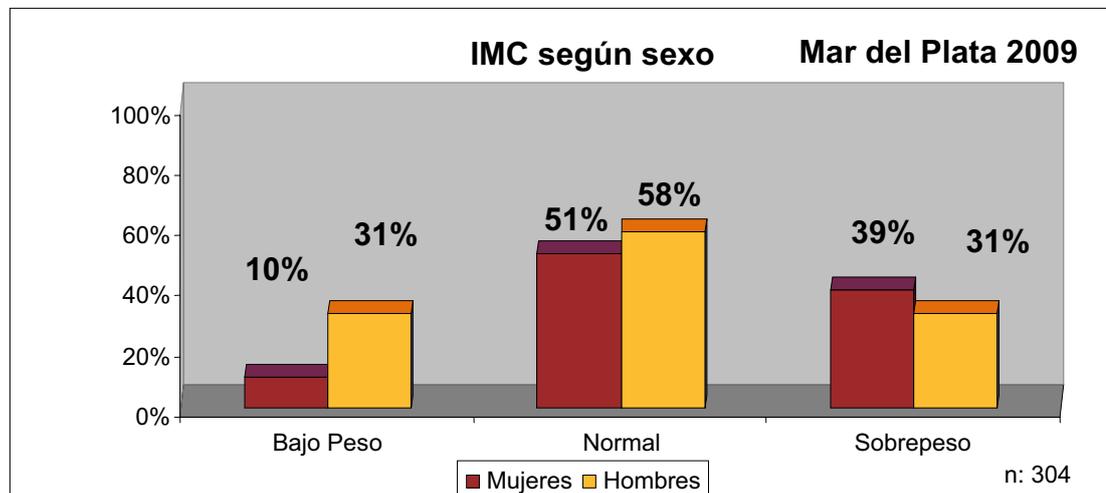
Tabla N° 5 “Distribución del IMC según grupos etáreos”

	Bajo	Normal	Sobrepeso
50 - 59 años	26,67%	46,67%	26,67%
60- 69 años	11,76%	43,53%	44,71%
70 - 79 años	12,31%	40%	47,69%
80 y más	7,58%	53,03%	39,39%

Fuente: Elaboración propia

Cuando se clasifica a los ancianos según sexo se observa que los hombres son quienes tienen el porcentaje más elevado de bajo peso mientras que las mujeres superan al sexo masculino en porcentaje de personas con sobrepeso.

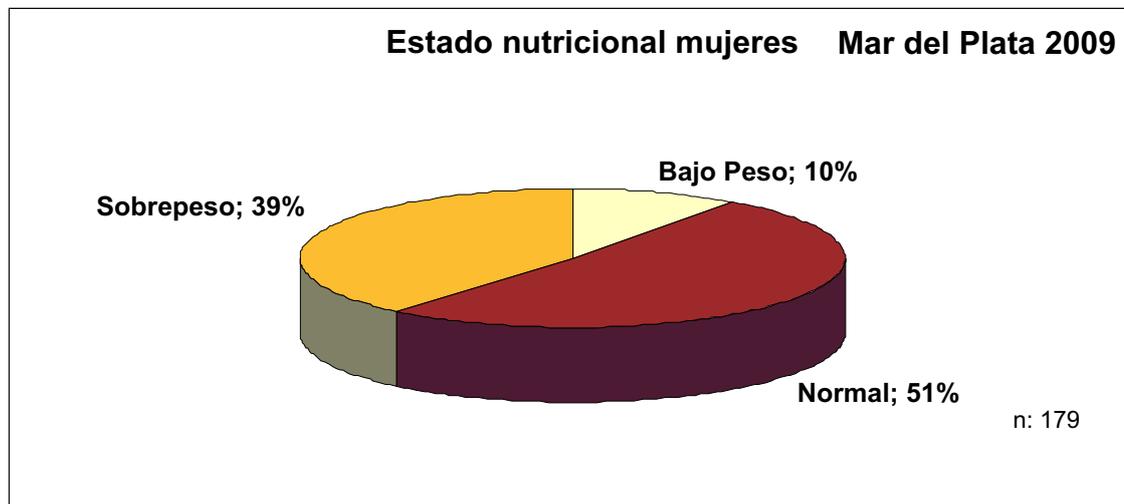
Gráfico N° 12 “Distribución del IMC según sexo”



Fuente: Elaboración propia

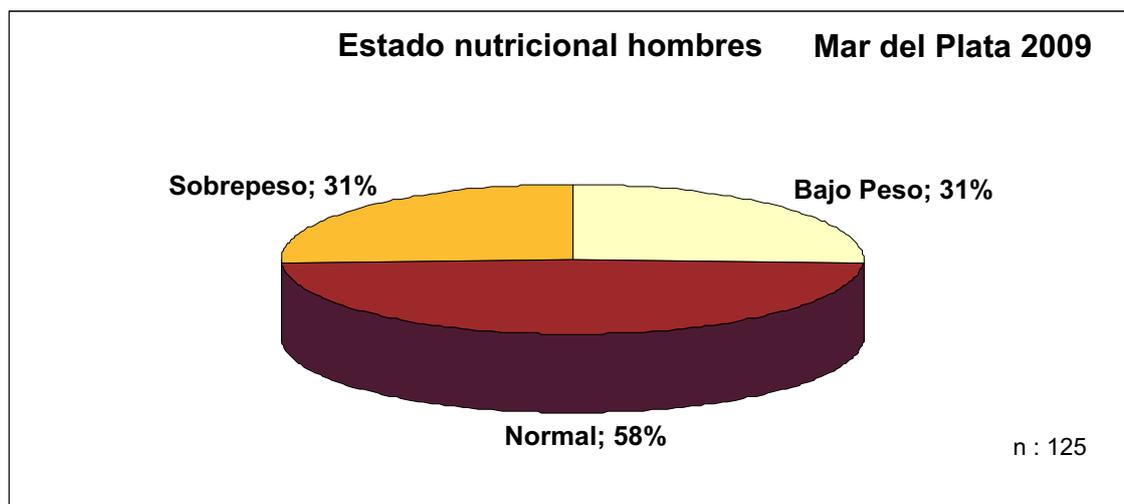
Los resultados antes descriptos pueden observarse con mayor claridad en los gráficos 13 y 14.

Gráfico N° 13 “Estado nutricional mujeres”



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 14 “Estado nutricional hombres”



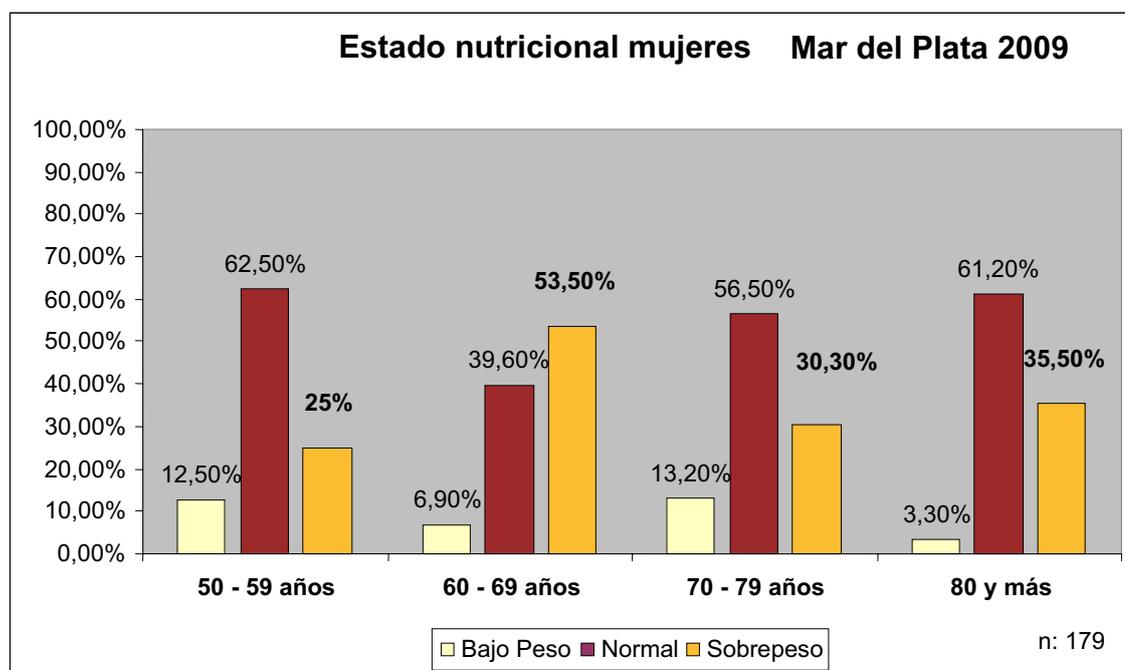
Fuente: Elaboración propia

Se observa claramente que el sobrepeso es relevante entre los beneficiarios de sexo femenino. No ocurre lo mismo con el bajo peso, ya que solo afecta al 10% de la población. En el caso de los hombres vemos que la prevalencia de sobrepeso y bajo peso es idéntica. Todo esto puede explicarse si se tienen en cuenta los cambios que sufre la mujer a partir de los cincuenta años aproximadamente cuando su nivel de estrógenos comienza a descender. Los resultados coinciden con lo expuesto con anterioridad, donde NHANHES II afirmaba que la mujer entre los 50 y los 59 años sufría un aumento agudo de peso y un consiguiente incremento en el índice de masa corporal. Los datos de este estudio también destacaban que el incremento

de peso que la mujer sufre desde que ingresa en la etapa del climaterio hace que esta iguale al hombre y luego lo sobrepase.³

El gráfico número 15 muestra el estado nutricional de las mujeres desagregado según grupos etáreos.

Gráfico N° 15 “Estado nutricional mujeres según rangos etáreos”



Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 6 “Estado nutricional de mujeres según rangos etáreos

	Bajo Peso	Normal	Sobrepeso
50 - 59 años	12,50%	62,5%	25%
60- 69 años	6,90%	39,60%	53,50%
70 - 79 años	13,20%	56,50%	30,30%
80 y más	3,30%	61,20%	35,50%

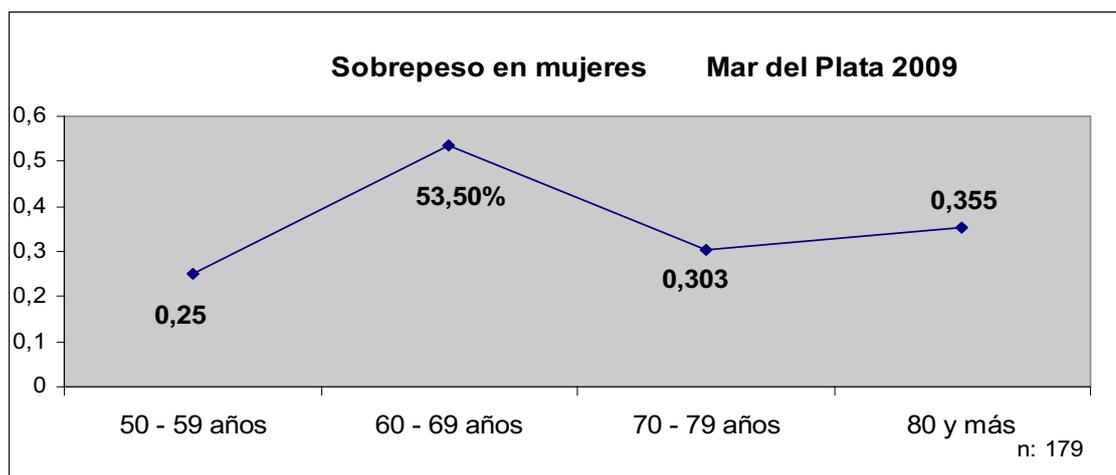
Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse las mujeres entre 60 y 69 años son quienes tienen un mayor porcentaje de sobrepeso. Como se explicó anteriormente, la edad de inicio de la menopausia es entre los 50 y los 55 años, siendo la duración de la etapa del climaterio variable, esto explicaría el notorio aumento de sobrepeso en las mujeres a partir de los 60 años ya que como es sabido el aumento de peso no es inmediato sino muchas veces es un proceso que lleva varios años de duración.

³ Robert J. Kuczmarski, DrPH, RD; Katherine M. Flegal, PhD; Stephen M. Campbell, MHS; Clifford L. Johnson; Ob.cit.p.37

Suponiendo que la menopausia se inicie a los 55 años, el aumento de peso gradual se verá correctamente reflejado algunos años después, es por ello que el grupo de mujeres comprendido entre los 60 y 69 años es aquel con una alta prevalencia de sobrepeso. En el gráfico número 16 se muestra como varían los porcentajes de sobrepeso según los grupos de edades.

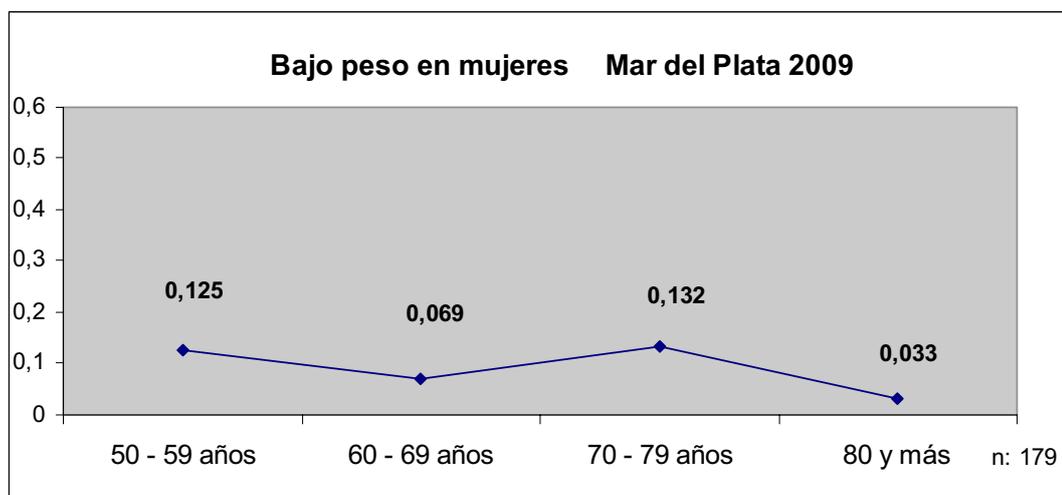
Gráfico N° 16 “Sobrepeso en mujeres según rangos etáreos”



Fuente: Elaboración propia

El bajo peso, por otra parte, presenta variaciones según edades pero no son significativas si se las compara con las cifras de sobrepeso. Además de ello, el porcentaje de mujeres con bajo peso nunca es mayor al 13,2%, teniendo en cuenta que el menor porcentaje de mujeres con sobrepeso es del 25% puede afirmarse que esta última es una problemática mucho más alarmante que el bajo peso entre las mujeres. El gráfico 17 muestra como varía el porcentaje de mujeres con bajo peso según el grupo etáreo.

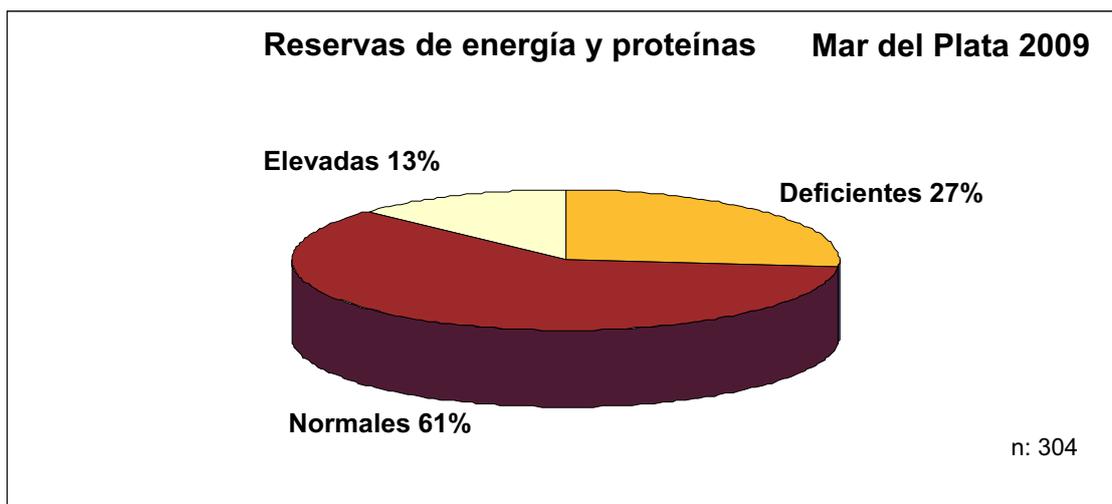
Gráfico N° 17 “Bajo peso en mujeres según rangos etáreos”



Fuente: Elaboración propia

Se evalúa también el perímetro braquial de los beneficiarios ya que este refleja el aumento o disminución de las reservas tisulares de energía y de proteínas. Como puede observarse en el gráfico número 18, el 61% de la muestra refleja una cantidad normal de reservas de energía y proteínas. Sin embargo quienes tienen una reserva de energía y proteínas deficiente representan el 27 % de la población y aquellos con una excesiva reserva de energía y proteínas apenas el 13%.

Gráfico N° 18 “Reservas de energía y proteínas”



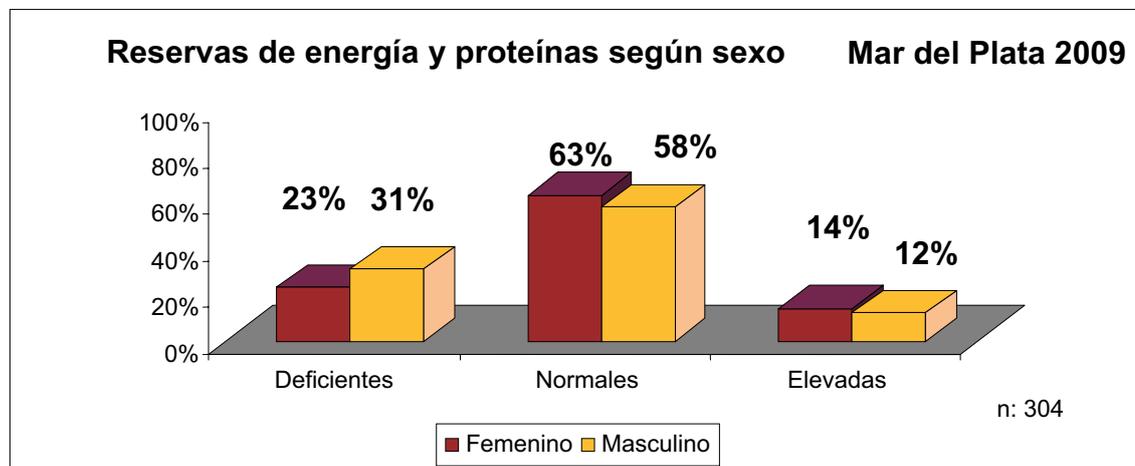
Fuente: Elaboración propia

Si se compara lo observado en el gráfico número 18 con los porcentajes de personas con sobrepeso obtenidos con en el análisis de estado nutricional de la población, puede observarse que si bien las personas con sobrepeso llegan a casi un 44%, las personas con reservas energético proteicas elevadas apenas llegan al 13%. Podría suponerse entonces que la población a pesar de tener sobrepeso tiene una masa proteica deficiente. Lo mismo ocurre al analizar a la población con bajo peso ya que esta representa al 12% del total, sin embargo la población con reserva proteico energética deficiente llega al 27%, ello nos concuerda con la suposición antes planteada.

Cuando se separa a la muestra según sexo se puede observar que son los hombres quienes tienen con mayor frecuencia un perímetro braquial deficiente y las mujeres quienes tienen un porcentaje más alto de perímetro braquial elevado. Esto responde a lo esperado ya que cuando se analizaron los valores de índice de masa corporal fueron las mujeres quienes tenían un mayor porcentaje de personas con sobrepeso

Sin embargo los porcentajes de personas con sobrepeso superan ampliamente a los porcentajes de personas con reservas energético proteicas elevadas, esto ya fue explicado anteriormente. Los resultados se muestran en el gráfico número 19.

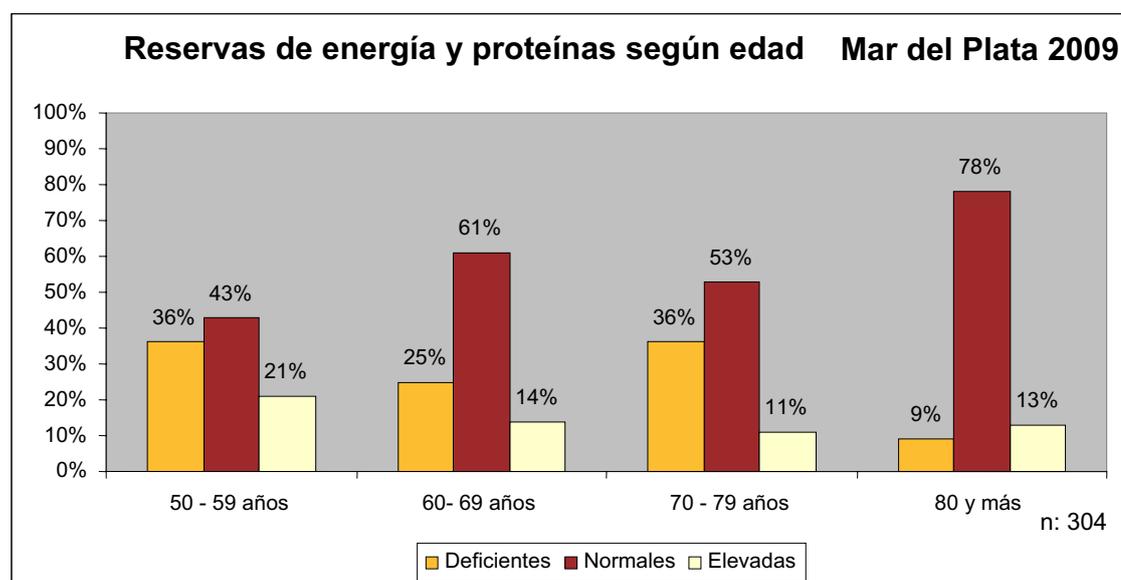
Gráfico N° 19 “Reserva de energía y proteínas según sexo”



Fuente: Elaboración propia

Las reservas de energía fueron evaluadas según rangos etáreos, quienes presentan un mayor porcentaje de personas con reservas elevadas es el grupo de 50 a 59 años, sin embargo no era este grupo quien tenía el mayor porcentaje de personas con sobrepeso. Se observa que en este grupo también es elevado el porcentaje de personas con reservas deficientes. Los ancianos mayores de 80 años son quienes presentan una mayor cantidad de reserva normal para su edad y son ellos también quienes tenían el mayor porcentaje de personas con peso normal. Los resultados se muestran en el gráfico número 20.

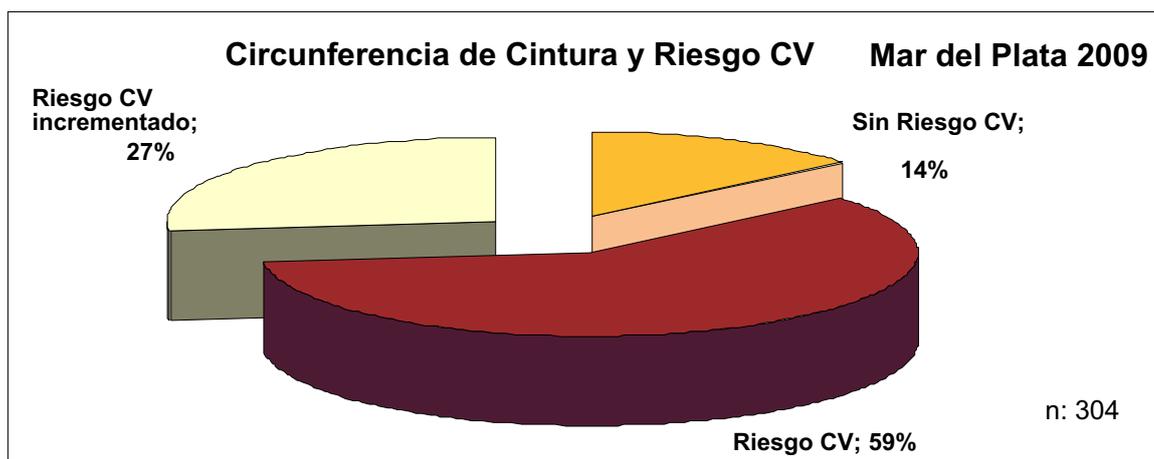
Gráfico N° 20 “Reserva de energía y proteínas según rangos etáreos”



Fuente: Elaboración propia

El riesgo cardiovascular de la población se evalúa mediante la circunferencia de cintura. El 59 % de la población posee algún tipo de riesgo cardiovascular, esto es esperable dado que la población evaluada es anciana. El 27 % poseía un riesgo cardiovascular incrementado, cifra significativamente importante. Y solamente el 14 % se encontraba sin riesgo cardiovascular. Los resultados se observan en el gráfico número 21.

Gráfico N° 21 “Análisis de Riesgo Cardiovascular”

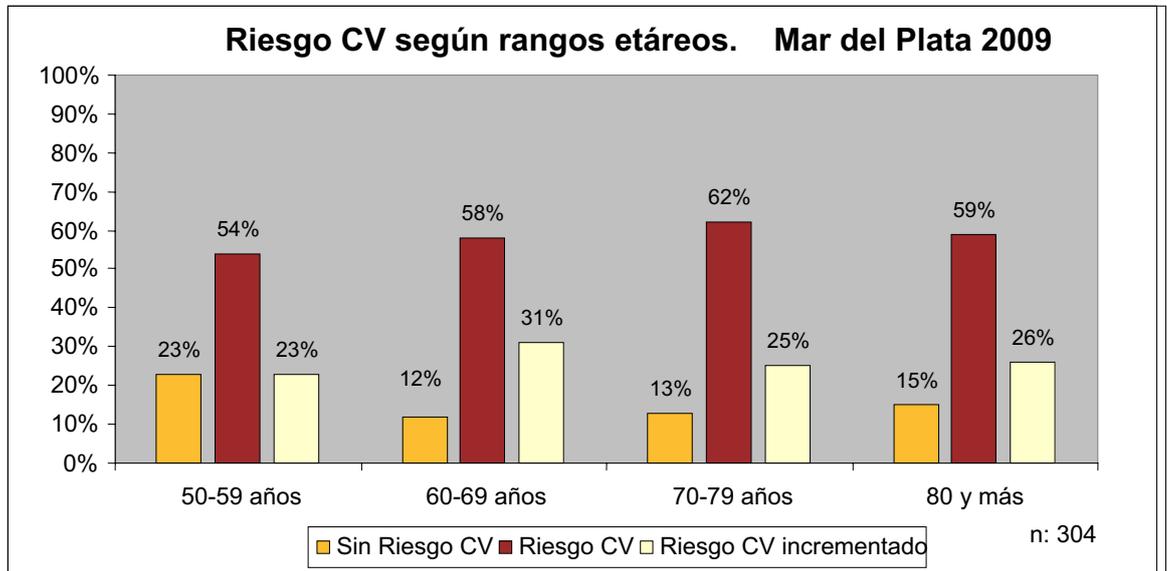


Fuente: Elaboración propia

Al analizar los datos según grupos etáreos se observa que el grupo de 60 a 69 años es quien tiene el mayor porcentaje de ancianos con riesgo cardiovascular aumentado, este grupo también posee un porcentaje elevado de personas con sobrepeso según el análisis realizado teniendo en cuenta el índice de masa corporal. En todos los casos el porcentaje de personas con riesgo cardiovascular o riesgo cardiovascular aumentado es mayor o igual al porcentaje de personas sin riesgo cardiovascular.

El grupo etáreo que posee el mayor porcentaje de personas sin riesgo cardiovascular es el de 50 a 59 años, este era el grupo que tenía también el menor porcentaje de personas con sobrepeso. Los datos se observan en el gráfico número 22.

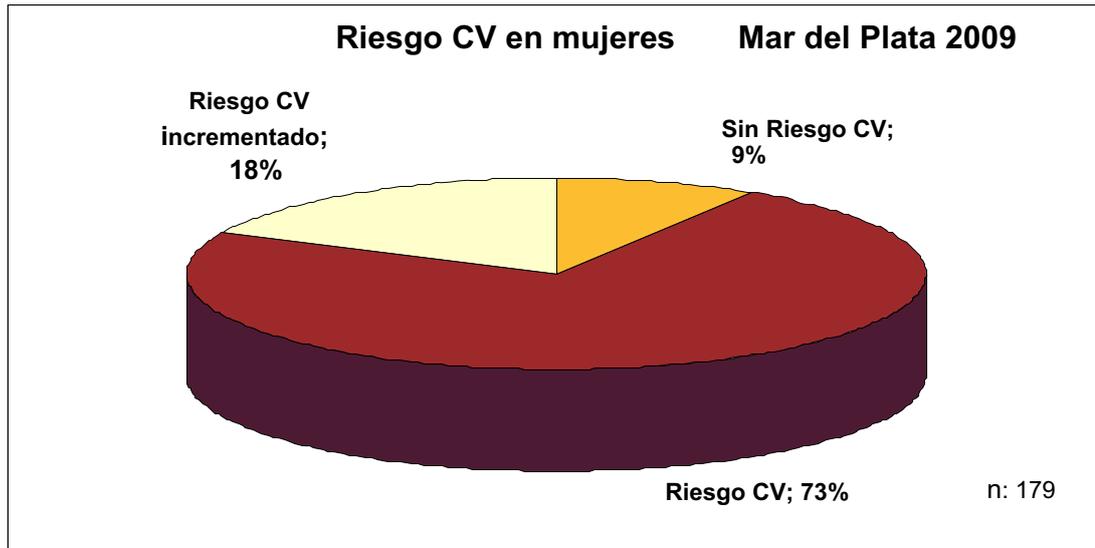
Gráfico N° 22 “Análisis de Riesgo Cardiovascular según edades”



Fuente: Elaboración propia

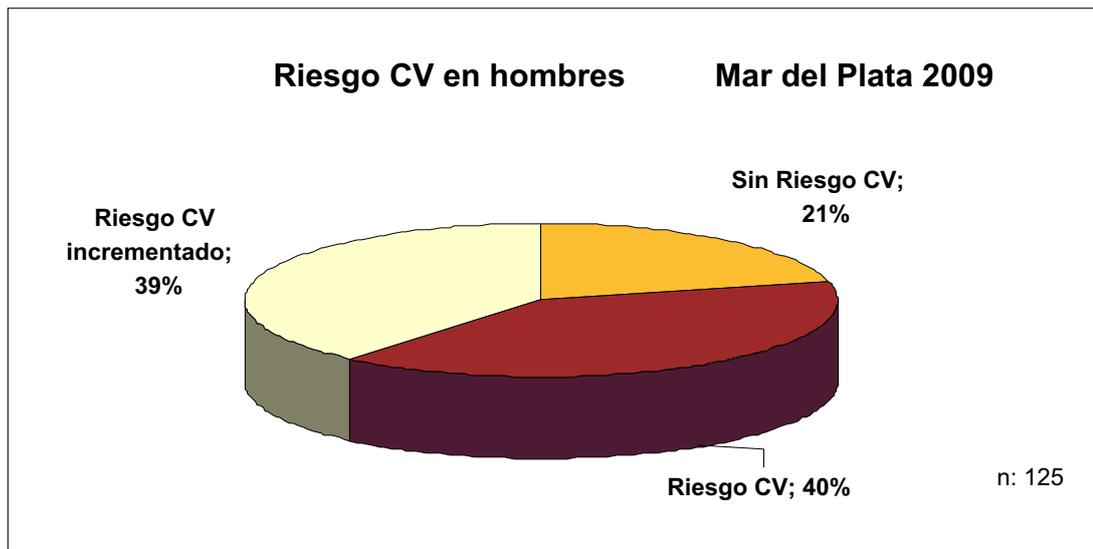
Cuando se analiza el riesgo cardiovascular según sexo se observa que son los hombres quienes tienen un mayor porcentaje de personas con riesgo cardiovascular aumentado pero también son ellos quienes representan el mayor porcentaje de personas sin riesgo cardiovascular. Se puede observar que el solo el 9% de las mujeres no poseen riesgo cardiovascular, sin embargo este porcentaje llega a 21% en el caso de los hombres. Esto se ve reflejado en los gráficos número 23 y 24.

Gráfico N° 23 “Análisis de Riesgo Cardiovascular en mujeres”



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 24 “Análisis de Riesgo Cardiovascular en hombres”



Fuente: Elaboración propia

Al separar a la muestra según el centros de jubilados se observa que los centros número 4, 8,9 y 11 son los centros que tienen una mayor prevalencia de sobrepeso mientras que los centros 2 y 7 son los que tienen los mayores porcentajes de personas con bajo peso sin embargo en estos la prevalencia de sobrepeso es mayor que la de bajo peso.

La prevalencia de bajo peso es en todos los centros de jubilados menor a la prevalencia de sobrepeso. Y en todos los casos la cantidad de personas con un índice de masa corporal normal es superior a la cantidad de personas con bajo peso. Esto se observa en la tabla número7.

Tabla N° 7 “Distribución del IMC según Centros de jubilados”

Centro de jubilados	Bajo Peso	Normal	Sobrepeso	Total
N° 1	13%	43%	43%	100%
N° 2	20%	44%	36%	100%
N° 3	15%	59%	27%	100%
N° 4	12%	33%	55%	100%
N° 5	10%	43%	47%	100%
N° 6	9%	48%	42%	100%
N° 7	19%	38%	43%	100%
N° 8	4%	43%	54%	100%
N° 9	10%	40%	50%	100%
N° 10	14%	41%	45%	100%
N° 11	5%	45%	50%	100%
Total	12%	44%	44%	100%

Fuente: Elaboración propia



■ Conclusiones

Luego de analizar los datos del presente trabajo que estudia la alimentación brindada por el Probienestar y el estado nutricional de sus beneficiarios quienes asisten a los once centros de jubilados de la ciudad de Mar del Plata se llega a varias conclusiones que se detallan a continuación:

La muestra conformada por 304 personas presentaba un 41% que pertenece al sexo masculino y un 59% al sexo femenino. Las edades de la población estudiada están comprendidas entre los 50 y los 93 años de edad, siendo la media 73,3 años.

Cuando se analiza la alimentación brindada por el Probienestar se observa que:

En primer lugar se determina que el Programa brinda un promedio diario de 1710 kilocalorías, sin distinción de sexo ni estado nutricional del beneficiario. Esta cantidad representa una cobertura del 149% en los hombres y un 180% en el caso de las mujeres. Por ello puede afirmarse que la energía brindada por el Programa es excesiva. La misma se distribuye en un 36% como grasas, un 53 % como hidratos de carbono y un 11 % como proteínas, respondiendo a una distribución normal de nutrientes. Al analizar el aporte proteico y compararlo con las recomendaciones se observa que es cubierto en un 160% en personas de ambos sexos. Este alto porcentaje era esperable sabiendo que las recomendaciones energéticas eran cubiertas en porcentajes mayores al 140%, como observación podría decirse que no estaría mal aumentar el porcentaje de kilocalorías provenientes de las proteínas, esto se lograría disminuyendo el aporte energético proveniente de las grasas y los hidratos de carbono. Esta alimentación, por ser baja en grasas sería un factor favorable para la prevención de enfermedades cardiovasculares, DBT, insulino resistencia, dislipemias, hipertensión arterial, afecciones hepáticas, osteoporosis y sobre todo el sobrepeso y la obesidad.

En segundo lugar, los micronutrientes analizados fueron el Calcio y el Hierro dada su importancia en la tercera edad. El Calcio es cubierto apenas en un 55% tanto en hombres como en mujeres, mientras que el Hierro es cubierto en un 67%. Ambos porcentajes son considerados como bajos, el aporte de estos micronutrientes ya se ha explicado con anterioridad, es de suma importancia en los ancianos para la prevención de enfermedades carenciales frecuentes en la tercera edad como la anemia, la osteoporosis, la malnutrición, posibles fracturas, etc. No estaría mal aumentar su aporte ya sea mediante la incorporación de productos lácteos fortificados, en el caso que sea necesario, o bien por el simple aumento de dichos productos en la alimentación ofrecida diariamente. Debe tenerse en cuenta que la población beneficiaria es en su mayoría considerada de bajos recursos, esto agravaría aún más

los déficits de Hierro y Calcio ya que como es conocido, la alimentación hogareña de dichas personas es en la mayoría de los casos carente de estos micronutrientes.

Por último, en el caso de las vitaminas fueron analizados los aportes de A y C, se determina que los menús brindados cubren en un 106% las recomendaciones para Vitamina C para ambos sexos. En el caso de la vitamina A, se observa una diferencia ya que las recomendaciones son diferentes según sexo, esta es cubierta en un 112% en el caso de los hombres y en un 140% en el caso de las mujeres. Dichos aportes son considerados adecuados para los beneficiarios del Programa.

Con respecto al estado nutricional de los beneficiarios de halla una elevada prevalencia de sobrepeso, un 43,92% de la población tiene un Índice de masa corporal elevada para su edad y sexo. Las personas con bajo peso representaban el 11,82% de la población y aquellas con un peso normal un 44,26%. Esto no es menor y debería ser tenido en cuenta para optimizar la ayuda que el Probienestar brinda. Sería de gran utilidad poder incorporar algún tipo de actividad física grupal en los centros de jubilados, conjuntamente con educación alimentaria de la población ya que como se observó la problemática principal de la población de bajos recursos dejo de ser siempre el bajo peso. La actividad física ayudaría también a optimizar la absorción y fijación del Calcio brindado por el Programa, que como se observó con anterioridad, era deficiente. Si a este bajo aporte le sumamos la inactividad de las personas podría concluirse que el déficit de este mineral estaría agravado. Deben proponerse modificaciones y derrumbar el modelo de los programas asistenciales que simplemente “dan de comer”, a veces hasta incluso una cuota excesiva de energía, ya que como se ha observado no hacen más que agravar los problemas nutricionales ya existentes

Cuando se clasifica a la población según rangos etáreos se observa que el grupo de ancianos de 80 años y más es el que mayor porcentaje de personas con estado nutricional normal tiene ya que el 53,3% de la población es clasificada como tal. La cantidad de personas con sobrepeso es siempre mayor o igual a la cantidad de personas con estado nutricional normal o aquellas con bajo peso en los demás rangos etáreos. El mayor porcentaje de personas con bajo peso según edades se observa en el rango de 50 a 59 años, cifra que llega al 26,67%, sin embargo, este porcentaje no supera a aquellos con sobrepeso en el mismo rango de edades.

Al separar la muestra según sexo se observa que los hombres tienen un porcentaje más elevado de ancianos con de bajo peso llegando al 31% mientras que en las mujeres esta cifra alcanza apenas al 10%. Como era esperable con el sobrepeso ocurre lo contrario, en las mujeres llega al 39% y en los hombres al 31%.

Por ello se puede afirmar que son las mujeres quienes tienen una prevalencia mayor de personas con peso elevado.

A causa de esta problemática hallada se analiza al grupo de mujeres según rangos etáreos y se observa que el pico de sobrepeso se produce en el grupo de mujeres entre los 60 y los 69 años donde la prevalencia del mismo llega al 53,5%. Esta gran diferencia se le atribuye a la caída de los estrógenos y el consiguiente ingreso a la etapa del climaterio que ocurre en las mujeres a partir de los 55 años aproximadamente y repercute en el aumento de peso años más tarde. Esto concuerda con lo demostrado en The National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES II)¹ ya que este estudio demuestra que la mujer sufre un agudo aumento de peso entre los 55 y los 59 años que se ve reflejado en un aumento del 14% del índice de masa corporal.

El bajo peso presenta variaciones según edades pero no son significativas si se las compara con las cifras de sobrepeso. Además puede afirmarse que el porcentaje de mujeres con bajo peso es en todos los rangos etáreos menor al 13,2%, teniendo en cuenta que el menor porcentaje de mujeres con sobrepeso es del 25% puede afirmarse que esta última es una problemática mucho más prevalente entre las personas del sexo femenino.

Se analiza también la prevalencia de personas con riesgo cardiovascular. Como se trabaja con personas mayores y la edad es un factor no modificable de riesgo cardiovascular, es esperable que la cantidad de ancianos con algún tipo de riesgo sea elevada. Para evitar clasificar a las personas incorrectamente se utiliza la clasificación propuesta por WHO² según la cual se pueden identificar a las personas con riesgo cardiovascular incrementado, estas serían las de interés en el presente estudio. La prevalencia de personas con riesgo cardiovascular incrementado fue del 27%, mientras que aquellas que no presentaban riesgo representaban al 14 % de la población. El resto de la población, 59%, presentaba riesgo cardiovascular, valor esperable ya que la población objeto de estudio superaba los 50 años.

Con respecto al riesgo cardiovascular se divide a la muestra según sexo, se observa que en el caso de los hombres, la prevalencia de riesgo cardiovascular incrementado era del 39% mientras que esta cifra en mujeres es del 18%. Es importante mencionar que para la determinación de dicha variable se utiliza como parámetro la circunferencia de cintura, este resultado nos permite concluir que entre los hombres existe una clara prevalencia de obesidad central u abdominal ya que, a pesar de que el grupo masculino poseía un menor prevalencia de sobrepeso respecto

¹ M.Rosenbaum. Ob.cit.p.37

² Fabiola Becerra Bula; Ob.cit.p.58

al femenino, la cantidad de personas con riesgo cardiovascular incrementado entre los hombres fue mucho mayor que entre las mujeres.

Por último se evalúa la reserva de energía y proteínas que los beneficiarios poseen a través de la medición del perímetro braquial y se compara dicho valor con los estándares según edad y sexo. El 61% de las personas poseen una reserva de energético proteica normal, aquellos con reservas deficientes representaban al 27% de la muestra y el 13 % tenían reservas elevadas.

La cantidad de personas con sobrepeso, es del 43,92%, cifra mucho mayor al número de personas con reserva energético proteica elevada, esto puede hacer suponer que a pesar de que el sobrepeso es altamente prevalente los ancianos tiene una baja masa proteica. Esta observación concuerda con el hecho de que las personas con bajo peso representen apenas un 12% y aquellas con reservas reserva proteico energética deficiente lleguen un 27% de la muestra.

Podríamos concluir entonces que el sobrepeso es la principal problemática que la población presenta, no debe descuidarse tampoco la pérdida de masa magra de los beneficiarios, ya que a pesar de ser una característica de los ancianos esta pérdida puede verse aumentada si las personas poseen una ingesta deficiente. No debe olvidarse que para diagnosticar a las personas con déficits de reservas se utilizaron parámetros ajustados a la edad y sexo , por lo que en los resultados obtenidos ya están consideradas las pérdidas de masa magra causada por el propio envejecimiento.

Cuando se intenta hacer una comparación entre los distintos centros de jubilados, no se observan diferencias relevantes entre uno y otro. Lo más relevante es que en todos los casos la prevalencia de bajo peso es menor a la prevalencia de sobrepeso y la cantidad de personas con un índice de masa corporal normal es superior a la cantidad de personas con bajo peso.

Al finalizar este trabajo de investigación surgen nuevos interrogantes. En primer lugar sería importante analizar el grado de satisfacción de los beneficiarios con la alimentación recibida y con el Programa en general. Analizar también la ingesta hogareña de los beneficiarios sería de gran utilidad para maximizar los beneficios del Programa ya que si la alimentación ofrecida es la misma que la que los beneficiarios consumen en sus hogares el Probienestar no solucionaría la carencia de micronutrientes tan importante para los ancianos, podría ocurrir también que la ingesta de los beneficiarios en sus hogares sea elevada y si a esto se le agrega la alta cuota de energía brindada diariamente por el Programa además de la inactividad de los ancianos, es posible que la prevalencia de sobrepeso aumentara aún más.



Programa
ProBienestar



■ **Bibliografía**

- Adrianza Ana A., *Interacción fármaco nutriente*. Disponible en: <http://www.nutrar.com/detalle.asp?ID=2967>
- Aguirre Patricia, *Seguridad Alimentaria; una visión desde la antropología alimentaria*, 2004. Disponible en: http://www.ambiente.gov.ar/archivos/web/salud_ambiente/File/Aguirre_Patricia.pdf
- Arroyo Patricia, Lerea Lydia, Sánchez Hugo, *Indicadores antropométricos, composición corporal y limitaciones funcionales en ancianos*. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n7/art04.pdf>
- Bagley Bruce, *American Family Physician, Nutrition and Health*. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/980301ap/edits.html>
- Banco Interamericano de Desarrollo/ Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. *La Transición Demográfica en América Latina, 2000*. Disponible en : http://www.eclac.org/Celade/SitDem/DE_SitDemTransDemDoc00e.html.
- Barrera Sotolongo Julián y Osorio León Sarah, Hospital general Ciro Redondo García, La Habana, *Envejecimiento y nutrición*. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol26_1_07/ibi08107.htm
- Becerra Bula Fabiola; *Tendencias en la valoración antropométrica del anciano*. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v54n4/v54n4a07.pdf>
- Brevis Cecilia Albala, *Evaluación del estado nutricional en el anciano*. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Geriatria/EvaluacionEstado.html>
- Bonavera J., Dube MG., Kalra PS , *Anorectic effects of estrogen may be mediated by decreased neuropeptide*. Disponible en: <http://endo.endojournals.org/cgi/content/abstract/134/6/2367>
- Brocklehurst John C. , *Geriatría 6 Edición*, Editorial Elsevier, p.51- 55, p.944
- Brown Judith E., *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*; Segunda Edición, 2006. p.426
- Bruke Mary M. , Walsh Mary B., *Enfermería gerontológico, cuidados integrales del adulto mayor*; Editorial Harcourt brace, 1998. p. 86
- Catani María Alejandra, *Propuesta de Fortalecimiento del Programa Probienestar en el Marco de la Salud Comunitaria y la Seguridad Alimentaria*, 2006, p.1.
- Challem Jack, Alfieri Rose Marie, *Antienvjecimiento: Cómo retrasar el reloj biológico, aumentar la energía y mantener la agudeza mental*, Ediciones Nowtilus S.L., 2007 p 15–18.
- Chandra S., *Nutrition immune response and outcome. Programme for Food Nutrition Sciencie 1986*. Disponible en: http://grande.nal.usda.gov/ibids/index.php?mode2=detail&origin=ibids_references&therow=428612

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *Panorama social de América Latina*. Disponible en:
<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/36249/LCW263.pdf>
- -----, *Revista Notas de Población* N° 83, 2007
- Cornachione Larrinaga María A., *Psicología Evolutiva de la vejez*; Editorial Brujas, Primera Edición 1999, p.175-178. p. 234-235 p.239
- Coronel Néstor, Red de Sociedades Científicas; *Desnutrición en el anciano*, 2004. Disponible en:
http://www.infomedonline.com/infomedonline/libroelectronicos/html/doc/malnutricion_anciano.pdf
- De Girolami Daniel, González Carlos Infantino, *Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto*; Editorial El Ateneo, 2008. p.103- 107
- FAO/OMS/UNU, *Recomendaciones nutricionales de nutrientes*. Disponible en:
www.inha.sld.cu/Documentos/recomendaciones%20nutricionales%20para%20el%20ser%20humano.%20Dr.%20Manuel%20H;2004
- Farfallo L.A., *Capítulo XII: Co-Morbilidades: Fractura de la Cadera en Ancianos*. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c307/farfa.php>
- Food and agriculture organization of the United Nations, *Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria*; Manual de capacitación. Disponible en: <http://www.fao.org/DOCREP/004/W3736S/W3736S04.htm>
- García Hernández Misericordia, Torres Egea María Pilar, *Enfermería Geriátrica*; Editorial Elsevier, 2004. p.35-37
- García Herrera L.Herrera Carranza Joaquín, *Atención farmacéutica geriátrica*; Editorial Elsevier, 2005. p.39
- Gerencia de Calidad de Vida, *Vida Plena*, Disposición Programa Probienestar 1999
- Gomes Cristina, Tuirán Rodolfo, *Procesos sociales, población y familia: alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*; Editorial Flacso, 2001 p.353-362
- González Bosquet Ezequiel, *Ginecología*; Editorial Masson, 2003. p. 151 - 160
- Helmuth Goecke, *Trastornos de la motilidad gastrointestinal*, Universidad de Valparaíso. Disponible en:
<http://www.meduv.net/universidad/tercero/fisiopatologia/PaperTrastornomotilidadGI2004.doc>
- Huenchuan Sandra, Roqué Mónica, Arias Claudia, *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿Oportunidad o Crisis?*; Publicación del las Naciones Unidas, 2009, p.8.

- *Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria*, Manual de formación, Octubre 1996; Capítulo 1. Disponible en: <http://www.fao.org/tc/Tca/pubs/tmap40/TMAP40-SP.HTM>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos; *Brecha de la pobreza desde 1991 en adelante*. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar/>
- -----; *Censo Nacional de Población y vivienda 2001*. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar/>
- -----; *Encuesta Permanente de hogares. Primer semestre 2006*. Disponible en : <http://www.indec.mecon.ar/>
- -----; *Encuesta Permanente de Hogares. Población total según condición de pobreza, sexo y grupos de edad.2006*. Disponible en : <http://www.indec.mecon.ar/>
- -----; *Perfil sociodemográfico: Hogares particulares con adultos mayores*. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar/>
- -----; *Pirámides de población*. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar/>
- -----; *Población total y porcentaje de población de 65 años y más por sexo. Total del país. Años 1991/2001*. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar/>
- -----; *Serie histórica del Índice de Precios al Consumidor (IPC) y Valores de la CBA para el adulto equivalente, desde septiembre 2000 en adelante*. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar/>
- Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados, *Actividades en los centros de Jubilados*, Cuadernillo Número 6 p. 1-35
- -----, *Alternativas del BCA*, Cuadernillo Número 5 p.6-30
- -----, *Beneficio de Complemento alimentario*, 1992.p.6.
- -----, *El Centro de Jubilados* Cuadernillo Número 3 p.1-20
- -----, *Listado de Centros de Jubilados y Pensionados*, 2009.
- -----, *Menú de invierno para comedores* Cuadernillo Número 4 p.5
- -----, *Modelo de Bolsín 2009*. Cuadernillo Número 5 p.6
- -----, *Modelo de Bolsín 2009*. Cuadernillo Número 5 p.7

- -----, *Presupuesto para comedores 2009*.
- -----, *Programa Probienestar 2005*.
- Kathleen Mahan L. , Arlin Marian T.; Krause *Nutrición y dietoterapia*; Editorial Interamericana, 8° Edición p.250-255
- Kathleen Mahan L., Escoti Stump Sylvia, Krause *Nutrición y dietoterapia*; Editorial Interamericana, 10° Edición p.320 - 323
- Kuczmarski Robert J., Flegal Katherine M., Campbell Stephen M. , Johnson Clifford L. , *The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991; Increasing Prevalence of Overweight Among US Adults*. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/272/3/205>
- Laboratorio Novartis, Requerimientos nutricionales en la tercera edad. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/requerimientos_nutricionales_en_la_tercera_edad.pdf
- Latinbarómetro, Opinión Pública latinoamericana, *Encuestas 2006*. Disponible en: <http://www.latinobarometro.org/>
- Longo Elsa N., Navarro Elizabeth T., *Técnica dietoterápica*; Editorial El Ateneo, p. 331-332.
- López de la Torre Casares M., Gargallo Fernández M., Moreno B.; *Diagnóstico y tratamiento en enfermedades metabólicas*; Editorial Ediciones Díaz de Santos, 1997.p.290-292
- Lozano Rafael, Frenk Juli, Bobadilla José Luis, *La Transición Epidemiológica en América Latina*. Disponible en: [http://www.cies.edu.ni/documentos/demografia/18%20Frenk%20\(1994\).pdf](http://www.cies.edu.ni/documentos/demografia/18%20Frenk%20(1994).pdf)
- Martini Roald B., *Disglucia: Disfagia oro-farinfo-esofágica superior*. Disponible en: <http://www.hospital-italiano.com.ar/docencia/revista/revista011/disglucia.pdf>
- Medline Plus, *Menopausia*. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000894.htm>
- Menéndez Matilde Menéndez, *Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionado*, Programa Probienestar, Octubre 1992.
- Miranda Céspedes Ela, Rodríguez Capote Karina, Llópiz Niurka y Martí Niurys Cruz, *Un acercamiento a la teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento; 2000*. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol19_3_00/ibi07300.htm
- Mora Rafael J.F., *Soporte nutricional especial*, Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 125-126
- Morillas J. Morillas, García N., *Detección del riesgo de desnutrición en ancianos*. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n6/original2.pdf>

- Moure Fernández L., Puilato Durán M.J., Antolín Rodríguez R., *Cambios nutricionales en el proceso de envejecimiento*. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/647/679>
- Naciones Unidas, *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿Oportunidad o crisis?* Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/18516863/Envejecimiento-y-Cuidados-2009-CEPAL>
- Organización Panamericana de la salud; *Mantenerse en forma para la vida*, 2002. Publicación científica y técnica N 595.
- -----; *Publicación Argentina*. Disponible en: <http://www.ops.org.ar/FuentesInfo/PublicacArg.htm>
- Otero Puime Angel, Zunzunegui María Victoria, Rodríguez Laso Ángel, *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2006_09.pdf
- Parejos Pablo, Quintana de la cruz R., López Navarro R., *Necesidades nutricionales del anciano*. Disponible en: http://www.somamfyc.com/fijos/revistas/2002_diciembre/monografia.pdf
- Pengue Walter Alberto, *Producción agroexportadora e (in)seguridad alimentaria: El caso de la soja en Argentina*. Disponible en: http://www.odg.cat/documents/enprofunditat/Deute_ecologic/SojaPengue.pdf
- Pérez Santana José Manuel, *Manual del Técnico Auxiliar en Geriatría*, Editorial Mad- Eduforma, Segunda Edición 2003 p. 40 – 45.
- Pisabarro Raúl, *Metabolismo y Climaterio: la visión de un endocrinólogo*. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2000v2/art6.pdf>
- Reyes María Rosa, Ovando Silvia Graciela; *Administración de Servicios de Alimentación, Guía de Trabajos Prácticos*. Editorial EUDEBA, 2001. p.53-60
- Roig Jorge L., *Sarcopenia: algo más que la disminución de la masa muscular*. Disponible en: <http://www.sobrentrenamiento.com/Publice/Articulo.asp?ida=231>
- Rosenbaum M., Nicolson M., Hirsch J., Heymsfield S.B., Gallagher D., Chu F, *Effects of gender, body composition, and menopause on plasma concentrations of leptin*. Disponible en: <http://jcem.endojournals.org/cgi/content/abstract/81/9/3424>
- Serra Majem Luis, *Nutrición y Salud Pública: Métodos, bases científicas y aplicaciones*; Editorial Elsevier 2 Edición, 2006. p.317-319
- Sluzky Carlos, *Redes, el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*; Editorial Paidós, 1999 p.23-25.
- Timiras Paola S., *Bases Fisiológicas del envejecimiento y geriatría*; Editorial Elsevier, 1996.p.304-306
- Vincour P. Halperin L. , *Pobreza y Políticas Sociales en Argentina de los años noventa*; Publicación de las Naciones Unidas, 2004 p. 20-26

- Universidad Autónoma de Guadalajara, *Nutrición en el adulto mayor*. Disponible en:
http://www.uag360.com/Courses/Seventh_Semester/Nutricion/Act1/guias-estudio/nutricion-enel-adulto-mayor.pdf
- Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de medicina; *Género trabajo y exclusión social en México*. Disponible en:
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm>
- Universidad Pontificia Católica de Chile, Escuela de Medicina, *Envejecimiento Biológico*. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejeBiologico.pdf>
- World Health Organization; *Our World is Ageing Fast*. Disponible en:
<http://www.who.int/ageing/en/>

Programa
ProBienestar



■ **Anexo**

Planilla de totalización

Alimento	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Totales PN
Leche						
Leche Entera	120	15	10	200	80	425
Quesos						
Queso de Rallar				10	15	25
Huevos						
Huevo fresco de gallina	10		10			20
Carnes						
Carne Pescado					200	200
Carne Pollo		120				
Carne Vacuna	150		135			285
Vegetales						
Acelga	20					20
Arvejas			40			40
Espinaca	10				50	60
Cebolla	10	20	40	80		150
Lechuga	40		40			80
Morrón		10		10		20
Papa	110	25	90		100	325
Tomate	80		80			160
Zanahoria	40		30			70
Zapallo	10	70				80
Frutas						
Banana			80		40	120
Manzana		120			40	160
Naranja					40	40
Cereales						
Avena		20			20	40
Arroz		60		20		80
Fideos			30	100		130
Fécula de Maíz				30		30
Harina de Trigo					19,5	20
Sémola	15					15
Pan						
Pan Blanco	80	80	80	80	80	400
Pan Rallado	10		20			30
Dulces						
Azúcar	10	10		10	5	35
Cuerpos Grasos						
Aceite	11	10	15	10	5	51
Crema de leche					10	10
Manteca		10	10		27	47
Enlatados						
Duraznos en lata					40	40
Tomate en lata		50		100		150
Alimentos preparados						
Polvos para flan	20					20
Polvos para gelatina			20			20

Planilla Composición Menús.

Alimento	Cantidad PN	Días de prestación	Cantidad diaria PN	Energía (Kcal.)	HC (g)	Pr (g)	Gr (g)	Calcio (mg)	Hierro (mg)	Vit. A (UI)	Vit. C (mg)
Aceite mezcla	51	5	10,2	92	-	-	10	-	-	-	-
Acelga	20	5	4	1	-	-	-	4	-	260	1
Aji morrón	20	5	4	1	-	-	-	-	-	31	9
Arroz Blanco	80	5	16	58	13	1	-	4	-	-	-
Arvejas frescas	40	5	8	7	1	1	-	2	-	51	2
Avena	40	5	8	32	5	1	1	4	-	-	-
Azúcar refinada	35	5	7	27	7	-	-	-	-	-	-
Banana	120	5	24	20	5	-	-	2	-	46	2
Carne vacuna semi grasa	285	5	57	125	-	11	9	6	2	17	-
Cebolla	150	5	30	11	3	-	-	8	-	12	3
Crema de leche	10	5	2	8	-	-	1	2	-	29	-
Durazno envasado	40	5	8	6	1	-	-	-	-	34	-
Espinaca	60	5	12	2	-	-	-	7	-	516	4
Fideos Secos	130	5	26	96	20	3	-	7	-	-	-
Fécula	30	5	6	21	5	-	-	-	-	-	-
Flan vainilla Polvo	20	5	4	14	3	-	-	-	-	-	-
Gelatina Polvo	20	5	4	16	4	-	-	-	-	-	-

Harina de trigo	20	5	4	15	3	-	-	-	1	-	-	-
Huevo entero de gallina	20	5	4	6	-	-	-	-	2	-	47	-
Leche entera fluida	425	5	85	48	4	2	3	-	96	-	170	1
Lechuga	80	5	16	2	-	-	-	-	6	-	155	1
Manteca	47	5	9,4	71	-	-	8	-	1	-	310	-
Manzana	160	5	32	17	5	-	-	-	2	-	13	1
Naranja	40	5	8	4	1	-	-	-	3	-	16	4
Pan Francés	430	5	86	231	49	8	-	-	19	1	-	-
Papa	325	5	65	49	11	1	-	-	5	-	-	13
Pescado semigraso	200	5	40	50	-	8	2	-	8	1	34	-
Pollo carne y piel	120	5	24	52	-	4	4	-	3	-	34	-
Queso pasta dura	25	5	5	15	-	1	1	-	48	-	32	-
Sémola	15	5	3	10	2	-	-	-	1	-	-	-
Tomate	160	5	32	7	2	-	-	-	4	-	288	7
Tomate envasado	150	5	30	6	1	-	-	-	2	-	270	5
Zanahoria	70	5	14	6	1	-	-	-	5	-	1540	1
Zapallo	80	5	16	4	1	-	-	-	3	-	256	1
Totales				1132	149	46	40	7	254	7	4161	57

Planilla Composición Bolsín.

Alimento	Cantidad PB	Días de Prestación	Fc	PN Diario	Energía (Kcal)	Hc (g)	Pr (g)	Gr (g)	Calcio (mg)	Hierro (mg)	Vit. A (UI)	Vit. C (mg)
Aceites comestibles	1000 cc.	8,5	1	117,65	1092	0	0	117	0	0	0	0
Arroz	500 gr.	8,5	1	58,82	214	47	4	0	14	0	0	0
Azúcar Blanca	1 Kg.	8,5	1	117,65	453	117	0	0	0	0	0	0
Fideos guiseros y tallarines	1 Kg.	8,5	1	117,65	434	88	15	1	32	2	0	0
Harina de Trigo 000	1. Kg.	8,5	1	117,65	428	90	12	1	19	1	0	0
Leche en Polvo no azucarada	400 gr.	8,5	1	47,06	236	18	12	13	428	0	532	3
Puré de tomates	530 gr.	8,5	1	62,35	22	3	1	0	6	1	997	21
Polenta	500 gr.	8,5	1	58,82	216	45	5	2	4	1	200	0
Huevos	6 u. (300g.)	8,5	1,19	29,66	47	0	4	3	16	1	350	0
Tomate en Lata	530 gr.	8,5	1	62,35	13	3	1	0	4	0	561	11
Totales (Promedio diario)					3155	412	53	139	522	6	2640	34

Promedio diario de nutrientes brindados por el Probienestar

	Energía (Kcal)	Hidratos de Carbono (g)	Proteínas (g)	Grasas (g)	Calcio (mg)	Hierro (mg)	Vit. A (UI)	Vit. C (mg)
Promedio diario de Menús	1132	149	46	40	254	7	4161	75
Promedio diario de Bolsines	3155	412	53	139	522	6	2640	34
Promedio diario de nutrientes	1710	224,14	48	68,28	330,57	6,71	3726,42	63,28

Nutrientes a cubrir por el Probieneestar

	RDA		% a Cubrir	Cantidad diaria a cubrir	
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
Energía (kcal)	2300	1900	50%	1150	950
Proteínas (g)	60	60	50%	30	30
Calcio (mg)	1200	1200	100%	1200	1200
Hierro (mg)	10	10	100%	10	10
Vitamina A (UI)	3333	2666	100%	3333	2666
Vitamina A (ug)	1000	800			
Vitamina C (mg)	60	60	100%	60	60

Programa
ProBienestar



Paula Belén **Rodriguez**

Licenciatura en Nutrición

Universidad **FASTA**

Facultad de Ciencias de la Salud

© Marzo 2010