



Autopercepción de salud, relaciones sociales y estado nutricional en adultos mayores que concurren a hogares de día provinciales en la Ciudad de Córdoba

Raquel Susana Acosta.

Tesis - Maestría en Gerontología - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud, 2014.

Aprobada: 2014

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional



Autopercepción de salud, relaciones sociales y estado nutricional en adultos mayores que concurren a hogares de día provinciales en la Ciudad de Córdoba by Raquel Susana Acosta is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud
Maestría en Gerontología

***AUTOPERCEPCION DE SALUD, RELACIONES SOCIALES
Y ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE
CONCURREN A HOGARES DE DIA PROVINCIALES EN LA
CIUDAD DE CORDOBA.***

Trabajo de Tesis para optar al título de
Magíster en Gerontología.

“Envejecer es quedarse solo”
(E. Marbeau)

Córdoba, Argentina
2014

Autora
Lic. Raquel Susana ACOSTA

Director
Prof. Dr. Mario Francisco RAMELLO

**“LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS NO SE HACE SOLIDARIA CON
LAS OPINIONES DE ESTA TESIS”
(Art. 30°. Reglamento de la Carrera de Doctorado en Ciencias de la Salud**

ÍNDICE

Resumen	6
Summary	8
Introducción	10
Planteo y delimitación del problema	13
Objetivos generales y específicos	14
MARCO TEORICO	15
CAPÍTULO 1	15
Envejecimiento	15
La salud en la ancianidad	16
Autopercepción de salud	19
CAPÍTULO II :	23
Relaciones sociales	23
Estructura de las relaciones sociales	27
Convivencia	28
Actividades sociales	29
Apoyo social	31
Redes y tipos de apoyo social	33
CAPÍTULO III : Estado nutricional	36
Estado nutricional	36
Evaluación nutricional	40
HIPOTESIS	45
DISEÑO METODOLÓGICO	46
Universo y muestra	46

Relevamiento de datos	47
Operacionalización de las variables de estudio	49
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	53
Tratamiento de datos	54
RESULTADOS	56
Características sociodemográficas	56
Autopercepción de salud	58
Relaciones sociales	63
Convivencia	63
Actividades sociales	64
Apoyo social	68
Estado nutricional	71
DISCUSIÓN	78
CONCLUSIONES	83
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS.....	93

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El estado nutricional es una resultante de la interacción de elementos objetivos tales como la ingesta calórica, situación socioeconómica y arreglos residenciales y elementos subjetivos (autopercepción de salud, contactos y apoyos sociales, convivencia, entre otros).

OBJETIVO: Conocer la relación existente entre autopercepción de salud, relaciones sociales y estado nutricional en adultos mayores AM ambulatorios usuarios de un programa social con componente alimentario, implementado en la ciudad de Córdoba, Argentina, en el año 2011.

SUJETOS Y MÉTODOS: Estudio correlacional transversal. **Universo:** Personas de ambos sexos ≥ 60 años de la ciudad de Córdoba. N 876 n: 297.

Variables principales: *Grupos Edad* (OMS): Viejos Jóvenes VJ (60-69 años), Vejez media VM (70-79), Viejos Viejos VV (≥ 80). **Sexo. Nivel de instrucción:** Bajo, Medio, Alto. **Relaciones sociales:** *Convivencia* (solo, cónyuge, hijos/nietos, otras personas), *Actividades sociales:* realiza o no realiza, lugar, con quién. *Apoyo social:* recibe, no recibe, no necesita. **Autopercepción de salud** AS: Buena, Regular, Malo. **Estado nutricional:** Déficit MND (IMC $\leq 23,9$), Normalidad ENN (IMC 24-27), Exceso MNE (IMC > 27).

RESULTADOS: Media de edad en Varones: $71,6 \pm 7,0$ años; en Mujeres $70,7 \pm 6,9$. 48,2% de varones y 43,7% de mujeres pertenecían al grupo VM. VV estaban representados por 14,9% de varones y 12% de mujeres. La mitad de AM presentó un nivel de instrucción bajo, predominando en esta categoría el sexo masculino. El 34% vivía solo, superando en número los varones a las mujeres. Más de la mitad de los ancianos encuestados (54,8%) consideró su salud Buena, predominando los varones (62,1%). El 10,5% consideró tener mala salud. El 48,8% de los Mayores expresó que su salud era igual a la del año anterior y al compararse con sus pares, el 60% dijo estar mejor. Al construir la variable AS, se encontró que el 59,3% se ubicó en la categoría *regular*. El 69,4% de los mayores participaba en actividades sociales. En relación a la compañía, hubo un predominio importante de la categoría “amigos”. La familia fue compañía solo para el 24,5% de la población. El lugar elegido por el 21,8% de los AM para participar de actividades sociales fue el Centro de Jubilados, Hogar de Día y *otro lugar*. El 31,8% de los Mayores encuestados recibía algún tipo de apoyo social, predominando el apoyo emocional en varones y el apoyo material en mujeres. En el grupo que “no recibía apoyo”, el 48,2%

expresó no necesitarlo. El 25,6% de los ancianos presentó ENN, y 42,1% presentó MNE, con predominio del sexo femenino (52,5%). En VV predominó la MND (48,7%). El EN presentó asociación estadísticamente significativa con el nivel de instrucción y la percepción del estado de salud actual, asociación que no se presentó con la variable relaciones sociales y las otras dimensiones de la variable AS.

CONCLUSIÓN: En la población estudiada, la MNE predominó en el grupo de mujeres, en tanto que en varones predominó MND. En mayores de 80 años en ambos sexos aumentó la MND (48,7%). El EN se asoció al nivel de instrucción y a la percepción del estado de salud actual.

SUMMARY

INTRODUCTION: Nutritional status results from the interaction of objective factors such as caloric intake, socioeconomic status and living arrangement and subjective factors (self-rated health, social contacts and support, cohabitation, amongst others).

AIM: To determine the relationship between self-rated health, social relationships and nutritional status in older adult (OA) outpatients that participate in a social program, with a food component, run in the city of Córdoba, Argentina in 2011.

SUBJECTS and METHODS: Cross sectional survey. **Universe:** Males and Females ≥ 60 years from the city of Córdoba. N 876 n: 297. **Main variables:** *Age Groups* (WHO): Young Old (YO) (60-69 years), Middle Old (MO) (70-79), Old Old (OO) (≥ 80). **Sex.** *Level of Education:* Low, Medium, High. **Social Contacts:** *Living Arrangement* (alone, spouse, children/grandchildren, other persons), *Social Activities:* yes or no, place, with whom. *Social Support:* yes, no, not needed. **Self-Rated Health** SRH: Good, Fair, Poor. **Nutritional Status** NS: Deficit MND (BMI ≤ 23.9), Normal ENN (BMI 24-27), Excess MNE (BMI > 27)

RESULTS: Median Age in Men: 71.6 ± 7.0 years; in Women 70.7 ± 6.9 . 48.2% of males and 43.7% of women were in the MO group. OO were represented by 14.9% of men and 12% women. Half of the OA had a low level of education, this category was dominated by males. 34% lived alone, men outnumbering women. More than half of the respondents (54.8%) considered their health to be good, predominantly males (62.1%). 10.5% felt they had poor health. 48.8% of the older adults said their health was unchanged from the previous year and when compared to their peers, 60% said it had improved. By including the SRH variable, it was found that 59.3% rated themselves in the *fair* category. 69.4% of the older adults participate in social activities. With regards to company, there was a significant predominance of the "friends" category. Family was company for only 24.5% of the population. For 21.8% of the OAs the preferred place for social activities was the Senior Center, Day Care Center and *another place*. 31.8% of respondents received some form of social support, emotional support predominantly for men and material support for women. In the group that "did not receive any support", 48.2% said they did not need it. 25.6% of the elderly were ENN, and 42.1% had MNE, predominantly females (52.5%). In OO, MND predominated (48.7%). NS showed a statistically significant association with a

level of education and perception of current health status, this was not evident with the social relationships variable and other aspects of the SRH variable.

CONCLUSION: In the studied population, MNE dominated the group of women, while MND predominated amongst the men. MND increased (48.7%) in OA over 80 years in both sexes. NS was associated with a level of education and perception of current health status.

INTRODUCCION

Las preocupaciones de los seres humanos respecto al envejecimiento han atravesado toda la historia de la humanidad. Basta recordar los antiguos mitos de la fuente de la eterna juventud, ya presentes en el Gilgamesh, primer poema épico conocido, o la discusión de los antiguos griegos respecto a si la vejez era un estado deseable de sabiduría o era una enfermedad. Estas preocupaciones humanas, que hasta el siglo XIX se pueden ubicar en el plano singular y existencial de algunas personas, a partir del siglo XX se ubican en un plano global, al darse un fenómeno totalmente nuevo en la humanidad: el envejecimiento en términos poblacionales (Berriel et al, 2006)

El envejecimiento de la población, considerado uno de los mayores triunfos de la humanidad, también puede ser considerado como uno de sus mayores desafíos, ya que, a escala mundial, impone e impondrá nuevas y mayores exigencias económicas y sociales a todos los países (OMS, 2002)

Reconociendo la multidimensionalidad de la vida del hombre, en la actualidad se consideran para definir la vejez tanto *factores personales* como la salud, la autonomía, la satisfacción con la vida, como *factores socio-ambientales* tales como la alimentación, las redes de apoyo y los servicios sociales, entre otros aspectos. En esta etapa de la vida más que en ninguna otra, el peso de cada uno de estos factores cobra una dimensión particular, que aporta a la construcción de su conceptualización, reforzando la idea de que la vejez es un concepto eminentemente cultural, ya que “*cada cultura posee un ethos en el cual se encuentra su significado*” (Huenchuan Navarro, 2005).

Eleonora Muntañola en su ponencia ***Antropología de las edades: la vejez***, la define como una etapa pautada de la existencia humana desde la cultura, y por lo tanto los criterios que la delimitan varían en función de los momentos históricos y socio-culturales, historias de vida y experiencias individuales (Feixas, 1996).

Es así que el concepto de vejez ya no es considerado más como un concepto neutro o estático, sino que es entendido como una construcción social y cultural, que cambia y se transforma a lo largo del tiempo. Su análisis se sitúa entonces en la intersección de los trayectos personales

recorridos entre naturaleza y cultura. De esta manera encontrar su auténtico significado está asociado al conocimiento de la cultura y de los roles que los distintos actores tienen dentro de la familia y la sociedad.

A pesar de ello, se debe reconocer que en esta etapa especial de la vida, el individuo debe hacer un gran esfuerzo para adaptarse a los múltiples cambios que, en diversas dimensiones, debe enfrentar (Calderón, 1990). Dada la gran complejidad de estos cambios, no puede sorprender que se hayan propuesto numerosas teorías para explicar el *dónde*, el *cómo* y el *porqué* de los mismos (Miguel, 2006).

La OMS ha desarrollado el concepto de “envejecimiento activo” (OMS, 2002) entendido como *el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*. Por lo tanto la “vida activa” no se restringe solo a reconocer el bienestar producido por la actividad física del anciano, sino también a su capacidad de inserción activa en la sociedad, fortaleciendo relaciones y vínculos sociales, permitiendo desarrollar su potencial de bienestar a lo largo de todo el ciclo vital, de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades.

Se ha observado que el desarrollo de las capacidades en el anciano, puede resultar en una reducción del riesgo de mortalidad y/o discapacidad, o en una recuperación más rápida tras haber sufrido episodios patológicos agudos y discapacidades (Otero et al, 2006), en menores riesgos de morbilidad y de limitaciones funcionales y menores riesgos de depresión y deterioro cognitivo (Fratiglioni 2000; Wang 2005).

A nivel individual, las personas con estilos de vida considerados sanos y con integración social presentan una tasa más baja de incidencia de discapacidad y una mayor esperanza de vida. Una vida social activa, con una buena red familiar y social, con actividades en la comunidad protege de la mortalidad y predice el mantenimiento de la capacidad funcional y la función cognitiva (Otero et al, 2006).

El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga social de la

enfermedad y en la calidad de vida. En la actualidad son ampliamente reconocidas las asociaciones de la salud con altos niveles de educación e ingresos, la práctica de hábitos considerados saludables como el ejercicio físico, y el rechazo de comportamientos considerados nocivos como por ejemplo un alto consumo de alcohol o la práctica del tabaquismo.

De acuerdo a distintas revisiones teóricas, la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores se ha estudiado utilizando medidas de resultado y estadísticas correspondientes a la morbilidad y expectativa de vida. No obstante, se desconocen otros aspectos involucrados en ella, tales como la percepción que sobre su propia salud tiene el anciano, o el conocimiento de las redes de apoyo social, la protección social y los servicios de salud con los que cuenta.

En los nuevos enfoques se destaca la importancia otorgada a los factores psicosociales, entre ellos la autoeficacia (Méndes de León et al, 1999), la ausencia de depresión y una buena salud autopercibida (Unger et al, 1999), así como las relaciones y contactos sociales (Puga et al, 2007).

Los factores socioambientales también deben ser considerados ya que tienen una estrecha relación con la salud integral del anciano. Entre ellos ocupa un lugar destacado la alimentación y su correlato, el estado de nutrición del adulto mayor, reconocidos ambos como una cuestión central para el abordaje de la problemática sanitaria (Schlenker, 1994).

Por otra parte, la malnutrición en la población anciana es un problema de salud frecuente, que incide de forma importante y decisiva en la morbilidad de este grupo de población (Hernández Mijares et al, 2000), (Ramón et al, 2000).

En el presente trabajo se abordará el estudio de la relación entre determinados factores psicosociales tales como la autopercepción de salud y las relaciones sociales con el estado nutricional de Adultos Mayores que recibieron en el año 2011 la prestación alimentaria en los Hogares de Día dependientes de la Subsecretaría de la Niñez, Adolescencia y Familia del Gobierno de la Provincia de Córdoba.

PLANTEO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El propósito de esta investigación fue conocer la relación existente entre autopercepción de salud, relaciones sociales y estado nutricional de Adultos Mayores ambulatorios de ambos sexos que participan de un Programa Social con componente alimentario, implementado por la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia SENAF del Gobierno de la Provincia de Córdoba, en el año 2011.

Delimitación Teórica:

Adultos mayores: Personas de ambos sexos, de 60 años o más.

Hogares de Día: Centros de atención diurna para adultos mayores. Las prestaciones alimentarias que reciben los Adultos Mayores en los Centros son almuerzo, y en algunos hogares el desayuno. En escasos centros se realizan algunas actividades socio-recreativas.

Delimitación Demográfica:

Adultos Mayores de ambos sexos, autoválidos, de 60 años o más, destinatarios del programa alimentario brindado por la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia SENAF del Gobierno de la Provincia de Córdoba, en el año 2011, y que asisten a la institución correspondiente a recibir diariamente la prestación alimentaria.

Delimitación Témporo- espacial:

El estudio se realizó en la Ciudad de Córdoba, en 22 Centros, dependientes del SENAF Córdoba. La recolección de los datos se realizó en los meses de octubre a diciembre del año 2011, en una sola etapa.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer la relación existente entre autopercepción de salud, relaciones sociales y estado nutricional en Adultos Mayores ambulatorios usuarios de un programa social con componente alimentario, implementado en la ciudad de Córdoba, Argentina en el año 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características sociodemográficas del grupo estudiado.
- Caracterizar el estado de salud de los Adultos Mayores a partir del autoreporte de salud.
- Evaluar las relaciones sociales de los Adultos Mayores a partir de las modalidades de convivencia, actividades sociales en las que participa y apoyo social recibido.
- Estudiar la salud nutricional de la población de Adultos Mayores a través de la valoración de su estado nutricional a partir de parámetros antropométricos

CAPITULO I

Envejecimiento

En 1994 la OPS, estableció los 65 años como la edad de ingreso en la ancianidad (OPS, 1996). Sin embargo es arbitrario considerar anciana a una persona teniendo en cuenta solamente la edad cronológica, debido a que el envejecimiento es un proceso integral que engloba las modificaciones morfológicas, bioquímicas, psicológicas, funcionales y sociales que origina el paso del tiempo en todos los seres vivos y que se manifiestan de manera particular en cada sujeto, modificándose en cada uno de ellos con un ritmo y tiempo propios (Zolotow, 2002).

A lo largo del tiempo y con el fin de definir y explicar el proceso de envejecimiento individual, han surgido diferentes corrientes que han centrado la explicación de este proceso en cada uno de sus componenetes aisladamente, a saber:

- El *envejecimiento biológico* considerado como un proceso biológico, dinámico, de naturaleza multifactorial, el cual incluye todos los cambios estructurales y funcionales que comienzan con la concepción y culminan con la muerte. Es decir que el nacimiento, el crecimiento, la madurez y la senectud forman parte de dicho proceso (Podrabsky, 2005).
- El *envejecimiento psicológico* referido a los cambios cognitivos, que afectan la manera de pensar y las capacidades individuales, y los cambios que conciernen a la afectividad, a los valores y a la personalidad (Mishara y Riedel 1986).
- Algunos autores hacen referencia también a un *envejecimiento* denominado *sociogénico*, descrito como el papel que la sociedad impone a las personas que envejecen. En este rol asignado estarían involucrados todos los prejuicios que esa sociedad tiene sobre los ancianos (OPS; 1992).

Rowe y Kahn (1987), consideraron estos elementos para caracterizar lo que ellos denominaron *Envejecimiento satisfactorio* para hacer referencia a las personas mayores que envejecen de manera sana, saludable y satisfactoria, según los siguientes criterios a saber:

- Personas mayores sin enfermedades graves ni probabilidad de padecerlas en ese momento, ni discapacidades que les impida mantener una salud física adecuada a su edad
- Capacidad física y cognitiva funcional que les permita antener las actividades diarias relacionadas con el autocuidado personal y autonomía
- Vida activa social y personal

Paralelamente, el concepto desarrollado por la OMS, (2002) de “envejecimiento activo” aborda la necesidad de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad de los mayores para mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen.

Estos conceptos incorporan una visión diferente del envejecimiento al considerarlo una etapa del ciclo vital, en el que las personas pueden seguir desarrollando su potencial y ejerciendo sus derechos, en particular el derecho a decidir sobre su propia vida, planteando un cambio de paradigma en el cual los mayores son dejados de ser considerados seres frágiles y vulnerables para empezar a ser reconocidos como ciudadanos activos, en pleno ejercicio de sus derechos (Miranda J. G. 2006). Esto implica reconocer sus capacidades para seguir formando parte de sus comunidades, no solo desde la perspectiva de ser destinatario de los beneficios que la sociedad ha planificado, sino también influyendo y participando de sus decisiones.

Las consecuencias de este cambio radical en la concepción del envejecimiento se visualizan en los procesos de planificación de las políticas sociales, económicas y sanitarias, donde el planteamiento basado en las necesidades de los adultos mayores, se traslada a otro basado en los derechos humanos (OMS 2002).

La salud en la ancianidad

La OMS define al adulto mayor sano como “aquel individuo cuyo estado de salud se considera no en términos de déficit, sino de mantenimiento de sus capacidades funcionales” (Isern, 1999). Alcanzar un envejecimiento saludable es entonces un logro resultante de la interacción de múltiples factores, además de la edad y sexo. El estado civil, la educación, la

renta, la presencia de enfermedades crónicas, la capacidad funcional, la composición familiar, entre otros, tienen una acción determinante sobre su situación de salud (Alves y Rodríguez, 2005).

El estado de salud de las personas además de ser uno de los principales determinantes de la calidad de vida, es también un constructo complejo, influido por diversos factores (Garrido et al, 2002). Un decremento en la salud física tiene inmediatas repercusiones en el funcionamiento psicológico (Fernández Ballesteros; 1999), ya que los síntomas de enfermedades físicas usualmente coinciden con la angustia emocional, declinando el bienestar emocional junto con la salud.

Por otra parte la ausencia de bienestar emocional y las situaciones de estrés psicosocial tienen respuestas inmediatas en la salud física de todas las personas, particularmente en los ancianos. Johnson y Wolinsky (1993) elaboraron un modelo en el que la enfermedad produce un deterioro físico que limita el desarrollo de actividades o comportamientos habituales, lo cual repercutirá a su vez en la percepción del propio estado de salud. Cada una de las fases de este modelo puede tener también un efecto directo sobre fases posteriores no inmediatas.

“El estado de sentirse enfermo no se refiere exclusivamente a sentir un dolor físico o incomodidad, sino también a las consecuencias psicológicas y sociales de un problema” (Landman Szwerwald et al, 2005)

En general, los ancianos refieren pocas preocupaciones en relación a su vida, a excepción de las que tienen que ver con el área de la salud (Fernández Ballesteros, 1994). Hasta se podría afirmar que la salud, entendida desde una perspectiva biológica, sería la preocupación más importante en las personas mayores, ya que uno de los aspectos que caracteriza este período de la vida es, justamente el declive biológico (Majos, 1995), en consonancia con las pérdidas físicas, psíquicas y sociales que deben afrontar, y la prevalencia de diferentes tipos de enfermedades crónicas.

En la actualidad se cuenta con distintos registros, encuestas e indicadores específicos, que permiten conocer la salud de los Adultos Mayores pero muchos de ellos solo toman en cuenta la parte objetiva de la salud, dejando de lado el componente subjetivo que, al igual que el objetivo soporta la influencia de diversos factores sociales, económicos, culturales y psicológicos, que la persona incorpora a los juicios que hace sobre su salud (Rico González, 2008).

Al considerar la salud desde una perspectiva integral donde intervienen infinidad de factores, se ha podido observar que el componente subjetivo de salud es una medida importante y muy cercana al estado de salud objetivo en los adultos mayores. Estudiar la salud en la población adulta mayor implica entonces reconocer la presencia de factores objetivos (conjunto de signos y síntomas) como de factores subjetivos que se relacionan con elementos que las personas recuperan para definir su propio estado de salud (Alarcón Arenas, 2005).

Es así que el concepto de salud en los adultos mayores más que en otros grupos de edad, implica subjetividad ya que depende de la conjunción de los efectos de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social. Su determinación más allá de lo estrictamente médico, es relevante para los clínicos, los tomadores de decisión y los investigadores que trabajan con este grupo de población (Gallegos Carrillo et al, 2006).

A pesar de ello, el modelo biomédico tradicional aún no reconoce que el estado de salud está profundamente influenciado por los estados de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Cuando las personas mayores realizan una evaluación de su calidad de vida, estos aspectos estarían dentro de los más influyentes en dicha evaluación (Schwartzmann, 2003). De esta manera se podría afirmar que cuando la persona expresa cómo percibe su estado de salud está indicando no tan solo la presencia de dolencias físicas, sino también el estado de su percepción del problema, que puede estar o ser agravado por otras condiciones de su entorno físico y/o social, así como de su capacidad psicológica para lograr enfrentarlo con éxito.

Por lo tanto es difícil desconocer la influencia que factores psicosociales tales como los comportamentales, psicológicos y económicos, tienen en el mantenimiento de un correcto estado de salud. A ello se suma el creciente reconocimiento del valor que determinados factores psicológicos como la autoeficacia, la ausencia de depresión y una buena salud autopercebida, tienen en la salud física.

Autopercepción de salud

El autoreporte de salud, también denominado autopercepción de salud es un indicador que engloba en una sola respuesta, los aspectos relacionados con la salud física, cognitiva y emocional, asociándose fuertemente con el estado real u objetivo de salud, pudiendo ser considerado como una representación de las evaluaciones objetivas de salud (Appels et al, 1996).

Esta variable ha sido estudiada ampliamente en los últimos años en países desarrollados. Diversas investigaciones han mostrado que medir la percepción personal de salud es útil como un indicador global (Gallegos et al, 2006). En países de América Latina se destacan los estudios realizados a partir de los datos relevados por la encuesta SABE en siete ciudades de Latinoamérica.

Los autores que investigaron el estado de salud autonotificado en el proyecto SABE, coinciden en reconocer la utilidad que tiene como indicador del estado de salud general de las personas mayores (Peláez, 2005), advirtiendo también la existencia de una estrecha correlación entre indicadores de morbilidad y el estado de salud autonotificado (Hambleton et al, 2005).

Otros investigadores (Alves, 2005) analizando los datos del estado de salud autonotificado recogidos por la misma encuesta en la ciudad de São Paulo, encontraron una fuerte correlación entre el estado de salud autonotificado y el número de enfermedades crónicas que tenían las personas de edad. Aquellas que expresaron tener dos o tres enfermedades crónicas informaron tener mala salud. La misma correlación se encontró en Barbados (Hambleton et al, 2005)

Wong et al.(2005) presentan pruebas que avalan el uso del estado de salud autnotificado como fiel indicador del estado de salud general de las personas mayores, señalando que en todas las ciudades estudiadas, el mal estado de salud autnotificado se correlacionó con déficits de memoria y con dificultades de las personas mayores para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

En un estudio realizado en La Pampa, Argentina sobre autopercepción de salud en mujeres rurales, "estar sano" referencia mayoritariamente, a una integralidad psicosocial y no solo a la situación de la salud biológica. En las representaciones de los participantes, se encontró con frecuencia que la experiencia de la salud incluía aspectos distintos a la cuestión orgánica y su explicación se basaba más sobre los estados de ánimo, el comportamiento y la relación con los demás (Giacomino, 2006). El concepto arrastraba para la población un conjunto de significados que incluyen no sólo no estar enfermo, sino la capacidad de poder trabajar, de poder comer, de estar contento y tener buen humor.

La autora observó que las representaciones de la enfermedad pertenecían también a un dominio propio de la vida social y cultural del grupo. Aspectos tales como el dinero, la realización personal, la ansiedad y la tristeza incidían fuertemente en él. Es así que la experiencia subjetiva de la enfermedad es parte de un proceso complejo que incluye la interacción entre las características del individuo y su mundo socio-cultural.

La validez transcultural de la auto-percepción de salud es una variable que también ha sido considerada y estudiada con frecuencia, y se han hallado diferencias en la forma en que los distintos grupos de poblaciones perciben la salud y sus condicionantes. A pesar de ello, la salud autopercebida es una medida que se ha mostrado asociada a la mortalidad, incluso en distintos grupos de inmigrantes (Rodríguez et al 2007)

Por otra parte, el género tendría un papel importante en la definición de la autopercepción de salud. En el mencionado estudio se encontró una fuerte asociación entre esta variable y "ser mujer". Otras investigaciones realizadas previamente en población autóctona relacionaron estas diferencias con la sobrecarga laboral de las mujeres en el hogar,

desigualdades de género que también podrían tener su reflejo en la salud de las mujeres inmigrantes (Sanz Barbero, 2008).

Desde otra perspectiva, la autopercepción de salud tiene una asociación positiva con determinados aspectos relacionados con la situación socioeconómica tales como una buena nutrición, los niveles de educación formal y los estilos de vida. En un estudio conjunto realizado por la Universidad del Norte de Texas y la Universidad de la República de Uruguay sobre la salud de los adultos mayores, Todd Jewell (2006) encontró que los hombres y entre ellos aquellos que están satisfechos con su nivel de ingreso tienen una probabilidad mayor de informar un mejor estado de salud. En dicho estudio también se reporta que la situación socioeconómica de los primeros años de vida tiene una influencia determinante en el estado de salud de los mayores.

Otro aspecto que destaca la literatura es la relación entre salud autopercebida y apoyo social. Krause (1997) halló una clara asociación positiva entre la satisfacción con el apoyo social recibido y la valoración que los mayores hacían acerca de su propia salud. En esta misma línea, Auslander y Litwin (1990) concluyen que el mejor predictor de salud autopercebida en una muestra de personas mayores de Jerusalén era el apoyo social percibido.

Existe una estrecha relación entre la valoración subjetiva que realizan las personas de su propia salud y las consecuencias negativas en la misma (Abellán, 2003). A pesar de que las medidas de la percepción del estado de salud son subjetivas y variables, según responda el propio entrevistado, el médico de familia o un miembro del hogar opinando sobre los demás, se acepta una estrecha relación entre la autovaloración de la salud y otras consecuencias negativas en los individuos, tales como un mayor riesgo de mortalidad (Marcellini, 2002). Aquellas personas que declaran tener una salud mala, presentan un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas, en comparación con aquellas que relatan tener una salud excelente (Appels et al, 1996).

De esta manera relevar la autopercepción de salud en los ancianos tiene un valor en si mismo y también como factor predictor de determinadas situaciones de salud en la

población mayor, permitiendo realizar inferencias sobre cuáles son los factores que afectan la calidad de vida de los ancianos, en las diferentes etapas de su vida.

En el modelo propuesto por Frenk (1991), los factores asociados a la autopercepción del estado de salud se asocian con cinco dimensiones: la *sociodemográfica* (edad, sexo, escolaridad, parentesco, etnia, localidad en la que vive); el *estado de salud físico* (enfermedades crónicas, discapacidad, depresión, presencia de factores de riesgo como fumar, beber, no realizar actividad física); los *servicios de salud*; el *apoyo familiar*, (convivencia), y *factores socioeconómicos* (vivienda, servicios sanitarios, gastos en salud).

La autopercepción del estado de salud es una información que debe ser tomada en cuenta cuando se pretende indagar sobre algunos aspectos del estado de salud de los ancianos, ya que, según lo analizado en páginas anteriores, tiene las características de un indicador fiable para predecir diferentes situaciones de salud, y a esto se añaden los bajos costos de relevamiento.

En esta investigación se empleará el concepto de autopercepción de salud para referirse a un proceso a través del cual los adultos mayores captan información acerca de su entorno y lo transforman en experiencias, algunas muy antiguas y otras más actuales que, organizadas por la persona pueden describir una situación real como es la salud (Rico González, 2008). En ese sentido se indagará a los adultos mayores cómo perciben de manera general, su estado de salud actual, como es su salud actual en relación a la del año anterior, y cómo sienten su estado de salud actual en relación a la de sus pares.

CAPITULO II

Relaciones sociales

La concepción de las personas mayores como sujetos de derechos es relativamente nueva y no ha tenido una aplicación universal. Esto se visualiza en el hecho de que este grupo poblacional no está plenamente incluido en la agenda pública de los diferentes países, como en su momento ocurrió con las mujeres y los niños (Huenchan Navarro, 2006 b). Es así que su visibilización e inclusión se ha convertido en uno de los más grandes desafíos de nuestro tiempo, promoviendo el desarrollo de políticas que aborden la protección, la dignidad y la seguridad de la vejez.

En los tiempos posmodernos, el anciano ha visto desdibujar sus roles sociales, y con ello su lugar en la sociedad, dejando de ser considerado fuente de sabiduría, de experiencias y conocimientos (Barbero, 2002), para ser incluido dentro de los grupos sociales que sufren descalificación y desvalorización, siendo muchas veces objeto de discriminación y marginación del quehacer colectivo, teniendo todo ello un impacto negativo en su salud.

En la actualidad se han multiplicado los estudios que buscan entender los factores que, más allá de los físicos, permitan prolongar la vida independiente de los ancianos, mejorando su calidad de vida, en el marco del concepto de envejecimiento activo.

La calidad de vida está relacionada con el grado de satisfacción alcanzado por la persona con las oportunidades que le ofrece y ha ofrecido la vida y lo conseguido en aquellos aspectos que tienen importancia para ella (Kerschner y Pegnes, 1998). El crecimiento personal, el tener un propósito y una meta, y la calidad de las relaciones personales son parte de un funcionamiento positivo en la edad avanzada. A ello deben sumarse las aspiraciones de autodesarrollo y el interés por el bienestar de los demás, lo que se asocia con los propios sentimientos de bienestar en la vejez (La Pierre et al, 1997).

Las redes y mecanismos psicosociales construidos a lo largo de la vida juegan un importante papel en el logro de un envejecimiento activo, demostrando el efecto beneficioso de la participación en actividades de la comunidad donde se vive, la disponibilidad de un confidente, las relaciones familiares y la continuidad del papel de miembro activo en la vida familiar y con las amistades.

Diversos autores han investigado los factores que han sido considerados importantes por las personas de edad para mantener/mejorar su calidad de vida. Las relaciones familiares y los contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica (Rubio Herrera, 1997), fueron los más destacados por los mayores, junto a otros componentes que también tienen alta relevancia, tales como la capacidad de control y las oportunidades potenciales que la persona haya tenido a lo largo de su vida (Raphael et al, 1997).

De todo lo anterior se desprende que uno de los principales factores de riesgo para el deterioro de la calidad de vida en la vejez está relacionado con el *aislamiento social*. Es así que en los últimos tiempos, se ha reconocido a la soledad y la falta de apoyo que las personas mayores tienen en algunos sectores específicos, como uno de los elementos más críticos en esta edad. De esta manera la preocupación se ha centrado en el valor que las relaciones sociales tienen en el mantenimiento y recuperación de la salud de los mayores, reconociendo que el concepto de vida activa va más allá de la consideración que hace referencia a la realización de actividades físicas, otorgando un lugar jerarquizado a diferentes actividades sociales.

Las **relaciones sociales** tienen gran importancia para todas las personas, ya que favorecen el desarrollo psicosocial. Su contraparte, el sentimiento de soledad emocional y social tiene múltiples matices, pudiendo ser pensado como un estado de la persona o como una situación que provoca diversas emociones, en su mayor parte negativas como pueden ser la tristeza, desesperanza o abandono, y también otras positivas como de goce o inspiración (Clemente, 2003).

Las **relaciones sociales** son importantes a cualquier edad, pero en la vejez adquieren ciertas particularidades, convirtiéndose en los mejores predictores de la salud y del bienestar subjetivo, ayudando a afrontar las dificultades y permitiendo compensar las pérdidas que aparecen en este período, ya que ayudan a la construcción de nuevos vínculos sociales. Al reconocer la importancia que, en la construcción de las emociones tienen los fenómenos sociales, la soledad podría ser considerada como la cara opuesta de un apoyo social satisfactorio.

El *aislamiento social* ha sido definido como “la soledad experimentada por el individuo y vivida como negativa o amenazadora y que es impuesta por otros” (N.A.N.D.A. 2001), constituyéndose de esta manera en un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades y discapacidades.

Kielcot y Glaser (1990), al desarrollar las bases sociobiológicas de las necesidades sociales, en las que incluye el desarrollo de la neuro-bioquímica, plantean el impacto que tienen las relaciones sociales sobre la salud física y psíquica de la persona. En 2002 Karlamangla et al desde la inmunoneuroendocrinología publican el efecto que las relaciones sociales tienen sobre la salud, particularmente en los trastornos o enfermedades crónicas y el envejecimiento. A partir del concepto de *alostasis*, entendida como la capacidad del organismo de mantener un equilibrio dinámico para mantener su funcionamiento normal en situaciones de estrés exógeno o endógeno, se define la *carga alostática* como la situación de saturación a la que se llega por un estrés continuo o excesivo que lleva a la producción de una respuesta endocrina mal adaptada. Harmerman (1999) utiliza este concepto para explicar el estado de fragilidad en el anciano como resultado final de la carga alostática producida a lo largo de la vida sobre el organismo.

Por otra parte, la felicidad entendida como un constructo psicológico (satisfacción con la vida) y social (bienestar social), estaría también vinculada con las relaciones sociales que tiene la persona y, en particular, con el apoyo social con que cuenta y contó en todo el ciclo de su vida. Ya en 1969, Bowlby planteaba que los seres humanos son más eficaces y felices si confían en el apoyo que pueden recibir de los otros, la compañía, amor y ayuda, relacionando de esta manera la felicidad con la salud mental y también con la salud física.

En la actualidad los ancianos tienen la posibilidad de formar parte de organizaciones formales, de clubes y/o grupos de ancianos que les permiten la participación social y el establecimiento de relaciones sociales, brindándoles un marco de referencia estable para que se reconozcan como tales, asuman nuevos roles, se organicen y encuentren actividades que les ayuden a reconstruir su vida, posibilitando la creación de un nuevo modelo social basado en las relaciones establecidas entre los mismos ancianos. Las personas que pertenecen a estos grupos sociales organizados, ya sean voluntariados, clubes de jubilados, instituciones de enseñanza para la tercera edad entre otros, mantienen un mejor estado de salud que quienes viven socialmente aislados.

Los vínculos sociales posibilitan asumir roles no familiares que la sociedad ofrece a través de la participación en agrupaciones diversas, enriqueciendo la propia identidad, permitiendo pensar que su ser social no se agota en el rol de abuelo (Acosta et al, 2011).

Al pertenecer a un determinado grupo, el adulto mayor se siente reconocido por un otro significativo que lo acompañará en el proceso de cambios que implica transitar la vejez. Los grupos sociales cumplen la función de apuntalamiento y contención emocional, refuerzan la autoestima, promueven sentimientos de pertenencia y el consiguiente bienestar subjetivo.

Los vínculos amistosos a esta edad funcionan como protectores de la salud y aumentan la expectativa de vida. Por lo tanto, contar con un amigo en esta etapa significará tener alguien en quien confiar y a quien escuchar, al mismo tiempo de sentirse escuchado lo que repercutirá positivamente en la salud integral del anciano.

Las *relaciones sociales* son el tejido de personas con el que se comunica un individuo, las características de los lazos que se establecen y el tipo de interacciones que se producen (Pico Merchán, 2007). El centro del análisis está puesto en el individuo, ya que sus componentes, *redes sociales* y *apoyo social* son atributos de los individuos (Otero Puime et al, 2006).

Teniendo en cuenta lo anterior, en las *relaciones sociales* se pueden diferenciar estructura y funciones. La estructura se corresponde a lo que comúnmente se denomina *red social*, en tanto que las funciones toman el nombre de *apoyo social*.

Estructura de las relaciones sociales

Las redes sociales fueron inicialmente concebidas desde una perspectiva antropológica, al considerar que era imprescindible para explicar las situaciones de vida de las personas, reconocer la existencia de lazos más allá de los familiares, residenciales o de grupo social. Este concepto lo amplía la sociología considerando la estructura y composición de las redes sociales como así también los contenidos y recursos que fluyen tras ella, lo que va a definir las oportunidades o determinar las limitaciones en el comportamiento de los individuos.

Las relaciones establecidas en el ámbito interpersonal de los individuos contribuyen fundamentalmente a su auto-reconocimiento como persona y a la construcción de una imagen de sí, constituyéndose en uno de los aspectos centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación frente a una crisis (Steinmetz, 1988). La suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o diferenciadas de la masa anónima de la sociedad, se podría identificar como su *red social personal*. Otros autores (Wasserman y Faust, 1998) consideran la red social como el conjunto finito de actores y de relaciones que se auto-definen.

Según Clemente (2003), que cita a Sluzki (1979), la red social de una persona se puede registrar de tal manera que refleje la importancia y presencia de las diferentes relaciones con que cuenta el individuo. Para ello es necesario reconocer la presencia de cuatro elementos fundamentales que son familia, amistades, relaciones laborales o escolares y relaciones comunitarias, de servicios o de credo.

Estos elementos permiten establecer tres niveles de importancia en las redes sociales, pero con diferentes categorías:

- *Relaciones íntimas*: incluye a familiares directos con contacto cotidiano y amigos cercanos
- *Relaciones personales*: incluye las relaciones profesionales o sociales con contacto personal pero sin intimidad. Tienen un menor grado de compromiso.
- *Relaciones ocasionales*: incluye a conocidos del mundo de trabajo, vecinos, etc.

En la vejez, teniendo en cuenta que los contactos extra-familiares se reducen de manera notoria, la relaciones entre padres e hijos adquiere una nueva y compleja dinámica, al recibir los progenitores más ayuda de la que tradicionalmente han prestado y que en la actualidad pueden prestar.

Convivencia.

Sería el primer elemento a considerar dentro de la categoría de relaciones íntimas. Con quién vive la persona determinará la percepción que el anciano tenga de los cuidados brindados por su grupo social más cercano: la familia, o de los cuidados a los que podría acceder en caso de necesitarlo, permitiendo medir la fortaleza de esta red primaria.

La *convivencia* permite analizar el grado de fortaleza de las relaciones internas (pareja u otras personas convivientes). Por otro lado permite conocer la frecuencia con la que el adulto mayor tiene contacto con miembros de esta sub-red social, la familia, ya que el tipo de convivencia que posee el adulto mayor tiene diferentes implicancias para su vida. Existe la hipótesis de que los ancianos que viven solos o con menor red de apoyo social pueden presentar mayor riesgo de depresión y tristeza, y sentimientos de soledad, lo que a su vez puede influir de diversas maneras en su estado de salud en general, y en la alimentación en particular, ya sea disminuyendo o aumentando el consumo de alimentos y afectando la calidad de la dieta alimentaria.

En gran parte de los estudios sobre arreglos residenciales se hace hincapié en los costos y beneficios asociados a las diferentes modalidades que tienen. Los beneficios asociados a la coresidencia, tanto para los adultos mayores como para los familiares coresidentes, varían desde compañía y apoyo emocional hasta apoyo físico y financiero (Saad, 2005). La ayuda

familiar es importante especialmente durante los períodos de crisis relacionados con la salud.

Al diferenciar el apoyo proporcionado por familiares y/o amigos, se puede afirmar que la ayuda familiar es importante durante los períodos de crisis, especialmente relacionados con la salud. En tanto que los amigos refuerzan las relaciones sociales que son mutuamente provechosas, favoreciendo la integración social del anciano (Antinucci y Jackson, 1990)

Actividades sociales

Se ha comprobado que la calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con la participación social. En este sentido se entiende calidad de vida como *"la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su **participación en las actividades** que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad"* (Amat, C. et al. 1989).

Diversas investigaciones publicadas en el Boletín de Estudios Internacionales sobre Educación Permanente de las Personas de la Tercera Edad (1998) demostraron mediante datos empíricos la importancia de las actividades psicosociales para mantener una mejor calidad de vida (Epp, J. 1998). Los ancianos que no desarrollan actividad alguna, se enferman más y mueren más jóvenes que los que se mantienen dinámicos (Kinsella, K. 1994).

Otros estudios han demostrado la relación entre el nivel de actividad y la sobrevida en personas mayores de 65 años. Glass TA, Mendes de León C, et al. (1999) destacaron que en el estudio longitudinal EPESE (*Estudios Epidemiológicos de los Ancianos*), realizado en Adultos Mayores norteamericanos, las actividades sociales y productivas brindaron la misma sobrevida que la actividad física, destacando la importancia de este hallazgo, ya que demuestra que las actividades que demandan poco o escaso esfuerzo físico también contribuyen al bienestar físico de esta población.

Evidencias sustanciales indican que los contactos sociales disminuyen los efectos nocivos del estrés psicológico mediante el incremento de la respuesta inmunológica celular y humoral. En segundo lugar, las actividades sociales y productivas comprenden el desempeño de papeles sociales significativos que, probablemente, tengan consecuencias más allá de los beneficios sobre el estado físico, tales como otorgar un sentido y un propósito a la vida asociados con la sobrevivencia. Por último, estas actividades fortalecen las relaciones interpersonales así como las normas de reciprocidad y dependencia.

La participación social hace referencia a sistemas de apoyo o suministros psicosociales tales como uniones entre individuos, caracterizados por ayuda material, asistencia física, compartir pensamientos, sentimientos y experiencias, y contactos sociales positivos (Caplan y Keane, 1985).

El descenso de la participación social se manifiesta en un declarado sentimiento de inutilidad. Al hablar de participación social se hace referencia a la "*participación social significativa*", entendida como un proceso de interacción personal que consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por la persona como beneficiosa. (La Rosa, E.1988). La participación social significativa parece hallarse básicamente en las áreas educativa, laboral, actividad física y recreación de carácter grupal y en las relaciones sociales propiamente dichas, donde el fin es la interacción mutua y la integración social.

De esta manera, la participación en actividades socio-comunitarias, así como el fortalecimiento de los lazos sociales y familiares, y las visitas, serían factores importantes para promover la salud en la ancianidad. El mantenimiento de un buen nivel de salud se relaciona con el hecho de tener todavía objetivos y metas en la vida y de seguir formando parte activa de un grupo social.

Según Erikson, los que envejecen deben mantener una función generativa: por un lado, produciendo y creando; y por otro, relacionándose con los demás y sintiéndose responsable de ellos, pues se vive en relación con otros.

La participación en actividades sociales e interacciones significativas permitiría el desarrollo de las potencialidades y recursos que el anciano posee. La participación social no sólo tiene que ver con la iniciativa que podría vincularse al estilo de vida de cada sujeto, a sus modelos relacionales interiorizados, sino que tiene que ver también con el lugar que la sociedad asigna a quien envejece.

Otros estudios realizados en el ámbito anglo sajón demuestran que una vida social activa, con unas buenas redes sociales y con actividad en la comunidad, protege de la mortalidad y predice el mantenimiento de la capacidad funcional (Mendes de León, 2001; Seeman, 1996), y la función cognitiva (Bassuk, 1999; Fratiglioni, 2000; Holtzman, 2004).

Por otra parte, los resultados del estudio longitudinal *Envejecer en Leganés* demuestran que las redes y mecanismos psicosociales construidos a lo largo de la vida juegan un importante papel en el logro de un envejecimiento saludable. En concreto se ha demostrado el efecto beneficioso de: *a)* la integración en actividades de la comunidad donde se vive, *b)* la disponibilidad de un confidente, *c)* las relaciones familiares; y *d)* la continuidad del papel de miembro activo de la vida familiar y de las amistades (Otero Puime, et al. 2006).

Como ya se dijo, los efectos de las relaciones sociales en la longevidad, la capacidad funcional y la salud mental de las personas mayores ya están comprobadas a partir de las múltiples evidencias científicas existente al momento.

Apoyo social

Gómez y Cursio (2000) definen el apoyo social como el conjunto de ayudas económicas, emocionales e instrumentales proporcionadas al anciano por parte de otras personas. Es necesario diferenciarlo de las relaciones sociales, en razón a que éstas son el mecanismo a través del cual se realiza o no el apoyo social, es decir, las relaciones pueden o no estar asociadas con efectos tanto positivos como negativos en el apoyo, en la medida en que no siempre las relaciones sociales, aunque existan, proporcionan o garantizan dicho apoyo.

Otra definición de apoyo social la brinda Yanguas Lezaun (2006) que cita a Lin y Ensel (1989). Estos autores identifican el concepto con el conjunto de provisiones expresivas e

instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, y que pueden producirse en situaciones cotidianas o en situaciones de crisis. Existe una serie de tipologías de soporte social, y de formas como los ancianos acceden a ellos, siendo su significado y contenido socialmente construido, yendo más allá del control del individuo.

Clemente define el apoyo social como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades sociales básicas la afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación. Por lo tanto, la existencia de relaciones sociales no implica siempre la provisión de apoyo, ya que algunas relaciones pueden ser fuentes de conflicto (Clemente, 2003).

El *apoyo social* puede entenderse como la interacción entre las personas (familiares, amigos, vecinos y miembros de organizaciones sociales) con la finalidad de dar y recibir ayuda de diversa índole, básicamente apoyo espiritual, emocional, instrumental e informativo (Jylhä, 1989).

En los últimos años el constructo apoyo social aparece asociado significativamente al proceso salud/enfermedad. Diversos autores han ensayado distintas explicaciones sobre la importancia que tiene el apoyo social para la salud. Entre ellas se han propuesto mecanismos de tipo psicológico y fisiológico que influyen sobre los comportamientos de los individuos e impactan sobre la misma. Como ejemplo de mecanismos psicológicos se pueden citar la mejora de la autoestima, la autoeficacia o la capacidad de afrontar las situaciones problemáticas.

Los mecanismos fisiológicos han sido estudiados fundamentalmente en animales, y podrían incluir cambios en el sistema inmunitario o en la reactividad cardiovascular, entre otros (Berkman et Glass, 2000). Este autor, en otra investigación realizada en Oakland (California, EEUU), descubrió que las personas con niveles muy bajos de apoyo social tenían una probabilidad casi tres veces superior a la de aquellos que disfrutaban de una mayor vinculación social, de morir durante el período estudiado (9 años).

Se ha constatado también la influencia del apoyo social sobre otras variables como la salud percibida (Bisconti y Bergeman, 1999). En el intento de explicar la relación entre apoyo social y salud en personas mayores, se confirma el papel crucial que el apoyo emocional tiene en la salud autopercebida.

Redes de apoyo social

El apoyo o soporte que recibe el anciano a través de la red social puede provenir de dos componentes: las redes de apoyo primarias o secundarias.

Redes primarias de apoyo social: Están relacionadas con la familia, ya que ésta sigue siendo la principal fuente de apoyo para los ancianos, la preferida por ellos y a la que acuden generalmente en primera instancia. Las relaciones de apoyo que se dan entre los ancianos y sus familias están basadas principalmente en orientaciones valorativas sobre la unidad familiar y la interdependencia. Gómez y Cursio (2002) aseveran que, a pesar de los cambios sociales y de la edad, las redes familiares del anciano permanecen estables si son recíprocas. Con el aumento de la edad se incrementa la dependencia de los familiares y se disminuye el soporte de las personas por fuera de ellos

Redes secundarias de apoyo social: Son las que incluyen vecinos, amigos, parientes no cercanos y grupos comunitarios. Si bien los vecinos no son parte vital de las redes de apoyo afectivo de la persona anciana, proporcionan generalmente ayuda en momentos de crisis o en emergencias. Este tipo de apoyo social está asociado a un tipo de asistencia elemental y urgente.

Las relaciones con amigos involucran apoyos de mayor intensidad, cohesión, compañía y provisión de servicios o ayuda en actividades cotidianas. Se caracterizan por el apoyo afectivo, ayudan a mantener una autoestima positiva y potencian, por así decirlo, su espiritualidad y sentido de continuidad espiritual.

Tipos de apoyo social

Las funciones que cumple el apoyo social están determinadas por el tipo de intercambio interpersonal que existe entre sus miembros, siendo estas funciones múltiples. Según Berg y Poner (1990) el apoyo social puede tener las siguientes características:

- a. *Apoyo emocional* que hace referencia a la confianza, compañía, orientación, afecto. Representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona. Schefer, Coyne y Lazarus (1981), hallaron que, en la predicción de la depresión en las personas mayores, el apoyo emocional era más importante que el apoyo informacional o instrumental.
- b. *Apoyo instrumental, tangible o material* hace referencia a la posibilidad de poder disponer de ayuda directa (por ejemplo, cuidar de la casa cuando uno se ausenta, cuidar de un familiar, facilitarle alojamiento, etc.). Plantea aspectos tales como la ayuda de tipo económica, en labores de la casa, en situaciones de crisis o enfermedad. El apoyo instrumental podría estar relacionado con el bienestar porque reduce la sobrecarga de tareas a la que se ve enfrentado el sujeto y de esta manera, incrementa su disponibilidad de tiempo para participar en otros tipos de actividades.
- c. *Apoyo informacional*: Consiste en la provisión de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas. Krause (1987 b) destaca el importante papel mediador que el apoyo informacional cumple en las personas mayores con escasos recursos económicos o redes sociales reducidas. Las personas que cuentan con más apoyo informacional o que proveen a otras personas de información están más protegidos frente a la aparición de un cuadro depresivo durante el envejecimiento. La disponibilidad de este tipo de apoyo se hace más necesaria en aquellas ocasiones en las que los recursos adaptativos de la persona se ven desbordados (por ejemplo, carencia de recursos económicos, viudedad, enfermedad, cambio de domicilio, etc.).

Sherbourne et al (1992) muestran relaciones positivas entre apoyo social e índices objetivos de salud y calidad de vida, y entre el apoyo social y la salud autopercebida. Krause (1987b) halló una clara asociación positiva entre la satisfacción con el apoyo social recibido y la valoración que los mayores hacían acerca de su propia salud.

Liu, Liang y Gu (1995), en un intento de explicar la relación entre apoyo social y salud en personas mayores, confirman el papel crucial que el apoyo emocional tiene en la salud autopercebida, y proponen un fortalecimiento del apoyo social como vía para mejorar el estado de salud entre los mayores.

En esta misma línea, Auslander y Litwin (1991), concluyen que el mejor predictor de salud autopercebida en una muestra de personas mayores de Jerusalén era el apoyo social percibido, cuyo poder de pronóstico era mayor que las medidas objetivas relativas a la estructura de su red social de apoyo.

Weiss (1982) considera que el bienestar de las personas depende de la existencia de una serie de relaciones interpersonales que satisfacen necesidades sociales específicas. Postula que las personas mayores que poseen una relación íntima (por ejemplo, aquellos que aún tienen cónyuge) pero que carecen de un grupo social de personas de su misma edad, experimentan un tipo de soledad que él denomina “*aislamiento social*”; mientras que aquellas personas que no disponen de la primera pero que sí tienen un grupo de amigos de su misma edad presentarían un “*aislamiento emocional*”. De acuerdo con el modelo de Weiss, el bienestar subjetivo de los mayores estaría en función tanto de la presencia de un confidente o persona más íntima como de un grupo de iguales, ya que cada uno satisfaría necesidades específicas: intimidad y socialización, respectivamente. Otros autores remarcan la importancia sobre el bienestar, de la percepción que el mayor tiene del apoyo social por sobre la cantidad de interacciones sociales (Gibson, 1986).

En el presente trabajo se analizará la actividad social que desarrollan los adultos mayores a fin de reconocer su participación en las mismas, los lugares donde realizan dichas actividades y en compañía de quien, favoreciendo una mayor integración social, así como el apoyo social recibido. También se analizará la convivencia, ya que es un factor importante que permite analizar el grado de aislamiento social y la disponibilidad de ayuda inmediata.

CAPITULO III

Estado Nutricional.

La salud como proceso dinámico, guarda estrecha relación con el ambiente en el que el individuo nace, se desarrolla y se adapta. El ambiente está compuesto por todos los elementos del entorno físico, social, cultural, climático, económico, sin los cuales no se puede sostener la vida, siendo un ejemplo paradigmático de ello, la alimentación.

Entre los múltiples factores que afectan la autonomía y la calidad de vida de la población en general y de los ancianos en particular, se encuentran los déficits o excesos en la alimentación, lo que unido a otros factores psicoafectivos y socioeconómicos, tienen su impacto en la nutrición de las personas (Martínez Quero C, 2005).

Un estado nutricional saludable contribuye, sin ninguna duda, a mantener y/o mejorar el estado funcional y mental de la persona, a mantener su salud, y de esta manera contribuir a mejorar su calidad de vida, lo que adquiere suma importancia en estos tiempos en los que se han aumentado los años de supervivencia (García de Lorenzo, 2005).

El bienestar nutricional es la resultante de un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre sí que tienen por objeto mantener la integridad normal de la materia y asegurar la vida. En el caso de los seres humanos la interacción de los factores genéticos del individuo con los múltiples factores del ambiente físico y sociocultural van a determinar dicho bienestar. (Acosta, 2008).

En la sociedad contemporánea, la nutrición es un factor importante en el origen y el tratamiento de situaciones patológicas que conducen a la discapacidad y muerte. Un buen estado de nutrición y ciertos factores del estilo de vida, como una dieta adecuada son vitales para asegurar a todas las personas en general, y a los adultos mayores en particular, una vida saludable, activa e independiente (Cervantes Turrubiates et al, 2003).

Teniendo en cuenta que el acto de comer no es solamente la ingesta de alimentos sino un proceso sociocultural, en donde aspectos tales como compartir con otros el momento de la comida se vuelve fundamental, la salud nutricional de los adultos mayores está fuertemente influenciada por elementos subjetivos relacionados con la salud (autopercepción), por las actividades sociales que realiza y los apoyos sociales que recibe.

Es así que la importancia de la integridad nutricional de las personas mayores se reconoce en la propia sensación subjetiva de bienestar, en el mantenimiento de un correcto funcionamiento de los distintos órganos y sistemas corporales (Rosemberg, 1994), en un estado de nutrición satisfactorio, que pueda contribuir a mejorar la capacidad de respuesta del organismo ante los múltiples factores que producen en el organismo daño, lesión o enfermedad, así como a preservar la autonomía (Acosta, 2008).

Las personas mayores son más susceptibles que los adultos jóvenes a los trastornos nutricionales debido a una combinación de factores que van más allá de los relacionados con los cambios fisiológicos que modifican los requerimientos nutricionales y la utilización de los alimentos por el organismo. Existe a esta edad una mayor incidencia de enfermedades físicas y/o mentales, incapacidades, ingesta excesiva de medicamentos, alteraciones mentales, aislamiento social, cambios culturales y la situación de indefensión económica en la que muchos mayores desarrollan su vida. (Acosta, 2008)

Los estados de malnutrición, si bien tienen una relación directa con factores biológicos propios de la edad, están básicamente asociados con determinantes sociales de la salud, tanto a nivel estructural como intermedio (situación económica, convivencia, institucionalización, distintos tipos de apoyo social entre otros) (OMS, 2008). Las características psicobiológicas de las personas de edad y los ya mencionados determinantes sociales de la salud son causa y consecuencia de la inseguridad alimentaria que padecen los mayores.

En esta etapa de la vida, las posibilidades de sufrir alteraciones en el estado nutricional, tanto por déficit como por exceso, se ven incrementadas (Acosta et al, 2010). Por otra parte, en los ancianos cambios muy sutiles en el estado nutricional pueden tener efectos

adversos sobre su estado funcional y la calidad de vida (Crosetto et al, 2001). Estos cambios incluyen entre otros, el sobrepeso y la obesidad potenciados en parte por la falta de actividad, la desnutrición calórico proteica, la sarcopenia, así como los déficits de micronutrientes, tales como la vitamina B12 y la anemia subsiguiente, o la disminución de la síntesis de vitamina D y sus consecuencias sobre las enfermedades óseas.

La desnutrición en esta edad generalmente no se presenta de manera brusca; es más bien un proceso de deterioro lento que va ocurriendo por etapas. El anciano pierde peso al ser sometido a una circunstancia determinada y difícilmente puede recuperar ese peso perdido, pues una vez que ha sanado sufre otro problema o enfermedad que no le permite recobrar el peso inicial. Por lo tanto, la desnutrición no es fácil de detectar, ya que muchas veces se encuentra enmascarada por el padecimiento de enfermedades crónicas y sólo se percibe un adelgazamiento lento y cotidiano (Vellas et al, 1992).

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado una relación entre el estado nutricional y la morbimortalidad. Esta correlación se ha observado con distintos parámetros usados en la valoración del estado nutricional tales como el peso, la pérdida de peso y el índice de masa corporal (IMC). Un IMC por debajo de 22 kg/m² se ha asociado a una mayor mortalidad y a un peor estado funcional en personas mayores que viven en la comunidad. Entre todos ellos el dato más relevante sería la pérdida de peso (Salvá Casanovas y Serra Rexach, 2007).

Clásicamente se ha considerado como indicador de desnutrición en ancianos, una pérdida de peso involuntaria del 5 % en un mes o del 10 % en seis meses. Sin embargo, los estudios de Wallace realizados en personas ambulatorias han demostrado que una pérdida de peso superior al 4 % en un año se relaciona con una peor evolución del estado de salud y una mayor mortalidad (28 % frente 11 %) en dos años de seguimiento (Wallace y Schwartz, 1995).

Según Payete, H (1999), el riesgo de mortalidad se incrementaría en un 76 % en aquellas personas que viviendo en su domicilio tienen una pérdida de peso involuntaria independientemente del IMC inicial. A su vez Launier (1994) plantea que, en mujeres entre

60 y 74 años, una pérdida de peso superior al 5 % se asocia con un riesgo doble de discapacidad si se comparan con aquellas sin pérdida de peso.

Diferentes investigaciones realizadas en la ciudad de Córdoba, en ancianos institucionalizados encontraron que el porcentaje de población que sufría de malnutrición por déficit variaba entre un 54.5% (Rinaudo, 2002) y un 44,6% (Acosta et al, 2006). En ancianos no institucionalizados, concurrentes a centros en los cuales recibían una prestación alimentaria, lo que favorecía el contacto social, se encontró que prevalecían los estados de malnutrición por exceso (Acosta et al, 2006), (Acosta et al, 2005) (Asaduroglu et al, 2006).

Estos datos permiten afirmar que la prevalencia de malnutrición en los ancianos varía considerablemente según la población estudiada, ambulatoria o institucionalizada en hospitales, hogares de ancianos, asilos o geriátricos.

Entre las múltiples consecuencias que la malnutrición puede acarrear, se encuentra su asociación con los estados de fragilidad, sarcopenia y discapacidad.

Durante la etapa de crecimiento, los procesos anabólicos exceden a los catabólicos. Pero una vez que el organismo alcanza su madurez fisiológica, se incrementan, de forma progresiva los mecanismos catabólicos, lo que produce una pérdida progresiva de masa muscular que redundará en una disminución de la masa magra total. Esta pérdida de músculo se va incrementando con los años. Al respecto, estudios de Baumgartner y Janssen (1998) revelan que la masa muscular declina aproximadamente en razón de un 3-8% por década a partir de los 30 años y que esta tasa se acelera por encima de los 60 años.

El músculo esquelético es un tejido dinámico en constante recambio proteico. En adultos jóvenes, existe equilibrio nitrogenado que permite el mantenimiento del peso muscular esquelético. Por el contrario, en la vejez comienzan a ocurrir pequeños desequilibrios entre síntesis y degradación. Entre los 65 y 90 años, la síntesis proteica alcanza solamente al 60 - 70 % de la correspondiente a la adultez joven (Serra, 2006). Con el paso del tiempo se

manifiesta una significativa pérdida de proteínas musculares y consecuentemente con ello, de masa muscular.

La pérdida de masa y fuerza muscular pueden ser incrementada por la presencia de desnutrición crónica (Velásquez Alva et al, 2004) creando un círculo vicioso que por lo general se manifiesta en ancianos frágiles. Cuando se inicia el descenso fisiológico de la síntesis de proteínas debido a la edad, el descenso de la fuerza y resistencia muscular, la disminución del consumo de oxígeno y de la tasa metabólica de reposo provocados por el desgaste muscular, existe menor actividad física y consumo energético, completándose así el camino hacia la desnutrición crónica en los ancianos (García Mayo, 2003).

A pesar de su gravedad en esta etapa de la vida, la desnutrición es considerada uno de los factores que podría tener un carácter reversible.

Con la edad, ocurren otros cambios de importancia en la composición corporal y la distribución de los tejidos, entre ellos la centralización de la grasa corporal, disminuyendo el grosor de los pliegues cutáneos en miembros superiores e inferiores, lo que marca una migración del tejido graso a la zona abdominal, y un deterioro de la estructura muscular, acompañado de reducción de la fuerza muscular a medida que aumenta la edad. (Acosta, 2010 b). Estos cambios, en el volumen y distribución de la masa grasa en el cuerpo del anciano, son acompañados por otros en el compartimento magro, que afectan no tan solo la masa muscular, sino también la composición ósea y la cantidad de agua intra y extracelular presente en los tejidos.

Evaluación nutricional

La evaluación del estado nutricional puede realizarse desde una perspectiva global, o discriminando los distintos compartimentos corporales (Zepeda Zepeda et al, 2002) . A pesar de que a lo largo de la historia, se han planteado diferentes métodos para dicha evaluación, no existen en el presente consensos absolutos.

La *evaluación nutricional global* hace referencia a mediciones que, tomadas en su conjunto, permiten realizar una interpretación del estado nutricional general de la persona. Pero distinguir los signos que demuestran normalidad de aquellos que plantean malnutrición, pueden llevar a la confusión, más aún si esta evaluación se realiza en etapas tardías de la vida, ya que signos propios del proceso de envejecimiento pueden confundirse con los específicos de la situación nutricional o de salud, o que estén relacionados al padecimiento de alguna enfermedad subyacente. Esta tarea no siempre es bien resuelta (Acosta et al, 2007).

Sin embargo, conocer el estado nutricional de la persona es parte fundamental para, a nivel individual, poder establecer medidas terapéuticas para su mantenimiento y/o recuperación dentro de parámetros de normalidad. A nivel poblacional estos datos son necesarios para contar con información fiable que permita diseñar políticas acordes con la situación nutricional de la población.

Para valorar el estado nutricional global se trabaja con un índice que, combinando dos mediciones antropométricas globales, peso y talla, pareciera ser el más idóneo: el índice de Quetelet, o Índice de Masa Corporal (IMC) (Manzano Angua et al, 2003). Este índice es ampliamente utilizado en estudios, que tienen como finalidad última determinar el estado nutricional a nivel individual y poblacional. De esta manera forma parte de diferentes metodologías e instrumentos para realizar dicha evaluación.

El *peso* es un indicador de la masa corporal total de un individuo y sirve para identificar balances positivos o negativos de energía. No obstante es un valor que tomado aisladamente carece de utilidad, ya que solo es un valor relativo. El peso se ve afectado por el envejecimiento. En general disminuye después de los 65-70 años. La presencia de cambios de peso, en especial los cambios recientes indican cambios nutricionales significativos.

En los adultos mayores los cambios en el peso ocurren aún en ausencia de enfermedad (Wanden- Berghe, 2007) y acompañan los cambios que se producen en la composición

corporal,. La pérdida de peso en ancianos cobra importancia como factor predictivo de discapacidad y de morbimortalidad .

La *talla* es la estatura del hombre, o sea la longitud del cuerpo, medida de pies a cabeza, que indica la longitud ósea alcanzada. Esta medida, junto con el peso constituyen una de las mediciones corporales más utilizadas debido a la sencillez y facilidad de su registro (Mataix Verdú y López Jurado, 2006).

En los Adultos Mayores la reducción de la estatura es una de las alteraciones más obvias, que se manifiesta por lo general a partir de los 50 años y es progresiva hasta los 70 años, donde el promedio de pérdida es de 3 cm. en varones y de 5 cm en mujeres, y que al llegar a los 80 años en el hombre puede llegar a 5 cm. y 8 cm. en mujeres. (Aleman Mateo, H et al. 2003).

Esta pérdida de talla tiene implicancias cuando se calcula el índice de masa corporal y se estima el riesgo de desnutrición. A fin de superar estos inconvenientes es que se han desarrollado fórmulas que permiten realizar una estimación bastante exacta de la talla a partir de la longitud de los huesos largos. Uno de las mediciones más utilizadas es la altura de rodilla, medición que resulta funcional para las personas ambulatorias como para las postradas (Bermúdez y Tucker, 2000).

En 1985 se presentaron las primeras ecuaciones para calcular la estatura en personas de 60 a 90 años a partir de la altura de la rodilla.(Chumlea et al, 1985). Pero las relaciones entre los segmentos corporales tienen variaciones entre las distintas etnias, lo que ha requerido la realización de estudios poblacionales específicos para desarrollar ecuaciones que permitan estimar la talla respetando estas diferencias. Dichas ecuaciones surgen de la aplicación de modelos estadísticos de regresión múltiple a las mediciones realizadas en diferentes huesos largos, en diferentes grupos poblacionales.

El IMC ha sido utilizado como un simple índice antropométrico que refleja el contenido material de grasa corporal y, por lo tanto, de los depósitos de energía corporal. Este indicador presenta moderadamente buenas correlaciones tanto con masa grasa como con

masa magra ($r= 0.6- 0.8$). Sin embargo en individuos ancianos esto no se observa (Shetty y James, 1994), ya que existe una alta variabilidad del porcentaje de grasa corporal en relación a un IMC determinado. Esta variabilidad aumenta con la edad y es diferente para ambos sexos, por lo tanto es difícil predecir la grasa sobre la base del IMC.

La determinación del IMC en el anciano puede dar lugar a evaluaciones imprecisas del estado nutricional, debido a los cambios fisiológicos que ocurren durante esta etapa de la vida y especialmente aquellos que se presentan en la composición corporal (Schlenker, 1997).

En ancianos, valores bajos de IMC han sido relacionados no solamente con un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también con una disminución de la eficiencia y la capacidad de trabajo físico, que implica incluso la disminución de la actividad física en esferas que no sean las propiamente productivas (recreativas, domésticas, etc.) (Durning, 1993).

Además de los inconvenientes planteados en relación a las mediciones antropométricas en ancianos, se agrega la interpretación de los puntos de corte del IMC para definir lo que se considera normalidad del estado nutricional. Si bien la OMS (2000) ha establecido los parámetros de normalidad del IMC entre 18,5 y 24,9 para adultos, estas cifras no se adecuarían a la situación nutricional de los ancianos, ya que podrían asociarse a una mayor morbimortalidad en sus valores inferiores.

Nutrition Screening Initiative (2000) recomienda realizar una intervención nutricional en ancianos que presenten un IMC menor de 24 o superior a 27. De esta manera un IMC inferior a 24 sería indicador de riesgo de desnutrición; mientras que un IMC superior a 27 sería indicador de obesidad.

La evaluación nutricional tendrá por lo tanto diferentes exigencias en las personas mayores, para permitir detectar cambios en el estado nutricional global y en cada uno de los compartimentos corporales.

A pesar de que la información producida no es de alta precisión, entre los métodos que continúan hoy siendo más usados están los antropométricos, que tienen amplia vigencia en estudios poblacionales, por su bajo costo, inocuidad y facilidad de aplicación con encuestadores entrenados (Acosta, 2008).

HIPÓTESIS DE TRABAJO

- En los Adultos Mayores, el estado nutricional está asociado a la autopercepción de salud.
- El estado nutricional de los Adultos Mayores está relacionado con la convivencia.
- El estado nutricional de los ancianos tiene relación con el apoyo social que reciben.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

Estudio descriptivo correlacional, transversal. Modalidad empírica observacional.

Universo y Muestra

Universo: 876 adultos mayores de 60 años o más, de ambos sexos, beneficiarios del Programa del SENAF Córdoba, en el año 2011.

Muestra: Muestreo polietápico con proporción óptima. Se determinó utilizando la fórmula para población finita, con un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 5%.

1º etapa: Se calculó el tamaño muestral en base a la fórmula para población finita, estableciendo un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 5%.

2º etapa: Se seleccionó de forma aleatoria, uno de cada dos comedores sociales del listado disponible. Total de unidades efectoras seleccionadas: 22.

3º etapa: Se calculó el número de personas a encuestar en cada comedor de manera proporcional al número de personas que asistían a dichos comedores.

El tamaño de la muestra “n” se obtuvo aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 (N-1) + Z^2 p q}$$

Z: 1,96

p: 0,5

q: 0,5

N: 876

e: 0,05

De donde

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 876}{0.05^2 \times (876-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = 297$$

n = 297 adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, beneficiarios del Programa del SENAF Córdoba, en el año 2011.

Trabajo de campo

Para ingresar a las instituciones seleccionadas se solicitó autorización a la Subsecretaría de Adultos Mayores del Gobierno de la Provincia de Córdoba.

En el relevamiento de datos de cada centro se constató que no existía coincidencia entre el número de usuarios registrados en el padrón facilitado por la Subsecretaría y el número real de personas que habitualmente asistían a los comedores, ya que varios ancianos por razones de enfermedad, discapacidad, etc., enviaban a sus familiares a retirar la vianda.

Esto determinó que se decidiera trabajar con la totalidad de los Adultos Mayores que asistían a cada hogar, los días que según lo planificado, correspondía al relevamiento de cada institución, cumpliendo estrictamente los criterios de inclusión y exclusión para poder ser encuestado, además de la firma del consentimiento informado. De esta manera se pudo mantener el número de personas que estableció el cálculo muestral.

$$n = 297 \text{ personas.}$$

RELEVAMIENTO DE DATOS:

Este estudio se desarrolló en el marco del proyecto de investigación *Satisfacción con la vida, calidad de la alimentación y estado nutricional de adultos mayores usuarios de programas sociales: su relación con estados de fragilidad*, aprobado y subsidiado por SECYT, UNC. El relevamiento de datos se realizó entre el 12 de octubre y el 5 de diciembre de 2011 .

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión: Ancianos autoválidos, de 60 años o más, de ambos sexos, que asistían a los comedores de los Hogares de Día del SENAF Córdoba, en el año 2011.

Criterios de Exclusión: Ancianos que presentaban amputaciones, prótesis en sus extremidades, yeso, edemas, confusión mental, o también por rechazo a participar en el estudio, y/o que no aceptaron firmar el consentimiento informado.

Aspectos Éticos

Cada individuo fue informado sobre las características de la investigación, los objetivos, los propósitos, los procedimientos a realizar, la duración de su participación en este estudio y el carácter voluntario de la misma, garantizando la confidencialidad de los datos a obtener según normas bioéticas en investigaciones en humanos.

Se garantizó que el sujeto hubiera comprendido la información recibida y tomara una decisión de forma competente y voluntaria, sin manipulación, coerción o intimidación.

La persona expresó su conformidad en forma escrita firmando el formulario de consentimiento informado (*Anexo 1*).

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DE ESTUDIO

A fin de desarrollar los análisis correspondientes en función de los objetivos planteados, se definieron las siguientes variables de estudio:

– *Variables Independientes:*

- *Autopercepción de salud*
- *Relaciones sociales*

– *Variables intervinientes:*

- *Sexo*
- *Edad*
- *Nivel de instrucción*

– *Variable dependiente:*

- *Estado nutricional*

Variables Independientes:

Autopercepción de salud: Constructo que permite a la persona describir su propio estado de salud (física, cognitiva y emocional), a través de su propia percepción global del problema, como resultado de la interacción de las personas con su mundo sociocultural.

Esta variable fue analizada en función de tres dimensiones:

1. La percepción del estado de salud actual
2. La comparación del estado de salud actual con el del año anterior
3. La comparación del estado de salud actual con respecto a los pares.

La primera dimensión se midió con las siguientes categorías a las que se le asignó un puntaje:

- Excelente..... 4 p.
- Muy Buena..... 3 p
- Buena 2 p
- Regular 1 p.
- Mala..... 0 p.

Para la segunda dimensión se plantearon tres categorías con el siguiente puntaje:

Mejor..... 2 puntos
Igual 1 punto
Peor 0 punto.

La tercera dimensión se midió con iguales categorías que la dimensión 2.

Con estos datos se elaboraron los indicadores que permitieron definir la **autopercepción de salud** como Buena, Regular o mala, según los siguientes puntajes:

Buena..... 6-8 puntos
Regular 3-5 puntos
Mala < 3 puntos.

Relaciones sociales: Se definió como el tejido de personas con las que se comunica un individuo, tipo de lazos que se establecen e interacciones que se producen.

Para el análisis de esta variable se tuvo en cuenta las siguientes referencias:

- *Convivencia:* Es la condición de relacionarse con las demás personas o grupos a través de una comunicación permanente fundamentada en afecto y tolerancia que permite convivir y compartir en armonía las diferentes situaciones de la vida. Se deben tolerar las costumbres de otras personas para tener una mejor convivencia en la vida humana. La convivencia es un factor muy importante en la vida de todo ser humano.

Se analizó la convivencia en función de los siguientes indicadores: *Vivir solo, Vivir con pareja; Vivir con pareja y otros, Vivir con hijos y/o nietos; Vivir con otras personas.*

- *Actividades sociales:* Acto de hacer alguna cosa entre una o varias personas, que mediatiza la vinculación que el sujeto tiene con el mundo que lo rodea. Es el conjunto de fenómenos que presenta la vida activa que permite a las personas interactuar con los otros. La vida de los seres humanos se compone de diversas

actividades: físicas, recreativas, productivas, sociales, empresariales, docentes, etc. Las actividades sociales fueron consideradas según las siguientes categorías:

- Participación en actividades sociales: si-no
 - Lugar de realización: Centro Vecinal, Parroquia/iglesia, Centro de Jubilados, Hogar de Día, Otro lugar.
 - Compañía: Familia, amigos, vecinos, otras personas.
- *Apoyo social recibido*: Interacción entre las personas (familiares, amigos, vecinos y miembros de organizaciones sociales) con la finalidad de dar y recibir ayuda de diversa índole. El apoyo social se evaluó a partir de las siguientes categorías:
- *Recibe/No recibe*
 - *No recibe / No necesita apoyo social*
 - *Tipo de apoyo recibido*: Espiritual o emocional, instrumental o material, e informativo

Variables intervinientes (socio- demográficas):

- *Sexo*: Condición física que distingue al hombre de la mujer:

- Masculino
- Femenino.

- *Edad*: Años cumplidos a la fecha de la entrevista (variable cuantitativa continua). Fue categorizada en tres estratos*:

- Viejos Jóvenes: de 60 a 69 años;
- Vejez Media: de 70 a 79 años;
- Viejos Viejos: igual o mayores a 80 años.

- *Nivel de instrucción*: Hace referencia al nivel de instrucción alcanzado por la persona entrevistada mediante la educación formal. Se clasificó de la siguiente manera:

- *Bajo*: personas analfabetas o que habiendo iniciado sus estudios primarios, no los completaron.

* OMS. Grupos de edad, establecidos por OMS

- *Medio*: Personas que han terminado estudios de nivel primario, y personas que han iniciado estudios secundarios.
- *Alto*: Personas que han terminado estudios de nivel secundario, y personas que han iniciado o terminado estudios a nivel terciario o universitario,

Variable dependiente:

- *Estado nutricional*: Hace referencia al estado fisiológico de una persona que se deriva de la relación entre la ingesta de nutrientes y la capacidad del organismo para digerir, absorber y utilizar dichos nutrientes. Tal como se expresó anteriormente, el estado nutricional global se estimó en función de las mediciones de peso y talla estimada, a fin de definir el Índice de Masa Corporal IMC. Este dato permite determinar el estado nutricional global de la persona, en función de los valores de IMC establecidos por Nutrition Screening Initiative (2000) para la población mayor de 60 años.

ESTADO NUTRICIONAL

Malnutrición por déficit

Normalidad

Malnutrición por exceso

VALORES DE IMC*

IMC \leq 23,9

IMC 24 - 27

IMC $>$ 27

*Nutrition Screening Initiative. 2000

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información se recolectó de fuentes primarias, con *técnicas observacionales*: encuesta sociodemográfica, y *medicionales*: antropometría: altura de rodilla, peso.

A) Técnicas Observacionales: Encuesta Sociodemográfica (Anexo 3)

Instrumento: Formulario de encuesta

Técnica: La encuesta adoptó la forma de Entrevista mediante un proceso verbal cara a cara entre dos partes (entrevistador y entrevistado). El entrevistador realizó preguntas con modalidad semiestructurada, con la finalidad de recoger datos a través de las respuestas expresadas por la persona entrevistada.

B) Técnicas Medicionales: (Anexo 2) Se midió la altura de rodilla y el peso de los Adultos Mayores.

Altura de Rodilla

Instrumento: Antropómetro largo.

Técnica de medición: Con el sujeto sentado y sin calzado se buscó que la pierna forme un ángulo de noventa grados y con dorsiflexión de la articulación del tobillo en un ángulo de 90°. Se colocó la escuadra fija del antropómetro por debajo del talón y la parte móvil sobre la superficie del muslo a nivel de los cóndilos femorales, aproximadamente a 5 cm. proximal de la rótula. Posteriormente se presionó suavemente para comprimir el tejido y realizar la lectura. Se repitió el procedimiento tres veces para validar la medida y registrarla en el formulario de recolección de datos (anexo 2).

Peso

Instrumento: Balanza electrónica Tanita con precisión de 100grs.

Técnica de medición: Se realizó antes del horario de la comida principal y solicitando a los participantes previamente vaciar la vejiga. Se colocó la balanza sobre superficie plana y firme. Se peso al sujeto con el mínimo de ropa y sin calzado.

Durante el procedimiento se solicitó a cada persona permanecer quieto, distribuyendo su peso en ambos pies. Finalmente se procedió a la lectura y registro de los datos (Acosta, 2008).

Tratamiento de Datos

Aplicación de índices

A partir del dato obtenido con la medición de la altura de rodilla, se procedió a estimar la talla según fórmula de Chumlea y cols. 1985:

$$\text{Hombre} = 64.19 + (2.02 \times \text{altura de rodilla(cm)}) - (0.04 \times \text{edad})$$

$$\text{Mujer} = 84.88 + (1.83 \times \text{altura de rodilla (cm)}) - (0.24 \times \text{edad})$$

Precisada la talla, se calculó el Índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC) para la clasificación del Estado Nutricional:

$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{Talla}^2 \text{ (Kg/m}^2\text{)}$$

Codificación

Se codificaron los datos de cada variable (Nivel de instrucción, Convivencia, Autopercepción de salud, Actividades sociales, Apoyo social y Estado nutricional), asignando a cada categoría un código o número, a fin de facilitar su conteo mediante el procesamiento electrónico.

Tabulación

Se realizó el recuento total de datos para determinar la frecuencia de aparición de las categorías de cada variable. Los datos fueron ordenados en tablas simples y de doble entrada y representados en gráficos.

Análisis estadístico

Se procedió a realizar un análisis descriptivo de los datos. Para la variabilidad de datos de variables cualitativas se empleó la frecuencia absoluta y relativa. Las variables cuantitativas fueron analizadas con medidas de tendencia central (media) y de dispersión (DS).

Para la comparación de las variables cualitativas se utilizó el coeficiente de correlación r de Pearson y para evaluar si existe asociación entre dos variables se empleó la prueba de Chi Cuadrado (X^2), considerando un nivel de significación del 0.05 % para rechazar hipótesis nula.

Programa informático empleado

Se utilizó programa estadístico SPSS, versión 12.0 en español para Windows.

RESULTADOS

Características Sociodemográficas

La población estudiada (n = 297) estuvo conformada por el 38,4 % de varones y el 61,6 % de mujeres.

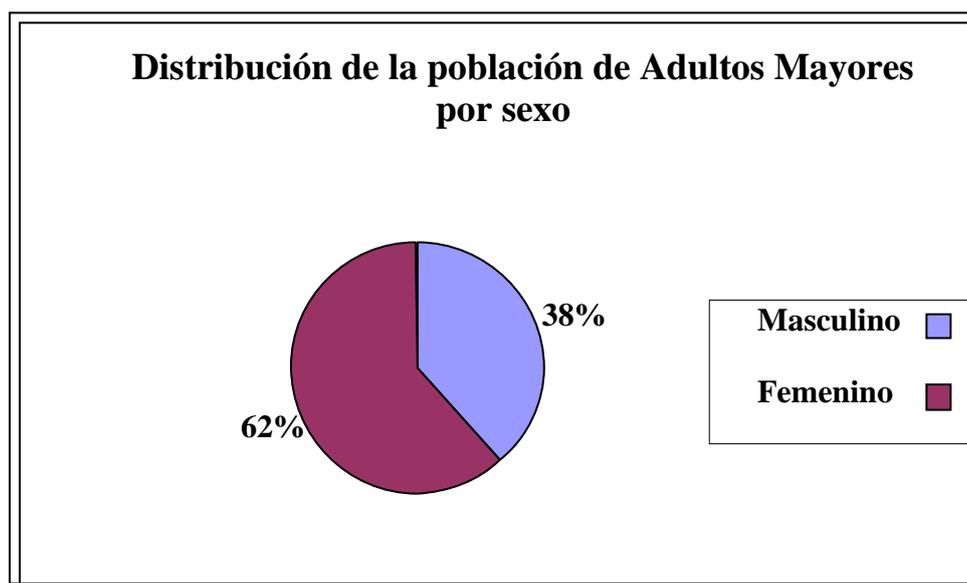


Gráfico N° 1: Distribución de la población de Adultos Mayores según sexo. Córdoba 2011

La edad promedio en varones fue de $71,6 \pm 7,0$ años, con un mínimo y máximo de 60 y 89 años respectivamente, en tanto que en mujeres la media fue de $70,7 \pm 6,9$ años con un mínimo y máximo de 60 y 91 años respectivamente.

Tabla N° 1: Estadísticos descriptivos de la población de Adultos Mayores según sexo. Córdoba 2011

	Masculino				Femenino			
	Mínimo	Máximo	Media	DE	Mínimo	Máximo	Media	DE
Edad (años)	60	89	71,6	7,0	60	91	70,7	6,9

Analizando la población de adultos mayores por grupos de edad se pudo observar que la mayoría de las personas se distribuyeron en las categorías vejez media (45,5 %) y viejos jóvenes (41,4 %). En esta última categoría predominó el sexo femenino (44,3%) sobre el

masculino (36,8%). En los restantes grupos de edad, la distribución por sexos fue homogénea

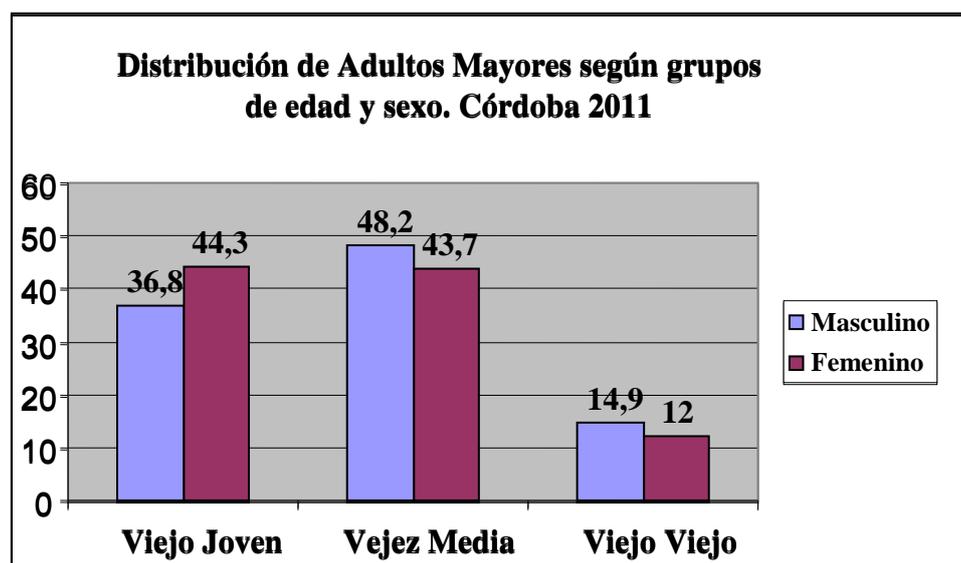


Gráfico N° 2: Distribución de la población de Adultos mayores según sexo y grupos de edad. Córdoba 2011

En relación al nivel de instrucción de los adultos mayores, se observó que el 49,8 % de los ancianos se ubicó en la categoría *bajo nivel de instrucción*. Este nivel fue prevalente en el sexo masculino (55,9%). En el sexo femenino el porcentaje en esta categoría fue menor (46,2%), a diferencia de lo esperado ya que algunos autores han descripto un menor acceso a la educación de las mujeres en esta franja etárea. Solo el 8,5% de los mayores se ubicó en un nivel de instrucción alto, sin diferencias por sexo. (Tabla N° 2)

Tabla N° 2: Distribución de la población de Adultos mayores según nivel de instrucción y sexo. Córdoba 2011.

Nivel de instrucción	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	62	55,9	84	46,2	146	49,8
Medio	39	35,1	83	45,6	122	41,6
Alto	10	9,0	15	8,2	25	8,5
Total	111	100,0	182	100,0	293	100,0

Al considerar los grupos de edad se observó que el porcentaje de ancianos con nivel de instrucción bajo aumentaba en la medida que aumentaba la edad. Así en viejos jóvenes era de 45,5% en tanto que en Viejos Viejos era del 55,3%. En el nivel de instrucción medio estos datos se invirtieron, disminuyendo en Viejos Viejos el porcentaje con este nivel de instrucción (36,8%) contra un 47,1% en viejos jóvenes.

El nivel de instrucción alto se distribuyó de manera homogénea en los tres grupos de edad.

Tabla Nº 3: Distribución de la población de Adultos mayores según nivel de instrucción y grupos de edad. Córdoba 2011.

Nivel de instrucción	Viejo Joven		Vejez Media		Viejo Viejo	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	55	45,5	70	52,2	21	55,3
Medio	57	47,1	51	38,1	14	36,8
Alto	9	7,4	13	9,7	3	7,9
Total	121	100,0	134	100,0	38	100,0

Autopercepción de salud

Para el análisis del autoreporte de salud se tuvieron en cuenta las preguntas referidas a la percepción del adulto mayor de su estado de salud actual, la comparación de la salud actual con la salud del año anterior y la comparación con la salud de los pares. De su consideración se establecieron tres categorías: Bueno, Regular y Malo.

Al analizar la percepción que tienen los mayores de su estado de salud actual, se observó que el 7,2% de varones describió su salud como *Excelente*, contra el 5,5% de mujeres, en tanto que en la percepción *Muy Buena* no se presentaron diferencias por sexo (12,6% en varones y en mujeres).

En la categoría *Buena* las mujeres se ubicaron 10 puntos por debajo de los varones, y en la categoría *Regular*, las mujeres superaron a los varones en más de 10 puntos. (Tabla Nº 4).

Tabla N° 4: Distribución por sexo de la población de Adultos Mayores según percepción del estado de salud actual. Córdoba 2011.

Autopercepción de salud	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Excelente	8	7,2	10	5,5	18	6,1
Muy Buena	14	12,6	23	12,6	37	12,6
Buena	47	42,3	59	32,2	106	36,1
Regular	33	29,7	69	37,7	102	34,7
Mala	9	8,1	22	12,0	31	10,5
Total	111	100,0	183	100,0	294	100,0

En la percepción del estado de salud actual, predominó a nivel de la población total la categoría *Buena* (54,8%). Analizando por sexo se observó que predominó la percepción *Buena* en el sexo masculino (62,1%) En las mujeres solo el 50,3% se ubicó en esa categoría.

Siguió en orden de importancia la categoría *Regular* (34,7%). Al discriminar por sexo se observó que las mujeres (37,7%) superaban a los hombres (29,7%). Solo el 10% de los mayores consideró su salud mala (varones 8,1%; mujeres 12%).

En las categorías *Regular* y *Mala* predominó el sexo femenino (49,7%) sobre el masculino (37,8%) (Gráfico N° 3).

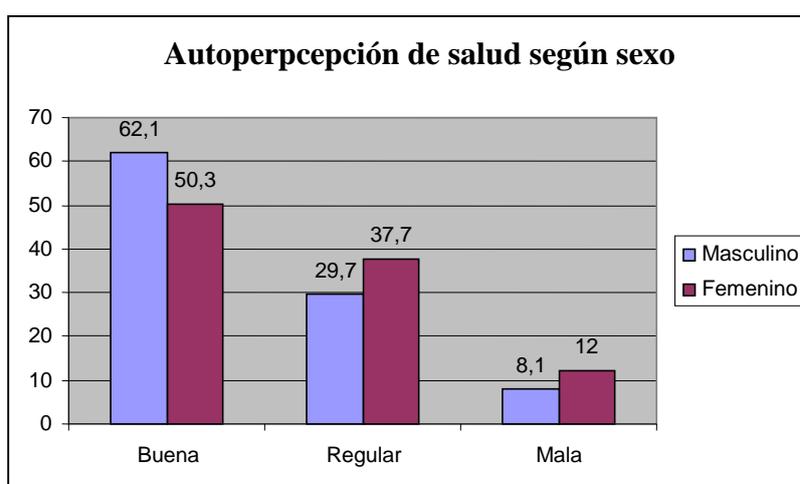


Gráfico N° 3: Distribución de la población de Adultos mayores según autopercepción del estado de salud y sexo. Córdoba 2011

Más de la mitad de las personas mayores que participaron del estudio (54,8%) afirmaron tener una salud actual *Buena* y solo el 10,5% consideró que era *Mala*.

Analizando por grupos de edad, se observó que la categoría de salud *Buena* obtuvo el 52,1% de las adhesiones en los Viejos Jóvenes, aumentando este porcentaje a medida que se avanzaba en edad (63,2% en Viejos Viejos). Del 10,5% que dijo tener una salud mala, el porcentaje más bajo (5,3%) se ubicó, contrariamente a lo esperado, en la categoría Viejos Viejos, contra el 11% de cada uno de los otros grupos de edad.

Tabla N° 5: Distribución por grupos de edad, de la población de Adultos mayores según autopercepción del estado de salud actual. Córdoba 2011.

Autopercepción de Salud	Viejo Joven		Vejez Media		Viejo Viejo		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Buena	64	52,1	73	54,8	24	63,2	161	54,8
Regular	45	36,5	45	33,8	12	31,5	102	34,7
Mala	14	11,4	15	11,3	2	5,3	31	10,5
Total	123	100,0	133	100,0	38	100,0	294	100,0

En las comparaciones realizadas por los Adultos Mayores encuestados entre la salud actual y la de un año atrás, se constató que en la población total predominó la categoría *igual al año anterior* (48,8%). Analizando por grupos de edad, se observó que en los tres grupos fue prevalente dicha categoría.

En la categoría sentirse *peor* hubo mayor número de respuestas en las mujeres (30,1%) que en varones (21,3%) (Tabla N° 6)

Tabla N° 6: Distribución por sexo de la población de Adultos mayores según comparación del estado de salud actual/año anterior. Córdoba 2011.

Comparación salud actual/año anterior	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Mejor	22	20,4	46	26,1	68	23,9
Igual	63	58,3	77	43,8	140	49,3
Peor	23	21,3	53	30,1	76	26,8
Total	108	100,0	176	100,0	284	100,0

Analizando por grupos de edad, se observó que en los tres grupos fue prevalente la categoría *igual que el año anterior*. Expresaron sentirse *mejor* que el año anterior solo tres ancianos mayores de 80 años, siendo la categoría *sentirse igual*, la predominante también en el grupo de Viejos Viejos (51,4%). En tanto alrededor de la cuarta parte de los adultos mayores pertenecientes a los grupos Viejo Joven y Vejez Media expresaron un estado de salud *mejor* al del año anterior.

Tabla N° 7: Distribución por grupos de edad de la población de Adultos mayores según comparación del estado de salud actual/año anterior. Córdoba 2011

Comparación salud actual/ año anterior	Viejo Joven		Vejez Media		Viejo Viejo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mejor	34	28,6	31	24,2	3	8,1	68	23,9
Igual	51	42,8	70	54,7	19	51,4	140	49,3
Peor	34	28,6	27	21,1	15	40,5	76	26,8
Total	119	100,0	128	100,0	37	100,0	284	100,0

Al comparar el estado de salud con el de los pares se observó que el 61,7% de los adultos mayores expresaron sentirse *Mejor*, sin diferencias significativas por sexo. Esta ausencia de diferencias por sexo se repitió en las otras categorías (*igual* y *peor*).

Tabla N° 8 : Distribución por sexo de la población de Adultos mayores según comparación del estado de salud con el de los pares. Córdoba 2011.

Comparación salud actual con pares	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Mejor	66	61,7	110	61,8	176	61,7
Igual	33	30,8	55	30,9	88	30,9
Peor	8	7,5	13	7,3	21	7,4
Total	107	100,0	178	100,0	285	100,0

Analizando la comparación de la salud actual con la de sus pares, en función de los grupos de edad, se pudo constatar que los mayores pertenecientes al grupo Vejez Media fueron quienes en mayor porcentaje se ubicaron en la categoría *Mejor* (67,4%). Expresaron sentirse *peor* que sus pares solo el 7,2% del total de la población. Al considerar por grupos

de edad, el 10,8% del grupo de Viejos Viejos expresaron sentirse peor que los pares, siguiendo en orden de importancia el grupo de Viejos Jóvenes.

Tabla N° 9: Distribución por grupos de edad de la población de Adultos Mayores según comparación del estado de salud con el de sus pares. Córdoba 2011.

Comparación salud actual con pares	Viejo Joven		Vejez Media		Viejo Viejo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mejor	67	56,3	89	67,4	20	54,1	176	60,3
Igual	42	35,3	33	25,0	13	35,1	88	30,1
Peor	10	8,4	7	5,3	4	10,8	21	7,2
Total	119	100,0	129	100,0	37	100,0	285	100,0

Aplicando el puntaje asignado a las tres preguntas que construyen la variable autopercepción de salud, se observó que más del mitad de los adultos mayores encuestados tuvo una autopercepción de salud *regular* y la cuarta parte de la población tuvo una autopercepción de salud *Buena*, en ambos casos sin diferencias por sexo.

Tabla N° 10: Distribución por sexo de la población de Adultos Mayores según autopercepción de salud.

	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Buena	26	24,1	44	24,9	70	24,6
Regular	67	62,0	102	57,6	169	59,3
Mala	15	13,9	31	17,5	46	16,1
Total	108	100,0	177	100,0	285	100,0

Analizando la autopercepción global de salud en relación a la edad de las personas participantes, se observó que la autopercepción de salud *Regular* fue la que predominó en todos los grupos de edad, sin diferencias porcentuales significativas entre ellos. Por otra parte las categorías buena y mala tuvo una distribución homogénea entre los tres grupos de edad.

Tabla N° 11: Distribución por grupos de edad de la población de Adultos Mayores según autopercepción global de salud.

	Viejo Joven		Vejez Media		Viejo Viejo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Buena	31	26,1	31	24,2	8	21,1	70	24,6
Regular	68	57,1	79	61,7	22	57,9	169	59,3
Mala	20	16,8	18	14,1	8	21,1	46	16,1
Total	119	100,0	128	100,0	38	100,0	285	100,0

Relaciones Sociales

Convivencia

De los 291 Adultos Mayores que contestaron esta pregunta, el 34% vivía solo, siendo mayor el porcentaje de varones que de mujeres (41,4% contra 29,4%). No se observaron diferencias significativas en el porcentaje de ancianos de sexo masculino o femenino que vivía con la pareja (14,4%) o con la pareja y otras personas (9,6%). Al sumar los porcentajes de ambas categorías, vivir en pareja ocupa el segundo lugar en orden de importancia. (24%) en la población total.

Tabla N° 12: Distribución de la población de Adultos mayores según convivencia y sexo. Córdoba 2011.

Convivencia	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	N	%	n	%
Solo	46	41,4	53	29,4	99	34,0
Con pareja	15	13,5	27	15,0	42	14,4
Con pareja y otros	11	9,9	17	9,4	28	9,6
Con hijos y/o nietos	18	16,2	42	23,3	60	20,6
Con otros	21	18,9	41	22,8	62	21,3
Total	111	100,0	180	100,0	291	100,0

En viejos jóvenes y en la vejez media predominó el *vivir solo* (38% y 30,6% respectivamente), en tanto que en viejos viejos *vivir con otras personas* no familiares (44,4%) superó estos valores. En este grupo vivir solo se ubicó en el segundo lugar de importancia (33%). De esta manera, en los mayores de 80 años las categorías *vivir solo* y con otras personas no familiares concentran el 77,7% de las situaciones, siendo escaso el

porcentaje de personas que viven con familiares directos. En cambio en la vejez media el vivir con hijos y nietos comprendió la cuarta parte de los mayores (25,4%).

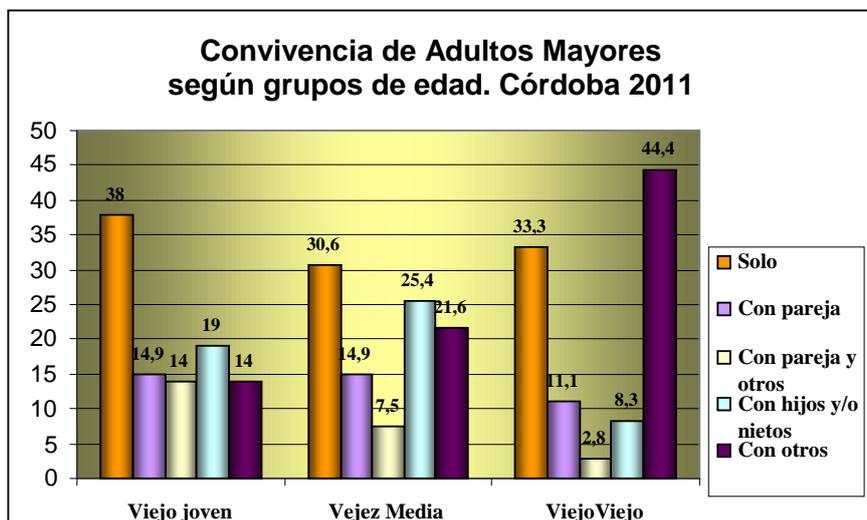


Gráfico N° 4: Distribución de la población de Adultos mayores según convivencia y grupos de edad. Córdoba 2011

Actividades sociales.

En el marco de la variable relaciones sociales, en la dimensión actividades sociales, se pudo observar que 297 personas respondieron esta pregunta, de las cuales casi el 70% declaró participar de algún tipo de actividad social.

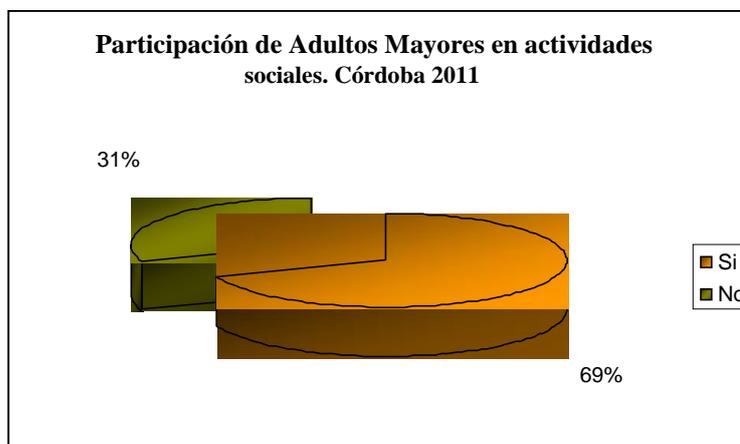


Gráfico N° 5: Distribución de la población de Adultos mayores según participación en actividades sociales. Córdoba 2011

Se destacó la alta participación del sexo femenino (72,7%), siendo también importante el porcentaje de varones con participación social (64%).

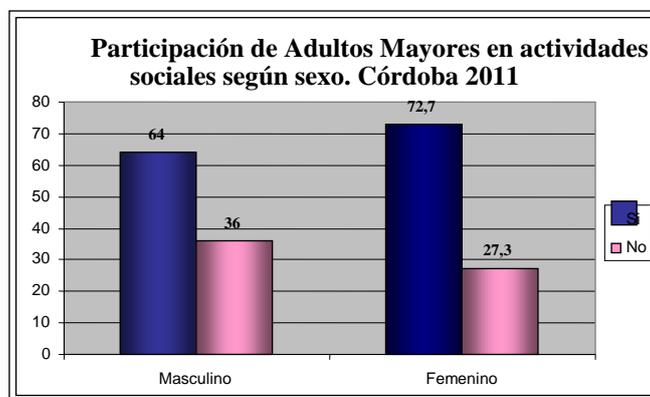


Gráfico N° 6: Distribución de la población de Adultos mayores según participación en actividades sociales y sexo. Córdoba 2011

Analizando la participación en las actividades sociales por grupos de edad, se pudo observar que el grupo de *viejos viejos* era el menos participativo. A pesar de ello tuvo un 46,2% de respuestas positivas, en tanto que el grupo de edad con más alto nivel de participación era el comprendido en la *vejez media* (77%), siguiendo en orden de importancia los *viejos jóvenes* (68,3%).

Tabla N° 13: Distribución por grupos de edad de la población de Adultos mayores según participación en actividades sociales. Córdoba. 2011.

Participación en activ. sociales	Viejo Joven		Vejez Media		Viejo Viejo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	84	68,3	104	77,0	18	46,2	206	69,4
No	39	31,7	31	23,0	21	53,8	91	30,6
Total	123	100,0	135	100,0	39	100,0	297	100,0

De las 206 personas que realizaban algún tipo de actividad social, se obtuvieron 249 respuestas relacionadas con la compañía con la que compartían estas actividades, pudiéndose observar que los Adultos Mayores se relacionaban indistintamente con los amigos, familia, o vecinos o con ambos juntos. La compañía que predominó fue la de los

amigos (41%), siguiendo en orden de prioridad los vecinos (29%). La familia se ubicó recién en el tercer lugar (24,5%).

Al analizar esta información según sexo, se repitió idéntica situación, rescatando fundamentalmente que un mayor porcentaje de mujeres realizaban más actividades sociales con amigos (42,4%), en comparación con los varones (38,1%). En las actividades realizadas con la familia, las mujeres tenían un porcentaje similar al de los varones (23,6% y 26,2% respectivamente).

Tabla N° 14: Distribución por sexo de la población de Adultos mayores según compañía en las actividades sociales. Córdoba. 2011.

Compañía	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Familia	22	26,2	39	23,6	61	24,5
Amigos	32	38,1	70	42,4	102	41,0
Vecinos	23	27,4	49	29,7	72	29,0
Otros	7	8,3	7	4,2	14	5,6
TOTAL	84	33,7	165	66,2	249	100

En todos los grupos de edad, se observó también que la compañía de los amigos era predominante. La importancia de la familia iba aumentando a medida que se avanzaba en edad, sin superar nunca a los amigos. En el grupo de Viejos Jóvenes el 22,1% realizaba actividades en compañía de la familia contra el 30,8% en el grupo de mayor edad. En este grupo se presentó una distribución homogénea entre las categorías vecinos, amigos y familia.

Tabla N° 15: Distribución por grupos de edad de la población de Adultos mayores según compañía en las actividades sociales. Córdoba. 2011.

COMPAÑÍA	Viejo Joven		Vejez Media		Viejo Viejo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Familia	21	22,1	32	25,0	8	30,8	61	24,5
Amigos	41	43,1	51	39,8	10	38,4	102	41,0
Vecinos	27	28,4	37	28,9	8	30,8	72	28,9
Otros	6	6,3	8	6,3	0	0,0	14	5,6
TOTAL	95	100,0	128	100,0	26	100,0	249	100,0

Al indagar a las 206 personas que realizaban algún tipo de actividad social, sobre el lugar de realización de las mismas se obtuvieron 303 respuestas, ya que cada persona participaba en más de una actividad, desarrollada en distintos lugares. El hogar de día y la categoría “otro lugar” fueron los lugares que obtuvieron el porcentaje más alto de respuestas (22,1%).

Las actividades realizadas en “otro lugar”, hacían referencia fundamentalmente a viajes, Clubes, casas de familia, actividades artísticas, organizaciones sociales, reuniones, escuela, partido político, fiestas, CPC, barrio, hotel Plaza y el Boliche.

Tabla N° 16: Distribución de las respuestas dadas por la población de Adultos mayores según lugar de realización de las actividades sociales y sexo. Córdoba. 2011.

LUGAR DE ACTIVIDADES SOCIALES	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Centro vecinal	13	12,1	36	18,4	49	16,2
Parroquia/iglesia	18	16,8	36	18,4	54	17,8
Centro de jubilados	23	21,5	43	21,9	66	21,8
Hogar de día	28	26,2	39	19,9	67	22,1
Otro lugar	25	23,4	42	21,4	67	22,1
TOTAL	107	100,0	196	100,0	303	100,0

Al analizar por grupos de edad se observó que Centro de Jubilados, Hogar de Día y Otro lugar presentaban una distribución homogénea en los tres grupos de edad.

Tabla N° 17: Distribución por grupos de edad de la población de Adultos mayores según lugar de realización de las actividades sociales. Córdoba. 2011.

Lugar de realización de actividades sociales	Viejo Joven		Vejez Media		Viejo Viejo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CENTRO VECINAL	16	13,7	28	17,6	5	18,5	49	16,2
PARROQUIA/IGLESIA	21	17,9	28	17,6	5	18,5	54	17,8
CENTRO DE JUBILADOS	28	23,9	32	20,1	6	22,2	66	21,8
HOGAR DE DÍA	25	21,4	36	22,6	6	22,2	67	22,1
OTRO LUGAR	27	23,1	35	22,0	5	18,5	67	22,1
TOTAL	117	100	159	100	27	100	303	100

Apoyo social

En relación al apoyo social con el que decían contar los adultos mayores, solo el 31,8% de la población total declaró recibir algún tipo de apoyo, sin diferencias por sexo.

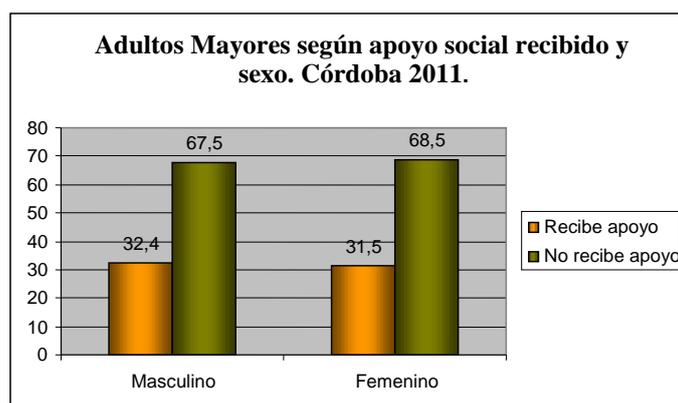


Gráfico N° 7: Distribución de Adultos Mayores según apoyo social recibido. Córdoba 2011

Al analizar por grupos de edad, el apoyo social recibido, llamó la atención que solo el 36,8% de los mayores de 80 años lo recibía. Por otra parte se observó que se ubicaban en la vejez media el mayor porcentaje de ancianos (71,8%) que no recibían apoyo social.

Tabla N° 18: Distribución por grupos de edad de la población de Adultos mayores según apoyo social. Córdoba 2011

Apoyo social	Viejo Joven		Vejez Media		Viejo Viejo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Recibe apoyo	42	34,1	37	28,2	14	36,8	93	31,8
No recibe ningún apoyo	81	65,9	94	71,8	24	63,2	199	68,2
Total	123	100,0	131	100,0	38	100,0	292	100,0

El 48,2% del total de personas que no recibían apoyo social expresaron no necesitarlo, sin diferencias significativas por sexo. De las 96 personas que plantearon no necesitar apoyo, el 63,5% eran mujeres.

Tabla N° 19: Distribución de la población de Adultos Mayores que no recibe apoyo social según sexo. Córdoba 2011

No reciben Apoyo Social	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
No recibe ningún apoyo	40	53,3	63	50,8	103	51,7
No necesita apoyo	35	46,6	61	49,2	96	48,2
TOTAL	75	37,7	124	62,3	199	100

Al analizar la no recepción de apoyo social por grupos de edad, se observó que en la Vejez Media se registró la cifra más alta (55,3%) que expresó no necesitarlo.

Tabla N° 20: Distribución por grupos de edad de la población de Adultos mayores según apoyo social . Córdoba 2011

Apoyo social	Viejo Joven		Vejez Media		Viejo Viejo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No recibe ningún apoyo	46	56,8	42	44,7	15	62,5	103	51,8
No necesita ningún apoyo	35	43,2	52	55,3	9	37,5	96	48,2
Total	81	100,0	94	100,0	24	100,0	199	100,0

En el grupo que declaró recibir algún tipo de apoyo (31,8% de la población total), se investigó sobre las características del mismo según dimensiones de la variable *apoyo social recibido*. Se observó que existe una distribución similar entre apoyo material y apoyo emocional (36,5% y 39,8%), descendiendo los porcentajes cuando se consideraron ambos apoyos en conjunto (23,6%).

Al analizar por sexo, es de destacar que en varones primó el apoyo emocional (44,4%), en tanto que en el sexo femenino se presentó una distribución similar entre apoyo material (38,6%) y apoyo emocional (36,7%).

Tabla N° 21: Distribución de la población de Adultos Mayores según tipo de apoyo social y sexo. Córdoba 2011

Apoyo social	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Recibe apoyo material	12	33,3	22	38,6	34	36,5
Recibe apoyo emocional	16	44,4	21	36,7	37	39,8
Recibe apoyo material y emocional	8	22,2	14	24,6	22	23,6
TOTAL	36	38,7	57	61,3	93	100

Al analizar el tipo de apoyo recibido por grupos de edad, se observó que el 40,5% de los Viejos Jóvenes recibían apoyo material, contra el 21,4% de los viejos viejos (Tabla N° 22), situación que se revirtió cuando se consideró el apoyo emocional, siendo destinatario del mismo el 50% de los viejos viejos, y el 33,3% de ancianos pertenecientes al grupo de viejos jóvenes.

Tabla N° 22: Distribución por grupos de edad de la población de Adultos mayores según tipo de apoyo social recibido. Córdoba 2011

Tipo de apoyo social	Viejo Joven		Vejez Media		Viejo Viejo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Apoyo material	17	40,5	14	37,8	3	21,4	34	36,5
Apoyo emocional	14	33,3	16	43,2	7	50,0	37	12,7
Apoyo material y emocional	11	26,2	7	18,9	4	28,6	22	7,5
Total	42	100,0	37	100,0	14	100,0	93	100,0

Se relacionó el recibir apoyo social con la autopercepción de salud, observándose que el 73,1% de ancianos que tenían una buena autopercepción de salud, expresaron no recibir apoyo social. Entre aquellos que manifestaron una autopercepción de salud regular, el 34% manifestó contar con apoyo, en tanto que el 66% restante manifestó no recibirlo. Los incluidos en la categoría *autopercepción mala* se distribuyeron sin diferencias entre recibir y no recibir apoyo social. Al aplicar la prueba de X^2 no se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Tabla N° 23: Distribución de la población de Adultos Mayores según autopercepción de salud y apoyo social.

Apoyo social	Autopercepción de salud							
	Buena		Regular		Mala		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Recibe apoyo	43	26,9	34	34	15	48,4	92	31,6
No recibe ni necesita	117	73,1	66	66	16	51,6	199	68,4
Total	160	100,0	100	100,0	31	100,0	291	100,0

Estado nutricional

A partir de la aplicación de las técnicas medicionales enunciadas se obtuvieron los datos de altura de rodilla y peso, siendo los valores encontrados superiores en el sexo masculino que en el femenino, tal como se visualizan en la tabla N° 24.

Al aplicar a los valores obtenidos de altura de rodilla las fórmulas correspondientes a cada sexo para estimar la talla, se obtuvo la talla estimada y, con ese dato, se realizó el cálculo del índice de masa corporal IMC de cada adulto mayor.

Tabla N° 24: Estadísticos descriptivos de mediciones antropométricas e IMC de la población de Adultos Mayores según sexo. Córdoba 2011

	Masculino				Femenino			
	Media	DE	Mínimo	Máximo	Media	DE	Mínimo	Máximo
Altura rodilla (cm)	52,9	2,7	47	59,1	48,7	2,5	39,7	55
Talla estimada (cm)	175,2	7,9	153	192	157,5	6,0	140	181
Peso (kg)	75,1	12,9	50,6	111,2	69,4	14,3	40,2	110,1
IMC (kg/m²)	24,5	3,7	17,06	34,71	28,0	5,4	16,2	47

La media de IMC para varones se ubicó dentro de los límites de normalidad del estado nutricional ($IMC 24 - 27 \text{ kg/talla}^2$) (NSI 2000), en tanto que en el sexo femenino la media superó dichos valores ($IMC > 27 \text{ kg/talla}^2$).

Al correlacionar sexo e IMC se observó que en mujeres, a medida que avanzaba la edad, el IMC disminuía siendo esta correlación de baja intensidad ($r=0,265$), en tanto que en varones se mantenía más estable en los distintos grupos de edad.

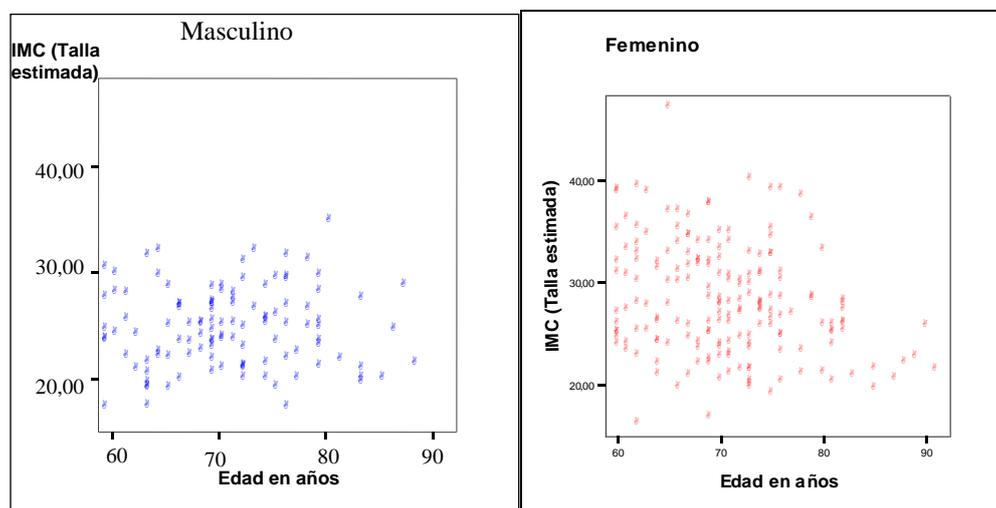


Gráfico N° 8: Diagrama de dispersión de valores de IMC y edad en la población de Adultos Mayores, según sexo. Córdoba 2011

Con los datos de IMC obtenidos, se procedió a la clasificación del estado nutricional de la población estudiada. Se observó que, si bien en la población total predominaba la mal nutrición por exceso (42,1%), al discriminar por sexo, el 44,7% de varones presentó malnutrición por déficit, en tanto que en el sexo femenino más de la mitad de la población (52,5%) se ubicó en la categoría mal nutrición por exceso.

El déficit nutricional se presentó solo en la cuarta parte de la población femenina, de la misma forma que la malnutrición por exceso afectó solo la cuarta parte de la población masculina (Tabla N° 25).

Tabla N° 25: Distribución de la población de Adultos mayores según estado nutricional y sexo. Córdoba

	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Déficit	51	44,7	45	24,6	96	32,3
Normal	34	29,8	42	23,0	76	25,6
Exceso	29	25,4	96	52,5	125	42,1
Total	114	100,0	183	100,0	297	100,0

En *Viejos Jóvenes* el 47,2%, presentó malnutrición por exceso, en tanto que en *Viejos Viejos* predominó la malnutrición por déficit (48,7%). Solo el 28,5% de los *Viejos Jóvenes* presentó malnutrición por déficit, y el 23,1% de los *Viejos Viejos*, malnutrición por exceso

Tabla N° 26: Distribución de la población de Adultos mayores según estado nutricional y grupos de edad. Córdoba 2011

Estado nutricional	Viejo joven		Vejez Media		Viejo Viejo		Totales	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Déficit	35	28,4	42	31,1	19	48,7	96	32,3
Normal	30	24,4	35	25,9	11	28,2	76	25,6
Exceso	58	47,2	58	43,0	9	23,1	125	42,1
Total	123	100,0	135	100,0	39	100,0	297	100,0

Estado nutricional y nivel de instrucción.

El 41,1% de los Adultos Mayores con ***nivel educativo*** bajo y el 48,4% con nivel educativo medio presentaron malnutrición por exceso. En el nivel educativo alto solo el 56% de la población presentó un estado nutricional normal (Tabla N° 27).

El test Chi cuadrado arrojó diferencias estadísticamente significativas ($p= 0.004$) lo que permitió plantear asociación entre las variables estado nutricional y nivel de instrucción.

Tabla N° 27: Distribución de la población de Adultos mayores según estado nutricional y nivel de instrucción. Córdoba 2011

Estado nutricional	Nivel de instrucción							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Déficit	50	34,2	38	31,1	6	24,0	94	32,1
Normal	36	24,7	25	20,5	14	56,0	75	25,6
Exceso	60	41,1	59	48,4	5	20,0	124	42,3
Total	146	100,0	122	100,0	25	100,0	293	100,0

Estado nutricional y estado de salud actual

Al cruzar las variables *estado nutricional* y percepción del *estado de salud actual*, se observó que el 65,8% de las personas con estado nutricional normal, tenía una percepción *buena* de su estado de salud actual, y solo un 10,5% lo asoció a una percepción *mala*.

En las tres categorías de estado nutricional el mayor porcentaje de respuestas se ubicó en la categoría estado de salud actual *bueno*. Sin embargo en la malnutrición por exceso este porcentaje solo llegaba al 44% contra un 60,2% y 65,8% en las otras categorías de estado nutricional.

Tabla N° 28: Distribución de la población de Adultos mayores según estado de salud actual y estado nutricional. Córdoba 2011

Percepción Estado de salud actual	ESTADO NUTRICIONAL							
	Déficit		Normal		Exceso		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Buena	56	60,2	50	65,8	55	44,0	161	54,8
Regular	32	34,4	18	23,7	52	41,6	102	34,7
Mala	5	5,4	8	10,5	18	14,4	31	10,5
Total	93	100,0	76	100,0	125	100,0	294	100,0

Al aplicar el test Chi-cuadrado (Pearson) para establecer la asociación de estas variables, (estado de salud actual y estado nutricional), se encontró que, para 4 grados de libertad, hubo diferencias estadísticamente significativas ($p=0.01$). De esta manera se pudo afirmar que existe relación entre el estado nutricional y la percepción del estado de salud actual.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Estado nutricional
		1
Estado de salud actual	Chi-cuadrado	13,330
	gl	4
	Sig.	,010(*)

* El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0.05.

Estado nutricional y autopercepción de salud

Se observó que en las tres categorías de estado nutricional fue dominante la autopercepción de salud *regular* con cerca del 60% de las respuestas. Por otra parte es de destacar que el 21,7% de las personas con malnutrición por exceso tuvieron una autopercepción de salud mala.

Tabla N° 29 : Distribución de la población de Adultos Mayores según autopercepción de salud y estado nutricional.

Autopercepción de salud	ESTADO NUTRICIONAL							
	Déficit		Normal		Exceso		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Buena	23	25,3	20	27,0	27	22,5	70	24,6
Regular	56	61,5	46	62,2	67	55,8	169	59,3
Mala	12	13,2	8	10,8	26	21,7	46	16,1
Total	91	100,0	74	100,0	120	100,0	285	100,0

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Estado nutricional
Autopercepción de salud	Chi-cuadrado	4,897
	gl	4
	Sig.	,298

No se observó asociación estadísticamente significativa entre estado nutricional y autopercepción de salud ($p=0,298$). Por lo que se acepta la Hipótesis nula: el estado nutricional no está asociado a la autopercepción de salud.

Estado nutricional y convivencia

Al relacionar el *estado nutricional* con la *convivencia* se observó que hubo una distribución similar en las tres categorías de estado nutricional entre las personas que vivían solas.

En la categoría convivir con la pareja se ubicaron solo el 19,4% de personas con estado de malnutrición por déficit, por debajo de las otras formas de convivencia.

Tabla N° 30: Distribución de la población de Adultos mayores según estado nutricional y convivencia. Córdoba 2011

Convivencia	ESTADO NUTRICIONAL							
	Déficit		Normal		Exceso		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Solo	32	34,4	29	39,2	38	30,6	99	34,0
Con pareja	18	19,4	18	24,4	34	27,4	70	24,0
Con hijos y/o nietos	20	21,5	14	18,9	26	21,0	60	20,6
Con otros	23	24,7	13	17,6	26	21,0	62	21,3
Total	93	100,0	74	100,0	124	100,0	291	100,0

Prueba de chi-cuadrado

		Estado nutricional
Convivencia	Chi-cuadrado	4,142
	gl	8
	Sig.	,844

No se observó asociación estadísticamente significativa entre estado nutricional y convivencia ($p=0,844$). De esta manera se acepta la hipótesis nula: el estado nutricional no está asociado a la convivencia).

Estado nutricional y apoyo social

Relacionando las variables *estado nutricional* y *apoyo social* se pudo observar que no existen diferencias significativas entre las categorías de estado nutricional y el recibir, no recibir o no necesitar apoyo social. Se encontró el más alto porcentaje de personas con estado nutricional normal (40,8%) en aquellos que no recibían y expresaron no necesitar apoyo social.

En tanto que aquellos que no recibían apoyo, presentaron porcentajes mayores en las categorías malnutrición por déficit o por exceso (39,8% y 37,4%), superando a la categoría normalidad del estado nutricional.

Tabla N° 31: Distribución de la población de Adultos mayores según estado nutricional y apoyo social recibido. Córdoba 2011

Apoyo Social	Deficit		Normal		Exceso		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Recibe apoyo	34	36,6	25	32,9	34	27,6	93	31,8
No recibe apoyo	37	39,8	20	26,3	46	37,4	103	35,3
No necesita apoyo	22	23,7	31	40,8	43	35,0	96	32,9
Total	93	100,0	76	100,0	123	100,0	292	100,0

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Estado nutricional
Apoyo social	Chi-cuadrado	7,795
	gl	4
	Sig.	,099

No hubo asociación estadísticamente significativa ($p=0.099$) entre las variables, aceptándose de esta manera la hipótesis nula: el estado nutricional no está asociado al Apoyo social.

DISCUSION

La malnutrición en la población anciana es un problema de salud frecuente, que incide de forma importante en la morbilidad y mortalidad de este grupo poblacional (Hernández Mijares, 2000), (Ramón J, 2000). Tradicionalmente el principal apoyo de los ancianos ha sido la familia, sin embargo, su constitución y dinámica actual han contribuido a impedir el ejercicio de sus roles tradicionales de cuidado, delegando en instituciones especializadas su atención. Esta realidad ha sido el origen de nuevos problemas de salud de este grupo poblacional, entre ellos, los problemas de malnutrición.

Estos problemas a su vez son consecuencia de los cambios socioculturales que han impactado en la vida cotidiana de la sociedad en general y de los Adultos Mayores en particular.

Entre los problemas más dramáticos que viven hoy los ancianos se encuentra el aislamiento social, el vivir solo, el no relacionarse con los otros, lo que tiene un impacto importante en los deseos de alimentarse y de vivir, y en consecuencia en cómo los mayores perciben su propia salud.

En este trabajo se abordó el estudio del grupo de Adultos Mayores que asisten diariamente a los comedores sociales con los que cuenta la subsecretaría de la Niñez, el Menor y la Familia SENAF. Para acceder al alimento, estas personas deben trasladarse al Hogar de Día, lo que les permite tener relaciones con otras personas de su entorno socio-cultural, compartiendo el momento de la comida con sus pares.

Del total de personas estudiadas, el 34% de los adultos mayores vivía solo, siendo mayor el porcentaje de varones que de mujeres (41,4% contra 29,4%). En otras investigaciones realizadas en el ámbito local (Acosta et al. 2010), con una población con iguales características a la de este trabajo, se observó que el 27,8% de la población vivía sola, superando los varones a las mujeres en esta modalidad de convivencia a las mujeres.

En un informe de las Naciones Unidas sobre arreglos residenciales en distintos países latinoamericanos (Saad, 2005), se constató que los adultos mayores que viven solos no superaban el 13% en Bolivia (1998) y el 11% en Argentina (1980). En otros países latinoamericanos el porcentaje es mucho menor, no superando el 10% en la región, con excepción de los países ya nombrados y Panamá (12%). Si bien estos datos han sido relevados en las fechas indicadas, esto permite reconocer la existencia de una tendencia en aumento para el grupo de ancianos: el vivir solos.

En un estudio comparativo realizado con población anciana de Costa Rica, España e Inglaterra (Puga, D. et al. 2006) se pudo constatar que en Costa Rica las relaciones familiares son claramente más fuertes que en las sociedades europeas y parecen basarse en la coresidencia. Vivir solo es poco frecuente entre los mayores costarricenses (menos del 10%), en tanto que en España y en Inglaterra, este porcentaje aumenta al 23% y 33% respectivamente. Por otra parte se presentaron diferencias significativas por sexo en la variable convivencia en los ancianos españoles, afectando la soledad residencial solo al 11% de la población masculina, contra un 27% de la población femenina, a diferencia de los resultados obtenidos en la presente investigación.

Por otra parte y a diferencia de los datos encontrados en este trabajo, en la ciudad de Barcelona, España se relevó que el 10,8% de los varones y el 33,3% de las mujeres vivían solos (Nebot, 2002). En dicha investigación las actividades sociales, el número de relaciones que contaba la persona, y entre las mujeres la existencia de apoyo vecinal, el tamaño de la red familiar, el número de contactos con la red comunitaria y la situación de convivencia se asociaron a la mortalidad.

En la presente investigación se indagó sobre la participación de los mayores en diferentes actividades sociales, la compañía con las que las realizaban y el lugar de realización. Es importante destacar que más del 40% de los ancianos que realizaban actividades sociales las hacían en compañía de los amigos, y el 29% con vecinos, por encima del porcentaje de personas mayores que lo realizaban con familiares sin diferencias por sexo y grupos de edad, lo que corroboraría las afirmaciones de Meléndez Moral en relación a que estas relaciones ajenas al grupo familiar, abrirían nuevas posibilidades de desarrollo personal a

partir de su aceptación por otros grupos que realizan evaluaciones no mediadas por el afecto y vínculos familiares, facilitando en alto grado la integración social. Los vínculos de amistad se han establecido por intereses comunes y actividades compartidas, siendo los apoyos que otorgan más públicos que los familiares, pero a la vez más personales, siendo fundamentales para el cuidado fuera del ámbito del hogar.

Por otra parte, investigaciones realizadas en Chile (Arechavala, Mantuliz, M.C; Miranda Castillo, C., 2002) mostraron que el valor de las relaciones familiares de los adultos mayores reside en la intensidad de los vínculos afectivos que existen entre sus miembros, y porque en la familia recae la mayor responsabilidad de cuidado de sus miembros..

En relación a la autopercepción de salud, en el presente estudio (Córdoba) encontró que un alto porcentaje de mayores (54,8%) consideraba que su salud actual era buena, (62,1% de varones y 50,3% de mujeres). En otro estudio realizado en las ciudades de Villa María y Villa Nueva (Pvcia de Córdoba), el 62% de las personas tenía una opinión positiva respecto al propio estado de salud, con diferencias importantes por sexo (hombres 71% y mujeres 57%) (Peláez et al 2010).

En tanto que en la investigación española de Nebot (2002) el 56,3% de mujeres describía su estado de salud como regular, malo o muy malo, en tanto que solo el 40,2% de los varones así lo declaraban.

La evaluación nutricional de ancianos es un tema de creciente interés en todo el mundo, sobre el cual la información existente en diferentes países es escasa. En Argentina son muy escasos los trabajos realizados con metodología acordada. En relación a los datos relevados sobre el estado nutricional de los Adultos Mayores participantes en este programa social, en los 297 casos relevados se encontró que la media de IMC en varones fue de $24,5 \pm 3,7$ y en mujeres $28,0 \pm 5,4$. Estos datos coinciden para el sexo femenino con los relevados en la ciudad de Villa María, Pvcia de Córdoba (Peláez, 2010), que reconocen en mujeres un IMC de 28,4. En cambio en los varones la media de IMC (28,5) supera ampliamente la encontrada en este estudio. En ambos trabajos se utilizó para el cálculo del IMC, la medida de la talla estimada a partir de la altura de la rodilla.

Un bajo IMC ha sido correlacionado en ancianos con un alto riesgo de morbi- mortalidad; mientras que el riesgo relativo relacionado con un alto IMC decrece con la edad (Omran y Morley, 2000). En este trabajo las medias más bajas de IMC se ubicaron en el grupo de viejos viejos (27,6) y las más altas en el grupo de viejos jóvenes (29,9).

En este trabajo se usaron los puntos de corte establecidos por NSI (2000) para categorizar el estado nutricional. Usando estos parámetros se observó que en la población total predominó la malnutrición por exceso (42,7%), registrando el sexo femenino el 52,5% en esta categoría de estado nutricional, en tanto que solo la cuarta parte de varones se incorporaban en esta categoría (25,4%).

En el estudio realizado en la ciudad de Villa María, Córdoba, estos datos se revierten, ya que para población total se registró un 57,8% de malnutrición por exceso, observándose en el sexo masculino mayor prevalencia (60,2%) que en el sexo femenino (56,6%). Por otra parte, la media de IMC en el estudio de Villa María en mujeres es similar a los datos de este estudio, en tanto que en varones supera el valor promedio de 24,5 relevado en varones de la ciudad de Córdoba, siendo de 28,5.

Al analizar la malnutrición por déficit, el presente trabajo encontró que el sexo masculino tuvo el 44,7% de sus integrantes ubicados en esta categoría, en tanto que en Villa María fue del 12,4% en varones y de 17,6% en mujeres. En ambas investigaciones, el porcentaje de personas afectadas por la malnutrición por déficit fue aumentando con la edad y paralelamente reduciéndose la malnutrición por exceso en ambas investigaciones.

En un estudio realizado en Brasil (Borba de Amorim, 2008) con los puntos de corte establecidos por OMS, se encontró una prevalencia de malnutrición por exceso del 44,4%, similar a los datos de la presente investigación, en tanto que en un estudio realizado en Chile, la prevalencia fue aún menor en las dos poblaciones estudiadas. (36% y 35,9%) (Barrón- Pavón, 2006).

Es necesario destacar que las comparaciones realizadas tienen falencias importantes ya que los trabajos considerados no utilizan la misma metodología ni coinciden con los puntos de corte de IMC para clasificar el estado nutricional.

En la actualidad se considera de suma importancia la realización de estudios poblacionales de envergadura, que permitan validar la utilización de la técnica antropométrica ideal para estimar talla en ancianos, y que permitan, por otra parte, establecer los puntos de corte más adecuados para definir estado nutricional en este grupo poblacional.

CONCLUSIONES

A fin de redactar las conclusiones, se tendrá en cuenta que la población con la que se trabajó es usuaria de un programa social estatal, con componente alimentario, de lo que se puede inferir una situación de vulnerabilidad social y económica.

A partir de los datos analizados, se ha podido concluir lo siguiente:

- Los adultos mayores encuestados se distribuyeron en su mayor parte entre las categorías de edad Viejos Jóvenes (41,4%) y Vejez media (45,5%).
- La mitad de los ancianos presentó un nivel de instrucción bajo, predominando en este rubro el sexo masculino y la categoría viejo viejos, seguido de la Vejez Media.
- El 54,8% de los adultos mayores reportaron su estado de salud actual como “bueno”, con predominio en el sexo masculino (62,1%) sobre el femenino (50,3%). Al compararse con sus pares, el 60% consideró su estado de salud mejor.
- La soledad residencial afectaba a un tercio de los Adultos Mayores ya que un 34% de ellos vive solo, superando el sexo masculino (41,4%) en este rubro al sexo femenino (29,4%). Solo la cuarta parte convive aún con su pareja. El 44,4% de los Viejos Viejos convive con personas ajenas a su núcleo familiar.
- El 70% de esta población participa de actividades sociales, con diferencias significativas por sexo, en compañía de amigos, siguiendo en orden de importancia los vecinos y finalmente la familia. El lugar de convocatoria o realización de las actividades sociales es el Centro de Jubilados, seguido de otros lugares tales como el Comedor, el Club o casas de familia.

- Solo el 31,8% de los Adultos Mayores declaró recibir algún tipo de apoyo social. En el sexo masculino primó el apoyo emocional, en tanto que en el femenino lo hizo el apoyo material.
- El 42,1% de toda la población estudiada presentó malnutrición por exceso, siendo mayor el porcentaje de mujeres (52,5%) que de varones en esta categoría.
- Solo la cuarta parte de la población presentó un estado nutricional normal, sin diferencias significativas por sexo y grupos de edad.
- La malnutrición por exceso fue disminuyendo a medida que aumentaba la edad, en tanto que la malnutrición por déficit tuvo un comportamiento inverso.
- La normalidad del estado nutricional presentó asociación estadísticamente significativa con el nivel de instrucción y la autopercepción del estado de salud actual. Esta asociación significativa no se presentó con las variables convivencia y apoyo social recibido, y la autopercepción de salud global.

BIBLIOGRAFIA

- Abellán.A. *Percepción del estado de salud*. Rev Mult Gerontol 2003;13(5):340-342
- Acosta R.S, Massobrio E, Acosta L, Peláez E. *Estado nutricional y apoyo social en adultos mayores de la ciudad de Córdoba, 2011*. Revista de XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Pág. 150. 2011. ISBN 978-987-20091-5-1
- Acosta, R.S.. *Evaluación nutricional de ancianos. Conceptos, métodos y técnicas*. ISBN 978-987-591-140-6. 2008 1º ed. Ed. Brujas. Córdoba
- Acosta, R.S., Calcagni, M.S., Massobrio, E., Gasparutti, G., Gubiani, M.L.; Boillos, C., Celton, D. *Calidad dietaria, satisfacción vital y estados de malnutrición en ancianos, Córdoba, República Argentina, 2007*. Revista de Salud Pública y Nutrición RESPYN. Revista electrónica Univ. Autónoma Nueva León. Vol. 11 N° 3- Julio-Septiembre 2010. ISSN 1870-0150. Pág. 1-16
- Acosta, R.S; Massobrio, E. A.; Calcagni, M. *Satisfacción con la vida y calidad de la alimentación de ancianos de Córdoba, Argentina, 2007*. En: La medicina social en México IV. Alimentación, cuerpo y corporeidad. Pág 27-41. ISBN 978-607-9124-00-7 Ed. Eón. 2010. México. DF
- Acosta, R.S., M.C.Boillos, V.Cejas, M.L.Gubiani, D.Maglioni, Y. Balmaceda, D.Celton. *Estado nutricional, ingesta alimentaria y satisfacción alimentaria de residentes de un hogar de ancianos estatal*. Producción Científica. 2006. Publicación Escuela Nutrición. Universidad Nacional Córdoba. Argentina Pág. 39.
- Acosta, R.S., Y. Balmaceda, L. Acosta, F. Sarracini. *Patrones alimentarios y estado nutricional de adultos mayores que asisten a los Hogares de Día de la Municipalidad de Córdoba*. Año 2004. Producción Científica 2005. Publicación Escuela de Nutrición. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Pág. 29.
- Acosta, R.S; Massobrio, E.H; Calcagni, S; Peláez, E. *Estado nutricional de adultos mayores usuarios de un programa social con componente alimentario en una ciudad mediterránea argentina*. En: La medicina social en México IV. Alimentación, cuerpo y corporeidad. Pág. 11-25. ISBN 978-607-9124-00-7 Ed. Eón. 2010. México. DF.
- Acosta, R.S., Calcagni, S, Gasparutti, G., Massobrio, E., Gubiani, M.L, Boillos, C, Celton, D. *Estado de fragilidad de una población de Adultos Mayores de la Ciudad de Córdoba. Año 2007*. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Huerta Grande. Córdoba. 2007. UNC. CONICET, ANPCYT. AEPA. (pág. 140).
- Alarcón Arenas, María Alejandra. *Envejecimiento, salud y arreglos residenciales en México*. Tesis Maestría en Población y Desarrollo. FLACSO. 2005.

- Alves, L.C; Rodríguez, R.N. *Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil*. Rev Panam Salud Publica 2005; 17 (5/6): 333-41
- Antonucci T. y Jackson J. *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida*. En: Intervención psicológica y social. Gerontología clínica, 1990. pp. 129-148. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Universidad. Ediciones Martínez Roca, S.A., Barcelona, España.
- Appels A, Bosma H, Grabauskas V, Gostautas A, Sturmans F. *Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population*. Soc Sci Med. 1996;42(5):681–9.
- Asaduroglu, A., M. Canale, A. Moos, R. Gallerano. *Prevalencia de obesidad en adultos mayores de bajos ingresos de la ciudad de Córdoba, Argentina*. Prod. Científica 2006. Publicación Escuela de Nutrición. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Pág. 37
- Auslander, G. K. y Litwin, H. (1990). *Social Support Networks and Formal Help Seeking: Differences Between Applicants to Social Services and a Nonapplicant Sample*. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 45, 112-119.
- Barbero, Jesús M. *Jóvenes: comunicación e identidad*. Pensar Iberoamérica. Revista digital de Cultura. OEI. Nº 0 Feb.2002. OEA. ISSN 1683-3783.
- Barrón- Pavón, M.V., M.A Mardones- Hernández, G. Ojeda Urzúa, F. Rodríguez-Alvea y S. Vera Sommer. *Comparación de estilos de vida de la población económicamente activa* 2006. Vol.15 Nº 1:33-44
- Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, Romero L, Heymsfield SB, Ross RR et al. *Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico*. Am J Epidemiology, 1998;147(8):755-763. Disponible en: <http://aje.oxfordjournals.org/cgi/reprint/147/8/755>
- Berkman L.F., Glass T. . En: Berkman L.F., Kawachi I. (Ediciones). *Social Epidemiology* (páginas 137-173). New York: Oxford University Press; 2000.
- Bermúdez, O; Tucker,K. *Uso de la altura de rodilla para corregir la talla de ancianos de origen hispano*. ALAN 2000. 50 Nº 1: 42-47.
- Berriel, F; Paredes, M; Pérez, R. *Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez*. En Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Tomo I. 2006 UNFPA- PNUD Uruguay. Ed. Trilce.
- Bisconti TL, Bergeman CS. *Perceived social control as a mediator of the relationships among social support, psychological well-being and perceived health*. Gerontologist. 1999; 39(1):94-103
- Borba de Amorim, R; Coelho Santa Cruz M.A; Borges de Souza, J. P; Corrêa da Mota, J; González, C. H. *Medidas de estimación de la estatura aplicadas al índice de masa*

- corporal (imc) en la evaluación del estado nutricional de adultos mayores Rev Chil Nutr: 2008.35 Sup1.:272-279.
- Bowlby, J. *Attachment and loss*. New York Basic Book 1969, 5, 402,413
 - Calderón G. *Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento*. Ed. Trillas. 1990. México
 - Cervantes Turrubiates, L. A., M. P. Montoya Díaz, L. Núñez Núñez, S. A. Borges Yáñez, L. M. Gutiérrez Robledo, C.Llaca Martínez *Aporte dietético de energía y nutrimentos en adultos mayores de México*. Nutrición Clínica 2003.Vol. 6(1): 2-8
 - Clemente, M.A. *Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*. Vol 20, Número 1. 2003 pp 31-60. Bs. As. ISSN 0325-8203
 - Crosetto, M; Acosta, R. et al. *Estado nutricional de Adultos Mayores beneficiarios de un Programa Social con Componente Alimentario, implementado en la Ciudad de Córdoba, Año 2000*. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas 2001; 58 (1):29-48.
 - Chumlea, W.C., A.F. Roche y M.L. Steinbaugh *Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age*. Journal American Geriatric Society.1985. Vol33 pp116-120.
 - Durnin, J. *Low body mass index, physical work capacity and physical activity levels*. Eur J Clin Nutr; 1994 (S3):39-44.
 - Feixa, Carles. *Antropología de las edades*, en Prat, J.;Martínez, A., Eds: Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat, Barcelona, Ariel, 1996. págs. 319-334.
 - Fernández Bellesteros, R. *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Ed, Pirámide. Madrid 1994
 - Fernández Bellesteros, R. *Introducción a la evaluación psicológica II*. Ed. Pirámide. Madrid. 1999
 - Huenchuán Navarro, S. (2005) *Diferencias sociales en la vejez. Aproximaciones conceptuales y teóricas*. Actas del Primer Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario.
 - Krause, N. (1997). Anticipated support, received support, and economic stress among older adults. Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 52B(6), 284-293.
 - Landman Szwercwald, Celia, Borges de Souza-Junior Paulo Roberto et al. *Sociodemographic determinants of self-rated health in Brazil*. Cad. Saúde Publica. Rio

de Janeiro. Sup 21-S54-S64. 2005 Disponible en:
[Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1646299Z](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1646299Z)

- Lapierre S, Bouffard L, Bastin E. *Personal goals and subjective well-being in later life*. Int J Aging Hum Dev 1997; 45 (4): 287-303).
- LIN N.y Ensel W. 1989 *Life stress and health: stressors and resources*. American Sociological Review, 1989 Vol. 54 pp382-399.
- Majos, A. *Manual de prácticas trabajo social en la tercera edad*. Ed. Siglo XXI. Madrid. 1995.
- Manzano Angua, JM, Nieto Granados MD, Sánchez Cornejo, MC. *Parámetros antropométricos más idóneos para valorar el estado nutricional de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis en los Centros Periféricos*. Rev Soc Esp Enferm Nefrol; 2003. (6) 3: 6-15
- Marcellini F. *Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study*. Arch Gerontol Geriatr Suppl. 2002;35(Suppl): 181-9 2002.
- Martínez Quero, C y col. *La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS*. Rev. Cubana Med. Gen. Int. 2005. Vol. 21, núm. 1-2.
- Mataix Verdú J., López Jurado M. *Valoración del estado nutricional. Estructura y Composición corporal*. Cap. 25. En Nutrición y Alimentación Humana. Situaciones Fisiológicas y Patológicas. 2006. Vol 2. Edit Océano.
- Mendes de Leon, C, Glass, T; Marottoli, R; Berkman, L. *Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans*. BMJ. 1999 August 21; 319(7208): 478-483.
- Miguel, J. *Integración de teorías sobre el envejecimientos.Revisión. I parte*. Rev. Española de Geriatria y Gerontología. 2006; 41(1) 55-63.
- Mishara, B. L., Riedel, L. G. *El proceso de envejecimiento* En: Tiempo nuevo para el adulto mayor. Enfoque interdisciplinario. Programa para el adulto mayor. Vicerrectoría Academia Pontifica Univ. Católica de Chile. Edit. Sandoz. 1986: 19- 37.
- N.A.N.D.A. North American Nursing Diagnosis Association (2001). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002*. Ed Harcourt, S.A Madrid.
- Nebot, M, Lafuente, J, Tomás, Z, Borrell, C; Ferrando, J. *Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en Población anciana: un estudio longitudinal*. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 673-682
- Nutrition Screening Initiative. *Nutrition Screening Iniciative Level 1 Screen*, American Academy of Family Physicians, the American Dietetic Association, and the National

- Council on the Ageing, Inc.* 2000. .En Krause's Food, Nutrition & Diet Therapy.10 edition. L. K. Mahan y S. Escott - Stump. Ed. Saunders. Pag. 362.
- Omran M. L.; Morley J. E. Assessment of protein energy malnutrition in older persons, part I: History, examination, body composition, and screening tools. *Nutrition*. 2000; 16(1): 50- 63.
 - OMS. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Resumen analítico del Informe Final. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. WHO/ IER/ CSDH/ 08.1. 2008. Ginebra. Suiza.
 - OMS. *Envejecimiento Activo: un marco político*. Trad. Regalado Doña, P. Rev. Española de Geriatria y Gerontologia. 2002;37(S2):74-105
 - OMS. Comité de Expertos de la OMS sobre la obesidad: *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO consultation on obesity. WHO technical report series, 894. Ginebra (Suiza): 2000. Organización Mundial de la Salud.
 - OPS: Organización Panamericana de la Salud. *Consenso sobre políticas de atención a los ancianos en América Latina*. Santiago de Chile: OPS, 1996.
 - OPS. Organización Panamericana de la Salud *La salud de los ancianos: Una preocupación de todos*. 1992. Comunicación para la salud N° 3.
 - Otero Puime, A; Zunzunegui Pastor, MV; Beland, F; Rodríguez Lazo, A; García de Yebenes y Prous, M. *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Fundación BBVA. Documento Trabajo N° 9. Universidad Autónoma Madrid-Universidad Montreal. 2006
 - Pelaez, M. *La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas*. Rev. Panam. De Salud Pública. 2005; 17 (5/6):299-302
 - Peláez, E; Torres, V; Acosta, R.S; Massobrio, E. *Ingresos de los Hogares y Estado Nutricional de Adultos en una Ciudad Intermedia del Interior de Argentina*. Población y Salud en Mesoamérica.2010. Volumen 7, número 2, artículo 1. Universidad Costa Rica
 - Pico Merchán, ME, *Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica*. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 11 – 24
 - Podrabsky, M. *Nutrición en el envejecimiento*. En: Krause. Nutrición y Dietoterapia. Capítulo 13 Ed. Interamericana, 2005. 247-258.
 - Puga, D; et al. *Red social y salud del adultos mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra*. En Población y Salud en Mesoamérica. Rev. Electrónica.

- Vol 5. N° 1 Art. 1. N° especial CRELES 2007.-Costa Rica. Disponible en <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
- Raphael D, Brown I, Renwick R, Cava M, Weir N, Heathcote K. *Measuring quality of life of older persons: a model with implications for community and public health nursing*. Int J Nurs Stud 1997; 34 (3): 231-39.
 - Ramón, J. y cols. *Prevalencia de malnutrición en la población anciana española*. Universidad de Barcelona. (Medline) 2000. España
 - Rico González, M. *Factores asociados a la autopercepción del estado de salud de los Adultos Mayores en México*. Tesis de Maestría en Población y Desarrollo. FLACSO México. 2008.
 - Rinaudo M, Tuninetti, E.. *Estudio sobre el Estado Nutricional de ancianos autoválidos del Hogar Elpidio Gonzalez..* Tesina grado Lic. en Nutrición. 2002. UNC. Argentina.
 - Rodríguez E, Lanborena N, Pereda C, Rodríguez A. *Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco*. Rev Esp Salud Publica. 2007;82:209-20.
 - Rosemberg, I.H. *Nutrition and ageing*. En Hazzard W.R.et al, Principles of Geriatric Medicine and Gerontology 3° Ed. New York 1994. Mc Graw Hill; 112-118
 - Rubio Herrera R, Aleixandre Rico M, Cabezas Casado JL. *Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población anciana andaluza*. Geriatrika 1997; 13: 271-81.
 - Saad, P. *Los adultos mayores en América Latina y El Caribe: Arreglos residenciales y transferencias informales*. Notas de Población, 2005 núm. 80, Celade/Cepal, Sgo. Chile.
 - Salvá Casanovas, A., J.A. Serra Rexach. *Pérdida de Peso y Desnutrición en las Personas Mayores: Epidemiología*. Valoración nutricional en el anciano. Documento de Consenso. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y enteral. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.2007.Pág.15-41. Ed.Galénitas-Nigra Trea.ISBN 978-84-95364-55-5 España
 - Sanz Barbero, B. *Variables sociodemográficas, estilos de vida y salud autopercebida en la población inmigrante*. **Gac Sanit**. [periódico en Internet] 2008 Oct; 22(5): 413-414. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500004&lng=es&nrm=iso.
 - Schlenker, E. *Nutrición en el envejecimiento*. Segunda edición. Madrid: Mosby/Doyma libros, 1994. Cap.1, 1-21; cap. 3, 49-73; cap. 11, 259-283.

- Schwartzmann, L. *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc. enferm.*, dic. 2003, vol.9, no.2, p.09-21. ISSN 0717-9553.
- Serra Rexah JA. *Consecuencias Clínicas de la Sarcopenia*. Nutr Hosp, 2006;21(3):46-50. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21s3/art06.pdf>.
- Shetty P.S; James W.P.T. *Body mass index. A measure of chronic energy deficiency in adults*. En Food and nutrition Paper 56. FAO. Rome 1994. En <http://www.fao.org/docrep/t1970e/t1970e00.HTM>. Consultado 21/07/2008.
- Sluzki, CE: “*Migration and Family Conflict*”. Family Process, 1979, 18(4):379-390.
- Steinmetz, SK 1988. *Duty bound: Elder abuse and family care*. Newbury Park, CA: Sage
- Todd Jewell, R, Rossi, M, Triunfo, P. *El estado de salud del adulto mayor en América Latina*. Doc. De Trabajo N° 20. Pág-1. Departamento de Economía. Fac. Ciencias Sociales. Univers. República. Uruguay. 2006
- Unger, V; Kumar ,N; Gilula, N: Yeager.M. *Three-Dimensional Structure of a Recombinant Gap Junction Membrane Channel*. Science 19 February:Vol.283.1999; 5405 pp. 1176-1180
- Velásquez-Alva, M.C., Rodríguez-Nocedal, S; Hernández-Caballero, M.L. *Factores relacionados con la desnutrición y la sarcopenia en un grupo de mujeres residentes de asilos en la ciudad de México*. Nutrición Clínica. 2004. 7 (3): 143-150
- Vellas B, Albarede JL, Garry P. *Diseases and aging: patterns of morbidity with age: relationships between aging and age associated diseases*: Am J Clin Nutr 1992;55:s1225-30.
- Wallace, J. I., R.S. Schwartz, A.Z.La Croix.. *Involuntary weight loss in older outpatients: incidence and clinical significance*. Journal American Geriatr. Soc. 1995. 43: 329-337.
- Wanden-Berghe, C. *Valoración Antropométrica. Valoración Nutricional en el anciano*. Documento de Consenso. Sociedad. Española de Nutrición Parenteral y Enteral y Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2007. pp. 85-87.
- Wasserman y Faust (1998). *Social network análisis*. Cambridge: Cambridge University Press. NY.
- Wong R, Peláez M, Palloni A. *Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador*. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6), 2005

- Yanguas Lezaun, JJ. *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Premio IMSERSO 2004. Colección Estudios Serie Personas Mayores N°1002. 2006. Inst. Mayores y Servicios Sociales Madrid.
- Zepeda Zepeda, M.A; Irigoyen Camacho, M.E; Velázquez Alva, M.C. *Métodos y Técnicas de Medición de la Composición Corporal y su uso en Individuos de la Tercera Edad*. *Nutrición Clínica*; 2002.5(2):88-97.
- Zolotow D. M. *Los devenires de la ancianidad*. Buenos Aires. Ed. Lumen Humnitas. 2002: 129- 165.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente expreso mi conformidad para participar en calidad de encuestado en el estudio *Satisfacción con la vida, calidad de la alimentación y estado nutricional de adultos mayores usuarios de programas sociales: su relación con estados de fragilidad*, investigación aprobada por la SECYT de la UNC, que tiene por finalidad identificar los principales factores sociales, económicos y sanitarios asociados a la salud nutricional de las personas mayores.

Se me ha informado en que consiste mi participación y estoy de acuerdo con responder a un cuestionario de preguntas sobre aspectos sociales, de salud y alimentarios de mi vida, datos que serán confidenciales y solo el investigador y su equipo de trabajo tendrán acceso a dicha información. Los datos podrán ser presentados en distintos eventos o publicaciones científicas, sin revelar mi identidad como participante.

Por otra parte, doy mi conformidad para que se me realicen las siguientes mediciones antropométricas: peso, talla, altura de rodilla, pliegues del brazo, circunferencias del brazo, pantorrilla, cintura y cadera. Además se calculará la grasa corporal total y la grasa corporal parte del tronco y la masa magra (kg), el agua corporal usando un aparato de bioimpedancia, que no tiene ningún tipo de riesgo para la salud. Se calcularán los índices de Masa corporal, y cintura/cadera.

Dichos datos me serán entregados en una ficha que yo puedo disponer para ser entregados a mi médico personal a fin de su consideración.

Se me ha informado que esta participación no tendrá consecuencias adversas para mi salud ni para mi integridad física, y todo el proceso solo tendrá una duración máxima de 45 minutos.

Declaro que no he sido presionado para participar del estudio, y lo hago de una manera absolutamente voluntaria, habiendo comprendido la finalidad del estudio, y que tengo la libertad de retirarme del mismo si yo así lo decido.

Firma de la persona encuestada: **DNI:**.....

Aclaración: **Fecha:**..... **Hora:**.....

Investigador que obtuvo el consentimiento: **Firma:**..... **DNI:**.....

Aclaración: **Fecha:**..... **Hora:**.....

ANEXO 2

FORMULARIO PARA RELEVAR DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Nombre del entrevistado:..... N° de Encuesta:
 Entrevistador:.....

Parámetros antropométricos	Medición I	Medición II	Medición III	Promedio
F.1. Altura de la rodilla (cm)				
F.2. Talla estimada (cm)				
F.3. Talla bipedestación (cm)				
F.4. Peso (kg)				
F.5. % Masa Grasa Total				
F.6. % Grasa Corporal tronco				
F.7. % Agua corporal				
F.8. Masa magra total (kg)				
F.9 Masa Magra Segmental MSD*				
F.10 Masa Magra Segmental MSI*				
F.11 Masa Magra Segmental MID*				
F.12 Masa Magra Segmental MII*				
F.13. Circunf. cintura (cm)				
F.14. Circunf. cadera (cm)				
F.15. Circunf. pantorrilla (cm)				
F.16. Circunf. braquial (cm)				
F.17. Pliegue Tricipital (mm)				
F.18. Fuerza prensión MD (Kg.)				
F.19. Fuerza prensión MND (Kg.)				
F.20. Vel. Desplazamiento Usual				
F.21. Vel. Desplazamiento Máx.				
F.22. Test Levántate y anda				

Índices	Valor
F.23. IMC (Talla estimada)	
F.24. IMC (Talla real)	
F.25. ICC	

SECCION B. ESTADO DE SALUD

<p>B.1 - Percepción Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud. ¿Diría usted que su salud es excelente, muy buena, buena, regular o mala?</p>	<p>Excelente..... 1 Muy buena..... 2 Buena..... 3 Regular..... 4 Mala..... 5 No sabe/No responde..... 9</p>
<p>B.2 Comparando su salud con la de hace doce meses, ¿diría usted que ahora está mejor, igual o peor que entonces?</p>	<p>Mejor..... 1 Igual..... 2 Peor..... 3 No sabe/No responde..... 9</p>
<p>B.3 <u>En comparación con otras personas de su edad,</u> ¿diría usted que su salud está mejor, igual o peor?</p>	<p>Mejor..... 1 Igual..... 2 Peor..... 3 No sabe/No responde..... 9</p>

SECCIÓN C. RELACIONES SOCIALES

<p>C.1 ¿Ud. Participa de reunión/es u otras actividad/es social/es?</p>	<p>1. Si 2. No</p>
<p>C.1 a ¿En dónde?</p>	<p>1. Centro Vecinal 2. Parroquia/Iglesia 3. Centro de Jubilados 4. Hogar de día 5. Otro ¿Cuál?.....</p>
<p>C.1 b ¿Con quién?</p>	<p>1. Familia 2. Amigos 3. Vecinos 4. Otros ¿Quiénes?.....</p>
<p>C.1 c ¿Cuándo tiene algún problema a quién pide ayuda?</p>	<p>1. Familiar 2. Amigos 3. Vecinos 4. Nadie</p>
<p>C.2 ¿Necesita y recibe usted alguna ayuda o apoyo económico o de acompañamiento?</p>	<p>1. No necesita ningún apoyo 2. No recibe ningún apoyo 3. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos y/o amigos económico 4. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos y/o amigos económico y acompañamiento 5. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos y/o amigos acompañamiento</p>
<p>C.3 ¿Brinda usted alguna ayuda o apoyo económico o de cuidado de hijos/nietos/amigos/vecinos?</p>	<p>1. No brinda ningún apoyo. 2. Brinda apoyo a la familia y/o vecinos y/o amigos económico. 3. Brinda apoyo a la familia y/o vecinos y/o amigos económico y cuidado.. 4. Brinda apoyo a la familia y/o vecinos y/o amigos cuidado</p>