

# Estado nutricional y apoyo social en adultos mayores de la ciudad de Córdoba, 2011.

Acosta, R. Susana, Massobrio, Esteban, Acosta, Laura B. y Peláez, Enrique.

Cita:

Acosta, R. Susana, Massobrio, Esteban, Acosta, Laura B. y Peláez, Enrique (2011). *Estado nutricional y apoyo social en adultos mayores de la ciudad de Córdoba, 2011. XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Neuquén.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xijornadasaepa/34>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eeQG/krt>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

*XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Ciudad de Neuquén, 21-23 de  
septiembre de 2011*

**“Estado nutricional y apoyo social en adultos mayores de la ciudad de Córdoba, 2011”**

**Autores: R. Susana Acosta<sup>1</sup>, Esteban Massobrio<sup>2</sup>, Laura D. Acosta<sup>3</sup>, Enrique Pelaéz<sup>4</sup>.**

**Sesión 6 – “Transición epidemiológica y Alimentación en Argentina”**

**Resumen:** En la ancianidad el mantenimiento de un adecuado estado nutricional (EN) y de redes que brinden apoyo social son considerados como importantes factores protectores de enfermedades y discapacidades. **Sujetos y Métodos:** Estudio descriptivo correlacional. n: 135: Ancianos autoválidos  $\geq 60$  años, afiliados a una obra social Universitaria DASPU. (37,8% varones, 62,2% mujeres). Consentimiento informado. Variables: *Sexo, Grupos de edad, Circunferencia de cintura (CCi), Circunferencia de cadera (CCa), Índice cintura cadera (ICC), Arreglos residenciales, Apoyo social:* participación en actividades sociales, ámbito de participación, cantidad de actividades, tipo de contactos, apoyo recibido, apoyo brindado; *EN:* Malnutrición por déficit (MND):  $IMC < 24 \text{ kg/m}^2$ , Normalidad (ENN):  $IMC 24-27 \text{ kg/m}^2$  según NSI, Malnutrición por exceso (MNE):  $IMC > 27 \text{ kg/m}^2$ . Mediciones: altura de rodilla, peso. Fórmula Chumlea (1985) para estimar talla (TE). **Resultados:** 86,7% de la población eran  $< 80$  años. Peso medio  $81,6 \pm 11,2$  y  $66,9 \pm 11,2$  kg en hombres y mujeres. Media IMC fue mayor en hombres ( $28,37 \pm 4,09 \text{ kg/m}^2$ ) que en mujeres ( $26,18 \pm 4,29 \text{ kg/m}^2$ ), la misma tendencia se observó para CCi e ICC. MNE: 60,4% y 46,1% en hombres y mujeres respectivamente. MND fue mayor en mujeres que en hombres (26,3% y 10,4%), 29,4% presentó ENN sin diferencias por sexo. El 53,3 % vive con cónyuge y el 24% solo. 88,3% participa de reuniones o actividades sociales, siendo el mayor ámbito de participación de los adultos mayores las reuniones informales en casa propia o de amigos. **Conclusiones:** MNE fue el EN prevalente, que predominó en varones. Existió un alto grado de participación, en especial en reuniones informales o actividades sociales con familiares o amigos. Se observó correlación débil positiva entre la cantidad de personas que viven en el hogar y los indicadores del estado nutricional. Existió correlación débil negativa entre el Índice de Masa Corporal y la cantidad de actividades sociales realizadas.

---

<sup>1</sup> Escuela de Nutrición. Facultad de Ciencias Médicas. UNCórdoba e-mail: [sacosta@fcm.unc.edu.ar](mailto:sacosta@fcm.unc.edu.ar)

<sup>2</sup> Escuela de Nutrición. Facultad de Ciencias Médicas. UNCórdoba e-mail: [estebanmassobrio@gmail.com](mailto:estebanmassobrio@gmail.com)

<sup>3</sup> CIECS-CONICET-UNCórdoba e-mail: [laudeac@hotmail.com](mailto:laudeac@hotmail.com)

<sup>4</sup> CIECS-CONICET-UNCórdoba e-mail: [enpelaez@hotmail.com](mailto:enpelaez@hotmail.com)

## **Introducción**

Uno de los mayores logros de la medicina del siglo XX fue el aumento de la esperanza media de vida, de 48,3 años en los hombres y de 46,3 años en las mujeres en 1900, a 74,2 años en los primeros y a 79,9 años en las segundas en el año 2000. Este cambio, sumado a un descenso de los índices de natalidad en gran parte del mundo, ya ha generado una situación demográfica global de envejecimiento poblacional que afecta a la política mundial y cuyas consecuencias están empezando a aparecer. Las probabilidades de que no se produzcan avances significativos en la prolongación de la vida, en el presente siglo, son escasas y existe la posibilidad de que la biotecnología propicie cambios más profundos con el consiguiente aumento de la esperanza de vida.

El proceso de envejecimiento no se produce de la misma manera en todo el mundo, (Chakiel, 1999) en Latinoamérica dicho fenómeno ocurre de una manera mucho más rápida que en el mundo desarrollado. Mientras en Europa demoró entre 150 y 200 años, en Latinoamérica el mismo fenómeno se desarrolló entre 40 y 60 años, sumado al hecho de ser una sociedad empobrecida con graves desigualdades en la distribución del ingreso. Puede afirmarse al respecto que Europa se enriqueció antes de envejecer mientras que América Latina envejece antes de enriquecerse. Como consecuencia de esta dinámica, la proporción de personas mayores se triplicará entre los años 2000 a 2050. Para esta última fecha, uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor (CEPAL 2005).

El aumento de población mayor a 60 años en las últimas décadas ha generado que se indague acerca de los factores que afectan su autonomía y calidad de vida.

Dentro de éstos factores, un estado nutricional saludable contribuye a mejorar el estado funcional y mental del individuo y por ende favorece el mejoramiento de su calidad de vida, algo sumamente importante en estos tiempos en que se han aumentado claramente los años de supervivencia (García de Lorenzo A y col, 2006).

Existe evidencia que los procesos metabólicos, fisiológicos y bioquímicos cambian en la medida en que avanza la edad del individuo y estos cambios tienden a tener un efecto adverso sobre el estado nutricional del adulto mayor. Por otro lado, existen factores socioeconómicos y psicológicos que influyen en la nutrición del anciano: los recursos financieros limitados, la falta de apoyo familiar, la pérdida de seres queridos o de personas encargadas de su cuidado y la menor movilidad debido a limitaciones físicas o el aislamiento social pueden, todos ellos, disminuir la disponibilidad de diversos alimentos, o favorecer la

pérdida del apetito (Barrera Sotolongo, J y col; 2007); pudiendo llevar al consumo de una dieta monótona, afectando a su vez el estado nutricional del anciano.

En relación a los antecedentes destacados, la presente ponencia tiene como propósito determinar el estado nutricional de un sector de adultos mayores de la ciudad de Córdoba, y relacionar esta variable con el apoyo social, medido a través de los arreglos residenciales y los contactos sociales.

### **Marco conceptual y antecedentes**

Entre los múltiples factores que afectan la autonomía y la calidad de vida de los ancianos, se encuentran los déficits o desviaciones en la alimentación, la nutrición y la actividad física, unido a otros factores psicoafectivos y socioeconómicos (Martínez Quero C, 2005).

Diversos estudios epidemiológicos (Landi F y col, 1999; Calle EE y col, 1999) demuestran una relación entre el estado nutricional y la morbi-mortalidad.

La malnutrición por déficit en el adulto mayor se relaciona con la disminución del estado funcional, de la función muscular, disfunción inmune, anemia, reducción de la función cognitiva, pobre cicatrización de heridas, retraso en la recuperación de cirugías, aumento de las tasas de re-hospitalización y mortalidad (Ahmed, T y col; 2010). Esta correlación se ha observado con distintos parámetros simples de valoración del estado nutricional como el peso, la pérdida de peso y el índice de masa corporal (IMC). Un IMC por debajo de 22 kg/m<sup>2</sup> se ha asociado a una mayor tasa de mortalidad y a un peor estado funcional en personas mayores que viven en la comunidad (Landi F y col, 1999).

Por otra parte, la malnutrición por exceso también se relaciona con el riesgo de morbi-mortalidad. La ganancia de peso es común con el incremento de la edad, y un aumento de peso es aceptado e incluso recomendado en las personas de edad, ya que la asociación de la mortalidad con la obesidad disminuye a medida que avanza la edad (Mc Tighe, KM y col, 2006). Sin embargo este efecto protector se pierden con un IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> (Solomon CG y col; 1997). Otros indicadores antropométricos como la circunferencia de la cintura y el índice cintura-cadera poseen mayor sensibilidad que el IMC para indicar la probabilidad de un mayor riesgo de morbi-mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta mayor (Seidell JC, 2000). La obesidad en el adulto mayor contribuye al riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes, algunos tipos de cáncer, dificulta la movilidad e incrementa el riesgo de osteoartritis. (Mc Tighe KM y col, 2006).

El mantenimiento de un buen estado de nutricional y ciertos factores del estilo de vida, son vitales para asegurar a todas las personas en general, y en particular a los adultos mayores, una vida saludable, activa e independiente (Cervantes Turrubiates et al, 2003)

#### *Aislamiento social en el adulto mayor*

Los contactos sociales son importantes a cualquier edad, pero en esta etapa tienen ciertas particularidades: son los mejores predictores de la salud y del bienestar subjetivo y ayudan a afrontar las dificultades. Además, permiten compensar las pérdidas que aparecen en este período ganando nuevos vínculos. Las personas que pertenecen a grupos sociales, mantienen un mejor estado de salud que quienes viven socialmente aislados.

Los grupos sociales cumplen la función de apuntalamiento y contención emocional, refuerzan la autoestima, promueven un bienestar subjetivo y un sentimiento de pertenencia. El constructo apoyo social aparece en los últimos años asociado significativamente al proceso salud/enfermedad. El deficiente apoyo social se relaciona a mayor riesgo de enfermedad (Prince, 1997), patología cardiovascular (Tsouna-Hadjis y cols., 2000), peor salud mental (Barrón y Sánchez, 2001; McInnis y White 2001; Martínez, García y Maya, 2001) y alteración inmunológica (Myers y Fahey, 2000). Se ha constatado también su influencia sobre otras variables como la salud percibida (Bisconti, 2002), la respuesta afectiva (Tucker, 2002), la calidad de vida (Bukov 2002) y la autoestima (Krause, 2000).

Quizás uno de los trabajos más reveladores sea el llevado a cabo por Berkman y Syme (1979) en Oakland (condado de Alameda, California). Estos autores hallaron, tras un seguimiento de nueve años, que las personas con niveles más bajos de apoyo social tenían una probabilidad de morir durante ese período casi tres veces superior a la de aquellos que disfrutaban de una mayor vinculación social. En su estudio longitudinal, tuvieron en cuenta datos de análisis de red tales como: estado civil, contacto con amigos, participación en agrupaciones formales, asistencia a la iglesia, etc.

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 en este colectivo.

Uno de los factores de riesgo principales del deterioro en la calidad de vida en la vejez es el aislamiento social. A través de las redes sociales los mayores confirman ser parte de la sociedad, al mismo tiempo que se amplían sus roles dentro de la misma. La primera red de

apoyo estaría configurada por la familia, pero los vínculos sociales posibilitan asumir roles no familiares que la sociedad ofrece a través de la participación de agrupaciones diversas, y que enriquecen la propia identidad. Su "ser social" no se agotaría en el rol de "abuelo" . El hecho de pertenecer a un determinado grupo posibilita al adulto mayor contar con un otro significativo por quien se siente reconocido, y que lo acompañará en este proceso de cambios que implica transitar la vejez.

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.

El aislamiento social ha sido definido como “la soledad experimentada por el individuo y vivida como negativa o amenazadora e impuesta por otros” (N.A.N.D.A, 2001). El aislamiento social en los ancianos constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades y discapacidades (Monforto Porto, 1998).

Si bien la definición de aislamiento social constituye una valoración subjetiva, los adultos mayores que viven solos experimentan mayor riesgo de presentar sentimientos de soledad que quienes no viven solos (Rubio, 2001).

Evidencias sustanciales indican que los contactos sociales disminuyen los efectos nocivos del estrés psicológico mediante el incremento de la respuesta inmunológica celular y humoral. Estas actividades fortalecen las relaciones interpersonales así como las normas de reciprocidad y dependencia. Así mismo, el tipo de convivencia que posee el adulto mayor tiene diferentes implicancias para su vida. En gran parte de los estudios sobre arreglos residenciales hacen hincapié en los costos y beneficios asociados a los diferentes tipos de arreglos. 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).

Además de los arreglos residenciales, es necesario incluir la calidad y cantidad de las relaciones que mantiene el adulto mayor. Al respecto, el concepto de apoyo social resulta útil para definir las mismas.

Lin y Ensel (1989) citado por Yanguas Lezaun (2006) definen el apoyo social como “el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como en crisis”.

Entre otros aspectos, el aislamiento y la soledad conducen, entre los que viven solos, al consumo de comidas fáciles o ya preparadas, por falta de motivación en las mujeres o de habilidad culinaria en los hombres y, al mismo tiempo, el número de comidas omitidas va siendo mayor (Barrerra Sotolongo, 2007).

Comer es una de las actividades más esperada y disfrutada por los adultos mayores. Sin embargo el comer sólo puede reflejarse en una alimentación insuficiente y monótona, ya que muchas personas no sienten el deseo de preparar una comida para posteriormente comerla a solas (Velásquez Alva, Rodríguez Nocedal, 2003). Parece indudable que gozar de apoyo social y comer en compañía mejora el apetito, la cantidad de alimento ingerido y, por tanto, repercute en el estado nutricional (Barrerra Sotolongo, 2007).

Por otra parte, 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, los cuales a su vez pueden alterar la ingesta alimentaria, disminuyendo o aumentando el consumo de alimentos, así como afectando la calidad de la dieta.

### **Metodología y fuentes de datos**

Se utilizaron datos primarios provenientes de la investigación “Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba”. Se trata de un estudio descriptivo y correlacional, cuyo Universo está compuesto por personas de 60 años y más, autoválidos y residentes en la ciudad de Córdoba, en el año 2011. La muestra es no probabilística, intencional, y está constituida por adultos mayores beneficiarios de comedores sociales de la provincia de Córdoba (n=350) y adultos mayores afiliados a la obra social universitaria DASPU (n= 135).

Esta investigación se encuentra en etapa de recolección de datos. En la presente ponencia, se exponen los resultados preliminares, correspondientes a los adultos mayores afiliados a la obra social DASPU. No contar con el consentimiento informado del adulto mayor, constituyó el único criterio de exclusión para participar en este estudio.

El proyecto incorpora numerosas variables relacionadas con la salud nutricional y las condiciones de vida del adulto mayor. Con la finalidad de cumplir con el propósito de ésta ponencia, se analizarán las variables *Estado Nutricional*, *Arreglos Residenciales* y *Redes de Apoyo Social*.

Para la determinación del Estado Nutricional se utilizaron técnicas medicionales (antropometría). A partir del Índice de Masa Corporal (IMC) ( $\text{peso}/\text{talla}^2$ ), se categorizó en: “normalidad” (IMC: 24-27  $\text{kg}/\text{m}^2$ ), “déficit” ( $<24 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) y “exceso” ( $>27 \text{ kg}/\text{m}^2$ ).

El peso fue medido con Balanza Electrónica “Tanita”, con precisión de 100 gramos; la talla fue estimada mediante la altura de la rodilla, medida con antropómetro largo, con precisión en milímetros. Para la estimación de la talla se aplicó la ecuación de Chumlea (1985).

Se determinó la Circunferencia de la Cintura y el Índice Cintura-Cadera. Fue analizada como variable numérica y además se determinaron las categorías de Circunferencia de Cintura consideradas fueron “sin riesgo”  $\leq 87,99$  cm mujeres y  $\leq 101,99$  cm hombres y “riesgo”  $\geq 88,00$  cm para las mujeres y  $\geq 102,00$  cm en hombres. Para el Índice Cintura-Cadera (cociente entre circunferencia de la cintura y circunferencia de la cadera), se consideró “riesgo” cuando el mismo fue  $\geq 1$  para hombres y  $\geq 0,80$  mujeres. Las circunferencias de cintura y cadera fueron medidas con cinta de fibra de vidrio inextensible y flexible, con precisión en milímetros. Las mediciones fueron realizadas por Licenciados en nutrición y estudiantes de la licenciatura entrenados para tal fin.

Los datos sobre arreglos residenciales y redes de apoyo social, fueron obtenidos a través de técnicas observacionales por encuesta.

Los Arreglos Residenciales se determinaron a partir de la convivencia, categorizada en: *sólo, con cónyuge, con familiares, con otras personas.* y de la cantidad de personas que viven en el hogar (1,  $\geq 2$ ).

El Apoyo Social se fue analizado a partir de:

- 1 - “Participación en actividades sociales” (Si/No)
- 2 - “Ámbito de participación” (Centro vecinal, Parroquia/Iglesia, Centro de Jubilados, Hogar de día, Casa propia o de amigos, Otro)
- 3- “Cantidad de actividades sociales en las cuales participa” (Ninguna, una, dos o más)
- 4- “Tipo de contactos” (Familia, amistades, comunidad (vecinos, colegas, compañeros/otros)
- 5 - “Apoyos recibidos” (No necesita ningún apoyo, No recibe ningún apoyo, Recibe apoyo económico de familia y/o vecinos y/o amigos, Recibe apoyo económico y acompañamiento de familia y/o vecinos y/o amigos, Recibe acompañamiento de la familia y/o vecinos y/o amigos)

6 - “Apoyo brindado” (No brinda ningún apoyo, Brinda apoyo económico a familia y/o vecinos y/o amigos, Brinda apoyo económico y cuidado a familia y/o vecinos y/o amigos, Brinda cuidado a la familia y/o vecinos y/o amigos.

Las encuestas fueron administradas por encuestadores entrenados.

#### *Análisis estadístico*

La información fue procesada con el paquete estadístico SPSS versión 11.5 para Windows. Se determinaron frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes, medias y DE; según la naturaleza de la variable analizada. Para la corroboración de hipótesis se utilizó Test de  $X^2$ , Correlación de Pearson y Análisis de la Varianza (ANOVA), aceptándose un nivel de significación  $< 0,05$  para rechazo de hipótesis nula.

## **Resultados**

La población estudiada (n=135) estuvo conformada por un 37,8% de personas del sexo masculino y un 62,2% del sexo femenino. El 86,7% se distribuyó en las categorías viejo-joven y vejez-media. La media de edad fue de 70,02 años  $DE \pm 7.8$ .

Se observa que en ambos sexos existió una mayor proporción de viejos jóvenes y en el caso de los hombres existió una mayor proporción de vejez media y viejos viejos en relación a las mujeres. (Tabla 1)

**Tabla 1: Distribución de adultos mayores según sexo y grupo de edad; Obra social DASPU.**

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>V. jóvenes</b>	21	41,2%	50	59,5%	71	52,6%
<b>V. media</b>	20	39,2%	26	31,0%	46	34,1%
<b>V. viejos</b>	10	19,6%	8	9,5%	18	13,3%
<b>Total</b>	51	100,0%	84	100,0%	135	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base al proyecto: “Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba”

Los indicadores del estado nutricional pudieron ser obtenidos para 124 casos (92% de la población total).

El peso medio de la población masculina fue de  $81.66 \pm 11.18$  kg y de la femenina  $66.94 \pm 11.18$  kg, observándose el peso máximo en varones y el mínimo en mujeres.

Se observó que la media de Índice de Masa Corporal para mujeres fue de 26,78 mientras que para hombres de 28,37 ( $p < 0,05$ ), la media de Circunferencia de Cintura para

mujeres fue de 89,40 mientras que para hombres fue de 99,67 ( $p < 0,001$ ) y la media de ICC para mujeres fue de 0,85 y de 0,94 para hombres ( $p < 0,001$ ). (Tabla 2)

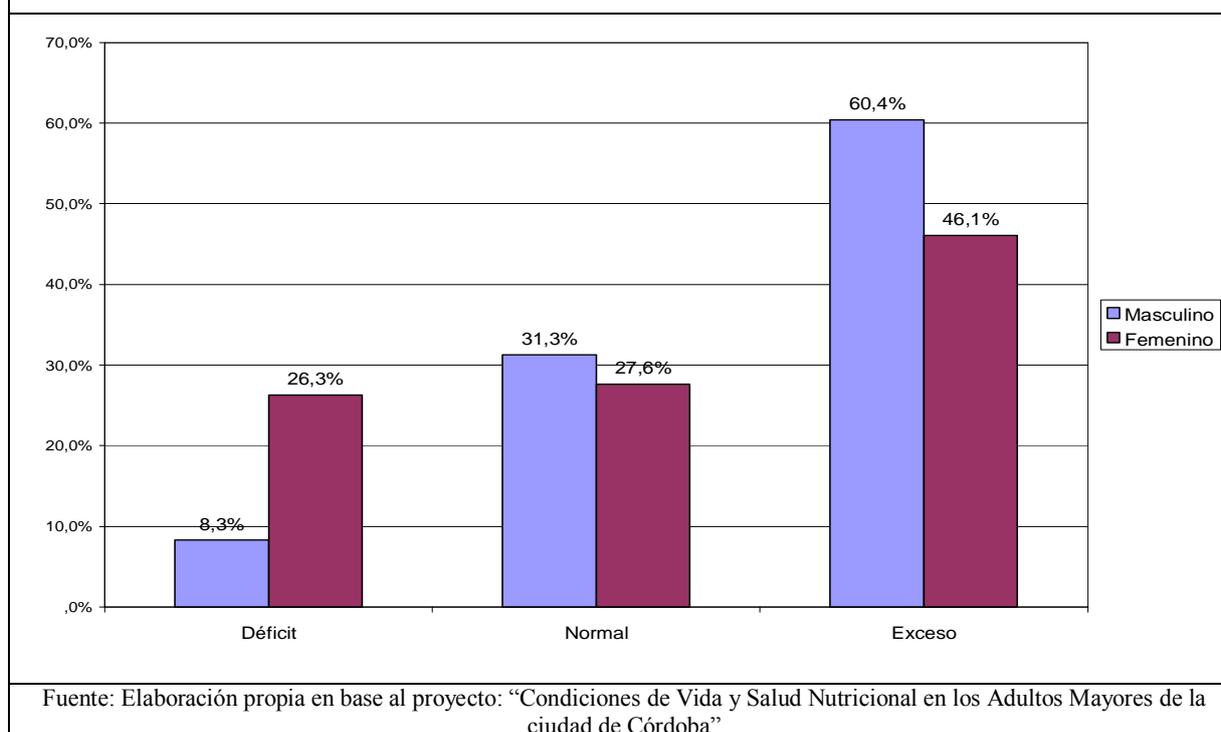
**Tabla 2: Medidas resumen: Peso, circunferencia de cintura, circunferencia de cadera, Altura de Rodilla (AR), Talla estimada, Índice de masa corporal (IMC), Índice cintura cadera (ICC) según sexo; obra social DASPU.**

	Sexo							
	Masculino				Femenino			
	Media	DE	Mínimo	Máximo	Media	DE	Mínimo	Máximo
<b>Peso (kg)</b>	81,66	11,18	58,40	108,70	66,94	11,18	43,10	95,50
<b>Circ.Cintura (cm)</b>	99,67	10,06	76,00	122,50	89,40	12,40	66,00	114,00
<b>Circ.Cadera (cm)</b>	105,34	6,03	96,00	120,00	104,22	12,34	89,00	128,00
<b>AR (cm)</b>	56,74	19,10	38,70	175,60	48,61	6,27	1,42	57,90
<b>T.Estimada (cm)</b>	172,24	16,97	149,70	281,60	158,16	5,16	142,00	176,00
<b>IMC(kg/m<sup>2</sup>)</b>	28,37	4,09	21,16	42,39	26,78	4,29	18,01	38,04
<b>ICC</b>	0,94	0,06	0,77	1,07	0,85	0,07	0,68	1,03

Fuente: Elaboración propia en base al proyecto: “Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba”

Al analizar el estado nutricional según las categorías “déficit”, “normalidad” y “exceso”, a partir de los valores de IMC, se observa que en los varones prevaleció la malnutrición por exceso y el estado de nutrición normal, mientras que en las mujeres se observó mayor porcentaje de déficit ( $p = 0,04$ ). (Figura 1)

**Figura 1: Estado nutricional según sexo. Adultos mayores de 60 años y más, obra social DASPU (n= 124).**



La malnutrición por exceso fue el estado nutricional prevalente en todos los grupos de edad, siendo mayor en el grupo de viejos-viejos, en tanto que la malnutrición por déficit predominó en el grupo de viejos jóvenes (Tabla 3).

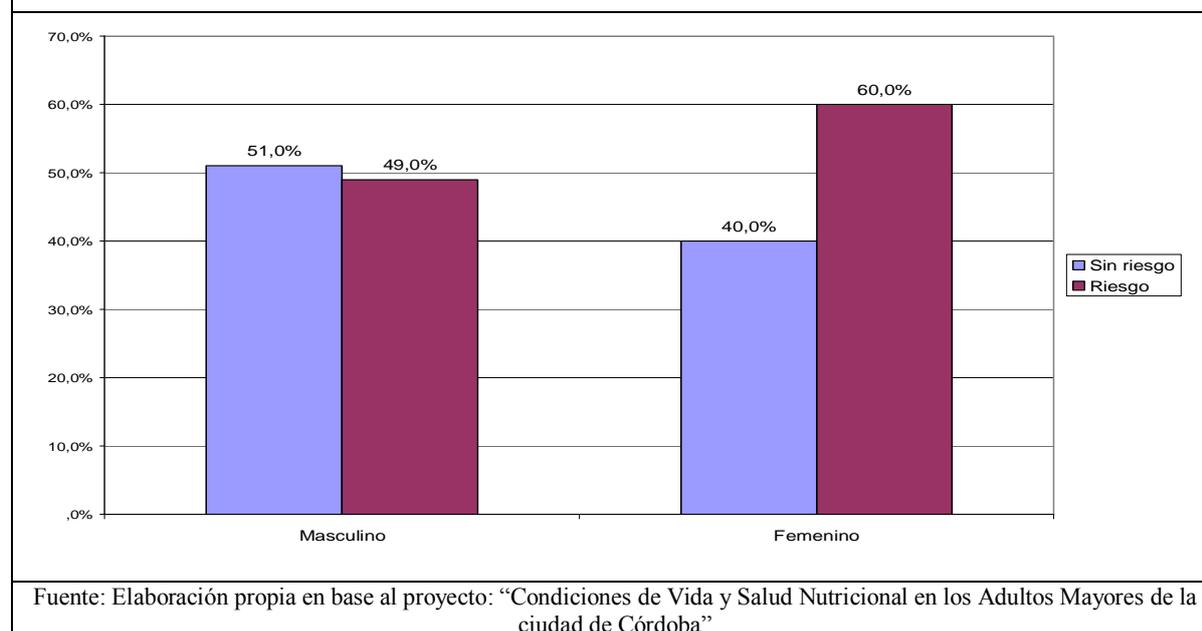
**Tabla 3: Estado nutricional según grupos de edad; obra social DASPU.**

Estado Nutricional	Grupos de edad					
	V. jóvenes		V. media		V. viejos	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Déficit</b>	16	24,24	8	19,51	1	5,88
<b>Normal</b>	19	28,79	12	29,27	5	29,41
<b>Exceso</b>	31	46,97	21	51,22	11	64,71
<b>Total</b>	66	100	41	100	17	100

Fuente: Elaboración propia en base al proyecto: "Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba"

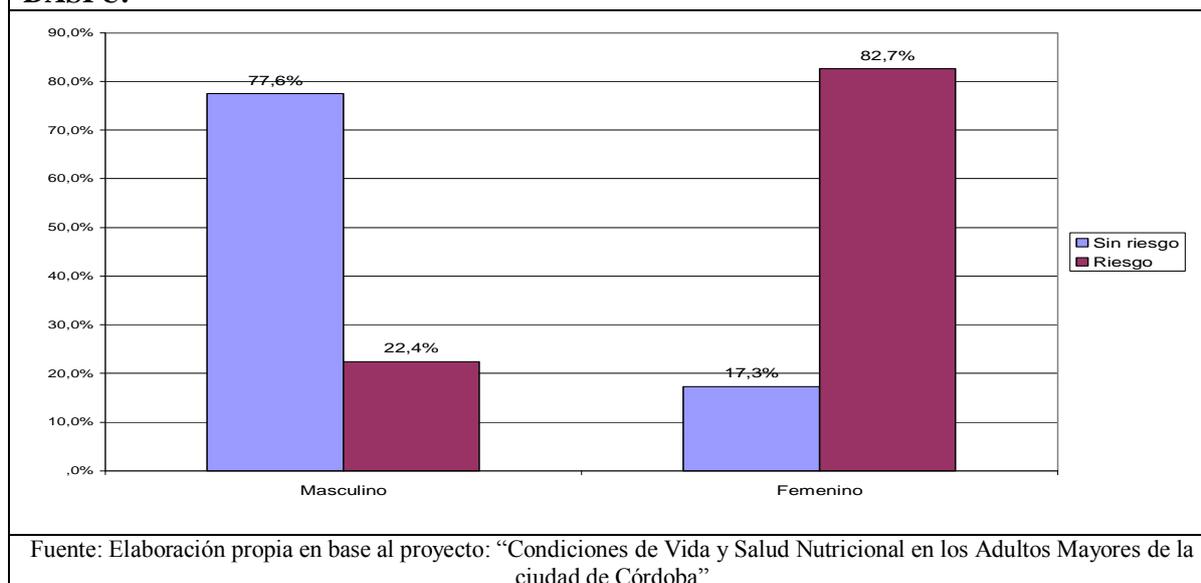
En relación a la Circunferencia de Cintura, se observó un mayor porcentaje de "riesgo" para el sexo femenino (diferencias no significativas, Figura 2).

**Figura 3: Circunferencia de cintura, según sexo. Adultos mayores de 60 años y más, obra social DASPU (n= 124).**



En cuanto al Índice Cintura Cadera según sexo (Figura 3), se observó que los hombres presentaron menor riesgo que las mujeres ( $p < 0,001$ ).

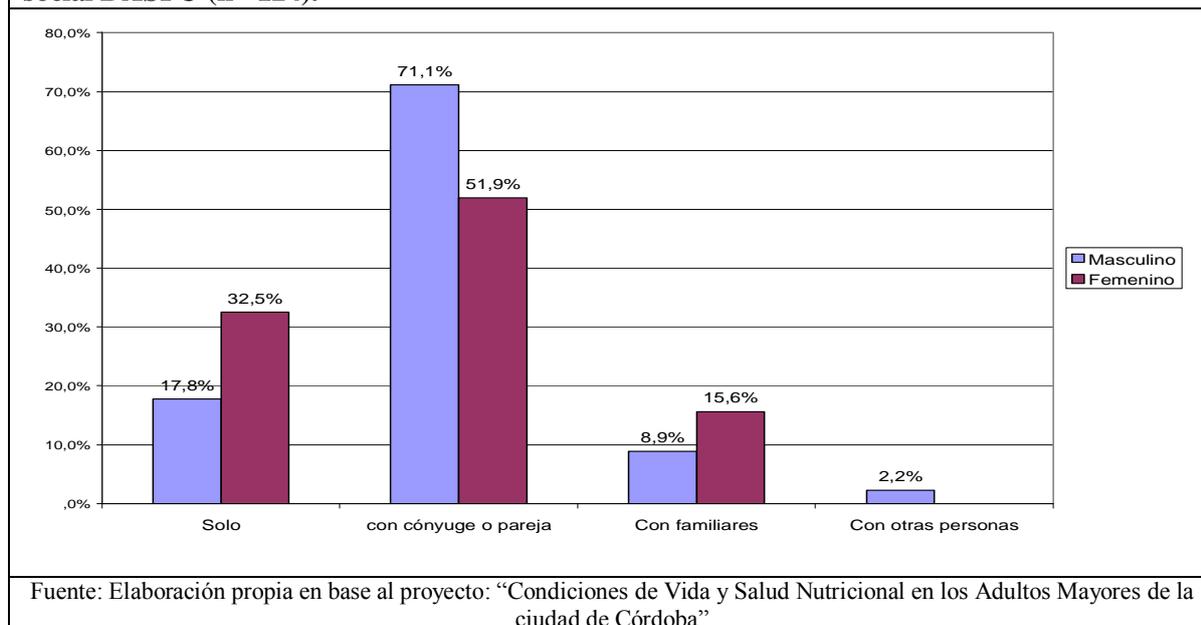
**Figura 2: Índice Cintura/Cadera según sexo. Adultos mayores de 60 años y más, obra social DASPU.**



En el análisis de los arreglos residenciales, se observó que el 24% de los ancianos encuestados vive sólo, el 53,3% con cónyuge o pareja, el 11,9% con familiares y el 0,7% con otras personas.

En la figura 4 se indican los arreglos residenciales según sexo. La mayor proporción de los adultos mayores viven con el cónyuge o pareja. En la categoría "vivir solo" predominó el sexo femenino.

**Figura 4: Arreglos residenciales, según sexo. Adultos mayores de 60 años y más, obra social DASPU (n= 124).**



En relación a la cantidad de personas que viven en el hogar, se observa que la media fue de 2,25 personas DE  $\pm$  1,08, siendo el valor máximo 6 personas.

El 88,3% de los adultos mayores encuestados refirieron que participan de reunión/es u otras actividad/es social/es, teniendo más alto nivel de participación el sexo femenino (92,1%) que el masculino (81,8%).

Se observa que el mayor ámbito de participación de los adultos mayores fue en reuniones informales en casa propia o de amigos, teniendo mayor participación en el mismo los hombres que las mujeres. Otras actividades de participación referidas fueron talleres, clubes y asociaciones (Tabla 4).

**Tabla 4: Ámbito de participación de los adultos mayores de 60 años y más; según sexo. Obra social DASPU (n=135)**

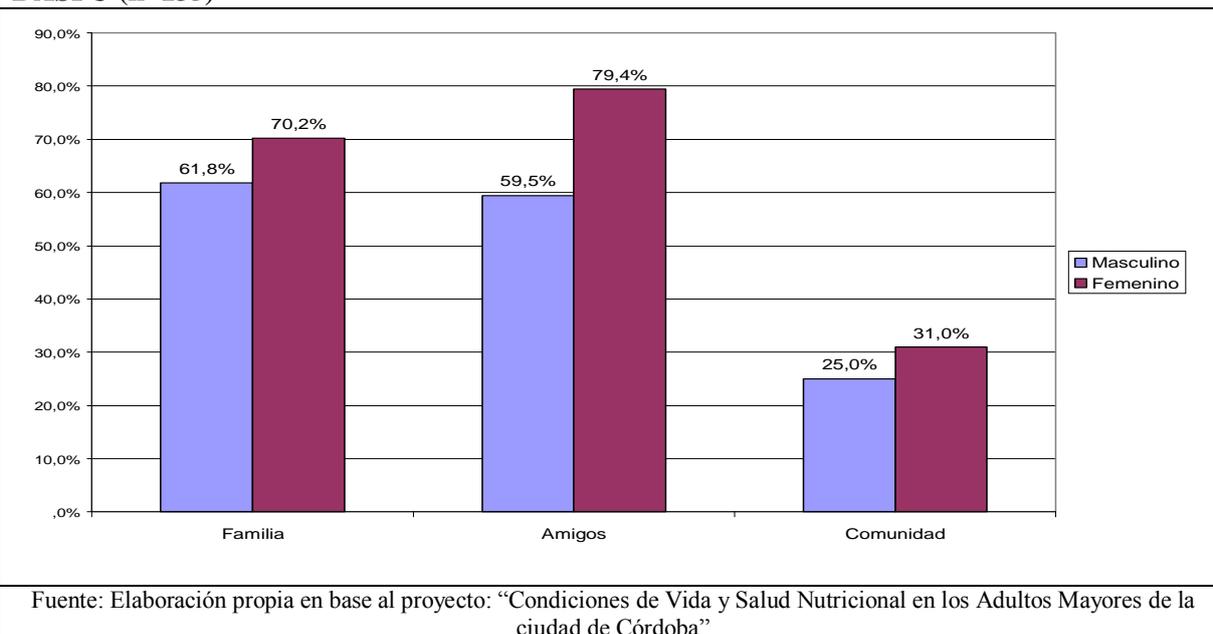
Ámbito de participación	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Centro Vecinal	4	16,0%	5	12,5%
Parroquia/Iglesia	6	25,0%	12	27,3%
Centro de Jubilados	2	8,3%	12	27,3%
Hogar de día	1	4,2%	1	2,7%
Casa propia o de amigos	24	70,6%	38	62,3%

Fuente: Elaboración propia en base al proyecto: "Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba"

Un 55,6% de los adultos mayores indicaron participar en una actividad, mientras que un 20% participaron en dos o más. Analizando según sexo, el 60% de los hombres y el 66,2% de las mujeres participaron de una actividad, mientras que un 18,6% de los hombres y el 25,7% de las mujeres participaron en más de una actividad.

En los contactos sociales de los adultos mayores encuestados, predominaron las amistades (56,3%), seguido de las relaciones familiares (45,2%). El 28,6% tenía relaciones comunitarias (vecinos, compañeros y otras redes). Se observó que el sexo femenino tuvo un mayor nivel de participación en todos los tipos de contactos (redes familiares, amistades y redes comunitarias) por parte de las mujeres, siendo significativo en la participación con amigos ( $p=0,02$ ). (Figura 5).

**Figura 5: Tipo de contactos de los adultos mayores de 60 años y más; según sexo. Obra social DASPU (n=135)**



En relación al apoyo recibido, el 68,9% refirió no necesitar ningún apoyo, el 8,9% no recibe apoyo, el 3% recibe apoyo económico de familia, amigos, vecinos u otros; 3,7% recibe ayuda de acompañamiento y el 3% recibe ayuda económica y de acompañamiento.

En cuanto al apoyo brindado, el 23,7% no brinda ningún apoyo, el 26,7% brinda apoyo económico a familiares, amigos o vecinos; el 23% brinda apoyo de económico y de cuidado y el 14,8% brinda apoyo de cuidado.

**Tabla 5: Apoyo recibido en adultos mayores de 60 años y más; según sexo. Obra social DASPU (n=135)**

Apoyo recibido	Sexo	
	Masculino	Femenino
1. No necesita ningún apoyo	80,0%	78,1%
2. No recibe ningún apoyo	11,1%	9,6%
3. Recibe apoyo económico de la familia y/o vecinos y/o amigos	2,2%	4,1%
4. Recibe apoyo económico y de acompañamiento de la familia y/o vecinos y/o amigos	4,4%	4,1%
5. Recibe acompañamiento de la familia y/o vecinos y/o amigos	2,2%	4,1%
Total	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base al proyecto: "Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba"

En las tablas 5 y 6 se resume el apoyo recibido y brindado según sexo, observándose que los hombres reciben más apoyo y brindan más apoyo económico, mientras que las mujeres brindan más apoyo de cuidado.

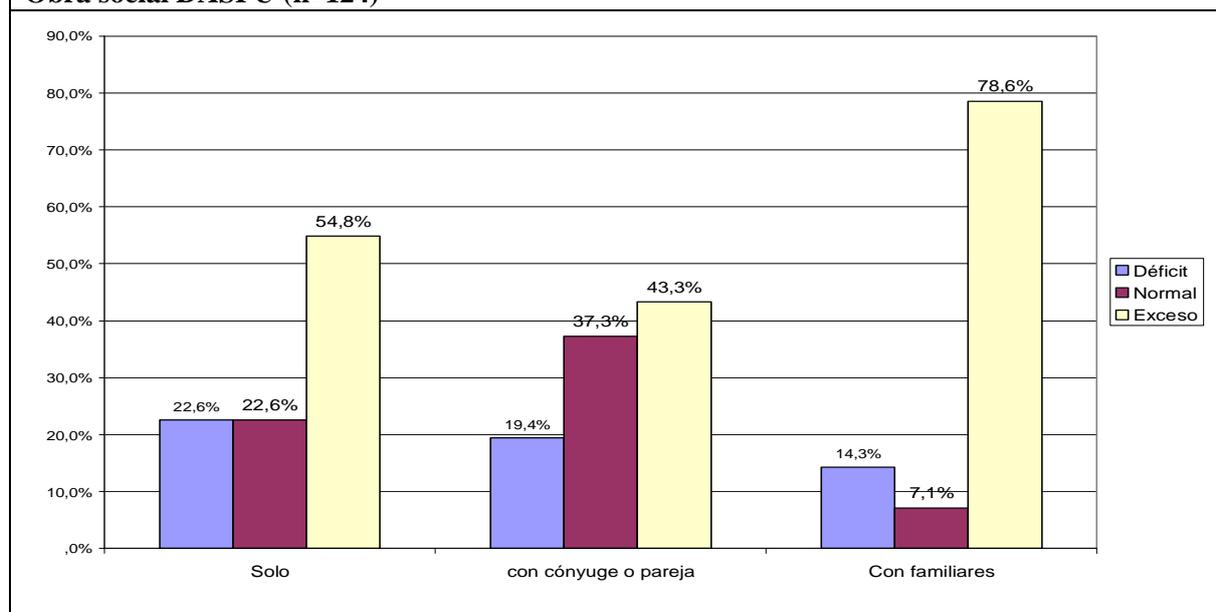
**Tabla 6: Apoyo brindado por adultos mayores de 60 años y más; según sexo. Obra social DASPU (n=135)**

	Sexo	
	Masculino	Femenino
1. No brinda ningún apoyo	24,4%	28,4%
2. Brinda apoyo económico a la familia y/o vecinos y/o amigos	33,3%	28,4%
3. Brinda apoyo económico y acompañamiento a la familia y/o vecinos y/o amigos	33,3%	21,6%
4. Brinda cuidado a la familia y/o vecinos y/o amigos	8,9%	21,6%
Total	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base al proyecto: “Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba”

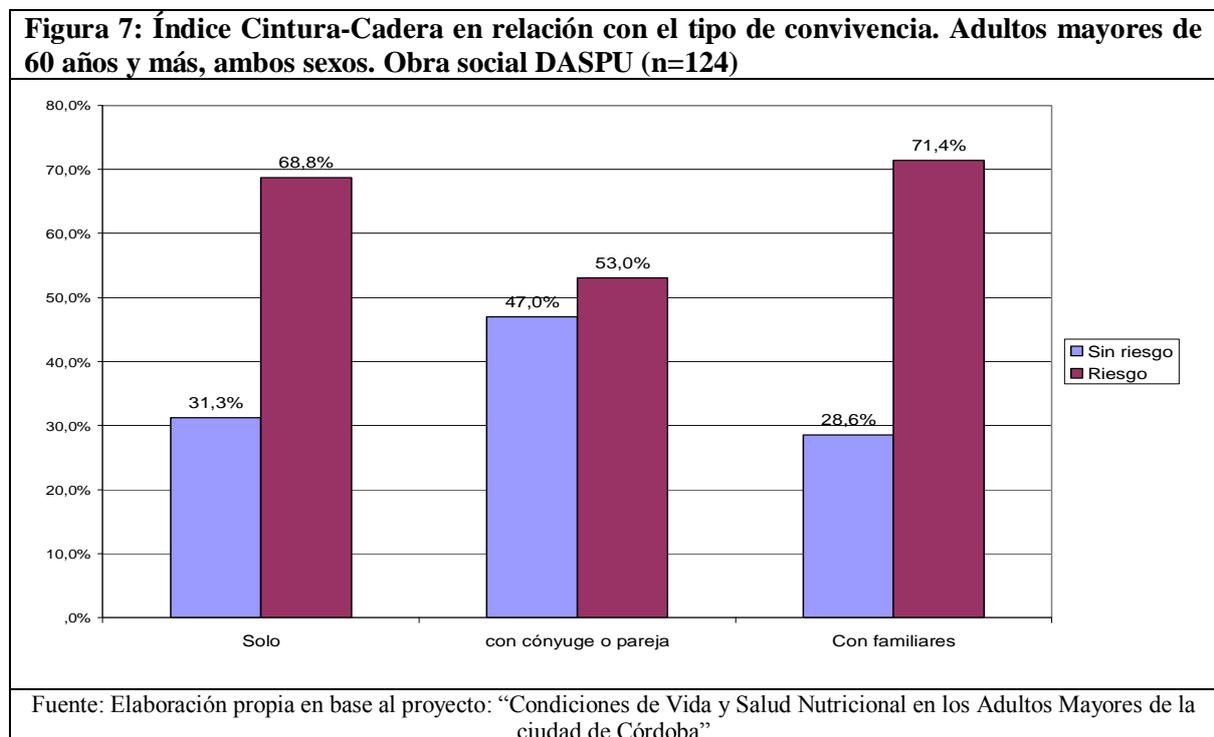
En la figura 6 se observa la relación entre estado nutricional y convivencia. La normalidad del estado nutricional fue mayor en las personas que viven con el cónyuge o pareja. En todas las categorías prevaleció el exceso, en especial en la categoría “con familiares” (diferencias no significativas). No se observó relación entre tipo de convivencia y estado nutricional discriminando por sexo.

**Figura 6: Estado nutricional y convivencia. Adultos mayores de 60 años y más, ambos sexos. Obra social DASPU (n=124)**

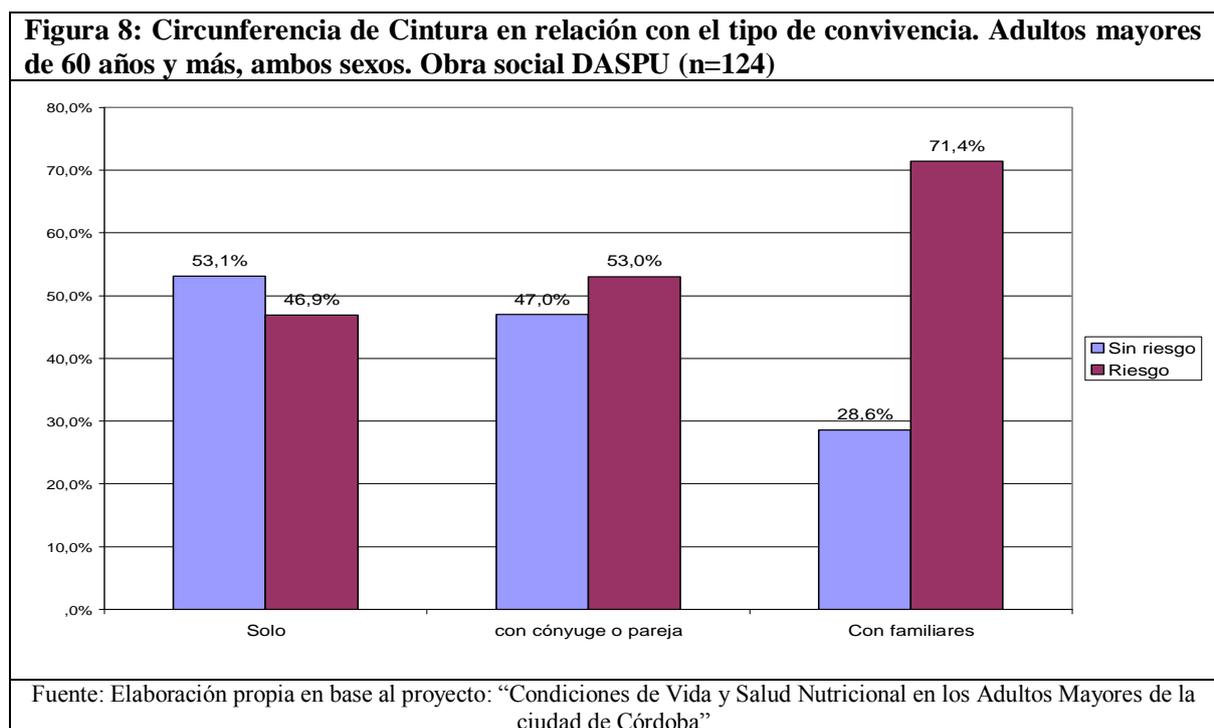


Fuente: Elaboración propia en base al proyecto: “Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba”

En la figura 7 se presenta el Índice Cintura-Cadera en relación al tipo de convivencia, La categoría riesgo prevaleció en todas las categorías de convivencia, siendo mayor entre quienes viven solos y con familiares (diferencias no significativas).



En la figura 8 se relaciona la Circunferencia de Cintura con el tipo de convivencia, observándose menor prevalencia de “riesgo” entre quienes viven solos, aumentando entre quienes viven con cónyuge o pareja y con familiares (diferencias no significativas).



Al correlacionar la cantidad de personas que viven en el hogar con el Índice de Masa Corporal (Coef. 0,203 p=0,03), la Circunferencia de la Cintura (Coef. 0,216 p=0,02) y el Índice Cintura Cadera (Coef. 0,226 p=0,02), se observó correlación débil positiva.

En la tabla 7 se resume la relación entre los indicadores del Estado Nutricional con la participación en actividades sociales y la cantidad de las mismas. Se observó mayor proporción de malnutrición por exceso y de “Riesgo” según CC, entre los adultos mayores que no participan.

**Tabla 7: Relación entre la realización de actividades sociales y estado nutricional. Adultos mayores de 60 años y más. Ambos sexos. Obra Social DASPU (n=124)**

Indicador del Estado Nutricional		¿Ud. Participa de reunión/es u otras actividad/es social/es?		Cantidad de actividades sociales		
		Si	No	Ninguna	1	2 o más
Índice de Masa Corporal	Déficit	25,8%	16,7%	16,7%	23,8%	33,3%
	Normal	29,0%	16,7%	16,7%	28,6%	33,3%
	Exceso	45,2%	66,7%	66,7%	47,6%	33,3%
Índice Cintura-Cadera	Sin Riesgo	16,4%	16,7%	16,7%	13,6%	26,7%
	Riesgo	83,6%	83,3%	83,3%	86,4%	73,3%
Circunferencia Cintura	Sin Riesgo	42,6%	16,7%	16,7%	38,6%	53,3%
	Riesgo	57,4%	83,3%	83,3%	61,4%	46,7%

Fuente: Elaboración propia en base al proyecto: “Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba”

Correlacionando los valores de IMC con la cantidad de actividades sociales se observó correlación débil negativa entre ambas variables (Coef. -0,209 p=0,03).

## Discusión

Los resultados del presente trabajo presentan características disímiles con los expresados por otros trabajos. Con respecto al estado nutricional de los adultos mayores, en la presente investigación, la media de IMC fue mayor en hombres que en mujeres, a diferencia de lo hallado en un estudio realizado sobre población española (Gutierrez- Fisac y col, 2004) y otros dos en Argentina en las ciudades de Villa María (Peláez y col, 2010). y Córdoba (Acosta y cols, 2010) en donde la media de IMC fue mayor en mujeres que en hombres

La prevalencia de malnutrición por exceso del fue del 50,8%. Del mismo modo, en un estudio realizado en localidades del Gran Córdoba se encontraron niveles elevados de malnutrición por exceso, aunque con cifras inferiores al presente trabajo (47.7 %) (Acosta R.S y col, 2006). Cifras aún menores, arrojaron dos ciudades de Chile (Chillán y Valparaíso) al observarse una prevalencia de malnutrición por exceso de 36% y 35.9% respectivamente (Barrón Pavón, M.V y col, 2006).

Por otra parte, las mujeres presentaron mayor riesgo en relación a los indicadores de Circunferencia de Cintura e Índice Cintura-Cadera, lo cual es diferente a lo observado en el estudio SENECA en España (Beltrán B, 2001)

La malnutrición por exceso fue el estado nutricional prevalente en todos los grupos de edad, siendo mayor en el grupo de viejos-viejos, en tanto que la malnutrición por déficit predominó en el grupo de viejos jóvenes, en contraste con otros estudios realizados en nuestro medio (Peláez y col, 2010; Acosta y col, 2006 y 2010) en los cuales se observó una mayor prevalencia de malnutrición por déficit a medida que aumenta la edad.

En cuanto a los arreglos residenciales, la proporción de los adultos mayores que viven solos es mayor (24%) a la reportada por la encuesta SABE en Argentina (10%). De la misma manera, la proporción de adultos mayores que viven con cónyuge o pareja (53,3%) es mayor a la reportada en Argentina (24%) y siendo menor en nuestro trabajo, el porcentaje de adultos mayores que cohabitan con sus hijos u otros familiares. Esto indica que la muestra de adultos mayores de este trabajo presenta una composición de arreglos residenciales similar al de los países desarrollados (Saad, 2005).

Existió un alto grado de participación de los adultos mayores en reunión/es u otra/s actividad/es sociales, en especial en reuniones familiares o con amigos. Además, el grupo con el que más participan los adultos mayores encuestados lo constituye la red de amigos.

En relación a la composición de la red, la mayoría de los adultos mayores refirieron que la principal fuente de ayuda son sus familiares, en concordancia con otros estudios (Conidis IA, 1990; Salinas, 2008).

Se destaca el concepto de Guzmán (2003) de *reciprocidad* de las relaciones, otorgando importancia tanto al apoyo recibido como al brindado. En este trabajo, fue más importante el apoyo brindado por los adultos mayores, que el apoyo recibido. Además la mayor parte de la población indica que no necesita ningún apoyo, ya sea económico o de ayuda. Según sexos, el hombre brindó más apoyo económico, mientras que las mujeres brindaron más apoyo de cuidado.

Para finalizar, se observó correlación positiva entre el número de personas que viven en el hogar y los indicadores del estado nutricional, lo cual indicaría que independientemente de la composición del hogar, el vivir con otra persona está inversamente relacionado con el riesgo de padecer malnutrición por déficit. De la misma manera, existió correlación débil negativa entre el Índice de Masa Corporal y la cantidad de actividades sociales realizadas, lo que indicaría que los adultos mayores que se encuentran más activos se relacionan inversamente con la malnutrición por exceso. Estos resultados aprobarían la hipótesis que el

estado nutricional se relaciona con los arreglos residenciales y el apoyo social, planteado por otros autores (Barrera Sotolongo, 2007; Velásquez Alva y Rodríguez Nocedal, 2003)

### **Conclusiones**

- Se observó una alta proporción de Malnutrición por exceso según Índice de Masa Corporal, en el sexo masculino; e de indicadores de riesgo a partir del Índice Cintura-Cadera y Circunferencia de Cintura, en mujeres.
- Existió mayor proporción de malnutrición por déficit en la categoría viejos-jóvenes.
- Los arreglos residenciales son similares a los observados en países desarrollados: mayor proporción de adultos mayores que viven solos y con cónyuge o pareja, mientras que hay una menor proporción que viven con otros familiares o no familiares.
- Existió un alto grado de participación, en especial en reuniones informales o actividades sociales con familiares o amigos
- Se observó un mayor grado de participación con el grupo de pares (amigos), aunque la principal red de apoyo que presentan los adultos mayores en caso de necesidad la constituyen los familiares.
- Fue tan importante la ayuda percibida como la brindada, los hombres brindan más ayuda económica, mientras que las mujeres proporcionan más ayuda de cuidado.
- Se observó correlación débil positiva entre la cantidad de personas que viven en el hogar y los indicadores del estado nutricional, por lo tanto estaría indicando que el adulto mayor que convive con otra persona, independientemente del arreglo residencial, está inversamente relacionado con la malnutrición por déficit.
- Existió correlación débil negativa entre el Índice de Masa Corporal y la cantidad de actividades sociales realizadas, lo que indicaría que los adultos mayores que se encuentran más activos se relaciona inversamente con la malnutrición por exceso.

### **Bibliografía:**

- ACOSTA RS y col. (2006) Estado nutricional y compartimientos corporales de adultos mayores de cuatro localidades pertenecientes al gran Córdoba. Publicación Científica. Escuela de Nutrición. FCM. UNC. p.16
- ACOSTA RS y col. (2010). "Calidad dietaria, satisfacción vital y estados de malnutrición en ancianos, Córdoba, República Argentina 2007" *RESPYN*. Vol 11 N° 3. pp. 1-16

- AHMED T, Haboubi N (2010). "Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health". *Clinical Interventions in Aging*; Vol. 9, núm 5 pp. 207-216.
- BARRERA SOTOLONGO J, Osorio LS (2007). "Envejecimiento y nutrición". *Rev Cubana Invest Bioméd*; Vol. 26, núm. 1.
- BARRÓN PAVÓN, M.V y col (2006) "Comparación de estilos de vida de la población económicamente activa mayores de 65 años entre las poblaciones de Chillán y Valparaíso, Chile". *Theoría* Vol. 15 (1):33-34.
- BELTRAN B Y col (2001) "Nutrición y salud en personas de edad avanzada en Europa. Estudio SENECA's FINALE en España. 2. Estilo de vida. Estado de salud y nutricional.Funcionalidad física y mental". *Rev Esp Geriatr Gerontol*. Vol. 36, núm 2 pp. 82-93
- CALLE EE, Thum MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW (1999). "Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults". *New Engl J Med*; Vol. 341 pp. 1097-1105.
- CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe- (2005). Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie Publicación y Desarrollo N° 58, 1-67
- CERVANTES TURRUBIATES LA., Montoya Díaz MP, Núñez Núñez L, Borges Yáñez SA, Gutiérrez Robledo LM, Llaca Martínez C (2003). Aporte dietético de energía y nutrimentos en adultos mayores de México. *Nutrición Clínica* Vol. 6(1): 2-8
- CONNIDIS, I.A. y Davies, L. (1990). "Confidants and companions in later life: the place of family and friends". *Journal of Gerontology*, Vol. 45, núm. 4 pp. 141-149.
- GARCÍA DE LORENZO, A; Ruipérez Cantera, I. (2006) Valoración nutricional en el anciano. Documento de consenso. SENPE, SEGG. ISBN: 978-84-95364-55-5
- GUZMÁN JM, Huenchuan S, Montes de Oca, V (2003). "Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual". *Papeles de Población* núm.77 pp. 35-70.
- GUTIERREZ-FISAC , J y col (2004) Prevalence of Overweight and Obesity in Elderly People in Spain. *Obesity Research* Vol. 12 No. 4.
- IZE LAMACHE (2003) "¿Por qué no come el abuelo? Sarcopenia o anorexia" *Nutr. Clínica*.Vol. 6, núm. 1 pp.53-57.
- LANDI F, Zuccala G, Incalzi RA, Manigrasso L, Pagano F, Carbonin P, Bernabei R. (1999) "Body mass index and mortality among older people living in the community". *JAGS*; Vol.47, pp. 1079-1076.
- LIN N.y Ensel W. (1989): "Life stress and health: stressors and resources". *American Sociological Review*, Vol. 54 pp382-399.
- MARTÍNEZ QUERO, C y col (2005) "La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS".*Rev. Cubana Med. Gen. Int*. Vol. 21, núm. 1-2.

- MONFORTO PORTO, J.A; Fernández Rojo, C; Diéz Boizas, J; Taranzo Martín; Alonso Jiménez, M y Franco Martín, M.A (1998). “Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias”. *Rev Esp Geriatry Gerontol*; vol. 33, núm. 1 pp.13-20
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. NANDA (2001). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002*. Ed Harcourt, S.A Madrid.
- PELÁEZ, E; Torres, V; Acosta, R.S; Massobrio, E (2010) “Ingresos de los Hogares y Estado Nutricional de Adultos en una Ciudad Intermedia del Interior de Argentina”. *Población y Salud de Mesoamérica* Vol. 7 Núm. 2 pp. 1-16.
- RUBIO R, Aleixandre M (2001). “Un estudio de la soledad en los adultos mayores: entre estar solo y sentirse solo”. *Rev Mult Gerontol* vol. 11, núm. 1 pp. 23-28.
- SAAD, P (2005) "Los adultos mayores en América Latina y El Caribe: Arreglos residenciales y transferencias informales", en *Notas de Población*, núm. 80, Celade/Cepal, Santiago de Chile.
- SALINAS A, Manrique B, Téllez Rojo MM (2008). Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del programa Oportunidades. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.
- SCHNEIDER, M.J (2006) “Public health and the aging population”. En: Schneider MJ, ed. *Introduction to the Public Health 2º ed*. Ontario: Jones and Bartlett Publishers 489-512.
- SEIDELL JC, Visscher TL. (2000). “Body weight and weight change and their implications for the elderly”. *Eur J Clin Nutr*; vol. 54 Suplemento 3 pp. 33-39.
- SOLOMON CG, Manson JE (1997). “Obesity and mortality: A review of the epidemiologic data”. *Am J Clin Nutr*, vol. 66, Suplemento. pp.1044S-1050S.
- YANGUAS LEZAUN JJ (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Premio IMSERSO “Infanta Cristina 2004”. Colección estudios Serie Personas Mayores N° 1002. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid.
- VELÁSQUEZ ALVA MC, Rodríguez Necedal S (2003). “La importancia de la educación nutricional en los ancianos”. *Rev. Mexicana de Nutrición Clínica México* 6 (1): 84-88.
- ZAMBONI M, Mazzali G, Zoico E, Harris TB, Meigs JB, Di Franceso B y col (2005). “Health consequences of obesity in the elderly: a review of four unresolved questions”. *International Journal of Obesity*. Vol. 29 pp. 1011-1029.