

INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES DE DOS INSTITUCIONES DE SALUD

Yelena Karín Rodríguez Hernández
Flor de María Sánchez Morales
Dellanira Ruiz de Chávez Ramírez
Jorge Eduardo Castañeda Bañuelos
Maestría en Ciencias de la Salud
Unidad Académica de Medicina Humana
Universidad Autónoma de Zacatecas
e-mail: yelenakari@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo. Identificar y comparar el grado de inseguridad alimentaria y el estado nutricional del adulto mayor atendido en los Servicios de Salud de Zacatecas y el ISSSTE. *Materiales y métodos.* Estudio observacional, analítico, comparativo y transversal, en una muestra total de 257 adultos mayores de 60 años, que acudieron a consulta externa en ambas instituciones (123 y 134, respectivamente). Se aplicaron varios instrumentos: un cuestionario sobre características sociodemográficas, la Escala Latinoamericana y Caribeña para medir Seguridad Alimentaria (ELCSA), el estado nutricional por medio de indicadores antropométricos y el Mini Nutritional Assessment (MNA). Para el estudio de las diferencias de las medias se utilizó la prueba de contraste no paramétrica de U de Mann-Whitney. *Resultados.* Presencia de mayor inseguridad alimentaria (IA) de tipo severa en los usuarios del centro de salud que en los del ISSSTE, con asociación significativa ($p=0.000$). En la evaluación del estado nutricional el IMC mostró cifras alarmantes para ambas instituciones, pues casi el 80 por ciento de la población estudiada se ubicó en sobrepeso y obesidad. La medición por MNA, a pesar de no haber tenido significancia estadística, presentó una alta frecuencia en el riesgo de malnutrición en los usuarios de los SSZ. *Conclusiones.* Existió una alta frecuencia de IA sobre todo para los adultos mayores del centro de salud; la presencia de IA se incrementó conforme aumenta la edad. El IMC más frecuente se detectó en sobrepeso y obesidad.

Palabras clave: Inseguridad alimentaria, estado nutricional, adulto mayor

ABSTRACT

Objective. To identify and compare the degree of food insecurity and nutritional status of the elderly people attended in the Health Services of Zacatecas and the ISSSTE. *Materials and Methods.* Observational, analytical, comparative and cross-sectional study in a total sample of 257 adults over 60 years old, who were attending outpatient at both institutions (123 and 134, respectively). Several instruments were applied: a questionnaire on social demographic characteristics, The Latin American and Caribbean Food Security Scale (ELCSA), the nutritional status by anthropometric indicators and the Mini Nutritional Assessment (MNA). To study the differences between the means a contrast test nonparametric Mann-Whitney U was used. *Results.* There was increased food insecurity of severe types in users of health center compared with ISSSTE, getting a significant association ($p=0.000$). On the assessment of nutritional status the BMI showed alarming digits for both institutions, because nearly 80 percent of the studied population were located in overweight and obesity. The measurement by MNA, despite having no statistical significance, it presents a high frequency in the risk of malnutrition in the SSZ users. *Conclusions.* There was a high frequency of food insecurity, especially for the elderly people of the SSZ. The presence of Food Insecurity increases as age increases. The most frequent BMI was placed in overweight and obesity.

Key words: food insecurity, nutritional status, elderly people

INTRODUCCIÓN

Entre los cambios significativos experimentados en los últimos decenios en todo el mundo está la transición demográfica. Este proceso poblacional de cambio histórico, ha otorgado un nuevo perfil a la población mundial al modificar la estructura de la pirámide poblacional y generar una amplia demanda de servicios y políticas públicas para su atención, lejos aún de estar satisfechas, por lo que existe una marcada exclusión de vastos sectores de este grupo etario de la sociedad.¹

Durante el 2002 la población envejecida en el planeta llegaba a 600 millones de personas mayores de 60 años, cifra que en el año 2025 se duplicará y en el 2050 ascenderá a 2,000 millones.² Zacatecas es uno de los estados donde la población de 60 y más años se está incrementando desmedidamente, pues del año 2000 al 2005 subió de 8.70 a 9.80 por ciento de la población total, lo que pone en evidencia una tendencia al envejecimiento de la población.³ Para el año 2014 esta entidad ascendió al 10.2 por ciento de adultos

mayores, ocupando el cuarto lugar a nivel nacional.⁴ Además obtuvo uno de los primeros lugares de adultos mayores en condición de pobreza multidimensional, con un porcentaje de 65.6 por ciento.⁵

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera como anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo, es decir, que en México se cataloga como adulto mayor a una persona a partir de los 60 años.⁶ Una de las características especiales de esta etapa de la vida, es que en ella coinciden aspectos específicos del envejecimiento biológico y psicológico con elementos sociales que acentúan su situación de vulnerabilidad e influyen de manera directa en su Seguridad Alimentaria (SA) y Estado Nutricional (EN).

Ambos aspectos importantes, ya que desde la infancia hasta la edad adulta, gran parte de la buena salud y un envejecimiento exitoso dependen de una correcta nutrición; lamentablemente en México, para muchos ancianos, el acceso a una alimentación adecuada en términos de cantidad y calidad es incierto o limitado, por lo que la garantía de su derecho alimentario se ve amenazada, todo ello, con repercusiones en su estado nutricional, calidad de vida y longevidad, que lo convierten en un grave problema de salud pública.

Seguridad e inseguridad alimentaria

Existe inseguridad alimentaria cuando la disponibilidad de alimentos nutricionalmente adecuados o la capacidad para adquirir aquellos personalmente deseables, a través de medios socialmente aceptables, se encuentra limitada o es inestable.⁷ Por otra parte, el concepto de Seguridad Alimentaria pactado en la Cumbre Mundial de la Alimentación, organizada en 1996 en Roma, por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), estableció que: «la seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias para llevar a cabo una vida activa y saludable».⁸ Es bien sabido que en la mayoría de los adultos mayores no se cumplen los requisitos de dicha definición.

La SA requiere de un suministro suficiente de alimentos, que estén disponibles (cantidad) y que sean accesibles a todos por igual (universalidad), mientras que la aceptabilidad aborda el valor cultural y simbólico de los alimentos, es decir, aquellos que están disponibles y accesibles de manera permanente, deben también corresponder a las tradiciones culturales de los individuos y los términos de sostenibilidad a largo plazo de los sistemas alimentarios. Un sistema alimentario sostenible debe contribuir a satisfacer las


necesidades humanas básicas, sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades.⁹

La seguridad alimentaria en el adulto mayor tiene que ser vista como un componente del derecho a la alimentación, que se pone en riesgo por la dificultad que implica no contar con una fuente segura de ingresos, sobre todo en aquellos que desarrollaron actividades laborales en el sector informal y no cotizaron para recibir una jubilación; además de la presencia de discapacidad, o el vivir solo, entre otros factores, que le impiden llevar a cabo prácticas alimentarias saludables; también se presenta cuando existe inequidad por parte de la familia en la distribución de la comida, ya que muchas veces son los últimos en probar alimento, porque deben esperar las sobras o desperdicios de los demás.¹⁰

En las últimas décadas, los adultos mayores con frecuencia son caracterizados con atributos negativos como: la improductividad, ineficiencia, dependencia, enfermedad, soledad y decadencia general. Esta situación ha llegado a incidir en la imagen social que se construye de la persona adulta mayor y, en este sentido, se cataloga como innecesaria por los otros grupos de la sociedad, se convierten en desechables. En esta etapa también se presenta una fuerte reducción de oportunidades de acceso laboral, sin que sea compensado con una buena pensión o jubilación; su seguridad económica es también resultado de las características individuales y generacionales en que ha transcurrido su historia ocupacional y de la acumulación de activos a través de su vida.

En 2010, la proporción de hogares en México con niveles de inseguridad alimentaria moderada y severa que contaba con uno o más integrantes adultos de 60 años o más, fue de 27.90 por ciento. Donde sólo dos de cada diez pudieron solventar sus gastos.¹¹ Mientras que el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) estimó en el año 2012, que 21.40 por ciento de los adultos mayores presentaban carencia por acceso a la alimentación, por lo que no pudieron adquirir lo indispensable para tener una nutrición adecuada y 43.20 por ciento de hombres y mujeres de 65 años o más se encontraban en situación de pobreza multidimensional. De éstos, 10 por ciento se ubicaron en pobreza extrema, el 72 por ciento eran vulnerables por carencias sociales y el 49.40 por ciento por ingreso.¹²

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) reveló que Zacatecas ocupaba el veintavo lugar entre los estados, con una proporción de inseguridad alimentaria moderada y severa en hogares (28 por ciento); teniendo en cuenta que estas categorías son de las más graves, significa que en algunos hogares tuvieron que disminuir la cantidad de alimentos consumidos o, en el peor de los casos, uno de estos adultos se quedó sin comer en todo un día.¹³



La pobreza, como factor de riesgo de desnutrición, es más probable que se origine en una población débil y vulnerable. Por ejemplo, la discapacidad funcional afecta el consumo dietético a cualquier edad, pero es más probable que las personas muy ancianas vivan solas y tengan menos recurso para compensar cualquier pérdida de función. Por tanto la calidad de la dieta puede disminuir,¹⁴ con consecuencias negativas en el estado nutricional, salud y bienestar general de los adultos mayores y sus familias, relacionadas significativamente con bajos ingresos familiares, o un mayor número de personas en el hogar; así como malnutrición por déficit o exceso, principalmente en mujeres, por variables socio-demográficas, económicas, culturales y alimentarias.¹⁵

Las limitaciones económicas de igual manera pueden acarrear problemas relacionados con el criterio de (inocuidad) en la tercera edad. Algunos de ellos no tiran la comida aunque esté en mal estado, porque es con lo único que cuentan para poder alimentarse, los escasos ingresos implican menor cantidad de comida y de peor calidad, recursos que pueden aún ser más recortados en caso de necesidad o enfermedad. El deterioro de ciertas funciones perceptivas también incrementa los problemas de origen alimentario en este sector.¹⁶

La Seguridad Alimentaria del AM está condicionada de igual manera por una serie de factores físicos que influyen en la alimentación como: el descenso del número de papilas gustativas, que disminuye el placer de la comida; la pérdida de piezas dentales o prótesis mal adaptadas que comprometen la masticación y/o de deglución y que limita la selección de alimentos; además de presentar funcionalidad limitada, por lo que difícilmente podrá alimentarse a sí mismo, necesariamente dependerá de terceras personas y si vive solo será aún más difícil que se alimente.¹⁷

Para que el anciano goce de una buena salud es importante que su alimentación satisfaga todas sus necesidades nutricionales. Cuanto mayor sea la variedad de alimentos mayor probabilidad existirá de alcanzar una ingesta adecuada de micronutrientes y energía, lo cual minimizará el riesgo de desarrollar problemas de deficiencia o exceso de algún nutriente (desnutrición, sobrepeso u obesidad). Algunas investigaciones apuntan a que en México, uno de cada tres hogares padece IA moderada o severa y se llegó a la aseveración de que la IA aumenta el riesgo de diabetes, sobrepeso y obesidad.¹⁸

La SA es determinante para un buen estado nutricional y la salud del individuo, la que a su vez, es elemento importante en el origen, tratamiento y evolución de enfermedades que pueden conducir a discapacidad y muerte; un buen estado de nutrición y ciertos factores del estilo de vida, como una dieta adecuada y el ejercicio, son vitales para asegurar a todas las personas, en particular a los adultos mayores, una vida saludable, activa e independiente.¹⁹

La gravedad de la inseguridad alimentaria (Estado nutricional)

La inseguridad alimentaria, no se basa sólo en la duración del problema, se requiere saber cuán intenso o severo es su impacto con la cuantificación de sus efectos, por medio del estado nutricional de las personas. Así, la medición de la inseguridad alimentaria se vuelve más fácil en el sentido que se cuenta con diversos indicadores antropométricos para adultos y ancianos. Otra alternativa para establecer la relación con la gravedad de la inseguridad alimentaria se presenta cuando el consumo energético cae por debajo del umbral de 2,400 kilocalorías al día, por lo que el individuo puede padecer hambre, ésta última, entendida como una sensación incómoda o dolorosa causada por no ingerir en un determinado momento suficiente energía a través de los alimentos.²⁰

Por su parte el Centro para la Política y Promoción de Nutrición de los Estados Unidos comparó el estado nutricional con la alimentación suficiente e insuficiente y con las características socio-demográficas de personas de 65 años de edad; encontró que las personas mayores con una alimentación insuficiente tuvieron una ingesta inferior de calorías y macronutrientes: proteínas, grasas y carbohidratos. También tenían una ingesta más baja de vitaminas del complejo B (tiamina, niacina, vitamina B₆, vitamina₁₂), y de minerales: hierro y zinc.²¹

Estado nutricional

Es el resultado del consumo y utilización de los nutrientes; un estado nutricional deficiente implica desnutrición, deficiencias y desequilibrios nutricionales y deshidratación; incluye también obesidad y otros excesos de nutrientes.²² La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental y reducir la productividad.²³

Evaluación del estado nutricional en el adulto mayor

La alimentación, el estado nutricional y la actividad física que realiza cada individuo influyen en la evolución de la fragilidad, la enfermedad y la malnutrición, por lo tanto, pueden ser el origen o la consecuencia de las mismas. La evaluación del estado nutricional en el adulto mayor debe medir patrones de alimentación, ingesta de energía, nutrientes y antropometría, además de independencia funcional y actividad física.²⁴

Una de las combinaciones de variables antropométricas de uso más generalizado es el Índice de Masa Corporal (IMC), que se usa con mucha frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en el estado nutricional.²⁵ Para registrar las alteraciones del estado nutricional es importante conocer cuáles son los indicadores que proporcionan información confiable y cuáles reflejan el estado de nutrimentos específicos relacionados con riesgo de morbilidad. La evaluación del estado de nutrición completa debe incluir historia clínica, examen físico, indicadores antropométricos y composición corporal, datos de ingestión alimenticia, aspectos socioeconómicos e indicadores de independencia funcional.^{26,27}

Indicadores antropométricos

Los indicadores antropométricos requieren métodos y técnicas prácticas y económicas que permitan obtener una evaluación general de los cambios en las dimensiones corporales, relacionados con la edad, estado fisiológico y condición del paciente, así como su influencia en el estado de nutrición y el riesgo de morbilidad y mortalidad. Pueden ser utilizados con diferentes objetivos y convertirse en indicadores para identificar el riesgo o diseñar intervenciones, su evaluación de impacto sobre la salud, la exclusión de ciertos tratamientos, e incluso, en algunos casos, se pueden aplicar indirectamente como indicadores socioeconómicos.^{28,29}

En este contexto puede decirse que la poca o nula evidencia a nivel local de un problema creciente relacionado con la vejez, que ha generado conflictos sociales y de salud pública, estimuló el objetivo de esta investigación para identificar y comparar el grado de inseguridad alimentaria y el estado nutricional en una muestra de adultos mayores de 60 años que demandaron consulta externa en la unidad médica de los Servicios de Salud de Zacatecas «José Castro Villagrana» y la clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Guadalupe, Zacatecas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, comparativo y transversal en adultos mayores hombres y mujeres de 60 años que demandaron consulta externa los últimos seis meses del turno matutino, derechohabientes del ISSSTE y en los usuarios del Centro de Salud José Castro Villagrana, de la ciudad de Zacatecas. Se excluyeron aquellos adultos mayores que no presentaron condiciones adecuadas de salud y tenían dificultades para contestar la encuesta, o porque que no sabían leer ni escribir. El tamaño de muestra

(probabilístico, aleatorio y estratificado) se calculó con base al 95 por ciento de confiabilidad, 5 por ciento de precisión y 10.3 por ciento de prevalencia de adultos mayores de acuerdo al INEGI (2012).

En esta investigación se utilizaron diversos instrumentos para recolectar los datos. El que evalúa el nivel socioeconómico a través de la regla AMAI (Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión) 8X7 2011, para obtener el nivel de bienestar económico y social en el hogar. La medición de la inseguridad alimentaria fue realizada con la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) para población mexicana, utilizando los ítems que refieren a situaciones que pudieron haber experimentado las personas adultas.

Se determinó la gravedad en el estado nutricional, con la medición del Índice de Masa Corporal (IMC) y el riesgo nutricional con el instrumento de Mini Valoración Nutricional del Adulto mayor (MNA). Se realizó la evaluación antropométrica de cada uno de los participantes, para obtener peso, circunferencia de cintura, perímetro braquial y de pantorrilla, talla o en caso de ser necesario la altura talón-rodilla: para pacientes inmovilizados que no pudieron permanecer de pie, que usaban silla de ruedas o que presentaron curvaturas de la espina dorsal; e IMC con equipo para medición: báscula, tallímetro y cintas métricas. La MNA consiste en un cuestionario agrupado en cuatro secciones, el cual clasifica esta circunstancia en tres categorías (bien nutrido, riesgo de desnutrición y desnutrición).

El análisis y procesamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 17.0. El análisis descriptivo con frecuencias, medidas de tendencia central, porcentajes, asociación de datos, chi cuadrada de Pearson, y para el estudio de las diferencias de medias se realizó una prueba de contraste no paramétrica U de Mann-Whitney, con el fin de comparar los promedios de las dos instituciones estudiadas.

RESULTADOS

El presente estudio se aplicó en una muestra de 257 adultos mayores, 65 por ciento (167) mujeres y 35 por ciento (90) varones. De la muestra total, 134 fueron del ISSSTE y 123 de los SSZ.

Datos sociodemográficos

La distribución de la muestra según sexo indica que existió una alta prevalencia de mujeres en ambas instituciones, sin embargo, para el Centro de Salud José Castro Villagrana resultó más desequilibrada, ya que el 74 por ciento de los adultos mayores fueron femeninos y tan sólo el 26 por ciento masculinos, en cambio para la clínica del ISSSTE, se mostró cercana a la homogeneidad, con un 56.70 por ciento de

mujeres y 43.30 de hombres. El promedio de edad se situó en 68.50 años con una desviación estándar (DE) de ± 6.90 años y un rango de 60 a 90 años; la población del centro de salud fue más anciana con un rango 60 a 92 años y una media de 67.80 años DE ± 7.6 . En su mayoría los encuestados resultaron ser casados o viudos y el nivel socioeconómico predominante fue el alto-medio para el ISSSTE, donde su principal fuente de ingreso fue la pensión, en contraste con los pacientes de los SSZ, que se ubicaron en su mayoría en el nivel bajo-marginal y se ayudaban con apoyos familiares e institucionales. (Tabla 1)

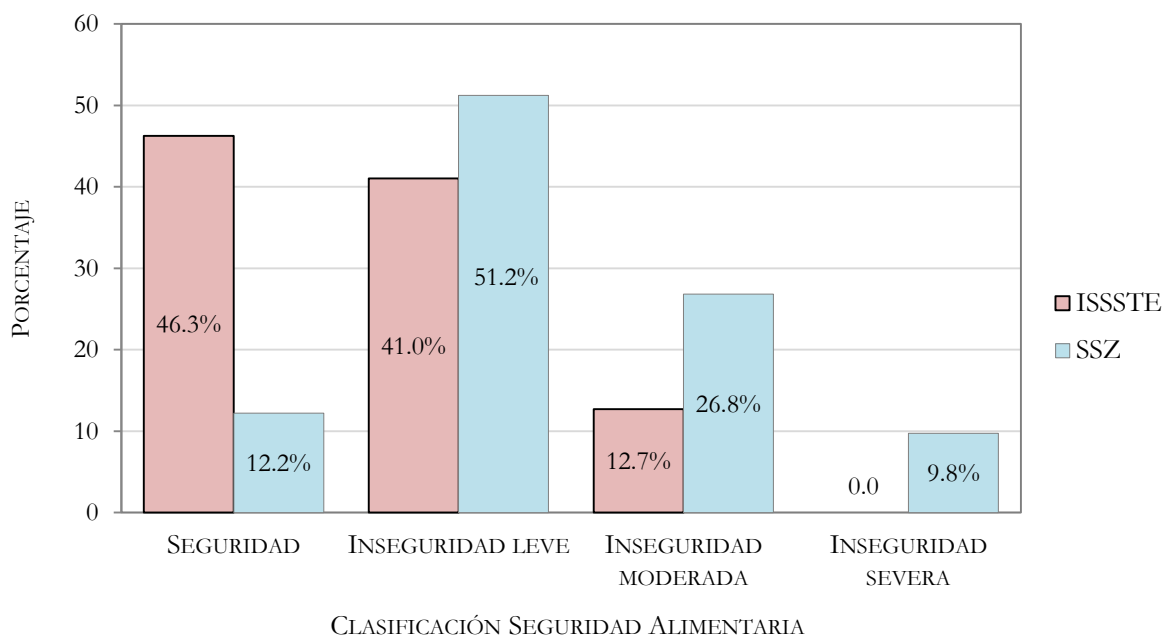
TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES POR INSTITUCIÓN

VARIABLE		ISSSTE		SSZ	
		N	%	N	%
SEXO	♀	76	56.7	91	74.0
	♂	58	43.3	32	26.0
GRUPOS DE EDAD	60-70 años	90	67.2	79	64.2
	71-80 años	31	23.1	31	25.2
	81 y más años.	13	9.7	13	10.6
ESTADO CIVIL	Soltero	5	3.7	14	11.4
	Casado	94	70.0	70	56.9
	Divorciado	9	6.7	10	8.2
	Viudo	26	19.4	29	23.6
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Alto	47	35.1	2	1.6
	Medio	71	53.0	48	39.0
	Bajo	16	10.1	61	49.6
	Marginal	0	0.0	12	9.8
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO	Remuneraciones al trabajo	16	12.0	40	32.6
	Apoyos familiares	16	11.9	45	36.6
	Pensión	99	73.9	22	17.8
	Apoyos económicos institucionales	3	2.2	16	13.0

Inseguridad alimentaria

El análisis realizado sobre la SA para cada institución (Figura 1) indica que en los pacientes de la clínica del ISSSTE la seguridad es alta, con un 46.30 por ciento (62 personas), a comparación del Centro de Salud que sólo alcanzó el 12.20 por ciento (15), mientras que la inseguridad leve se comportó de manera similar, sobresaliendo ligeramente para los SSZ, en un 51.20 por ciento (63), contra 41 por ciento (55). El nivel moderado estuvo presente en el 26.8 por ciento (33) de entrevistados en los SSZ y 12.7 por ciento (17) en los del ISSSTE; en estos últimos no se presentó la inseguridad severa, a comparación de los otros, que reportaron 9.8 por ciento (12). Se aplicó la prueba no paramétrica para comparar dos medias U de Mann Whitney, con la cual se llegó a la conclusión de que en promedio existió asociación significativa ($p=0.000$) entre el grado de seguridad alimentaria y la institución de salud a la que pertenecen.

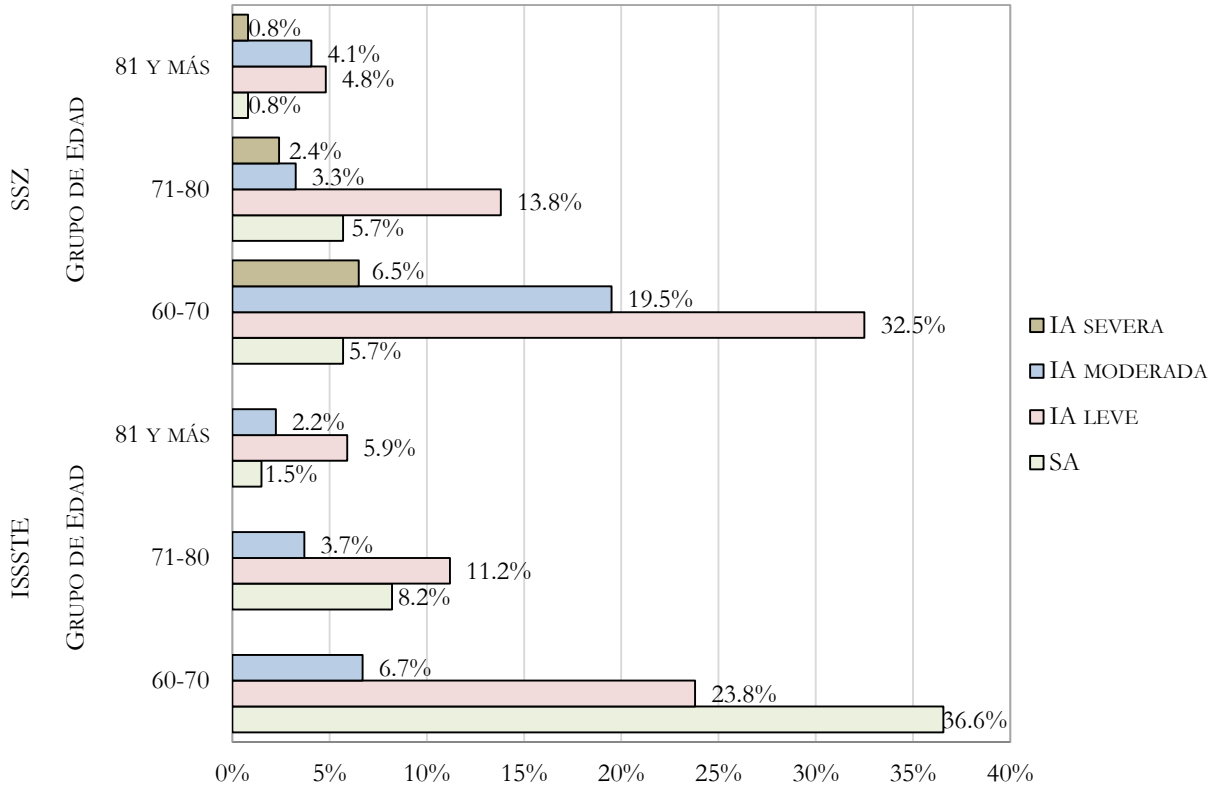
FIGURA 1. INSEGURIDAD ALIMENTARIA POR INSTITUCIÓN



De igual manera se buscó la distribución del grado de inseguridad alimentaria entre los distintos grupos de edad de las dos instituciones; los resultados señalaron que en la clínica del ISSSTE no existieron casos de inseguridad alimentaria severa en ningún grupo de edad, pero la tendencia muestra que conforme aumentó la edad disminuyó la seguridad para ambas instituciones. En el caso de la clínica de los SSZ predominó la inseguridad leve para los tres grupos de edad, así como la presencia de inseguridad severa en mayor

proporción para el grupo de 60 y 70 años de edad (Figura 2). Se encontró evidencia significativa entre la asociación de algún grado de seguridad alimentaria y la edad ($p=0.005$).

FIGURA 2. SEGURIDAD ALIMENTARIA-EDAD



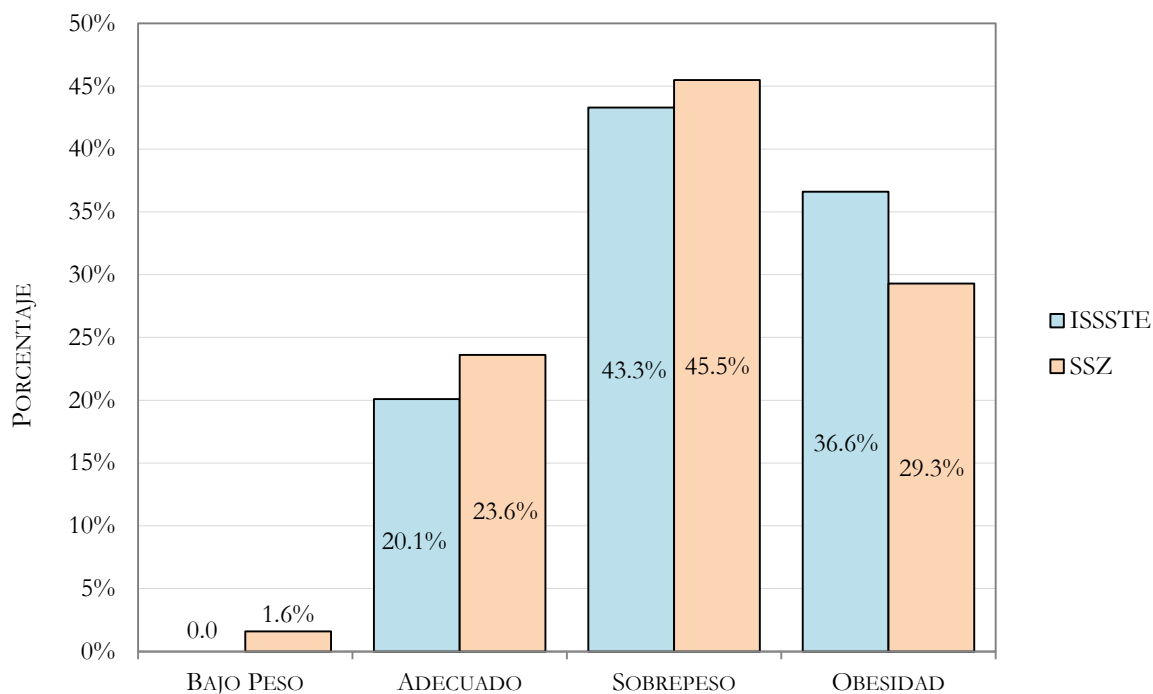
Evaluación del estado nutricional (Gravedad de la inseguridad alimentaria)

Fue evaluado con dos tipos de medidas: las antropométricas que se aprecian en la Tabla 2 y la MNA. Como consecuencia de la mala alimentación, el IMC de acuerdo a la clasificación de la OMS, resultó con los siguientes datos: el 1.60 por ciento de la población del Centro de Salud tiene bajo peso, 23.60 por ciento adecuado, y destacan la presencia de sobrepeso y obesidad con 45.50 y 29.30 por ciento, respectivamente. En el ISSSTE resultó más bajo el peso adecuado con 20.10 por ciento; sin embargo, la prevalencia de obesidad fue mayor en este sector con 36.60 por ciento y para el sobrepeso disminuyó 2.20 puntos porcentuales con un 43.30 por ciento. Datos que son indicativos de que los derechohabientes del ISSSTE, a pesar de mostrar evidencia de alimentarse de manera más saludable, tuvieron niveles más altos de obesidad (Figura 2). Los resultados no presentaron evidencia estadísticamente significativa.

TABLA 2. ANTROPOMETRÍA
 POR INSTITUCIÓN

ANTROPOMETRÍA	ISSSTE		SSZ	
	MEDIA	DES. EST. ±	MEDIA	DES. EST. ±
TALLA (CM)	158.8	9.9	155.3	7.9
PESO (KG.)	73.6	14	67.5	12
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (KG/M ²)	29.2	5.2	28.05	5.01
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA (CM)	100.9	11	98.3	13
CIRCUNFERENCIA DE BRAQUIAL (CM)	30	3.4	29.9	5.19
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (CM)	35.3	3.7	34.3	3.6

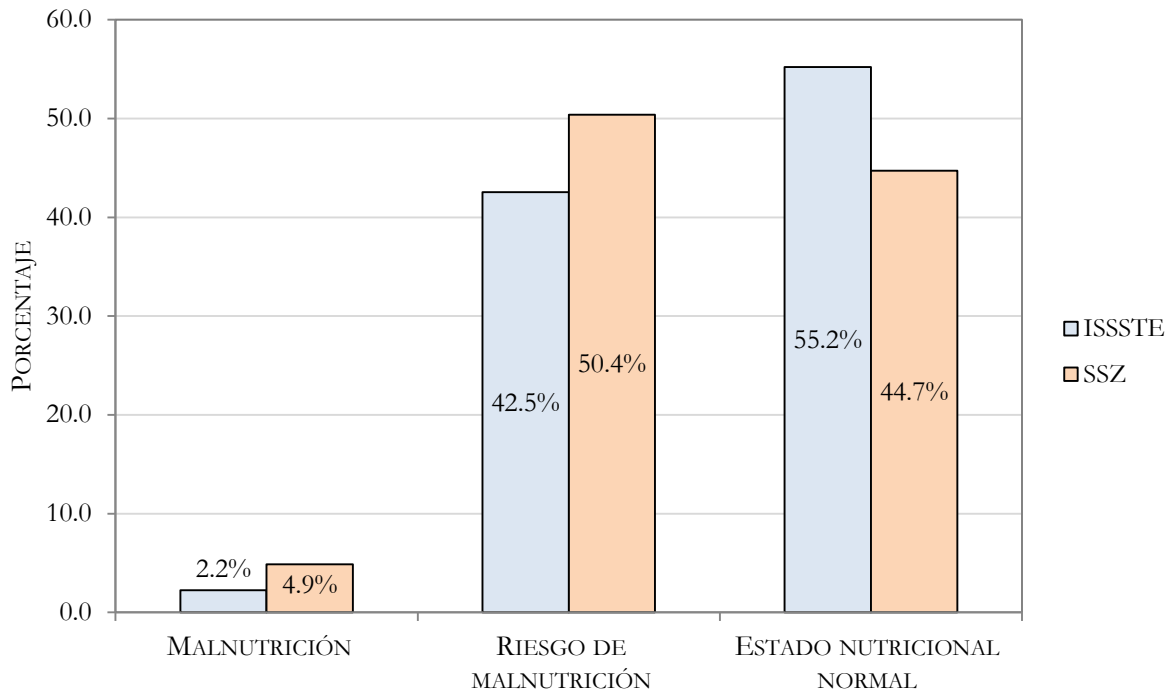
FIGURA 2. VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL. CLASIFICACIÓN SEGÚN LA OMS



La distribución de los usuarios de la clínica del ISSSTE, mostró que la mayoría, el 55.20 por ciento, ostentaba un estado nutricional normal (Figura 3), el 42.50 por ciento tuvieron riesgo de malnutrición y sólo el 2.20 por ciento la padecía. A diferencia de los pacientes del Centro de Salud, donde las cifras fueron alarmantes: el 44.70 por ciento con estado nutricional normal, 50.40 por ciento en riesgo de malnutrición y

con malnutrición establecida el 4.90 por ciento. No se mostró evidencia estadísticamente significativa en la prueba de contraste para dos distribuciones.

FIGURA 3. RIESGO DE MALNUTRICIÓN MNA



CONCLUSIONES

Dentro del análisis comparativo de las dos instituciones de este estudio, la principal diferencia estribó en el mejor nivel socioeconómico de los adultos mayores del ISSSTE, quienes tuvieron como antecedente una condición laboral más estable y un buen porcentaje estaban protegidos con una pensión o jubilación (73.90 por ciento), en tanto que los AM de los SSZ se relacionaron con puestos laborales informales o de poca categoría, donde los salarios fueron precarios y prácticamente muy pocos tenían acceso a una pensión (17.80 por ciento).

Algunos sólo contaron con el apoyo mínimo de programas sociales gubernamentales federales o estatales, como los ofrecidos por el DIF estatal y los apoyos de organizaciones no gubernamentales. De tal manera que la principal fuente de ingresos para los sujetos del ISSSTE eran las pensiones, mientras que para los del Centro de Salud lo fue el apoyo familiar, concordando con lo que Dávila Díaz³⁰ obtuvo en su estudio: uno de cada tres adultos mayores depende de otras personas para subsistir económicamente.



Inseguridad alimentaria

El autorreporte de la IA en sujetos del Centro de Salud mostró datos desalentadores, pues la prevalencia de seguridad alimentaria (SA) fue baja, con el 12.20 por ciento, el restante 87.80 por ciento se ubicó en algún grado de inseguridad, lo que significa que alguno de estos adultos mayores tuvieron que disminuir la cantidad de alimentos consumidos o experimentaron hambre en algún momento, acercándose a los datos obtenidos por la misma Obdulia Dávila,³¹ con 21 por ciento de seguridad alimentaria y un 79 por ciento restante con algún nivel de inseguridad, al igual que Wolfe³² con valores de 27 y 73 por ciento, respectivamente. En los pacientes del ISSSTE la seguridad fue alta con un 46.30 por ciento (62 personas).

La determinación de la SA, con base en la edad de los sujetos, presentó diferencias significativas ($p=0.05$), que indicaron que ésta se ve comprometida conforme aumenta la edad de los adultos, de 60 a 70 años (42.30 por ciento), de 71 a 80 años (13.90 por ciento) y por último el grupo de 81 años en adelante (2.30 por ciento), resultados que coinciden en tendencia con los obtenidos por Temple,³³ aunque con adultos un poco más jóvenes que los de este estudio, en el primer grupo de 55 a 64 años con 4.52 por ciento, 1.67 por ciento para los de 65 a 74 años y tan sólo el 1.13 por ciento para las personas mayores de 75 años, mediante lo cual se determinó que la edad es una variable importante asociada a la inseguridad alimentaria.

Evaluación del estado nutricional

Las evidencias que de acuerdo al IMC se encontraron, consistieron en cifras preocupantes, con una alta frecuencia de obesidad y sobrepeso para ambas instituciones 79.80 por ciento en el ISSSTE y 74.80 por ciento para la SSZ. Sin embargo, estas instituciones no son la excepción, pues distintos estudios confirman que hay una epidemia latente de sobrepeso y obesidad, como reportaron los datos de José Alberto Rivera;³⁴ también se encontraron similitudes con lo aportado por la investigación de Teresa Shamah.³⁵

La media del IMC en la clínica del ISSSTE fue de 29.20 kg/m², muy similar al obtenido en el estudio de Patricia Sánchez³⁶ de 29.30 kg/m². Con un promedio más alto en la muestra de Irazú Gallardo³⁷ (30.50 kg/m²) conformada por usuarios de esta clínica en la Ciudad de México. Mientras que para los SSZ fue ligeramente menor en comparación con el ISSSTE de 28.05 kg/m². La media de la circunferencia abdominal (CA) se estableció arriba de los 98 cm, lo que indicó la existencia de un alto riesgo cardiovascular en estos AM. En los estudios de Teresa Shamah,³⁸ se encontró una media de CA de 99.70 cm, similar al de dichas instituciones.

El estado nutricional por medio de la MNA reveló que afortunadamente hubo una baja prevalencia de malnutrición por déficit; en lo que respecta al riesgo nutricional la prevalencia se distribuyó de manera similar en ambas instituciones, que favoreció el estado nutricional normal para la clínica del ISSSTE (55.20 por ciento, contra 44.70 para los SSZ). Ángel Hilario,³⁹ en su estudio de AM obtuvo diferencias en todos los rubros, pues en el 25 por ciento de su muestra se instaló malnutrición por déficit, 55 por ciento en riesgo de malnutrición y solo 20 por ciento un estado de nutrición normal, al igual que lo obtenido por Patricia Sánchez,⁴⁰ muy alejados de los datos obtenidos en este estudio.

Los hallazgos más sobresalientes en esta investigación indican que la principal fuente de ingreso en los usuarios del ISSSTE fueron las pensiones; por el contrario, la mayoría de los encuestados del centro de salud dependieron económicamente de sus familiares o trataron de sobrevivir con apoyos económicos gubernamentales. Existió una alta frecuencia de IA en esta población; sobre todo para los usuarios del centro de salud se evidenció que la seguridad alimentaria se va perdiendo conforme aumenta la edad de los adultos mayores. Dentro de la evaluación nutricional el IMC más frecuente se ubicó en sobrepeso y obesidad, en ambas instituciones. En el Centro de Salud se presentó un porcentaje mayor al IMC adecuado. Con respecto a la evaluación del estado nutricional, los derechohabientes del ISSSTE tuvieron un mejor estado nutricional, más bajo nivel de riesgo nutricional y poco o nula malnutrición.

Existió una fuerte asociación con variables sociodemográficas, económicas y nutricionales, sugerente de que las relaciones entre IA y estado nutricional de las personas de 60 o más años son complejas y multideterminadas, por lo que deben ser consideradas como un tema importante en las políticas públicas de salud y nutrición. Es importante salvaguardar el derecho a la alimentación y realizar estrategias de afrontamiento para mejorar la SA, sobre todo en los adultos mayores de los SSZ, quienes resultaron más afectados; realizar estas acciones no sólo dependerá del gobierno, sino de las instituciones, la comunidad, las familias y la participación responsable de cada individuo.

Se hizo evidente que para determinados núcleos sociales la seguridad alimentaria cada vez se vuelve más difícil de alcanzar, sin obtener soluciones inmediatas a la erradicación de su hambre y pobreza, situación que contrasta con el sobrepeso y obesidad que también se detectaron y que forman parte del mosaico epidemiológico que afecta a los mexicanos, dentro de los cuales están estos individuos específicos estudiados. Las relaciones aquí descritas para tales usuarios de las instituciones de salud, hacen evidente la necesidad de incidir más sobre los determinantes sociales que afectan al adulto mayor, uno de los grupos poblacionales más vulnerables y desprotegidos donde las desigualdades persisten. Esta investigación propone que se continúe indagando sobre el tema, pues se demostró la falta de análisis y propuestas

oficiales a la problemática, cuyas intervenciones podrían contribuir a mejorar la alimentación y el bienestar de los ancianos, tanto a nivel nacional como local.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] NACIONES UNIDAS, «Segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento», España, 2002. Disponible en <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf> Consultado 17 noviembre de 2012.
- [2] *Idem.*
- [3] INEGI, «Perfil sociodemográfico de Zacatecas», México, 2005. Disponible en http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/conteo/2005/perfiles/Perfi_Soc_Zac.pdf Consultado el 10 de abril de 2013.
- [4] INEGI, «Perfil sociodemográfico de adultos mayores», México, 2014. Disponible en http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf Consultado el 30 abril de 2015.
- [5] INEGI, «Estadísticas a propósito del día mundial de la justicia social», Aguascalientes, Ags. 2013. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/justicia0.pdf> Consultado el 11 mayo de 2013.
- [6] RESTREPO Sandra Lucia, MORALES Rosa María, RAMÍREZ Martha Cecilia, *et al.*, «Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud», *Revista Chilena de Nutrición*, Volumen 33, Número 3, Chile, Diciembre de 2005, p. 2.
- [7] FAO, «Antecedentes y principios sobre la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad», Roma, junio 1998. Disponible en <http://www.fao.org/docrep/meeting/w8500s.htm> Consultado 5 marzo de 2016.
- [8] ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA, «Conferencia Internacional sobre la agricultura orgánica y seguridad alimentaria», Roma, Mayo 2007. Disponible en <http://www.fao.org/organicag/oa-specialfeatures/oa-foodsecurity/es/> Consultado 25 febrero de 2015.
- [9] COOK Brian, «Food security: Implications for the early years», *Toronto Public Health*, Toronto, Ontario, 2006, p. 20. Disponible en http://www.toronto.ca/health/children/pdf/fsbp_final.pdf Consultado: 30 enero de 2014.
- [10] CONSEJO EUROPEO DE INFORMACIÓN SOBRE LA ALIMENTACIÓN, «...La seguridad alimentaria en la tercera edad...», 2003. Disponible en <http://www.eufic.org/page/es/seguridad-alimentaria> Consultado 1 abril de 2014.
- [11] CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL, «Día del adulto mayor», México, D.F., 2010. Disponible en <http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/diadeladultomayor.pdf> Consultado el 7 de abril de 2013.
- [12] INEGI, «Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad», Aguascalientes, 2013. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdf> Consultado 25 abril de 2014.
- [13] ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2012, «Estado de nutrición, anemia, seguridad alimentaria en la población mexicana», México, 2012. Disponible en http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Nutricion.pdf Consultado el 30 mayo de 2013.
- [14] BEATE Krinke U., «Nutrición y adultos mayores», en: BROWN Judith, *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*, Tercera edición, Mc Graw Hill, México, 2010, pp.467-469.
- [15] VARGAS Puello Vianny, ALVARADO Orellana Sergio y ATALAH Samur Eduardo, «Inseguridad alimentaria en adultos mayores en 15 comunas del Gran Santiago; un tema pendiente», *Nutrición Hospitalaria*, Volumen 28, Número 5, Chile, 2013, pp. 1430–1437.
- [16] PELAYO Maite, «La seguridad alimentaria en la tercera edad», España, 2008. Disponible en <http://www.consumer.es/seguridad-alimentaria/> Consultado 25 marzo de 2014.
- [17] BEATE Krinke U., *op.cit.*, pp. 467-469.

- [18] SHAMAH Levy Teresa, MUNDO Rosas Verónica, RIVERA Dommarco Juan A., «La magnitud de la inseguridad alimentaria en México: su relación con el estado de nutrición y con factores socioeconómicos» *Salud Pública de México*, Volumen 56, Suplemento 1, México, DF., enero 2014, pp. 79–85.
- [19] RIVERA Márquez José Alberto, GUERRERO Alcocer Elvia Vianey. «Inseguridad alimentaria en acianos pobres de la Ciudad de México. Importancia para la Salud Pública y para la agenda social», *Nutrición Clínica*, Volumen 9, Número 2, México, 2006, pp. 13–19.
- [20] FAO, «Teoría del hambre», en *Hambre y pobreza en el mundo*, Guatemala, 2004, p. 17. Disponible en <http://www.fao.org/docrep/014/al936s/al936s00.pdf> Consultado 20 de enero de 2014.
- [21] SAHYOUN Nadine and BASIOTIS Peter, «Food Insufficiency and the Nutritional Status of the Elderly Population», *Nutrition Insight*, Number 18, United States, May 2000, pp.1–2.
- [22] LAGUA Rosalinda, CLAUDIO Virginia, *Diccionario de nutrición y dietoterapia*, Quinta edición, Mc Graw Hill, México, 2007, p.213.
- [23] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, «Nutrición», 2013. Disponible en <http://www.who.int/topics/nutrition/es/> Consultado 2 diciembre de 2013.
- [24] RESTREPO Sandra Lucia, *et al., op. cit.*, p.4.
- [25] ALEMÁN H, PÉREZ FLAVIO, «Los indicadores del estado de nutrición y el proceso de envejecimiento», *Nutrición Clínica*, Volumen 6, Número 1, 2003, pp. 46–52.
- [26] MONTERREY Gutiérrez Pedro y PORRATA Maury Carmen. «Procedimiento gráfico para la evaluación del estado nutricional de los adultos según el índice de masa corporal». *Revista Cubana Alimentación y Nutrición*, Volumen 15, Número 1, Cuba, 2001 p. 63.
- [27] VERDUSCO Gómez Antonio, ROMERO del Sol Juana María, «Circunferencia del brazo como evaluadora del estado nutricional del adulto», *Revista cubana Alimentación y Nutrición*, Volumen 12, Número 2, Cuba, 1998, pp. 86–90.
- [28] *Ídem.*
- [29] KAUFER Horwitz Martha, TOUSSAINT Georgina, «Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría», *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, Volumen 65, Número 6, México, 2008, pp. 502-505.
- [30] DÁVILA Díaz Obdulia Graciela, TORRES Mendoza Blanca Miriam, MÁRQUEZ Campos Francisco Javier, «Inseguridad alimentaria y frecuencia de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y osteoartritis en adultos mayores ambulatorios de la estancia diurna del DIF Zapopan, Jalisco», *Revista de la Universidad del Valle de Atemajac*, Volumen 12, Número 59, Guadalajara, 2007, pp. 20–24.
- [31] *Ídem.*
- [32] WOLFE Wendy, FRONGILLO Edward, VALOIS Pascale, «Understanding the experience of food insecurity by elders suggests ways to improve its measurement», *The Journal of Nutrition*, Volume 133, United States, 2003, pp. 2762–2769.
- [33] TEMPLE Jeromey, «Food insecurity among older Australians: prevalence, correlates and well-being», *Australasian Journal on Ageing*, Volume 25, Number 3, Australia, September 2006, pp. 158–163.
- [34] RIVERA Márquez José Alberto, PÉREZ Escamilla Rafael, CUEVAS Nasu Lucía, *et. al.*, «Inseguridad alimentaria en el hogar y estado de nutrición en personas adultas mayores de México», *Salud Pública de México*, Volumen 56, Suplemento 1, México, DF., enero 2014, pp. 71–78.
- [35] SHAMAH Levy Teresa, CUEVAS Nasu Lucía, MUNDO Rosas Verónica, *et al.*, «Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional», *Revista Salud Pública de México*, Volumen 50, Número 5, México, Septiembre–Octubre 2008, pp. 383–389.
- [36] SÁNCHEZ Rivera Patricia, GONZÁLEZ López Laura, FRANCO Gómez María de Jesús, «Evaluación de la situación nutricional del adulto mayor en la zona metropolitana de Guadalajara» *Revista de Salud Pública y Nutrición*, Número 1, Jalisco, 2012, p. 6.
- [37] GALLARDO Wong Irazú, NIETO Calva Jesús Javier, «Estado nutricional de los adultos mayores derechohabientes del ISSSTE de la Ciudad de México» *Revista de Salud Pública y Nutrición*, Número 1, México, 2012, p. 7.
- [38] SHAMAH Levy Teresa., *op. cit.*, pp. 383–389.



[³⁹] HILARIO López Ángel Gabriel, «Estado nutricional en el adulto mayor institucionalizado del estado de Colima mediante la mini valoración nutricional e indicadores séricos» Colima, 2009.

[⁴⁰] SÁNCHEZ Rivera Patricia, *op. cit.*, p. 6.