



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, INMUNOLOGÍA,
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, NUTRICIÓN Y
BROMATOLOGÍA, PSIQUIATRÍA E HISTORIA DE LA
CIENCIA**

TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN
Y ACTIVIDAD FÍSICA EN POBLACIÓN
FEMENINA ADULTA URBANA DE
VALLADOLID (AMUVA)**

**Presentada por Dña. María José Cao Torija
para optar al Grado de
Doctora por la Universidad de Valladolid**

**Dirigida por:
Doctor Emiliano José Quinto Fernández
Doctora María José Castro Alija
Doctora Fátima Cruz Souza**

Estudio de alimentación, nutrición y actividad física en población
femenina adulta urbana de Valladolid
(AMUVA)

*“Una mujer con imaginación es una mujer que no solo sabe
proyectar su propia vida, la vida de una familia y la de
una sociedad, sino también el futuro de un milenio.”*

Rigoberta Menchú

*A mis padres, que siempre lucharon para conseguir para mí lo mejor,
y a marido y mis hijos que me mueven a seguir mejorando por ellos.*

Agradecimientos

A punto de culminar un sueño que hace poco tiempo parecía imposible, es de ley agradecer la posibilidad de encontrarme en este punto a las personas que han contribuido a que así sea.

A mi querida amiga y compañera la Doctora Magdalena Santo Tomás, ejemplo en sus logros académicos, a quien debo agradecerle su insistencia, apoyo e incansable estímulo para no desfallecer, al recorrer el camino que me ha conducido, por fin, a la elaboración de esta tesis doctoral.

A los directores de esta tesis:

La Doctora María José Castro, mi cómplice, confidente, amiga y compañera, que ha sabido convertirse en imprescindible para mí y que además me ha llevado de la mano para poder establecer el fondo de este trabajo y darle forma, tanto, que sin su ayuda nunca hubiera llegado a buen puerto.

El Doctor Emiliano Quinto por todas sus facilidades y ayuda en momentos cruciales de este trabajo.

Y a la Doctora Fátima Cruz Souza, por sus imprescindibles correcciones en los aspectos de género.

Por otra parte al Doctor Agustín Mayo, por su inestimable ayuda en el trabajo estadístico, a todos mis compañeros y compañeras que de una manera o de otra han estado ahí cuando los he necesitado y a las estudiantes de enfermería que han colaborado en la recogida de datos.

De una manera especial estoy agradecida a mi familia, Khalid, mi marido, Inés María, Miriam e Ismael, mis hijos, que han comprendido mi necesidad de dedicar tiempo a este trabajo ocupándome menos de ellos, y sobre todo a mi madre, entusiasmada con el hecho de que yo, su hija, fuera doctora y cuya salud se ha ido deteriorando tanto en estos años que ahora no va a poder saborear el logro final.

Por fin me gustaría agradecer a todas las mujeres del mundo su lucha porque todas nosotras hayamos podido alcanzar niveles de liberación y conocimiento que nos lleven a dar fin a empresas como ésta.

Índice

ÍNDICE

Página

1. Justificación	14
2. Introducción	22
2.1. Resumen	24
2.2. Herramientas conceptuales	31
2.2.1. Género y roles de género	31
2.2.2. Patriarcado y sistema sexo-género	36
2.2.3. El género y la división del trabajo	37
2.2.4. Perspectiva de género en salud	40
2.2.5. Perspectiva de género en la investigación en salud	45
2.2.6. Evolución del concepto salud y sus determinantes	49
2.2.7. Alimentación, Nutrición, Hábitos alimentarios y Conducta Alimentaria	61
2.2.8. Actividad física, ejercicio físico, condición física y sedentarismo	67
2.3. Antecedentes de la investigación	70
2.3.1. Evaluación del consumo de alimentos	71
2.3.2. La actividad física y su relación con la salud	74
2.3.3. Relación entre alimentación y salud. Condicionantes de género	76
2.3.4. Relación de la alimentación con aspectos psicológicos, sociológicos y culturales	79
2.4. La salud de las mujeres	80
2.4.1. Importancia y consideración por parte de las mujeres de la imagen corporal	80
2.4.2. Influencia del hábito alimentario y el nivel de actividad física en determinadas alteraciones de la salud de las mujeres	84

2.4.2.1. Obesidad	85
2.4.2.2. Diabetes	93
2.4.2.3. Hipertensión arterial	96
2.4.2.4. Patología cardiovascular	99
2.4.2.5. Osteoporosis	107
2.4.2.6. Cáncer	112
2.4.2.7. Carencias o déficits nutricionales	115
2.4.2.8. Alteraciones de la Salud mental	120
2.5. Otros aspectos diferenciadores en la salud de las mujeres	126
2.5.1. Diferencias en la esperanza de vida	126
2.5.2. Causas de enfermedad y muerte prematura	129
2.5.3. Diferencias en el manejo de recursos, exigencias sociales a las mujeres y diferentes respuestas del sistema de salud a las necesidades de las mujeres	131
2.5.4. Formación en salud	136
3. Objetivos	140
4. Metodología	144
4.1. Planteamiento del problema	146
4.2. Muestra	147
4.3. Diseño de la investigación	149
4.4. Instrumento de recogida de datos	150
4.5. Entrevistadores	155
4.6. Procesado de datos	155
4.7. Descripción de las variables	156
4.7.1. Evaluación de alimentación y nutrición	156
4.7.1.1. Consumo de alimentos en gramos/día	156
4.7.1.2. Consumo de alimentos en raciones y adecuación a recomendaciones alimentarias	157
4.7.1.3. Índice de alimentación saludable	160
4.7.1.4. Ingesta de Energía y Nutrientes	163

4.7.2. Valoración del nivel de actividad física	169
4.7.3. Objetivos nutricionales	171
4.7.4. Valoración aspectos moduladores del comportamiento alimentario	172
4.8. Limitaciones del estudio	173
4.9. Cronograma	177
5. Resultados y discusión.	178
5.1. Resultados Alimentos	180
5.1.1. Consumo de alimentos por grupos, según su clasificación en el CFC	180
5.1.2. Cantidades totales de alimentos, por grupos	207
5.1.3. Índice de alimentación saludable	210
5.2. Resultados Nutrientes	212
5.2.1. Energía, macronutrientes y fibra	213
5.2.2. Micronutrientes	218
5.3. Resultados actividad física	228
5.4. Resultados respecto a objetivos nutricionales	233
5.5. Resultados hábitos y actitudes en relación con la alimentación	237
5.5.1. Nivel de estudios y trabajo	237
5.5.2. Motivos que respaldan las prácticas alimentaria de las mujeres	240
5.5.3. Aspectos en relación el peso y percepción de la imagen corporal	244
6. Conclusiones	256
7. Bibliografía	260
8. Anexos	320

Justificación

1. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad existe una gran preocupación por la salud y se reconoce que una alimentación adecuada, constituye un instrumento de protección de la salud y prevención de la enfermedad, dándose por supuesto que todos y cada uno de nosotros nos preocupamos por nuestra alimentación, y las mujeres, en particular, por su propia alimentación y la de su familia, si bien, diferentes estudios demuestran que la elección de alimentos está condicionada por factores distintos de la promoción o recuperación de la salud (Cruz Cruz, 1999).

Además, se presta cada vez más una especial atención al beneficio de la práctica regular de ejercicio físico, a favor de reducir el riesgo de contraer enfermedades crónicas (Owen et al, 2001) y de potenciar el bienestar tanto físico como psíquico (Martinsen, 2000).

Esta tesis, a la que desde ahora llamaremos AMUVA, haciendo referencia al título de una manera resumida (Alimentación Mujeres Valladolid), intenta, desde un enfoque que podríamos calificar como epidemiológico, obtener datos empíricos de una población concreta respecto a sus hábitos de alimentación y actividad física, de acuerdo a variables socio demográficas básicas como edad, sexo y ubicación geográfica. La población objeto de estudio es: población femenina adulta urbana de Valladolid, concretamente las mujeres de entre 40 y 60 años de edad.

Este grupo de población, tiene necesidades nutricionales específicas que pueden no ser atendidas desde su forma habitual de alimentarse debido a que la alimentación, y también la actividad física, están influidas por hechos de tipo colectivo o individual, tales como cultura, geografía, clima, entorno cultural, aspectos socioeconómicos o de otra índole, así como por la fisiología y psicología personales (Harris 1989).

Los hábitos alimentarios de una población constituyen un factor determinante de su estado de salud, y por ello las investigaciones acerca de dichos hábitos, así como respecto a la actividad física y los comportamientos o actitudes hacia la comida, facilitan una mayor comprensión de las patologías con base nutricional.

Una alimentación inadecuada, con excesos o carencias, y el sedentarismo, se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad en el mundo y están íntimamente relacionados con la longevidad, la calidad de vida y el desarrollo.

Para tratar de paliar los efectos de estos malos hábitos, el Plan de trabajo del Programa de Salud Pública de la Unión Europea (UE) para el 2011, propone entre otras acciones: *“Abordar los factores determinantes de la salud para promover y mejorar la salud física y mental y actuar sobre factores clave como la alimentación, el ejercicio físico, el tabaco y el alcohol”*.

Por otra parte los rápidos cambios sociales en los últimos años, que condicionan la demanda exigente respecto al trabajo que llevan a cabo las mujeres, dentro y fuera de la casa y un alto grado de requerimiento respecto a la imagen con unos cánones de belleza muchas veces alejados de las mujeres reales, tienen una especial repercusión su vida y su salud, ya que añaden factores de riesgo psicológicos y sociales con gran incidencia sobre sus hábitos.

Como consecuencia, las estadísticas de salud reflejan un aumento de patologías relacionadas con la nutrición preocupante entre las mujeres, como el aumento de casos de trastornos del comportamiento alimentario, relacionados con un mayor número de consultas por ansiedad y depresión (Pérez Rodrigo et al, 2007).

Así mismo la incidencia de obesidad en todas las edades de la vida de las mujeres va en aumento, de modo que las enfermedades atribuibles al exceso de peso, a los malos hábitos alimentarios y al sedentarismo y, consecuentemente, al alterado estado nutricional, son más de las que se suelen apreciar (Guallar-Castillón et col, 2002).

Actualmente, en Europa, seis de los siete mayores factores de riesgo de muerte prematura (la tensión arterial, el colesterol, el índice de masa corporal, la ingesta inadecuada de fruta y verdura, la inactividad física y el consumo excesivo de alcohol) están relacionados con nuestra forma de comer, beber y movernos, (el factor restante es el tabaco) según recoge la Comisión europea de Salud Pública (2007)

De modo que una dieta equilibrada y una actividad física suficiente habitual, al mismo tiempo que abstenerse de fumar, son factores importantes para fomentar y mantener una buena salud. (Comisión Europea de Salud Pública, 2007).

Por tanto, identificar los alimentos ingeridos por la población, la frecuencia con que se consumen y por qué, determinar su aporte energético y nutricional, y establecer el grado de actividad física son parámetros imprescindibles para fundar recomendaciones al respecto que incidan positivamente sobre la salud. La combinación de hábitos dietéticos saludables junto con la práctica regular de ejercicio físico se convierte en pilar básico para una adecuación de los estilos de vida que ayuden a la promoción de la salud (Aranceta 2001).

Ello es particularmente importante en el caso de las mujeres, porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos) o explicados desde el género que se manifiestan de forma diferente para cada sexo en relación con la salud y los riesgos de enfermedad, y que muchas veces se mantienen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud (Rohlf's 2000), que tienen implicaciones respecto a cómo y cuáles son los problemas de salud que les afectan.

El enfoque de género aplicado al análisis de la salud de la mujer, dirige la atención hacia la dialéctica de las relaciones entre la biología y el medio social. La utilización de este enfoque como herramienta analítica enriquece los marcos teóricos explicativos del proceso salud - enfermedad, que señala diferencias entre mujeres y hombres y permite comprender como se construyen esas diferencias.

La alimentación y la actividad física, en el caso de las mujeres, mediatizado por aspectos psicosociales derivados del rol social que se les atribuye, puede desembocar en un modo específico de alimentarse que incida negativamente en su salud entre los 40 y 60 años edad en que se producen cambios fisiológicos que condicionan el tipo de alimentación a seguir en esta etapa de la vida.

Así las mujeres adultas deben ser consideradas un colectivo especialmente vulnerable y que ha de ser analizado específicamente para poder ser reorientado hacia unos hábitos de vida más saludables.

Merece la pena considerar también el hecho de que las mujeres son responsables de su propia alimentación y la de sus familias. En las distintas autonomías que configuran nuestro país, y en todos los casos, el porcentaje de mujeres responsables de la alimentación familiar supera el 70%, llegando en algunas como Galicia y Extremadura a alcanzar casi el 90% (Diez Nicolás 2010). Si esto es así, es la mujer dentro de la unidad familiar la que posee mayor poder de decisión sobre su propia alimentación y la de su familia, aunque no sabemos si decide en función de su criterio o condicionada por otros miembros de la familia.

Este estudio propone una reflexión acerca de los hábitos alimentarios, definidos como "Manifestaciones recurrentes del comportamiento relacionado con el alimento por las cuales un individuo o grupo de ellos prepara y consume alimentos directa o indirectamente como parte de prácticas culturales, sociales y religiosas" (Moreiras O, Cuadrado C. 2001) y de actividad física de las mujeres adultas sanas en nuestro propio contexto, entendidos como determinantes de salud y condicionados por cuestiones de género.

Los resultados podrían aplicarse a la hora de establecer programas de promoción de la salud para el colectivo de mujeres adultas, como especialmente vulnerable, reorientando su estilo de vida hacia patrones más saludables, estableciendo objetivos y diseñando las posibles actuaciones con un enfoque de género y a partir de datos reales en cuanto a alimentación y ejercicio, ya que para mantener un correcto estado de salud y reducir las complicaciones asociadas a la menopausia, además de llevar a cabo una dieta

adecuada y sana, resulta necesario mantener o incorporar a la vida diaria una serie de estilos de vida considerados también como saludables, como la práctica diaria de ejercicio físico.

Para dar respuesta a todas estas cuestiones, a lo largo de este trabajo, nos proponemos en primer lugar elaborar una introducción a modo de marco teórico con una revisión que incluye aspectos en relación con el género, la salud en general, la salud de las mujeres en particular, los hábitos alimentarios y la actividad física. Esta revisión inicial sirve de referencia para el desarrollo de la investigación, que se presenta en la parte empírica del trabajo y además ayuda a la interpretación de nuestros propios resultados y a la elaboración de conclusiones.

Introducción

2. INTRODUCCION

El objetivo de este capítulo es exponer las herramientas conceptuales fundamentales para esta investigación, así como llevar a cabo un breve repaso de los antecedentes de la misma, para terminar con una reflexión pormenorizada respecto a la salud de las mujeres.

2.1. Resumen

La rápida expansión del conocimiento científico y los numerosos datos epidemiológicos de las cuantiosas investigaciones al respecto, han ayudado a aclarar la función del hábito alimentario y el ejercicio físico en la prevención y el control de la morbilidad y la mortalidad prematura causadas por las enfermedades crónicas no transmisibles.

Los cambios experimentados en los modos de vida en respuesta a la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados, están teniendo grandes repercusiones en la salud y el estado nutricional de las poblaciones, ya que si bien han mejorado los niveles de vida y se ha ampliado la disponibilidad de alimentos, también hay que contabilizar repercusiones negativas significativas en forma de hábitos alimentarios inapropiados como mayor consumo de alimentos muy energéticos con alto contenido de grasas, en particular grasas saturadas, y carbohidratos simples. Identificados, de este modo, algunos de los componentes de la alimentación que aumentan la probabilidad de aparición de enfermedades en los individuos es necesario planificar intervenciones adecuadas para modificar esa repercusión.

Estas características se combinan con la disminución del gasto energético que conlleva un modo de vida sedentario debido a facilidades para el transporte, aparatos que ahorran trabajo en el hogar, disminución gradual

de las tareas manuales físicamente exigentes en el trabajo, y dedicación preferente del tiempo de ocio a pasatiempos que no exigen esfuerzo físico.

En todos los estudios consultados y en los distintos ámbitos de interés se han obtenido resultados que nos deben servir como base. Podríamos afirmar que en todos ellos se determinan como conclusiones fundamentales relativas a nuestro país que:

- Los niveles de consumo de energía en España son similares al promedio de los países desarrollados, ligeramente por encima de lo recomendado, los niveles de consumo de proteína y de grasa son superiores en España al promedio del mencionado grupo, y los hidratos de carbono son escasos, Se ha ido produciendo una reducción del consumo de frutas y hortalizas y las pautas alimentarias se alejan cada vez más de la dieta mediterránea.
- Formando parte del cambio conocido como “transición nutricional”, las dietas ricas en azúcares añadidos y grasas poco saludables, están sustituyendo a las dietas tradicionales.
- El alto grado de sedentarismo observado en la población española y en especial en las mujeres, es preocupante, y este hecho parece que repercute negativamente en la salud.
- Sabemos además que las enfermedades crónicas no transmisibles, en gran parte, evitables, son la primera causa de muerte en el mundo y suponen una lacra para la sociedad, especialmente las enfermedades como la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o la osteoporosis. y están en estrecha relación con dietas inadecuadas y escasa actividad física.
- En el caso de las mujeres las deficiencias de información, educación e investigación les hace pagar un alto precio en enfermedades y mortalidad.
- Las mujeres son las encargadas de la salud y la alimentación familiar. Sin embargo, que las mujeres tengan dicha responsabilidad no supone que dispongan de suficiente capacidad de decisión, ya aspectos

distintos de la salud, como los gustos del marido y los hijos determinan al menú familiar.

Parece claro que el estilo de vida, el hábito alimentario y el ejercicio físico, como determinantes de salud, se encuentran implicados en el bienestar de cualquier individuo, y en concreto de las mujeres, ya que erróneos hábitos en la alimentación y el ejercicio están, en muchos casos detrás de las patologías más prevalentes en mujeres, o en aquellas que se convierten en factores de riesgo para conservar una aceptable calidad de vida.

Se puede establecer que el desequilibrio crónico entre la ingesta y el gasto energético puede conllevar la obesidad, diabetes, riesgo vascular y otras alteraciones de la salud, y que el balance energético está influenciado por otros factores, además de los genéticos, como son la composición de la dieta consumida, procesos neuroendocrinos y metabólicos así como los factores ambientales, psicológicos y sociales, que condicionan la ingesta y/o gasto energético diario.

En relación con la actividad física parece confirmado que la inactividad es causa de enfermedad y que existe una relación dosis/respuesta entre actividad física y/o forma física y mortalidad global. Por otra parte hay que considerar los costes económicos en términos de enfermedad, ausencias del trabajo o gastos en los sistemas de salud. Se calcula que los costes médicos de las personas activas son un treinta por ciento inferiores a los que ocasionan aquellas inactivas. Podemos afirmar que la actividad física contribuye a la prolongación de la vida y a mejorar su calidad por medio de beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales (Márquez et col 2006).

A partir de estas conclusiones lo que parece aconsejable es diseñar y desarrollar estrategias de promoción de la salud, específicas para las mujeres, estudiando peculiaridades respecto a su salud, mediatizadas por aspectos que tiene que ver con su propia fisiología (sexo) y con el rol social que se les atribuye (género), en el caso que nos ocupa relativas a sus hábitos alimentarios y de ejercicio físico planteándose la necesidad de promover cambios para mejorar su salud, ya que los ajustes alimentarios y en el ejercicio, no sólo

influyen en la salud del momento sino que pueden determinar enfermedades en etapas posteriores de la vida.

En los años 90 se comienza a atender la salud de las mujeres no sólo desde el ámbito de la reproducción, y a apreciar, por parte de los propios profesionales sanitarios, después del arduo trabajo de concienciación de los movimientos feministas, que la calidad de la atención sanitaria que reciben las mujeres está condicionada por la falta de conocimiento sobre el desarrollo diferente de algunas enfermedades en las mujeres con respecto a los hombres, y por distintas enfermedades que afectan solo a mujeres, lo que conlleva una prevención, tratamiento y atención diferenciados.

No hay duda de que la medicina moderna ha traído muchos beneficios para la salud de las mujeres, pero a pesar de que las mujeres usan los servicios sanitarios con asiduidad y de que ellas representan la mayoría de los trabajadores sanitarios, en muchas de las decisiones que se toman en beneficio de nuestra salud, la salud de las mujeres carece del enfoque de las mismas mujeres (Ruiz- Jarabo 1999).

A medida que podamos conocer mejor los determinantes biológicos y sociales, tanto de la salud como de las enfermedades, estaremos caminando en la posibilidad de diseñar programas y políticas sanitarias que actúen en el sentido de mejorar la calidad de vida, evitar y minimizar los efectos de las enfermedades y eliminar las inequidades en la salud de mujeres y hombres.

La incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas de salud supone la determinación del avance hacia la equidad y la igualdad de género como meta esencial, y desde la cual se han de definir todas las decisiones, objetivos, medidas, actuaciones y recursos involucrados en ella.

La Comisión Europea de Salud Pública es consciente de la gravedad de este problema y así la incorrecta alimentación, el sedentarismo y problemas derivados como la obesidad, son prioridades clave en la política sanitaria de la UE y el Programa de acción en el ámbito de la salud pública (2008-2013) las asume y persigue los objetivos y las acciones generales siguientes:

- Objetivo 1: Mejorar la información y los conocimientos a fin de fomentar la salud pública y los sistemas de salud.

Acciones: creación de un sistema global de recopilación, análisis y evaluación de la información y de los conocimientos con el fin de informar, aconsejar y difundir la información a todos los niveles de la sociedad, el público en general, las autoridades y los profesionales de la salud.

- Objetivo 2: Aumentar la capacidad de reaccionar rápida y coordinadamente ante las amenazas para la salud tales como las amenazas transfronterizas que representan el VIH, la nueva variante de encefalopatía espongiiforme humana y las afecciones relacionadas con la contaminación.

Acciones: desarrollo, refuerzo y apoyo de la capacidad, explotación e interconexión de los mecanismos de vigilancia, alerta precoz y reacción rápida.

- Objetivo 3: Abordar los factores determinantes de la salud.

Acciones: promoción de la salud acompañada de medidas y de instrumentos específicos de reducción y eliminación de riesgos.

En España desde el propio Ministerio de Sanidad se proponen guías cuyo objetivo principal es ofrecer recomendaciones de buenas prácticas para la incorporación efectiva de la perspectiva de género a lo largo de todas las fases del desarrollo de las políticas de investigación en salud, recomendando lo siguiente:

1. Asegurar y mantener un compromiso político decidido y consistente con la igualdad de oportunidades de género, tanto a nivel general como al nivel específico de la investigación en salud.
2. Plasmar esta voluntad política en documentos normativos y en el desarrollo de un marco institucional favorable a las cuestiones de género en la investigación en salud.

3. Desarrollar una estructura administrativa encargada de las cuestiones de género en la salud, mediante la creación de organismos especializados (unidades, consejos, foros...), rutinas y procedimientos de acción, desarrollo de herramientas (de formación, sensibilización y análisis), etc.
4. Asignar recursos suficientes (humanos, financieros y materiales) para la incorporación del mainstreaming de género en la investigación en salud.
5. Desarrollar estadísticas oficiales desagregadas por sexo, el conocimiento experto en género y salud y la formación en mainstreaming de género en la administración sanitaria.

Concretamente respecto a la alimentación, los mensajes de las autoridades sanitarias compiten con otra multitud de mensajes contradictorios por parte de la industria, la publicidad y los medios de comunicación. Al no existir una única opción que aparezca como la verdadera, se produce una situación de escepticismo y la población se siente legitimada para llevar a cabo selecciones estratégicas de acuerdo con sus esquemas cognitivos, sus gustos, sus limitaciones, etc.

Esta situación de escepticismo puede considerarse interesante y motivadora en búsqueda de información, ya que los conocimientos nutricionales que se difunden no son definitivos, son cambiantes, “ya que los preceptos de salud que son generalmente aceptados en la actualidad pueden ser impugnados en el futuro” (Martín Criado y Moreno Pestaña 2005).

Las recientes advertencias sobre los riesgos que conllevan la mala alimentación y el establecimiento de determinadas normas para llevar a cabo una alimentación sana, no dan los resultados esperados.

Las campañas que se están llevando a cabo en este sentido parten de la premisa de que la información es la clave para cambiar las prácticas alimentarias de la población, por tanto, a partir de esta información los hábitos de alimentación se elegirían en función de las consecuencias para la salud.

Sin embargo aunque se posea información nutricional suficiente, la realidad es que no se adecuan los hábitos alimentarios, por las limitaciones de la vida cotidiana, como es el caso de que la mujer, la máxima responsable de la alimentación, trabaje fuera del hogar, o porque en realidad no se advierte la estrecha relación entre alimentación y salud, ya que las consecuencias del hábito inadecuado no se manifiestan de una manera inmediata.

Para atajar esta situación cabría proponer en primer lugar, sustituir las campañas más generales por acciones más localizadas basadas en la interacción directa de los profesionales de la salud, con la población diana de cada mensaje, aportando a la población, y especialmente a las mujeres, como responsables de la alimentación, información de cómo debe ser ésta para que sea saludable, promocionar el ejercicio físico y procurar cambios en la actitud respecto a estos temas, primando la salud por encima de otras consideraciones.

Además serían adecuadas en general todas las medidas que pretendan introducir a los hombres en las tareas domésticas, específicamente en las que tienen que ver con el proceso de la alimentación, haciéndoles partícipes de la responsabilidad en su propia alimentación y la de su familia.

La redefinición de las relaciones de género es un objetivo complicado de alcanzar y que debe trabajarse desde los primeros niveles educativos, El exceso de responsabilidad que padecen las mujeres puede condicionar que todas las necesidades diarias, entre ellas la alimentación puedan no ser satisfechas de la forma más óptima (González Salcedo 2009).

Por eso y con el propósito de aportar nuevos datos para planificar intervenciones que fomenten estilos de vida saludables, vemos la necesidad de investigar más al respecto.

Identificar, por tanto, los alimentos ingeridos por la población, la frecuencia con que se consumen, su aporte energético y nutricional, así como las razones que inducen a seguir un determinado tipo de alimentación, son parámetros imprescindibles para planificar programas de intervención cuyo fin sea mejorar el estado nutricional y de salud de la población. Esta información

permite establecer programas adaptados a las necesidades y problemáticas del grupo a tratar (Serra-Majem y Salleras 1990).

Al poner en marcha una actividad preventiva en temas relacionados con la alimentación y la actividad física hay que tener en cuenta por una parte, las múltiples variables, como hemos reseñado, que intervienen y por otra el contenido de la información que es muy importante que esté bien planteada, con fundamento científico actualizado, valorando qué información damos, a quién se la damos y cómo se la damos, promocionando al máximo la autoestima y la valoración de la salud, fomentando comportamientos asertivos y conductas de independencia y autonomía, así como decisiones responsables desde edades tempranas de estilos de vida saludables .

Haciendo hincapié tanto en la prevención primaria como en la secundaria, desde la prevención primaria todos los esfuerzos dirigidos a evitar que las enfermedades lleguen a producirse, valiéndose de estrategias de educación para la salud con las que lograr que las personas eviten actitudes de riesgo y fomenten comportamientos que mejoren su salud y desde la prevención secundaria , intentar conseguir que, una vez establecida la enfermedad, se lleve a cabo un diagnóstico precoz y un abordaje terapéutico justo y equitativo.

Poner el énfasis en la educación para la salud, considerando que la información no es suficiente para la prevención, sino que tiene que ir acompañada de formación, de cambio de actitud y de cambio de conducta.

2.2. Herramientas conceptuales *

2.2.1. Género y roles de género

El concepto género, aparece ya esbozado en 1949 en “*El segundo sexo*” de Simone de Beauvoir, que en el texto dice: “Una no nace mujer”, refiriéndose a la construcción social del género.

*En la bibliografía de este apartado, se recogen de un modo testimonial los nombres de pila de las investigadoras. mujeres. que se citan. a fin de contribuir a la visibilización de las mismas.

Al respecto Judith Butler (1998) sostiene que la explicación de Beauvoir de “*llegar a ser*”, reconcilia la ambigüedad interna del género como proyecto y como constructo.

Según Butler, Beauvoir formula el género como el locus corpóreo de las posibilidades culturales tanto recibidas como innovadas, lo que conlleva entonces a reinterpretar la doctrina existencial de la elección, donde elegir un género debe entenderse como la encarnación de las posibilidades dentro de una red de profundas e intrincadas normas culturales.

Una interesante definición de género es la desarrollada por Marta Lamas (2002) quien lo define como el conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres.

Aunque anteriormente, Marcela Lagarde (1990) reconoce que cada sociedad asigna determinadas funciones sociales a hombres y mujeres, construyéndose así el concepto de género como categoría bio-psico-econo-politicocultural.

El concepto de género es por tanto variable, Judith Butler (2001) nos recuerda que el género es una continua “performance”, esto es que las coordenadas por las que se expresa el género pueden ser intervenidas, transgredidas y cuestionadas.

Según Joan Wallach Scott (1990) el género es una forma de referirse los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado; es una categoría transdisciplinaria, que desarrolla un enfoque globalizador y remite a los rasgos y funciones psicológicas y socioculturales que se le atribuye a cada uno de los sexos en cada momento histórico y en cada sociedad.

El concepto género es adoptado por los estudios feministas anglosajones, en los años 60 y 70, con propósitos académicos y políticos (De Barbieri 1995), para referirse a la construcción cultural de la diferencia entre los sexos (Scott 1990). El género es un elemento constitutivo de las relaciones

sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, que consta de cuatro factores que operan en conjunto aunque no necesariamente de modo simultáneo:

- Símbolos que evocan representaciones.
- Normativas sobre el deber de personas según su sexo.
- Elementos de política y referencias a las organizaciones sociales.
- Construcción de la subjetividad e identidad.

Cuando estos textos se empezaron a traducir al español, a principios de los años ochenta, las autoras de habla hispana reconocieron las dificultades de la traducción del término.

Marta Lamas (1986) en un texto clave para entender las bases conceptuales del término, señala que fue acuñado en la década de los sesenta por la psicología clínica, que se refiere a las atribuciones que la sociedad establece para hombres y mujeres mediante la asignación de género (al momento de nacer de acuerdo a la apariencia externa de los genitales); la identidad de género (con la adquisición del lenguaje, hacia los 2 ó 3 años de edad y que dura toda la vida) y el rol de género (normas y prescripciones sobre actividades y comportamientos femenino o masculino).

Esta es la base de lo que hoy se conoce como Psicología de Género que surge como resultado de la acumulación de datos sobre las diferencias entre hombres y mujeres, y que recoge el estudio del comportamiento humano a través de la consideración de que la variable género tiene una responsabilidad en la formación de la conducta, aunque aún esté por determinar la magnitud de la relación heredando parte del conocimiento aportado por la Psicología Diferencial y por la Psicología Social.

La Psicología de Género pone el acento en mantener vigente el género como un aspecto diferenciador que va variando en función de las necesidades sociales, marcadas por una sociedad en plena transformación que promueve la disminución de algunas diferencias entre mujeres y hombres consolidadas históricamente y la aparición de otras ya que mujeres y hombres buscan un nuevo modelo con el que identificarse (María Jayme Zaro, 2002), siendo

después de la inteligencia el área a la que mayor cantidad de investigación en Psicología se ha dedicado (Pleck 1975).

A lo largo de los años el concepto de género ha evolucionado desde una construcción basada en un referente simbólico de la diferencia sexual hasta otra más sociológica. Esta nueva concepción data de la década de los cincuenta cuando el investigador Money (1955) propuso el término “*roles de género*” para describir el conjunto de conductas atribuidas a los varones y las mujeres.

Los roles de las mujeres y de los hombres son tipificados simbólicamente como expresiones de la feminidad y la masculinidad, y normativizados hasta convertirse en rígidos estereotipos que limitan las potencialidades de las personas, al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al ideal femenino o masculino.

A pesar de que, en su desarrollo individual, cada persona se adecua en mayor o menor medida al conjunto de expectativas y comportamientos considerados propios de su género, los roles de género están tan hondamente arraigados que llegan a ser considerados como la expresión de los fundamentos biológicos del género, como nos recuerda Clara Murguialday (2005).

La distribución de roles, reconoce Gabriela Cabrera (2010), nos viene legada por el estilo de vida de nuestros ancestros, los cazadores-recolectores del pleistoceno.

El hombre se dedicaba a cazar y traer comida a su familia, desarrollando una gran orientación para localizar a sus presas y traerlas a casa. Se sentía valorado por su trabajo y no necesitaba valorar las relaciones con los demás. Él era el buscador de comida.

La mujer aseguraba la evolución de la especie cuidando a los bebés, controlando los alrededores de la cueva, desarrollando una gran orientación en las distancias cortas mediante los puntos de referencia.

Con este fin, desarrolló también la percepción de los pequeños cambios en la conducta de los niños y adultos. Lo que llamamos el sexto sentido de las

mujeres. Ella era la defensora del hogar y se ocupaba de lo que hoy entendemos como doméstico.

De ahí derivan los roles sociales que hoy prevalecen y que determinan conductas distintas respecto a alimentación, conductas de riesgo, consumo de tóxicos y una larga lista que condiciona desigualdades en salud. (Gabriela Cabrera 2010).

Según Clara Murguialday (2005), los roles de género son una construcción cultural, y no una mera consecuencia de las diferencias biológicas, la dicotomía masculino/femenino se construye socialmente mediante cuatro operaciones articuladas:

a) Se asocia naturalmente el hecho de ser hombre o ser mujer con algunas actividades, potencialidades, limitaciones y actitudes.

b) Se clasifican, también naturalmente, algunas actividades o expresiones como masculinas o como femeninas.

c) Se valoran de manera diferente las actividades identificadas como masculinas o como femeninas.

d) Se valora en forma distinta la misma actividad, dependiendo de si es realizada por un hombre o una mujer.

De manera que, como han señalado Michelle Rosaldo y Louise Lamphere (1974), por muchos se asumió la subordinación de las mujeres en todas las sociedades como algo “dado”, no problemático, y por lo tanto, sin mayor interés teórico.

Sherry Ortner (1974) ha propuesto que la posición secundaria de las mujeres en la sociedad ha sido justamente el resultado de su construcción social como seres más cercanos a la naturaleza que los hombres, ya que las diversas sociedades han atribuido sólo un valor secundario a “lo natural”, alejado del rasgo central que diferencia al ser humano de las demás especies que es su capacidad de crear cultura, es decir, su capacidad de trascender lo meramente natural.

Para profundizar más intensamente en las diferencias que se establecen entre los géneros es necesario analizar la influencia del patriarcado y el sistema sexo-género.

2.2.2. Patriarcado y sistema sexo-género

Uno de los conceptos centrales usados por la teoría feminista para explicar “la derrota histórica mundial del sexo femenino” (Engels 1942) es el de patriarcado.

Según la propuesta de Gayle Rubin (1986), toda sociedad tiene un sistema de sexo/género específico que es preciso caracterizar para cada período histórico. Rubin propone que el patriarcado es la forma específica de dominación masculina que corresponde a las sociedades de pastores nómadas descritas en el Antiguo Testamento. A diferencia de Rubin, Zillah Eisenstein propone que patriarcado es el concepto adecuado para hacer referencia a la dominación del hombre sobre la mujer en el capitalismo (Eisenstein, 1979).

Las sociedades patriarcales están diseñadas para transmitir su ideología utilizando diferentes agentes socializadores, entre los que encontramos: la familia, la escuela, los grupos de pertenencia, los medios audiovisuales, .etc., sustentados en cuatro factores esenciales como propone Marcela Lagarde (2000) y que son, a su vez, su medio de expresión:

- Lo simbólico: el género como construcción simbólica social del sexo biológico.
- Lo normativo: conjunto de normas y prescripciones que la sociedad establece para definir los roles específicos a desempeñar por los individuos pertenecientes a cada género, (masculino - femenino).
- Lo político - social - institucional: potencia o reprime los comportamientos del sujeto de acuerdo a lo normativo, en función de que los roles desempeñados por los individuos socialmente cumplan las expectativas del género.
- La identidad subjetiva: resultado de la relación entre lo asignado socialmente y lo asumido por el sujeto, lo que se encuentra inmerso en una reestructuración constante.

Gerda Lener (1986) ha señalado que "*una de las tareas más importantes . . . es delinear con precisión las variadas formas y modos en que el patriarcado*

aparece históricamente, las variaciones y los cambios en su estructura y funcionamiento, así como las adaptaciones que hace a las presiones y demandas de la mujer" (Gerda Lerner 1986).

En los estudios de género llevados a cabo por Gayle Rubin (1997) y Judith Butler (2002) se reconoce así mismo la imbricación sexo – género como un verdadero sistema, entendido como el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas, de modo que la construcción de sentido de los géneros afecta y construye también los sexos determinando lo que, en cada contexto socio-cultural, es conveniente, adecuado y posible para varones y mujeres, perpetuándolo mediante los procesos de socialización y la construcción de normas que acaban de construir lo simbólico a lo largo de la historia, generalizándolos.

Vemos que la construcción del género se mediatiza por aspectos diversos, entre los que destaca la división del trabajo.

2.2.3. El género y la división del trabajo

Las teorías feministas, entre ellas, las de Joan Wallach Scott y Sandra Harding (1989) han analizado los procesos que dan lugar a la división genérica del trabajo, de las actividades, responsabilidades y expectativas:

Una primera división genérica del trabajo, que asigna a las mujeres las actividades relacionadas con el cuidado de la familia y a los hombres la actuación en las esferas públicas.

Una segunda división genérica del trabajo que se produce en el campo del empleo; cuando las mujeres se incorporan al mercado laboral se opera una segregación que les reserva mayormente ocupaciones y tareas extensión de los roles reproductores desempeñados por ellas en el hogar, con las implicaciones de esta división en las relaciones de dominio/subordinación entre hombres y mujeres.

Caroline Moser (1989) ha aplicado estos conceptos, de manera que su modelo de planificación de género se basa precisamente en el análisis de la

división genérica del trabajo y la identificación de los roles de género, así como de las necesidades e intereses derivados de dichas actividades.

La división sexual del trabajo, como parte de las estructuras de género, consiste en la asignación de tareas y de espacios-tiempos diferenciados a hombres y a mujeres. Los hombres son, históricamente, responsables por el ámbito productivo, por el espacio público y el eje central sobre el que se construye su vida y su identidad es el 'trabajo', entendido como trabajo económicamente retribuido. Las mujeres, sin embargo, tienen asignado el ámbito reproductivo, el espacio doméstico, y sus vidas y sus identidades están construidas sobre la centralidad de la familia, especialmente de la maternidad y de su función social como cuidadoras. Como nos recuerda Fátima Cruz (2010) con palabras de Marcela Lagarde, las mujeres son socializadas como «seres-para-otros», mientras los hombres como «seres-para-sí».

Es decir que en la sociedad, sus miembros, asumen los distintos roles reproductivo, productivo y comunitario.

Si consideramos su valor de cambio, sólo el rol productivo se reconoce como tal; el reproductivo así como el rol comunal o de gestión comunitaria, al ser considerados naturales y no productivos, no son valorados.

Los roles productivos comprenden el trabajo que realizan tanto mujeres como hombres y que generan un ingreso, al contado o de cualquier otro tipo, y poseen un valor de cambio.

Los roles reproductivos abarcan la maternidad/responsabilidades de la crianza y los roles domésticos desempeñados generalmente por mujeres. Esta categoría laboral no recibe paga alguna y dichas tareas no se ven reflejadas en el Producto Interior Bruto (PIB) de ningún país. El trabajo reproductivo, no remunerado realizado para la reproducción social y las tareas del cuidado adquieren la categoría de no trabajo y son marginados como objeto de estudio por la economía (María José Carrasco; 2001).

Los roles comunitarios son aquellos que desempeñan principalmente las mujeres en la comunidad, como extensión de su rol reproductivo, para mantener los escasos recursos de consumo colectivo, como el agua, la salud y la educación (Clara Murguialday 2005). Aunque en sociedades desarrolladas

como la española se limitan a asociaciones, organizaciones culturales, . . . , y que en países en desarrollo se convierten en fundamentales para el avance social de la zona.

Esto significa que, tanto en países desarrollados como en los que no son tanto, la mayor parte del trabajo que las mujeres realizan es invisible y no reconocido. En contraste, la mayor parte del trabajo de los hombres es valorado, ya sea directamente a través de una remuneración, o indirectamente mediante estatus y poder político.

A partir de la división del trabajo entre hombres y mujeres, se organizan las relaciones de género en todas las sociedades estableciendo una división por áreas: las reproductivas asignadas a las mujeres, y las productivas a los hombres.

Se establece así un orden social que prescribe normas y conductas a seguir. Las niñas y los niños son educados y socializados para que aprendan a desempeñar estas tareas y para que acepten este orden social como normal (Lilian Celiberti y Serrana Mesa 2009).

La transición en la que está inmersa la mujer como producto del redimensionamiento de las relaciones de género, con la salida de la misma al sector público, promovidas por el propio movimiento feminista, ubica a las mujeres en una doble vida. Aprender a estar subordinada y con poderes reducidos en un ámbito (sector privado) y, el mismo día, transitar a otro espacio, ocupar posiciones de mando, cumplir con responsabilidades, tomar decisiones, y además ser exitosa (sector público).

Esta doble vida implica y exige la capacidad de reaccionar ante identidades asignadas que resultan diversas y contradictorias, cargadas de expectativas que se entrecruzan y chocan promoviendo la ocurrencia de crisis con repercusiones sobre la salud (Marcela Lagarde, 2000).

Lo que nos planteamos a partir de estos conceptos básicos que acabamos de revisar es la influencia de la perspectiva de género en la salud.

2.2.4. Perspectiva de género en salud

En la actualidad el concepto género se ha extendido por todo el ámbito científico, reconociéndose así la importancia que tiene en la vida tanto social como individual de los seres humanos (Maria Jayme Zaro 2002), y son muy variadas las disciplinas que lo han abordado científicamente, la psicología , la biología o la sociología, la educación o la antropología o la historia, así como las ciencias de la salud .

El concepto género en salud permite explicar las evidencias empíricas: mientras sexo se constituye como una categoría descriptiva que refiere a los componentes estrictamente biológicos, fisiológicos, incluso genéticos y hormonales, género es una categoría analítica que permite dar cuenta de la subordinación, de las diferencias en el ejercicio del poder, de las desigualdades y su efecto en las condiciones de vida y de salud de las personas (Marta Lamas 2003).

Este concepto género en salud no ha sido tenido en cuenta, ya que desde los diversos ámbitos del conocimiento científico, se ha transmitido a lo largo de la historia un conocimiento androcéntrico, es decir, se ha tendido a considerar al hombre como centro y la medida de todas las cosas, mientras se afirmaba la inferioridad (biológica, moral y/o intelectual) de la mujer, empleando la ciencia como argumento y justificación de esta situación (Esperanza Bosch et col 1999).

El patrón básico en salud, a lo largo del siglo XX, como nos recuerdan Teresa Ruiz y Lois Verbrugge (1997), ha sido un hombre blanco de 1,75 m de altura, 35 años y complexión fuerte.

Las generalizaciones hechas a partir de este patrón han servido para disminuir o enmascarar las desigualdades en salud, por eso una de las finalidades de la investigación de género y salud es señalar y suplir la ausencia de datos indispensables para el conocimiento de la vida de las mujeres, además de poner en evidencia los sesgos producidos por generalizaciones de conocimientos que, a menudo, se fundamentan en investigaciones basadas sólo en población de sexo masculino.

A pesar de ello, o quizá por ello, la salud se convirtió tempranamente en campo de investigación y acción de los distintos movimientos feministas, ya que el interés que despertaba la salud de las mujeres se enfocaba únicamente desde la perspectiva de la subordinación; cuanto mejor fuera su estado de salud, de mejor forma afrontarían la reproducción biológica, los cuidados a la familia y también su responsabilidad en la participación comunitaria y social. Las mujeres son vistas como instrumentos que contribuyen a la salud de la población, con escasa o ninguna consideración por los efectos sobre sus propias condiciones de salud (Rebeca de los Ríos 1993).

En cambio la realidad del interés por la relación de género y salud tiene que ver con cuestiones muy diversas:

- La constatación de diferencias en los indicadores de salud de hombres y mujeres, tanto en lo que se refiere a la morbimortalidad y utilización de servicios sanitarios como a los hábitos de salud.
- La presencia creciente de mujeres en la universidad y por tanto en la investigación.
- La búsqueda continua de nuevos objetos de estudio a partir de nuevas áreas de interés como son las cuestiones de género.

Pero es también consecuencia de la calidad de las contribuciones, preguntas y críticas feministas, que han desafiado y enriquecido a la ciencia en su conjunto (María Luz Esteban 2006).

A partir de la consideración actual del interés del género en salud podríamos esperar que las cosas cambiaran, pero la mayor parte de las acciones actuales en salud concebidas con perspectiva de género, son en realidad únicamente acciones para las mujeres y focalizadas sobre todo en el ámbito de la salud reproductiva.

Introducir la perspectiva de género en el análisis de la salud es ir mucho más allá, supone reconocer la existencia de diferencias en el estado de salud de mujeres y hombres, que trascienden las causas biológicas y que son debidas a factores construidos socialmente como señalan Nancy Krieger y Luz Esteban (2003).

Cuando esos factores sociales actúan de manera injusta en la salud de las personas, que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas, como resaltan Izabella Rohlf's Carme Borrell y sus colaboradoras (2000), las diferencias se convierten en desigualdades puesto que, en su génesis se encuentran unas relaciones de poder desigual entre mujeres y hombres, establecidas en un contexto sociocultural jerarquizado donde lo masculino tiene mayor valor (Rosana Peiró et al. 2004), enlazando con la idea de Clara Murguialday (2005) respecto al valor de los roles sociales.

Tales desigualdades corresponden a lo que la OMS denomina inequidades, atribuyéndoles así una dimensión moral y ética, al ser innecesarias, evitables e injustas y que, por tanto, no deben ser toleradas (Margaret Whitehead, 1990).

Inequidades basadas en patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación que frecuentemente, generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y tienen una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida justificarían su mayor morbilidad por trastornos crónicos que se extienden a lo largo de toda la vida sin producir la muerte. Para entender las inequidades en salud entre mujeres y hombres (Izabella Rohlf's 1997), es fundamental el reconocimiento de la importancia del impacto del trabajo reproductivo o doméstico y de las condiciones en que éste se realiza.

Según George Alleyne (2000), el género es una de las dimensiones importantes y ubicuas de la inequidad. Por ello y como dice Yamileth Ugalde (2004) haría falta fortalecer la capacidad de interpretación de las inequidades de género en los agentes involucrados en el logro de la equidad en salud y en todas las dimensiones de la vida social.

La perspectiva de género implica, por tanto, la búsqueda de la equidad en salud entre mujeres y hombres, entendiendo como tal, que ellas y ellos tengan las mismas oportunidades de lograr el pleno desarrollo de su salud.

Desde un punto de vista más operativo, la equidad en salud implica eliminar esas desigualdades socialmente construidas que son evitables y suprimir también los factores que las determinan (M^a Luisa Las Heras 2004).

Analizar adecuadamente las relaciones entre salud y género implica, por tanto, replantear posturas y encontrar alternativas, contemplando a un mismo tiempo y de manera articulada las dimensiones biológica, social y cultural de las enfermedades algo por otra parte difícil de llevar a cabo. (Ángel Martínez Hernández 1996).

Sin embargo, es bastante habitual, como reconoce M^a Luz Esteban (2006) incluso por parte de las investigadoras de género:

1. Dar por hecho las categorías y diferencias biológicas, e intentar relacionarlas luego con las variables sociales o culturales (género, clase, etnia, edad, estilos de vida...), como si éstas fueran algo que se añade y no hubiera una retroalimentación en la forma en que se definen unas y otras.
2. Cuestionar la etiología de las enfermedades tal y como es formulada, respondiendo generalmente a una única causa e implementar modelos multicausales para explicar el origen y desarrollo de los distintos malestares.
3. La idea de que las enfermedades son universales, cuando en realidad ni las enfermedades ni los síntomas lo son, siendo por el contrario particulares en todos los casos.
4. Abordar en profundidad las desigualdades de género reclama también ir ensayando, como postula el feminismo y el postestructuralismo, análisis que rompan o al menos pongan en discusión las categorías binarias del pensamiento occidental: mente/cuerpo, hombres/mujeres, masculino/femenino, razón/emoción, cultura/naturaleza, etc.

Por último, se puede seguir discutiendo, sobre la supuesta neutralidad de las ciencias de la salud, pero no es posible una ciencia neutra y es mejor reconocer y mostrar de partida la situación y parcialidad de cada análisis

científico, y promover el debate entre las distintas propuestas y la búsqueda de un conocimiento interdisciplinar y negociado (Donna J Haraway 1995).

La equidad en la situación de salud no implica la existencia de tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino la eliminación de diferencias remediabiles entre unas y otros en las oportunidades de disfrutar de salud, y de no enfermarse, discapacitarse o morir prematuramente por causas prevenibles (OPS 2003)

Tal y como señala Fátima Cruz Souza (2010), en la construcción de las desigualdades en las relaciones de género quizás el mecanismo más poderoso y más sutil sea la invisibilización.

Cuando conseguimos percibir las desigualdades es mucho más fácil cambiarlas o al menos rebelarse contra ellas, y tanto los hombres como las mujeres, la gran mayoría, tenemos la voluntad de no discriminar socialmente a las mujeres y de reducir las injusticias de género

En el Seminario sobre Mainstreaming de Género en las políticas de Salud en Europa (2001) se considera que el mainstreaming de género en la salud es la estrategia más efectiva para alcanzar la equidad de género. Esta estrategia promueve la integración de los condicionantes de género en el diseño, seguimiento y análisis de las políticas, programas y proyectos, para garantizar que las mujeres y los hombres alcancen un estado de salud óptimo.

El mainstreaming de género es un proceso político y técnico que requiere cambios en la cultura organizativa y la manera de pensar, así como en los objetivos, estructuras y distribución de recursos de los organismos internacionales, gobiernos y organizaciones no gubernamentales que deberán utilizar el análisis de género para examinar las diferencias y disparidades en los roles que desempeñan las mujeres y los hombres, el desequilibrio de poder existente en sus relaciones, sus diferentes necesidades, las oportunidades y limitaciones a las que tienen que enfrentarse, y cómo éstas determinan diferencias en su exposición a factores de riesgo, en los síntomas, en la gravedad y frecuencia de las enfermedades, en las consecuencias sociales y culturales de la enfermedad y como se crean desigualdades en el acceso a las tecnologías, la información, los recursos y la atención sanitaria.

El abordaje transversal o *mainstreaming* en género y salud es parte fundamental de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y también de las directrices políticas de la Comunidad Europea para atender a la salud de las mujeres de una manera equitativa y justa.

La perspectiva de género debe aplicarse además en la investigación, no sólo en el análisis de resultados, sino también en el planteamiento del problema.

2.2.5. Perspectiva de género en la investigación en salud

Aplicando la perspectiva de género, cuando en una investigación se encuentran diferencias entre hombres y mujeres, no basta con describirlas; es necesario que sean discutidas apropiadamente. Ello significa que se debe tener claro que detrás de estas diferencias puede estar actuando el sexo es decir, la biología o la compleja naturaleza del fenómeno de género.

Ambos conceptos no se deben confundir como variables intercambiables ya que en ocasiones influirán en la enfermedad de forma independiente y en otras ocasiones estarán interrelacionados de forma compleja. (Elena Aldasoro y Rosa Rico 2007)

La “perspectiva de género”, en referencia a los marcos teóricos adoptados para una investigación, según Susana Gamba (2008) implica:

a) reconocer que las relaciones de poder que se dan entre los géneros, son en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorias para las mujeres.

b) que dichas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas.

c) que las mismas atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión.

Sostiene Susana Gamba (2008) que la cuestión de los géneros no es un tema a agregar en la investigación como si se tratara de un capítulo más, sino que las relaciones de desigualdad entre los géneros tienen sus efectos de

producción y reproducción de la discriminación, adquiriendo expresiones concretas en todos los ámbitos: el trabajo, la familia, la política, las organizaciones, el arte, las empresas, la salud, la ciencia, la sexualidad o la historia.

Cuando proponemos estudios desde la perspectiva de género, éstos no vienen a reemplazar o a ser sinónimos de estudios de mujeres, sino que implican un análisis crítico de las relaciones de dominación y subordinación en constante remodelación (Alexander, citada por Scott 1990), incorporando el sistema sexo-género en los marcos explicativos de las investigaciones, así como en sus diseños y análisis. Para priorizarlo, es básico aceptar que el género organiza y subyace en las base de los valores y normas (M^a Teresa Ruiz Cantero 2001)

Según establece el grupo de expertas coordinado por Mercedes Eguiluz (2010) existen unos aspectos generales que deben ser tenidos en cuenta para investigar en salud con perspectiva de género y unas resistencias a la inclusión de la perspectiva de género, a saber:

- Responder a las necesidades de salud de mujeres y hombres.
- No emplear lenguaje sexista.
- No reforzar los estereotipos de género.
- Desagregar muestra y datos por sexo.
- Contribuir a conocer la influencia del género en la salud de las personas.
- Seleccionar variables con potencial explicativo de género.
- Incluir en todas las fases de la investigación el interrogante sobre la influencia del género.

Concretamente los estudios de género en el ámbito de la salud intentan responder preguntas relativas a la relación entre género, circunstancias sociales de las mujeres y los hombres y su estado de salud, para explicar las diferencias de morbilidad y mortalidad entre ellos, la dirección y magnitud de estas diferencias, que dependen en gran medida de cada problema concreto y de cada etapa del ciclo vital. (Carme Borrell et col2004)

Sin embargo lograr la incorporación en la investigación de los aspectos antes citados no es fácil porque chocamos con las siguientes resistencias a la inclusión de la perspectiva de género:

- Paradigma científico poco permeable a la perspectiva de género
- Negar la epistemología femenina y vaciar el concepto género
- Dificultad en reconocer carencias de formación en feminismo/género.

Consecuentemente, en España como ya hemos visto, no existe gran producción científica sobre desigualdades de género en salud y en la asistencia sanitaria (acceso, uso y calidad): ni respecto a las mejoras científico técnicas, ni a los derechos de quienes las padecen.

Por último parece necesario evitar distorsiones en la publicación de resultados de la investigación en salud y en su divulgación, ya que en todo el proceso de producción y publicación de conocimientos sobre salud se pueden producir diversos sesgos de género (M. Teresa Ruiz Cantero 2001) al no describir temas relevantes desde la perspectiva de género, o no presentando los datos de los resultados desagregados por sexo y relacionados con el punto de vista del género.

La investigación en cardiopatía isquémica (CI) proporciona un ejemplo ilustrativo de diferentes componentes que pueden estar presentes en la investigación con enfoque de género.

Una de las características que ha determinado en gran medida tanto la investigación como la atención sanitaria de la CI ha sido el que, durante años, se haya percibido como una patología asociada a los hombres. Los primeros pasos para dejar de asociar esta enfermedad de forma exclusiva con los hombres, y comenzar a pensar en que las mujeres también están en riesgo de padecerla se dieron en los años ochenta. Estudios poblacionales como Framingham (Lerner y Kannel 1986) o el estudio IBERICA (Marrugat et al 2004), comenzaron a presentar los resultados de manera separada para cada sexo. La estratificación en el análisis permitió dar a conocer que, aunque el infarto de miocardio era menos frecuente en mujeres, la letalidad, era mayor. (Marrugat et al 1999; Gan et al 2000).

Se observó que las mujeres padecen la mayoría de los infartos de miocardio a una edad más tardía, que se acompañan de más comorbilidad, que acceden a la atención sanitaria en un estado de mayor gravedad, y que presentan una distribución de los factores de riesgo diferente a los hombres (Rosengren et al 2004; Herlitz et al 1999; Lundberg et al 2002). Además, los signos y síntomas denominados “típicos”, porque están basados en las características de presentación en los hombres, son menos frecuentes (Patel et al 2004 y Chen et al 2005)

Basándose en iguales problemas de coronarias, a las mujeres se las envía a casa y los hombres reciben un by-pass coronario, un hecho que condujo a Bernardine Healy en 1991 a definir el “síndrome de Yentl”, ironizando sobre las necesidades de las mujeres de adoptar una configuración externa masculina para poder ser atendidas con igual eficacia que los hombres . Se descubrió que las mujeres recibían menos tratamiento revascularizador, mayor dificultad para realizar un diagnóstico correcto, menor ingreso en una UCI, menor uso de cateterismo cardíaco (Lundberg et al 2002; Hanratty et al 2000; Ghali et al 2002; Rathore et al 2002; Presbitero y Carcagni 2003). Y que las mujeres recibían los primeros cuidados médicos con un mayor retraso que los hombres (Aldasoro et al 2007).

Para concluir diremos que sólo comprendiendo en su totalidad el estado de salud y sus determinantes, con una mayor interdisciplinariedad en los enfoques de género y salud, a través de la investigación desde el conocimiento epidemiológico, del marco conceptual de los aspectos de género, de datos cuantitativos y de la investigación cualitativa, seremos capaces de avanzar hacia una sociedad más igualitaria. Para eso es necesario promover el estudio de las desigualdades en salud entre mujeres y hombres y el por qué ocurren, ya que en la medida que lo averigüemos podremos aportar conocimiento como premisa de transformación.

Por otra parte consideramos trascendente hacer un especial hincapié en establecer el concepto de salud y su evolución a través de la Historia, para poder entender cómo ha evolucionado el concepto, donde nos encontramos

hoy y las implicaciones, que aspectos relevantes desde el punto de vista de la alimentación, la actividad física y la conducta alimentaria tienen con la salud.

La salud ha sido y es una constante preocupación de la humanidad, que ha tratado desde todos los tiempos de encontrar el origen de la enfermedad, arbitrando explicaciones para la pérdida de la salud. Sin embargo es difícil poder explicar el concepto de salud.

Este concepto ha sufrido constantes modificaciones a lo largo de la historia. Se trata de un término vivo, dinámico y por ello relativo, cuyo análisis puede ayudarnos a comprender la valoración y la dinámica en torno a la salud en cada sociedad y época ya que la salud ha llegado a ocupar un lugar de extraordinaria importancia en nuestra vida personal y social. El cultivo de modos de vida saludables se va convirtiendo en un objetivo al que mucha gente consagra parte de su tiempo y su energía (Sánchez González, 1993).

Así pues ésta será la tarea que emprenderemos en este apartado, utilizando el concepto de salud, las dificultades de su definición y la evolución de dicho concepto, como punto de partida.

Una vez definido lo que entendemos como salud, es importante concretar qué elementos están determinando la salud, favoreciéndola o dificultándola, así como los factores de riesgo para la misma, definidos por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o diferentes investigadores.

2.2.6. Evolución del concepto salud y sus determinantes:

La palabra salud no aparece en los escritos históricos hasta aproximadamente el año 100 d. C., sin embargo la primera definición de salud, si es que podemos llamarle así, fue formulada por Hipócrates (460 a.C.), y establece que el bienestar humano era influenciado por la totalidad de los factores del ambiente: hábito, clima, calidad del agua, aire y el alimento.

La aparición de las enfermedades, que no la salud, se explica de diversas maneras a lo largo de la historia y en las distintas culturas.

La teoría punitiva, demoníaca o mágico-religiosa corresponde a la formulación elemental de las civilizaciones primitivas para intentar explicar muchos eventos naturales malignos, como las enfermedades y las catástrofes climáticas, entre otras (Cohen, 1953; Coury, 1967; Feezer, 1921). En este contexto, se decía que las enfermedades eran castigo de los dioses en respuesta a la transgresión de las normas culturales o morales, y que se desvanecían mediante encantamientos, sortilegios, rituales, oraciones al cielo y sacrificios de animales, todo con el fin de aplacar la ira de tales dioses; por ejemplo los sumerios, creían que todas las enfermedades del cuerpo y de la mente eran causadas por «demonios de la enfermedad» llamados gid-dim. En la tablilla VIII del Poema Babilonio "Gilgamesh o la angustia por la Muerte" Gilgamesh se dirige a los Ancianos llorando por la muerte de su amigo Enkidu y dice que "un demonio maligno surgió y me lo arrebató, tal y como recoge Noemí Sierra (2001)

Las posesiones demoníacas se convirtieron en una consideración habitual entre los cristianos y en la Biblia hay múltiples menciones a posesiones y exorcismos, entre ellos:

- Mateo 12:22-32: Jesús cura a un hombre poseído ciego y mudo (también en Lucas 11:14-23; 12:10; Marcos 3:20-30).
- Mateo 17:14-21: Jesús cura a un loco expulsando a un demonio fuera de él (también en Marcos 9:14-29; Lucas 9:37-49).

En general, se consideraba que las manifestaciones de un poseído incluían: memoria o personalidad "borrada", convulsiones, respiración agónica, acceso a conocimientos ocultos (gnosis) y a lenguas extranjeras (glosolalia), cambios drásticos en la entonación vocal y en la estructura facial, aparición repentina de lesiones (arañazos, punciones y diferentes marcas) y fuerza desproporcionada. Esa creencia sobre el origen demoníaco de las enfermedades, se mantuvo, especialmente respecto a aquellas que los médicos de la época no lograban curar, y durante largos siglos algunos trastornos como el desorden múltiple de personalidad, el trastorno de identidad disociativo y la epilepsia han seguido siendo relacionadas o interpretadas como posesiones demoníacas (Ruiz Ezquerro 2010)

En la antigua Grecia, ya reconocían que la personalidad y sus características, desempeñan un rol fundamental en los orígenes de la enfermedad. Ya Platón remarcaba que la buena educación es la que tendía con fuerza a mejorar la mente juntamente con el cuerpo. Reconocía, de alguna manera, que la salud corporal conduce a la higiene mental, pero, al mismo tiempo, que el buen estado mental predispone al buen estado corporal. Así, establecía, específicamente, que el alma "buena, por su propia excelencia, mejora al cuerpo en todo sentido"(Diálogo *Gorgias*, Platón)

El mismo Platón también reconoce que ". . .el médico, igualmente, puede diferenciar entre las opiniones verdaderas y las falsas sobre los alimentos convenientes a la salud" (*Ion* (o *Sobre la Ilíada*) diálogo perteneciente a la serie "Primeros Diálogos").

Más tarde, como recoge Magdalena Santo Tomás en su tesis doctoral (2002), Alcmeón de Crotona, filósofo Pitagórico dedicado a la medicina, en el último tercio del siglo IV a C., concibió la vida, y por tanto la salud, como el equilibrio o mezcla proporcional de las cualidades y potencias, distinguiendo una serie de contraposiciones entre los elementos " *lo húmedo-lo seco, lo frío-lo cálido, lo amargo-lo dulce...*" estableciendo a partir de esos postulados cómo y por qué se producía la enfermedad, que no era otra cosa que el predominio de cada opuesto.

Médicos hipocráticos, basándose en la teoría de Empédocles acerca de los cuatro primeros elementos constitutivos del cosmos: aire, agua, tierra y fuego, y apoyándose en la doctrina del *pneuma*, configuraron una nueva idea basada en *el humor (Khymos)*. Esta nueva teoría sostenía que el cuerpo humano estaba formado por cuatro sustancias básicas, llamadas cuatro humores, que están en equilibrio cuando una persona está sana. Todas las enfermedades resultan, pues, de un exceso o de un déficit de uno de estos cuatro humores: la bilis negra, la bilis amarilla, la flema, y la sangre. La enfermedad era un cambio de esta naturaleza que resultaba de una mala mezcla de los humores, era una *dyscrasía*, un desequilibrio general.

Griegos y romanos, y los estudiosos de la Europa Occidental posteriores adoptaron y adaptaron la filosofía médica clásica, convencidos de

que cada uno de estos humores variaría en el cuerpo, dependiendo, entre otras cosas, de la dieta y de la actividad. Cuando un paciente sufría de un desequilibrio de un líquido, su personalidad y salud física se verían afectadas (Sánchez González 2003)

Una suposición básica era que el predominio de uno de los humores daba lugar a un temperamento determinado. Galeno (130 dC.) menciona la existencia en el ser humano de una disposición interna a verse afectado por causas externas, y esto constituye lo que él llama causa conjunta o “*sinéctica*” que aúna la causa externa más la disposición interna como origen de la enfermedad (Magdalena Santo Tomás. 2002) Como causa externa, remarca entre otras, siguiendo a Aristóteles, la alimentación, la sexualidad o las emociones y trabajos desmedidos, y respecto a las causas externas elabora su doctrina acerca de los temperamentos y los humores.

Así, aquellos individuos con mucha sangre eran sociables, aquellos con mucha flema eran calmados, aquellos con mucha bilis eran coléricos, y aquellos con mucha bilis negra eran melancólicos (De Miguel, 2000).

La idea de la personalidad humana basada en humores, fue base para algunas de las comedias de Menandro, (s. IV a. C.) que van creando argumentos más verosímiles y mejor justificados, y se profundiza en el carácter de los personajes; el carácter del personaje motiva el desarrollo específico de la trama o viceversa (Morenilla, 2003).

Más tarde, también para las de Plauto, del que se dice que no fue original en ninguna de sus obras, ya que eran una especie de refundición de otras, generalmente de los autores de la “*comedia nueva*” griega cuyo representante principal fue Menandro, y que por tanto también refleja la influencia del carácter y su relación con los humores en el escenario (Cano 2000).

El influjo de lo somático en lo psíquico se mantiene desde Hipócrates hasta el advenimiento de la investigación médica moderna en el siglo XIX.

La teoría miasmática concibió el origen de la enfermedad en el aire malsano, la putrefacción y los gases liberados (miasmas) por la materia orgánica en descomposición y fue uno de los sólidos argumentos para explicar

las pandemias de peste negra, cólera, fiebre amarilla y malaria (Halliday 2002; Quevedo 2000; Summers 2000). El pensamiento médico se mantuvo muy ligado a la teoría del “*contagio animado*” de Fracastoro (quién denominó a los agentes causales con el nombre genérico de “*seminaria contagiorum*”). Así las cosas, las acciones de salud se orientaban a descubrir y eliminar las fuentes de tales emanaciones o humores corrompidos, y a poner en cuarentena a los enfermos contagiosos.

A finales del siglo XVIII, se popularizó la llamada doctrina “*contagium animatum, contagium vivum o exanthemata viva*”, tesis que asocia las enfermedades con agentes infecciosos animados, casi siempre pequeños y microscópicos, aunque todavía, bajo la influencia de la corriente miasmática.

Los postulados de Koch, derrumbaron muchas de aquellas equivocadas tesis relacionadas con el origen de las enfermedades (Kaufmann, 2003) y se convirtieron en el soporte experimental de la emergente teoría microbiana de la enfermedad o teoría del germen.

Entre el siglo XIX y hasta muy avanzado siglo XX predominó el enfoque biólogo, centrado en las alteraciones o daños del organismo. Durante ese periodo, el estado de la salud pública se describía, por lo general, en términos de la presencia o ausencia de enfermedades. Además, la realización de acciones preventivas y curativas contra ellas constituyó el quehacer principal de todas las entidades sanitarias.

A partir de ese momento se produce un vertiginoso crecimiento del acervo científico y un desarrollo de los conceptos sobre salud y enfermedad; así como de los modelos epidemiológicos y las prácticas de salud.

De un modo u otro, la salud se ha definido durante mucho tiempo en términos negativos, como ausencia de enfermedad. Así, el Diccionario de la Real Academia Lengua Española define la salud como “*el estado del ser orgánico que ejerce normalmente todas las funciones*”, mientras enfermedad la define como la “*alteración más o menos grave de la salud*”.

Esta definición es poco operativa porque sería necesario trazar el límite o la línea divisoria entre lo normal y lo patológico, y evidentemente en muchas ocasiones esto no es posible (Salleras 1990)

Al tratar de explicar la salud desde un punto de vista positivo, encontramos que el máximo exponente de una perspectiva amplia de la concepción de la salud es la definición de la OMS recogida en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946 y concebida originalmente por Stampar (1945): "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".

Se trata de una definición que resultó sumamente innovadora, ya que abría las puertas a una concepción más subjetiva y menos "normativa" de entender la salud. Intenta incluir todos los aspectos relevantes en la vida, al incorporar los tres aspectos básicos del desarrollo humano: físico, mental y social. Además, busca una expresión en términos positivos, partiendo de un planteamiento optimista y exigente.

Esta definición presenta algunos aspectos innovadores y también algunos aspectos negativos (Salleras 1990):

- Aspectos Innovadores
 - Se define por primera vez la salud en términos positivos
 - Contempla por primera vez las áreas mental y social
- Aspectos negativos:
 - Equipara bienestar a salud
 - Se trata más de un deseo que de una realidad, es una definición utópica
 - Se trata de una definición estática, asume la salud como una situación de completo bienestar y no habla de grados de salud
 - Es subjetiva y por lo tanto difícilmente evaluable.

Tampoco facilita la medición de la salud de acuerdo con los parámetros que emplea. Ciertamente, esta definición tiene una reducida capacidad operativa, ya que, por ejemplo, todo aquel afectado, incluso aunque no sea personalmente, por la tiranía, la injusticia, la desigualdad, o la marginación social, debería ser etiquetado como insano o enfermo.

Desde 1946 hasta el presente, se han propuesto innumerables sustitutos o complementos a la definición de salud de la OMS. Algunos de ellos son: (citados por Talavera 2008):

- "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado".(Dubos 1959)
- "Salud es: Un alto nivel de bienestar, un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz. Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionando. Comprende tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social: El ser humano ocupar una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea" (Dunn 1959)
- "Un continuo con gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte"(Rogers 1960 y Fodor et al. 1966).
- "Salud es una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social" (Seppilli 1971).
- "Salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad"(Terris 1975).
- "La salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa" (Congreso de Médicos y Biólogos de lengua catalana , Perpiñán 1978).
- "La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente" (Oficina regional para Europa de la OMS 1984).
- "La salud es aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven" OMS (1997).

Según esta última definición, la salud se ubica en el territorio de los derechos y las necesidades, es un derecho social, una necesidad relacionada con la satisfacción de otras necesidades del ser humano y de la sociedad.

La salud entendida así resulta un concepto diferente pero próximo a paz, tranquilidad, relaciones armónicas, resoluciones negociadas de las diferencias, y condiciones propias para que todos los miembros de una sociedad determinada puedan sentirse protegidos, respetados y tenidos en cuenta.

De este modo el estado de salud depende de un ambiente variable que rodea al sujeto, que también sufre, a su vez, variaciones. Por ello la salud nunca puede ser definida como un término absoluto e invariable a lo largo del tiempo y las condiciones ambientales. Es decir, la salud es un proceso dinámico que cambia continuamente a través de nuestra vida y, por tanto, nadie posee un estado fijo de completo bienestar físico, emocional, social y espiritual. El concepto de salud incorpora al menos tres aspectos, uno objetivo (capacidad de realizar una función), otro subjetivo (en términos de bienestar) y otro ecológico (entendido como adaptación biológica, mental y social del propio individuo al medio que lo rodea).

No se puede establecer un límite exacto entre salud y enfermedad, ya que ambos son términos relativos y dependientes de un gran número de variables. En la marcha de los procesos evolutivos de la vida, el individuo puede seguir creciendo y desarrollándose hacia el logro de niveles de bienestar aún más altos.

Podemos asumir entonces, a partir de todo lo expuesto, que podríamos hablar, más que de salud, de un estado de salud–enfermedad dinámico, variable, individual y colectivo, producto, también dinámico y variable, de todos los determinantes sociales y genéticos-biológicos-ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestra biología (San Martín y Pastor, 1989), considerando, además, la personalidad y la interacción de las personas, mujeres y hombres, con variables muy poderosas como el medio ambiente, el estilo de vida e incluso el sistema de asistencia sanitaria de que se dispone.

Recordaremos con Pinault (1989) que “ *La necesidad representa la diferencia entre lo que existe y lo que es deseable en términos de salud*”, para poder entender que la percepción de la población, de necesidades de salud, determinada por la concepción de salud y enfermedad del grupo social al que se pertenece, generalmente, no coincide con las necesidades identificadas por los profesionales e incluso con las priorizaciones que determinan los gestores de los servicios de salud.

Por eso, y si queremos de verdad proporcionar un nuevo enfoque de atención a la salud adaptándonos a los tiempos que vivimos conviene considerar, a la hora de llevar a cabo intervenciones en salud, para no perder de vista la realidad, además de los indicadores clásicos como morbilidad o mortalidad, incidencia o prevalencia de enfermedades, la opinión de los usuarios y usuarias y llevar a cabo estudios descriptivos tratando de dibujar la distribución de los sucesos y aproximarse a su explicación examinando las variables asociadas, entre ellas el género.

El enfoque positivo de la salud y la consideración de las necesidades de los usuarios de los sistemas sanitarios, condiciona grandes cambios que en muchas sociedades o países, tan solo comienzan a esbozarse, e incluso en el nuestro se encuentran en pleno proceso de transformación, modificando el centro de atención:

- De la enfermedad a la salud.
- Del individuo a la comunidad.
- De lo público a lo colectivo.
- De lo central a lo local.
- De lo especializado a lo integral.
- Del hospitalocentrismo a la atención primaria.

Considerando aquellos aspectos que influyen en la salud, llamados por Lalonde (1974) “*determinantes de salud*”, es decir aquellos elementos capaces de configurar perfiles de protección y deterioro de la salud y por lo tanto definir las formas de enfermar y morir de las poblaciones en las que se encuentran presentes

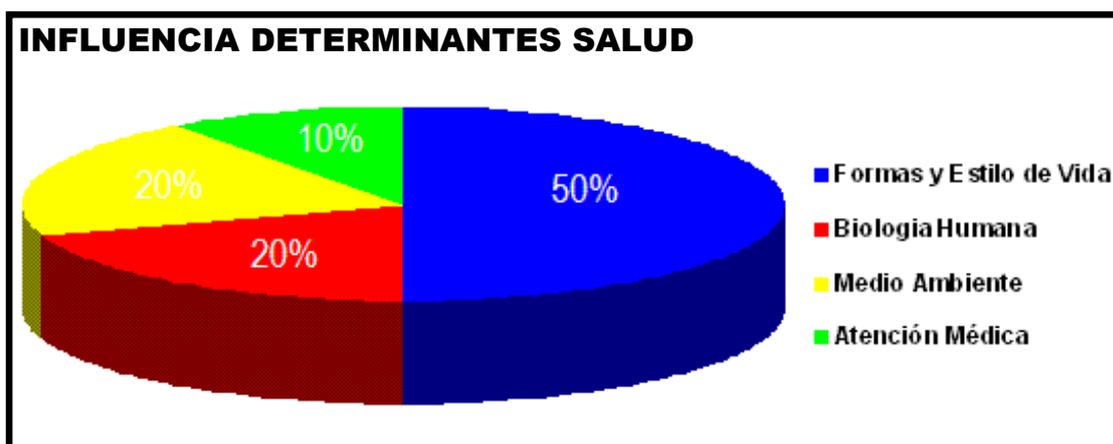
Esta aproximación al concepto salud desde sus determinantes supone una comprensión integral del ser humano. Establecer los mecanismos y cuantificar el efecto de un determinante en la salud es un proceso complejo.

Los determinantes de salud según Lalonde (1974) son:

- La biología humana (genética, envejecimiento)
- El medio ambiente: contaminación física (ruidos, radiaciones, etc.), química (plomo, plaguicidas, . . .) y biológica (bacterias, virus, hongos).
- El sistema sanitario (calidad, cobertura y gratuidad) .
- Estilo de vida o conductas insanas, tales como consumo de fármacos, falta de ejercicio físico, alimentación inadecuada, el estrés, promiscuidad sexual sin métodos de prevención de enfermedades o embarazos no deseados, conductas violentas, conducciones peligrosas (exceso de velocidad, no utilización del cinturón de seguridad, etc.).

Este modelo además cuantificó la importancia relativa que estos determinantes tienen en la prevención de la mortalidad de las personas, destacando que los estilos de vida junto al medio ambiente determinan más de un 60% de la mortalidad de los países de nuestro entorno desarrollado. (Lalonde 1974) (Gráfico 1)

Gráfico 1: Influencia en la salud de los determinantes descritos por Lalonde



En la Declaración de Alma-Ata, (Almaty desde 1994, capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazajistán), celebrada el 12 de septiembre de 1978, los representantes de 134 naciones convinieron en los

términos de una solemne Declaración en la que se instó a todos los gobiernos, a los agentes de salud y de desarrollo, y a la comunidad mundial, a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo.

Reconoce esta declaración que el nivel de salud viene marcado por la relación directa de estos determinantes o factores de salud, rompiendo con la concepción unidireccional y centrada en la enfermedad.

Más tarde se celebró la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, entendida como proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla (Piedrola et col. 2001), en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986, y se emite la CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000."

Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento y "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud.

En dicha carta se determinaron que las condiciones y requisitos para la salud son:

- Paz.
- Educación.
- Vivienda.
- Alimentación.
- Renta.
- Ecosistema Estable.
- Recursos Sostenibles.
- Justicia Social.
- Equidad.

Más adelante tuvo lugar la cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Julio de 1997 en Yakarta, República de Indonesia,

bajo el lema: Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI.

En la Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en agosto de 2005 en Bangkok, Tailandia, un grupo internacional de expertos plantearon medidas y estrategias para la acción del fomento de la salud desde el abordaje de los factores determinantes, que han sido avaladas por los Estados Miembros de la Asamblea Mundial de Salud y que se conoce como la Carta de Bangkok. Entre las recomendaciones dadas destacan:

- Inversión en políticas y acciones con participación social que aborden los factores determinantes de la salud.
- Abogacía para contar con recursos para hacer las políticas.
- Establecimiento de alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles (OPS 2008).

Una vez revisados todos estos aspectos en relación con la salud, definiciones de distintos autores y organizaciones, a lo largo sobre todo del siglo XX, determinantes de salud, promoción de la salud y recomendaciones para mejorarla, podemos colegir que la salud hoy se enfoca desde un punto de vista positivo, considerando todas aquellas variables que pueden influir tanto en el mantenimiento de una buena salud, como en la prevención de la enfermedad o las posibilidades de recuperación de la salud cuando ésta se ha perdido.

La salud es entendida como un proceso dinámico dentro de una dimensión continua en cuyos extremos se situaría la enfermedad, como pérdida de la salud, y la propia salud, como bienestar en su más amplio sentido, desde lo biológico, lo psicológico y lo social, respetando la unidad funcional del individuo.

Entre los determinantes de salud definidos por Lalonde, como ya hemos visto, y dentro del denominado estilo de vida encontramos alimentación, hábito alimentario, actividad física... conceptos claves también para el desarrollo de la investigación que proponemos y que exponemos a continuación

2.2.7. Alimentación, Nutrición, Hábitos alimentarios y Conducta Alimentaria:

Alimentación y Nutrición son dos términos muchas veces confusos en el lenguaje, que llegamos a utilizar como sinónimos, pero no lo son.

Entendemos por alimentación, de una manera simple, la función de incorporar alimentos al organismo con el fin de mantener la vida.

La alimentación es un proceso que atiende a una necesidad que puede ser responsabilidad propia o de otros en función de distintas etapas de la vida o de otras circunstancias de modo que las personas que se encargan de la alimentación en las primeras edades de la vida atienden a una necesidad básica a la vez que transmiten al niño aspectos de la cultura en la que vive, con la influencia posterior que eso supone.

Por lo tanto la alimentación humana es una actividad tanto biológica como social que se enseña y se aprende, es decir, es un proceso externo, voluntario, educable y modificable (Martínez 1998).

Bolles (1990) asegura que la alimentación es un proceso con características temporales bien establecidas, que responde a un patrón influido por el conocimiento y la experiencia previa con los alimentos en un contexto temporal.

En este análisis es necesario partir de la idea de que la alimentación no es simplemente un asunto de nutrición en términos de eficiencia o deficiencia, sino que se establece como un complejo y dinámico sistema de ordenamiento sociocultural dentro del cual se ponen en juego valores, creencias, símbolos, normas y representaciones sociales (Cuesta et al. 2009).

Sería conveniente, para una mejor comprensión, definir asimismo alimento como todo aquel producto, con unas determinadas características organolépticas que, ingerido, aporta materias asimilables llamadas nutrientes, que contribuyen al mantenimiento, crecimiento y bienestar de las estructuras corporales.

La alimentación, como cualquier otra acción humana, participa del saber culturalmente acumulado, sirve a la integración social en sus estipulaciones dietéticas y es medio para la socialización, por lo que el objetivo de desarrollo

de políticas intervencionistas en materia nutricional lleva aparejado el necesario conocimiento de los discursos y representaciones sociales sobre alimentación saludable que circulan en la sociedad.

Dichas representaciones alcanzan, según Moran (2008), tanto los hechos como las creencias compartidas en torno a este ámbito, y tanto en un plano individual como sociocultural. Las representaciones sociales son una forma de conocimiento, socialmente elaborada y compartida, que denota una visión práctica y concurrente a la construcción de una realidad común a un conjunto social (Jodelet 1989).

Nutrición es, por el contrario a alimentación, un proceso interno, continuado, involuntario y automático, no educable, que incluye además de la alimentación y la digestión otros dos momentos: el metabolismo y la excreción. (Alemany. 1995)

A través del metabolismo que se lleva a cabo a nivel celular, el organismo obtiene la energía y los materiales necesarios para la construcción y mantenimiento de estructuras y funciones vitales, por último través de la excreción, elimina aquello que no necesita.

La nutrición, entonces, sólo es modificable a través de la alimentación, y será posible lograr un correcto estado nutricional a través de una alimentación saludable. La alimentación es el primer tiempo de la nutrición.

La nutrición está ligada a la fisiología del sujeto y sus necesidades nutricionales, a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad cuando es adecuada, y por el contrario constituye un factor de riesgo si no es correcta (Vázquez et col 1998).

En relación con la alimentación y por lo tanto con la nutrición, podemos conceptualizar el término hambre, que se concibe en general como desencadenante del acto de comer (entendido el comer como una conducta específica que traslada a un organismo de un estado de hambre a un estado de saciedad, aunque el acto de comer es además un fenómeno de comunicación social), siendo dos las variables que participan de una manera fundamental en la generación de un estado de hambre, a saber, privación y tiempo.

Desde el punto de vista fisiológico, el origen del concepto hambre se remonta a los trabajos del científico Claude Bernard, en 1859, respecto al equilibrio que guarda el ambiente celular entre el medio interno y externo, que sirvieron de base a los trabajos de Canon que establece el concepto de Homeostasis, a principios del siglo XIX. Turró (1912) por su parte, propuso la teoría del reflejo trófico, es decir, el hambre como respuesta a la necesidad de reparar pérdidas energéticas.

Más tarde Kennedy (1953), sugirió un mecanismo de regulación energética basado en la detección de los niveles de lípidos en el organismo, por un cuerpo localizado en el núcleo ventromedial hipotalámico que determinara la aparición de hambre, influyendo en la ingesta y por tanto en el mantenimiento del peso corporal.

Por su parte Mayer (1955) unos años más tarde propuso la existencia de receptores localizados en el cerebro que registran los niveles de glucosa en sangre, y su disminución, que afectaría a la zona hipotalámica que regula el hambre, e induce a comer.

Por el contrario, si los niveles de glucosa se encuentran elevados se inhibe la conducta al estimularse la zona de la saciedad. Así el proceso está basado en un equilibrio constante entre ganancia y pérdida de energía, aunque Mayer (1955) también asume que tal mecanismo coexiste con los estados particulares de los individuos, (edad, talla, enfermedades) y factores ambientales como la temperatura. Este argumento de la relación entre la temperatura y la alimentación fue reforzado por los estudios de Brobeck (1945) en los que concluye que el factor ambiental es un determinante en el patrón alimentario, de modo que el aumento de la temperatura corporal sería el signo de saciedad.

La teoría neurobiológica pasa posteriormente a ser centro de atención, pudiendo afirmar que los trabajos de los investigadores anteriores influyen en el desarrollo de esta teoría por las bases con que los mecanismos regulatorios hipotalámicos influyen en el fenómeno alimentario.

Blundell (1984) destaca la relación que existe entre los neurotransmisores y la alimentación, así la serotonina, el triptófano y la

norepinefrina actúan selectivamente en la ingestión de carbohidratos, proteínas y grasas. Aunque Mancilla y Cobos (1997) consideran que estas teorías adolecen aún de respuestas teóricas consolidadas, ya que la metodología para su estudio se encuentra dispersa en gran cantidad de métodos de observación.

La perspectiva psicológica aporta elementos para el estudio del hambre y la alimentación, Young (1961) catalogaba los factores determinantes de la conducta alimentaria en tres grupos:

- Características propias del organismo: privación, saciedad, enfermedad.
- Condiciones del ambiente nutritivo: palatabilidad, contenido nutricional de los alimentos, . . .
- Historia conductual: hábitos respecto a la alimentación.

Más tarde, Pavlov (1975) y su teoría del “reflejo condicionado” sirven de base para el estudio del hambre y la alimentación.

El hambre y la regulación de la alimentación según López Espinosa (2002) son resultantes de una serie de procesos que incluyen señales hormonales, metabólicas y neuronales, integrados en el hipotálamo, y por otra parte en relación con factores ambientales, de aprendizaje, conductuales y motivacionales.

Desde la perspectiva antropológica, Messer (1995) propone que el hambre es un fenómeno que debe ser abordado a partir del estudio de las relaciones entre los individuos y el alimento, relaciones que pueden abarcar las vías de selección del alimento, los ritos y tradiciones y lo que denominamos cultura alimentaria.

Hambre, alimentación y nutrición son conceptos que se encuentran íntimamente relacionados, y también lo están con el concepto salud. Una alimentación sana se convierte en un hábito saludable más, de la misma forma que hacer ejercicio, mientras que una alimentación poco sana se coloca entre otros hábitos perniciosos como fumar y consumir alcohol o drogas (Castro Alija 2007)

Hábitos alimentarios y Conducta Alimentaria:

Hábito es *“el modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes”* (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española)

Los hábitos alimentarios podrían considerarse como el comportamiento más o menos consciente, colectivo en la mayoría de los casos y siempre repetitivo que conduce a las personas a seleccionar, preparar y consumir un determinado alimento o menú como una parte más de sus costumbres sociales, culturales y religiosas y que está influenciado por múltiples factores, socioeconómicos, culturales, geográficos, etc.. Se pueden definir como *“los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación”* (Galarza 2008)

Los hábitos alimentarios son la expresión de creencias y tradiciones, y evolucionan a lo largo de los años en respuesta a los nuevos estilos de vida, a la aparición de nuevos alimentos y al contacto con culturas diferentes (López Nomdedeu 1992). Los hábitos alimentarios nacen en la familia, pueden reforzarse en el medio escolar y se contrastan en la comunidad en contacto con los semejantes y el medio social.

En la reunión organizada por EURONUT (Acción Concertada de la Unión Europea sobre Nutrición y Salud) en 1985, la definición de hábitos alimentarios, quedó fijada como sigue: *“Manifestaciones recurrentes del comportamiento relacionado con el alimento por las cuales un individuo o grupo de ellos prepara y consume alimentos directa o indirectamente como parte de prácticas culturales, sociales y religiosas”* (Moreiras y col, 2001), que enlaza con lo que la sociología, por su parte, nos dice que es que el individuo tiende a adoptar los hábitos alimentarios que practica el grupo social al que pertenece, esta influencia ha sido analizada desde diferentes criterios, factores culturales, ritos y religión, elaboración, transporte y consumo de los alimentos, es decir, según Garine (1995) la alimentación es dependiente de múltiples factores socioculturales.

Costumbre, en cambio, además de equivaler a hábito y a práctica, significa también *“práctica que adquiere fuerza de ley”*, entendiendo práctica,

como “*ejercicio de un arte o facultad*” y “*la destreza que se adquiere con dicho ejercicio*”; el uso continuado; “*el conjunto de cualidades o inclinaciones y usos que forman el carácter distintivo de una nación o persona*” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española).

Es por ello que podemos reservar costumbre para lo social y emplear hábito para lo meramente individual.

Conducta alimentaria Podríamos definir también conducta alimentaria según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, que nos dice que “*la conducta es la manera con que los hombres se comportan en su vida y acciones*”. Por lo tanto, la palabra conducta puede utilizarse como sinónimo de comportamiento. En este sentido, la conducta se refiere a las acciones de las personas en relación con su entorno o con su mundo de estímulos.

Entre las conductas adquiridas por los seres humanos, las alimentarias pueden ser definidas como “*un comportamiento habitual relacionado con hábitos alimentarios, selección de alimentos, preparaciones y volúmenes consumidos de estos alimentos, los que influyen directamente en el estado nutricional de los individuos pertenecientes a diversos grupos etarios*” (Osorio 2002).

Seguramente alguna vez en la vida hemos respondido a la pregunta ¿qué quieres comer? Esta pregunta encierra el enigma de la conducta alimentaria.

Cuando queremos comer algo, y no simplemente algo para comer, estamos dejando de lado el propósito ancestral de ingerir algo para seguir vivos, estamos eligiendo un algo en particular para saciar una necesidad en la que se reconoce, por lo menos, más de un origen. De otra forma, podría haber sido satisfecha con cualquier alimento y no con uno en particular (AAPTCA, Asociación Argentina para la Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria 2010).

Como condicionantes del comportamiento del individuo, y en este caso, referido específicamente al comportamiento alimentario, podemos considerar tres niveles: nivel macro, nivel micro y nivel individual (Bonsu, Belk & Coulter et al. 2003), como vemos en la Tabla 1

Tabla 1 .Condicionantes del consumo

Condicionantes del consumo		
Nivel Macro	Nivel Micro	Nivel individual
<p>Fuerzas sobre un gran número de consumidores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Cultura ✚ Clase social ✚ Valores ✚ Regulaciones gubernamentales 	<p>Factores interpersonales, (exteriores a la persona)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Proceso de Comunicación ✚ Intercambio interpersonal. ✚ Grupo ✚ Familia y socialización 	<p>Procesos que influyen en la persona en diferentes fases de la toma de decisiones :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Aprendizaje ✚ Motivación y afecto ✚ Personalidad ✚ Estilo de Vida ✚ Creencias y Actitudes

Elaborada a partir de datos de Bonsu and Belk 2003; Coulter et al. 2003

Dentro de este contexto podríamos afirmar que el estado nutricional a nivel individual y colectivo depende de la compleja combinación entre la conducta alimentaria y la competencia fisiológica; de acuerdo a este mismo enfoque es fácil comprender la dificultad del logro de intervenciones educativas exitosas para la mejora del estado nutricional de las poblaciones, ya que la conducta alimentaria obedece más a la influencia de los hábitos y las costumbres que a la del razonamiento y el interés por la salud (Jiménez Ramos 2005).

Considerar todos estos aspectos, o al menos alguno de ellos de cada nivel y su influencia en el consumo de unos u otros alimentos, con la repercusión subsiguiente en la salud de las mujeres y los hombres, se convierte en un reto para la investigación.

Continuando con el establecimiento de herramientas conceptuales necesarias para nuestra investigación pasamos a reflexionar ahora sobre la actividad física y otros conceptos relacionados.

2.2.8. Actividad física, ejercicio físico, condición física y sedentarismo:

Actividad Física: Es *“cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la*

tasa de metabolismo basal” (Bouchar 1994). Incluye actividades de la rutina diaria, como las tareas del hogar, ir a la compra, trabajar, etc.

Ejercicio físico: *“Toda actividad física planificada, estructurada y repetitiva que tenga por objetivo estar en forma o la mejora o mantenimiento de uno o más componentes de la condición física. Una parte de la actividad física planeada y que persigue un propósito de entrenamiento” (Blair 2004).*

Condición física: *“Capacidad que permite a las personas hacer sus tareas diarias habituales, disfrutar del tiempo libre activo y afrontar las emergencias imprevistas sin fatiga excesiva, a la vez que ayuda a evitar enfermedades y lesiones resultantes de la falta de actividad, consiste en un conjunto de características que los individuos poseen en relación con la capacidad de realizar actividad física” (Sebastián 2000).*

En la condición física influyen una serie de factores que deben ser tenidos en cuenta (Sebastián 2000) y que son los siguientes:

- Herencia genética.
- Edad y sexo.
- Coordinación del sistema nervioso.
- Capacidades psíquicas.
- Experiencia.
- Hábitos y estilos de vida saludables.
- Entrenamiento adecuado.
- Preparación psicológica.

Sedentarismo: Definimos sedentarismo como, *“el estado que se caracteriza por la falta de actividad física mínima diaria recomendada, para producir los fenómenos adaptativos que disminuyan el riesgo cardiovascular o de enfermedades relacionadas con esa falta de actividad física” (Mónaco et al. 2005)*

El sedentarismo es el resultado de una serie de elementos que han ido conformando una cultura del hombre quieto que tiende a arraigarse en la sociedad, perjudicando la salud de los individuos, sin distinción de género, edad, situación geográfica, clase social, nivel educativo o cultural., si bien es cierto que en el caso de las mujeres el trabajo doméstico las aleja en buen

parte del sedentarismo. En todo caso la sociedad actual no favorece la actividad física, y los sistemas de transporte, los sistemas de comunicación y los electrodomésticos en las viviendas han reducido de forma muy apreciable la necesidad de desarrollar trabajo físico y han fomentado el sedentarismo (Jackson et al 2003).

La OMS reconoce en algunos de sus informes la importancia de la actividad física en relación con la salud, y también en relación con el modo en que nos alimentamos, entre ellos los siguientes:

- En mayo de 2004, la 57 Asamblea Mundial de la Salud refrendó la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud después de considerar la carga creciente de las enfermedades no transmisibles y pruebas científicas irrefutables de la eficacia de las intervenciones preventivas, a partir del fomento de distintos tipos de actividad y ejercicio físico, que pueden prevenir hasta 80% de los casos de diabetes y enfermedades cardiovasculares y 30% de algunos tipos de cáncer.
- Según el Informe” Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud del año 2006”, la mayoría de los países están experimentando un cambio significativo caracterizado por una disminución del consumo de frutas, verduras, granos integrales, cereales y legumbres y un aumento paralelo del consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcar y sal, entre ellos leche, y derivados, carne, cereales refinados y alimentos procesados, y por otro lado, se ha documentado una disminución preocupante de la actividad física de la población.

De modo que profundizar en el estudio de la alimentación, el hábito alimentario y la actividad física considerando siempre la perspectiva de género, nos permitirá establecer modos e actuación que promocien salud, prevengan las enfermedades y contribuyan a mejorar las mismas en el caso de que ya se haya producido alguna, rehabilitando a las personas y permitiendo su integración en la sociedad.

2.3. Antecedentes de la investigación

Como ya hemos reseñado, la alimentación y sus posibles consecuencias con respecto al riesgo de padecer diversas enfermedades han sido objeto de numerosos estudios, y también estos últimos años se ha empezado a prestar especial atención al beneficio de la práctica regular de ejercicio físico, a favor de reducir el riesgo de contraer enfermedades crónicas (Ball et al 2001) y de potenciar el bienestar tanto físico como psíquico (Martinsen 2000 y Taylor 1985).

Los avances científicos nos introducen en la relación que los hábitos alimentarios y la actividad física mantienen con la salud. Cada estudio, cada investigación, nos reafirma en que la idea de que la dieta más adecuada es aquella que tiene en cuenta todas las condiciones que nos caracterizan como personas educadas en una cultura determinada, con hábitos alimentarios concretos, gustos, estado de salud, costumbres e ideales, actividad física y estilos de vida diferentes.

Entre esas condiciones que se tienen en cuenta, muy pocas veces se considera el género, aunque consideramos que es determinante respecto a la alimentación y la actividad física y actúa como importante aspecto modulador de ambos.

Es cierto que los estudios sobre la alimentación y actividad física presentan mucha diversidad tanto en sus enfoques como en su temática.

Podríamos seleccionar aquellos ámbitos temáticos que pueden ser de utilidad ya que los hábitos alimentarios, así como la actividad física, han cambiado de forma importante en los últimos años, a través de un proceso de características desiguales (González Turmo 1997) con reajustes adaptados al nuevo estilo de vida espectaculares en las últimas décadas del siglo XX y en estos primeros años del siglo XXI.

Los ámbitos temáticos considerados en la investigación a los que nos referimos son:

- Tendencias nutricionales actuales. Evolución del consumo de alimentos
- Relación entre alimentación y salud. Condicionantes de género

- Relación de la alimentación con aspectos psico – socio - culturales
- Investigaciones respecto a la relación de la actividad física con la salud

2.3.1. Evaluación del consumo de alimentos

Para conocer estos cambios y las tendencias actuales, se llevan a cabo estudios empíricos epidemiológicos de poblaciones concretas.

De este tipo de estudios, los más abundantes en relación con la alimentación y la nutrición, son aquellos de los que se podrá obtener información sobre patrones de consumo y de nutrición de acuerdo a variables socio demográficas básicas como edad, por ejemplo en el estudio de Herrero Lozano (2006); sexo, como en los estudios de Oviedo (2007); nivel educativo y raza como en el caso de los trabajos de López García y Oliveras López (2006).

Estructurado por sexo y edad el estudio Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas, llevado a cabo por Úbeda et col, del Departamento de Nutrición, Bromatología y Tecnología de los Alimentos, de la Facultad de Farmacia de la Universidad CEU San Pablo de Madrid en el año 2007.

Estudios de consumo alimentario, determinando cantidad y calidad de los alimentos consumidos, podemos destacar que en España, como ya se ha reseñado, se han llevado a cabo encuestas alimentarias en distintas comunidades autónomas que explicitan el consumo de alimentos en cada zona de estudio y el aporte nutricional consecuente:

- La Comunidad Autónoma de Cataluña (Jimenez et al 1988);
- La Comunidad Autónoma Vasca (Aranceta et al 1994);
- Madrid (Aranceta et al 1994);
- Andalucía (Mataix Verdú et al 1999);
- Galicia (Tojo et al 1999);
- La encuesta sobre los hábitos alimentarios de la población adulta gallega (Muñiz et al 2008)
- La Comunidad Autónoma de Canarias (Serra-Majem et al 2000);
- Las Islas Baleares (Tur et al 2000).

También se han estudiado ciudades concretas como Murcia (Violan et al 1990) o Alicante (Medrano et al 1994).

Igualmente se han realizado encuestas de presupuestos familiares (MAPA), llevadas a cabo por Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), Encuestas Nacionales de Salud o la Encuesta Europea de Salud, o una Encuesta sobre Hábitos saludables de los españoles realizada por la Confederación Española de Organizaciones de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios (CEACCU) en 2009, dando una especial importancia al hábito alimentario, y comparando resultados de distintas zonas del país.

Citaremos por fin, por ser el último publicado, el Estudio ENIDE (Encuesta Nacional de Ingesta Dietética (2009-2010), llevado a cabo por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN), realizado durante los años 2009 y 2010, estudio de valoración nutricional de la población adulta española en el que se ha evaluado la ingesta de energía, macro y micronutrientes. La estimación se ha llevado a cabo cruzando los datos de consumo de alimentos obtenidos y los de composición nutricional de dichos alimentos, recogidos en la Base Española de Datos de Composición de Alimentos BEDCA.

Se han desarrollado también estudios con grupos de población diana elaborados por otras características distintas de la geográfica, como son:

De acuerdo a grupos de edad:

- El estudio A.V.E.N.A. bajo la dirección de Castillo et al (Alimentación y Valoración del Estado Nutricional en Adolescentes), 2004, proyecto nacional financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo) dirigido a evaluar el estado de salud y la situación nutricional y metabólica de una muestra representativa de adolescentes españoles para tres tipos específicos de patologías: obesidad, anorexia nervosa/bulimia, dislipidemia.
- El estudio enKid bajo la dirección de los Serra Majem y Aranceta es un estudio epidemiológico observacional de diseño transversal realizado sobre una muestra representativa de población española de 2 a 24 años, diseñado para los evaluar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de

la población infantil y juvenil española. Incluye la valoración de cifras de prevalencia de obesidad a escala nacional. El estudio se realizó entre los años 1998 y 2000, pero ha dado lugar a una serie de publicaciones temáticas basadas en los resultados obtenidos, la última de ellas, en 2006, y a la edición de seis volúmenes a través de los cuales se analizan diversos aspectos nutricionales, de crecimiento y desarrollo, de actividad física y salud.

- El proyecto H.E.L.E.N.A. bajo la dirección de Moreno Azna, proyecto europeo dirigido a comprender y mejorar de forma eficaz los hábitos nutricionales y el estilo de vida de los adolescentes en Europa. Financiado por la Comisión Europea dentro del VI Programa Marco estudia a jóvenes de 13 a 16 años en diez países diferentes. Su duración ha sido de 3 años: de mayo de 2005 a abril de 2008.
- El estudio de Úbeda y colaboradores sobre Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas, llevado a cabo desde el Departamento de Nutrición, Bromatología y Tecnología de los Alimentos de la Facultad de Farmacia de la Universidad CEU San Pablo de Madrid, cuyo objetivo era conocer la dieta y los hábitos alimentarios, a partir de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, de una muestra de mujeres españolas en estado de perimenopausia.

De acuerdo a otros criterios distintos

- Universitarios: El trabajo de Sepúlveda et al (2010), en él se exploran los factores bio-socio-demográficos y psicopatológicos asociados a patrones alimentarios no saludables entre los universitarios, ajustando un modelo multifactorial que sigue los factores asociados según el género publicado en *The Spanish Journal of Psychology*.
- Inmigrantes: La investigación llevada a cabo por la empresa AC Nielsen España, publicado por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (2008) respecto a los hábitos alimentarios de los inmigrantes en España, de tipo cualitativo y cuantitativo, sobre los hábitos alimentarios y de compra de la población inmigrante en España así como el grado de adaptación a la

comida española, centrándose, para ello, en los principales grupos de población inmigrante en nuestro país.

- Atendiendo a patologías concretas: Los estudios de Rodríguez et al. (2002) sobre dieta y enfermedad cardiovascular han podido evidenciar que en España, la mortalidad por enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia cardiaca aumentan progresivamente desde las regiones del norte hasta las del sur, esto podría asociarse en parte, a la dieta, con características diferentes junto a una mayor actividad física en las regiones del norte de España. (Rodríguez et al., 2002).

También en el resto de Europa se han realizado múltiples trabajos en este sentido, como recogen Serra y Aranceta (2006) y que podemos ver en la

Tabla 2: Estudios alimentarios llevados a cabo en Europa

ESTUDIOS ALIMENTARIOS EUROPEOS					
<i>Estudio</i>	<i>Año</i>	<i>País</i>	<i>Muestra</i>	<i>Grupos edad</i>	<i>Autores</i>
Estudio Nutricional de Austria (ASNS-Österreichische Studie zum Ernährungsstatus, ÖSES)	2001 2000-2001 2000-2001 2001 1998-2001 2002 2002 1994-1995 2002	Austria	4.504	3 a 6 años 7 a 10 años 11 a 14 años Adolescentes (15-18 años) Adultos (19-60 años) Ancianos (> 55 años) Embarazadas Lactantes Deportistas	Elmadfa et al
Estudio Nutricional de Dinamarca (Danskernes kostvaner)	1995	Dinamarca	3.098	1 a 3 años 4 a 6 años 7 a 10 años 11 a 14 años Adolescentes (15-18 años) Adultos (19-64 años) Ancianos (65-80 años)	Levnedsmiddelstyrelsen
Estudio Nutricional de Finlandia (FINDIET)	2002	Finlandia	2.007	25 a 74 años	Valsta et al
Estudio Nutricional de Grecia	1985-1987	Grecia	1.936	2 a 14 años	Roma et al
Encuesta Nutricional de Italia	1994-1996	Italia	1.978 1.036	1 a 9 años 10 a 14 años Adultos (18 a 64 años) 6 a 14 años	D'Amicis et al
Encuesta Nutricional de Noruega	1993-1994-1997	Noruega	2.494	16 a 79 años	Norkost et al
Estudio enKid de España	1998-2000	España	3.534	2 a 24 años	Serra Majem et al
Estudio Nutricional de Suecia	1997-1998	Suecia	1.215	18 a 74 años	Becker et al
Estudio Nacional de Nutrición del Reino Unido	2000-2001	Reino Unido	2.251	19 a 64 años	Food Standards Agency

Tomada de Serra y Aranceta 2006

2.3.2. La actividad física y su relación con la salud

Destacan, entre otros estudios al respecto, los siguientes:

Respecto a obesidad infantil:

- El estudio Cuenca, también conocido como Movi da Vida, dirigido por Martínez Vizcaíno y llevado a cabo desde 1992 hasta 2008, es un proyecto de investigación que pretende demostrar que el incremento de obesidad y sobrepeso infantil no se debe a un deterioro de la ingesta, sino a un aumento del ocio pasivo entre los niños.
- ¡Niñ@s en movimiento! , dirigido por García-Reyna en que combina aspectos de alimentación y ejercicio físico, es un programa de educación multidisciplinario para el tratamiento del sobrepeso y obesidad infantil, que se basa en un estudio realizado en 2005, y que promueve cambios en aquellos estilos de vida y hábitos alimentarios poco sanos que contribuyen a la ganancia de peso, cambios en la alimentación, actividad y expresividad, siempre con el objetivo de conseguir una normalización del índice de masa corporal.

Respecto a población general:

- El estudio Sport and Physical Activity, llevado a cabo en 2009, en relación a todos los países de la Comunidad Europea y cuyos resultados han sido publicados en Special Eurobarometer de la European Commission, que estudia la actividad llevada a cabo en el tiempo libre por los europeos
- El estudio realizado en 15 estados miembros de la Unión Europea (Varo et al 2003), para valorar el grado de actividad física de la población en su tiempo libre revela que España es uno de los países de Europa con mayor nivel de sedentarismo, junto con Bélgica y Alemania y detrás de Portugal.

Relacionando la actividad física y la prevención de distintas enfermedades:

- Patología cardiovascular (Leon et al 1987);
- Diabetes tipo 2 (Manson et al 1992) (WHD 2002);
- Obesidad (Wing y Hill .2001);
- Patología osteomuscular (Wolff et al 1999);
- Alteraciones del estado de ánimo como en la depresión (Pollock 2001)

- Algunos tipos de cáncer: Cáncer de mama (Breslow et al 2001) o cáncer de colon (Slattery y Potter. 2002)
- El estudio llevado a cabo en Estados Unidos por Gregg et al (2003), que llegó a la conclusión de que las mujeres mayores que mantienen o adoptan un estilo de vida que incluye algún tipo de actividad física aumentan su longevidad.
- Estudios de la OMS (2004), que estiman que la falta de ejercicio conduce a más de 2 millones de defunciones al año, ya que es una causa importante de enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad, a la vez que incrementa sustancialmente los riesgos de cáncer de colon, hipertensión, osteoporosis, depresión y ansiedad. Por ejemplo, cita el organismo internacional, una tercera parte de los diferentes tipos de cáncer pueden prevenirse adoptando una alimentación sana, manteniendo peso normal y teniendo actividad física constante, y que llevan a que la OMS adopte en mayo de 2004 la "Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud".

2.3.3. Relación entre alimentación y salud. Condicionantes de género

Desde la década de los 90 han florecido en España iniciativas dedicadas a entender mejor las relaciones entre género y salud que en diversas ocasiones han servido para fundamentar medidas de mejora en los servicios y programas de salud. Desde el año 1992 se abrió una línea de investigación en género y salud pública en el servicio de Información sanitaria del Instituto Municipal de la salud de Barcelona, así como varios grupos como el Grupo del Institut Valencià de Salut Pública o el Grupo de la Escuela Andaluza de Salud Pública, y desde 1998 lleva a cabo sus trabajos el Grupo Género y Salud Pública de SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria).

En ese mismo año 1992 el tema de mujer y salud fue incorporado al Index Medicus por primera vez, lo que implica instaurar, desde entonces, una

perspectiva de género que recoge las diferentes formas de enfermar entre mujeres y hombres.

Al establecer esta perspectiva se han observado diferencias entre mujeres y hombres que evidencian un posible sesgo de género en salud que pone de manifiesto las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud en función del género y que instaura diferencias innecesarias, evitables e injustas (Castro Alija 2005)

Antes, y fuera de España, Verbrugge (1989) a través de sus estudios sugiere que la mayor morbilidad de las mujeres está influenciada por factores sociales derivados de la manera en que se integran al mercado de trabajo, así como de un mayor estrés e infelicidad que derivan de sus condiciones objetivas de vida y que resultan en una mayor sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad.

Uno de los primeros estudios sobre sesgo de género en salud se publicó en *The New England Journal of Medicine* en 1991, como nos recuerda Valls Llobet (2008) en el que se ponía de manifiesto que ante los mismos problemas de salud se realizaba un mayor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en hombres que en mujeres.

Dicho estudio fue realizado en EEUU por las Universidades de Harvard y de Maryland sobre una muestra de 80.000 pacientes de ambos sexos y reveló que ante un episodio de infarto de miocardio, se llevaban a cabo más procedimientos diagnósticos y terapéuticos en los hombres que en las mujeres.

Los resultados de este trabajo, considerados políticamente incorrectos y corroborados después en otras investigaciones aparecidas en el *Journal American Medical Association (JAMA)*, el *Journal American Medical Women Association (JAMWA)* y *Circulation*, levantaron una gran polémica en EE UU,

Desde 1993 la Food Drug and Administration (FDA) presiona para que en todos los ensayos clínicos (salvo en los de patología exclusivamente masculina) exista muestra de mujeres y los datos sean desagregados por sexos (Castro Alija 2005)

Otros trabajos publicados a este respecto, entre los decádas de los años 80, 90, y 2000, españoles e internacionales indicando la incidencia de

los factores socioculturales, determinados por el género, en relación con los trastornos del comportamiento alimentario, entre ellos:

- Garner y Garfinkel (1981).
- Toro (1988).
- Raich y Mora (1991)
- Martínez et al (1993)

En ellos se trata de explicar que un innegable culto al cuerpo, con especial presión sobre la mujer, está relacionado con el aumento paulatino de la aparición de trastornos relacionados con la imagen corporal y con la alimentación, como dos pares básicos de un mismo trastorno en la población femenina (Maganto, Del Río y Roiz, 2000).

- Striegel-Moore (1999)

A partir de sus investigaciones señala que el conjunto de factores socioambientales, la interiorización del rol sexual, unido a la presión estresante de la adolescencia y la creencia y adopción del mito de la superwoman podrían explicar aparición

- Hepworth (1999)

Trata de indagar sobre las dimensiones sociales de los trastornos, del comportamiento alimentario y asociaciones con la práctica del culto al cuerpo que sustentan determinadas conductas en el grupo de población adolescente

Algunos estudios actuales, como el trabajo de Pérez Gil Romo (2007) en el que se reflexiona acerca de la utilización de la categoría de género en los estudios de alimentación y nutrición, concretamente en México, y se destaca la importancia de las mujeres como responsables de la salud y la alimentación familiar. Además, se hace una revisión acerca de la manera en que las mujeres han sido analizadas en las diferentes encuestas de nutrición y alimentación y se concluye que, o bien son “invisibilizadas”, o únicamente se les considera como parte de su rol reproductor.

Podemos destacar también los estudios socioculturales de la alimentación, la salud y el género llevados a cabo por Gracia Arnaiz (2006, 2009, 2011), en relación con los modos de comer y la obesidad y publicados en múltiples artículos de revistas desde el año 2005 hasta ahora mismo

2.3.4. Relación de la alimentación con aspectos psicológicos, sociológicos y culturales

Destacan, entre otros estudios, los siguientes:

- Acerca de las concepciones sociales asociadas a la alimentación, los estudios de Parales Quenza (2006) con el fin de obtener información acerca de las asociaciones de ideas a nivel social que se atribuyen a ciertos alimentos y/o prácticas alimentarias.
- Acerca de la inherente asociación que existe entre malnutrición y pobreza en las diferentes sociedades como el trabajo de Reutlinger y Selowsky (1997) que obtiene información sobre viejas y nuevas formas de privación alimentaria de colectivos sociales pobres y desfavorecidos.
- Estudios sobre las diferentes alternativas que existen hoy en día a la comida del hogar como los trabajos de Viñuela et al (2002), en los que se analizan los espacios institucionales donde se suele comer fuera del hogar: restaurantes, colegios, centros de trabajo, eventos, etc.
- Trabajos como el de Crovett (2002), en los que se analiza la cocina familiar y la economía doméstica y las recientes y variadas transformaciones de las comidas familiares.
- Otros exploran el conjunto de normas sociales que rigen el comer en nuestra sociedad, como las investigaciones de Twamle y Davis (1999) respecto del debilitamiento de pérdida de protagonismo de la unidad familiar al establecer normas alimentarias y los controles sociales acerca de la alimentación y la emergencia de nuevos discursos sobre que es lo que se debe comer.
- Estudios, como el de Morillas Ruiz (2006), que se interesan por los determinantes de la elección alimentaria e indagan cuáles son las razones que nos llevan a decidir que compramos, donde lo compramos, como lo cocinamos, que garantías alimentarias existen... Asimismo, se exploran la influencia de las nuevas tecnologías como fuentes de información alimentaria y, por consiguiente, su rol en el establecimiento de elecciones individuales sobre hábitos alimentarios.

- Respecto a las actitudes en relación con la alimentación. El estudio VITAPLUS; Percepción, información, creencias y actitudes de la población femenina, sobre la salud general, el cuidado del cuerpo, la alimentación y las dietas de adelgazamiento, llevado a cabo por Baladía et col, de ámbito nacional con una muestra de 3012 mujeres mayores de 18 años, presentado en el IV Congreso de la AEDN (Asociación Española de Dietistas Nutricionistas) en 2008.
- Respecto a la responsabilidad de las mujeres respecto a la alimentación familiar y a la suya propia, podemos destacar el estudio “El papel de la mujer en la alimentación” dirigido por el Prof. Juan Díez Nicolás y promovido por el Instituto Omega 3 de la Fundación Puleva en el año 2003 al último en 2012, en toda España, que analiza la responsabilidad de mujeres y hombres en la alimentación y ofrece resultados estructurados por comunidades autónomas (Puleva Salud 2003)

2.4. La salud de las mujeres

2.4.1. Importancia y consideración por parte de las mujeres de la imagen corporal.

La percepción de la imagen corporal puede afectar a la salud, ya que las personas que tienen una imagen corporal negativa están más predispuestas a determinadas alteraciones de la salud como ansiedad, depresión, autoestima baja, vergüenza y dificultades para concentrarse, aislamiento social, anorexia, bulimia, y muchos otros trastornos. (Salaberria et al 2007)

El concepto de imagen corporal hace referencia a la representación mental que cada persona tiene de su propio cuerpo y también al grado de satisfacción que cada persona tiene con él. Nuestra propia anatomía, las emociones vinculadas a estas percepciones, los valores estéticos dominantes y los valores culturales determinan la creación de la imagen corporal, que se forma por comparación con la imagen ideal.

La imagen corporal se ha definido como una estructura multidimensional que abarca autopercepciones, pensamientos, sentimientos y acciones referentes al propio cuerpo, principalmente a su apariencia (Cash 1990), diferenciando dos dimensiones subyacentes en dicha estructura: la dimensión perceptiva y la dimensión actitudinal (Thompson 1990). La primera hace referencia a los aspectos perceptivos de la estimación del tamaño corporal. La segunda incluye las emociones o sensaciones que el individuo tiene asociadas a su apariencia corporal, y las evaluaciones cognitivas que hace de su propio cuerpo (Cash 1994).

Tener una imagen corporal negativa puede afectar la salud ya que las personas que tienen una imagen corporal negativa están más predispuestas a alteraciones de la salud como ansiedad, depresión, autoestima baja, vergüenza y dificultades para concentrarse, aislamiento social, anorexia, bulimia, y muchos otros trastornos que pueden tener graves consecuencias. (Salaberria et al 2007)

La construcción social del género ha determinado que históricamente las mujeres y, poco a poco, también los hombres, sean valorados más por su aspecto físico que por su intelecto. De ahí que su cuerpo haya llegado a ser el núcleo de sus poderes y de su valoración social y cultural. En definitiva, se trata de una nueva estrategia de segmentación y exclusión social, basada en la obsesión moderna por la perfección de la imagen corporal que ha llevado a la nueva "epidemia del culto al cuerpo". Hay trastornos de tipo alimentario como la anorexia y la bulimia nerviosas, que vienen de la mano de la denominada "cultura de la delgadez" (Lagarde 2001).

Existe una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante este tipo de trastornos, debido a la mayor presión social que reciben sobre su propia apariencia y a unos procesos de socialización que enfatizan aspectos instrumentales en los varones y aspectos expresivos y de apariencia en las mujeres.

Profundas diferencias separan a los sexos en el "deber ser": ellas deben ser delgadas, guapas, simpáticas, estudiosas, competentes, divertidas, inteligentes, disciplinadas... y ellos, deportistas, arrogantes, listos, seductores,

cachas, líderes, competitivos, luchadores, individualistas y participativos.
(Martinez Benlloch 2000)

En un ensayo escrito en 1981 sobre la obsesión femenina por la delgadez, acota Chernin: " Si fuéramos admiradas por tener cuellos redondos como las mujeres de principios de siglo y pudiéramos tener abdómenes abultados y caderas regordetas, miles de mujeres no estarían vomitando ahora."

La delgadez, que se asocia, de algún modo, con belleza, elegancia, prestigio, juventud, aceptación social, etcétera, aparece como la solución salvadora, machacada como la clave del éxito desde todos los medios.

Dentro de los aspectos que más pueden influir en el estilo de vida, a la hora de establecer una pautas de alimentación distintas de las tradicionales o de las heredadas de la familia, especialmente en el caso de las mujeres se observan, consecuentemente altas preocupaciones acerca del peso y las dietas (Shiga, 1994), motivadas por la importancia que en nuestra sociedad se concede a la imagen corporal, más que por condicionantes relacionados con la salud

Es a partir de los años 50 cuando la preocupación por los trastornos de alimentación es evidente porque se empiezan a estudiar desde diferentes líneas, considerando no sólo los factores biológicos y psicológicos sino también los sociales y educativos que influyen en esta nueva cultura de la delgadez en la que la consideración del cuerpo ideal se vuelve cada vez más homogéneo en su delgadez induciendo mayor presión en las mujeres que perciben sus cuerpos comparativamente como "más gordos" y "más pesados", "menos atractivos," "menos sensuales" con relación a las imágenes mediáticas que se ofrecen diariamente.

En España se han publicado varios trabajos al respecto entre los que podemos destacar los llevados a cabo por el equipo de Martínez Benlloch (2000) que analizó, con una perspectiva interdisciplinar, cómo la representación social de la mujer incide en la construcción de la subjetividad a través de las imágenes del cuerpo y de los criterios normativos de belleza. Los resultados de su trabajo ponen de manifiesto la incidencia del imaginario cultural respecto al

cuerpo, fundamentalmente de las mujeres, en la construcción de la subjetividad.

Diversos estudio corroboran este hecho como el de Patton et al. (1997) que al estudiar los hábitos alimentarios en una muestra de 2600 adolescentes observan que el 7% de las mujeres y el 1% de los varones se categorizan como excesivamente involucrados en regímenes dietéticos no necesarios por su preocupación por la imagen corporal. Las mujeres suelen comer mucho más rápido, preocupándose más por lo que comen y llegando a comer sólo el 76% de lo que deberían, como revela un estudio de De Castro y Goldstein (1995) y también se muestran más insatisfechas con sus imágenes corporales.

La percepción distorsionada del cuerpo ha sido objeto de múltiples investigaciones (Santonastaso et al 1995). En Israel, Brook & Tepper (1997) evaluaron los conocimientos que estudiantes adolescentes tienen sobre el consumo de alimentos y la imagen corporal, observaron que un 44% se auto percibían como obesos a pesar de que sólo el 10% tenían sobrepeso real. La preocupación por estas distorsiones también es diferente para ambos sexos.

Debido a ello y al cambio de los cánones de belleza producido en los últimos años, con modelos cada vez más delgadas, hasta un punto incompatible con la salud, cada vez es más importante el número de personas que, teniendo o no un peso adecuado, se someten a dietas de adelgazamiento (Di Diodoro 2005; Legenbauer 2008). Las estadísticas de salud reflejen un aumento preocupante entre las mujeres de casos de trastornos del comportamiento alimentario, así como de un mayor número de consultas por ansiedad y depresión. (Pérez Rodrigo et al 2007).

Esa nueva estrategia de segmentación y exclusión social, basada en la obsesión moderna por la perfección de la imagen corporal, de la que ya hemos hablado, no ha evitado que la incidencia de obesidad en todas las edades de la vida de las mujeres va en aumento, de modo que las enfermedades atribuibles al exceso de peso, a los malos hábitos alimentarios y, consecuentemente, al alterado estado nutricional de las personas son más de las que se suele apreciar (Guallar-Castillón et al 2002).

La gran incidencia de sobrepeso y obesidad, junto a la insatisfacción por la imagen corporal y el deseo de adelgazar a toda costa puede conducir a la realización de dietas inadecuadas y desequilibradas que se basan en los propios conocimientos, el consejo de personas cercanas o fuentes de información inadecuadas como la televisión o Internet, con el riesgo para la salud que conlleva. (Millstein et al. 2008).

Entendiendo que la información puede ser inadecuada por poco fiable y falsa, ya que existe mucha información errónea o poco actualizada en Internet, ya que cualquiera puede poner información en la red, sin aval científico. La televisión por otra parte es una fuente de información de importancia ya que según sostiene el trabajo realizado por el Centro de Investigación Pew (2008), el mayor grupo de consumidores de noticias, aproximadamente un 46 %, dependen de la televisión para informarse a todas horas del día. Y en ocasiones vierten opiniones personas no cualificadas o priman aspectos publicitarios sobre los relacionados directamente con la salud. Los riesgos se pueden paliar aprendiendo buenas técnicas para buscar la información y valorarla con juicio crítico.

Podemos afirmar entonces que el comportamiento alimentario del colectivo femenino merece especial atención ya que son el grupo de población que más preocupación presenta con respecto a su peso corporal y tienen más tendencia que los varones a seguir dietas y otras estrategias que le ayuden a perder peso (Strahan 2007). Esta insatisfacción por la imagen corporal y el deseo de adelgazar a toda costa puede conducir a la realización de dietas inadecuadas y desequilibradas que se basan en los propios conocimientos, el consejo de personas cercanas o fuentes de información inadecuadas como la televisión o Internet (Millstein et al. 2008).

2.4.2. Influencia del hábito alimentario y el nivel de actividad física en determinadas alteraciones de la salud de las mujeres.

La carga de enfermedades crónicas está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se ha calculado que, en 2001, las enfermedades crónicas causaron aproximadamente un 60% del total de 56,5 millones de defunciones notificadas en el mundo y un 46% de la carga mundial de morbilidad.

La OMS prevé que la proporción de la carga de enfermedades crónicas no transmisibles aumente a un 57% para 2020. Casi la mitad del total de muertes por enfermedades crónicas son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares; la obesidad y la diabetes también están mostrando tendencias preocupantes, no sólo porque afectan ya a una gran parte de la población sino también porque han comenzado a aparecer en etapas más tempranas de la vida (OMS 2003)

Las intervenciones sobre los estilos de vida constituyen la piedra angular de la prevención y tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas, aunque estas modificaciones requieren un gran esfuerzo (Franklin et al 2008).

De entre todas las enfermedades crónicas revisamos a continuación aquellas que tienen un componente nutricional más importante y una gran prevalencia entre las mujeres adultas.

2.4.2.1. Obesidad:

La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo que por lo general se ve acompañada por un incremento del peso del cuerpo. Es, en principio, el producto de un balance calórico positivo, ya sea por medio de un elevado aporte energético o por una reducción del gasto de energía.

Según la distribución de la grasa se puede hablar de:

- Obesidad androide: También conocida como obesidad abdominal, se presentan en un mayor número de casos en varones que en mujeres. Se caracteriza por el acúmulo de grasa por encima de la cintura.
- Obesidad ginoide: Con mayor frecuencia en mujeres que en varones, caracterizada por la acumulación de grasa en el vientre, caderas y muslos.

De etiología multifactorial en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida, ente los que destacan el elevado consumo energético y el sedentarismo, que conducen a un trastorno metabólico. Es una enfermedad en si misma, y además es el principal factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión

arterial, dislipidemias, afecciones cerebro-vasculares, osteoarticulares, ciertos tipos de cáncer como el de mama, próstata y otros.

Investigaciones recientes apuntan a la inflamación de bajo grado como una característica de la obesidad, donde el tejido adiposo libera muchos mediadores de la inflamación. Patrones de alimentación saludable se asocian con menores concentraciones circulantes de marcadores de inflamación; granos enteros, frutas y verduras, y pescado, están asociados con una menor inflamación, y también la dieta rica en vitamina C, vitamina E y carotenoides (Calder 2011).

La International Obesity Task Force (IOTF), la Organización Mundial de la Salud (OMS), y otras sociedades científicas, entre ellas la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) junto a grupos de expertos aceptan en la actualidad como criterio para la definición de obesidad valores para el índice de masa corporal (IMC) (peso en kg/talla en m²) iguales o superiores a 30. (Tabla 3)

La prevalencia de obesidad a nivel mundial no cesa de aumentar, como demuestran recientes estudios que estiman un aumento medio del índice de masa corporal (IMC) de 0,4 kg/m² por década desde 1980. (Finucane et col 2011). Nuestro país no es una excepción en esta tendencia, sino más bien lo contrario. La obesidad en España está alcanzando cada vez cifras más preocupantes, y en estudios comparativos con otros países europeos de nuestro entorno se nos sitúa a la cabeza (Berghöfer 2008), con cifras de prevalencia de alrededor del 25%.

Tabla 3: Clasificación de la obesidad en adultos de acuerdo con el IMC

Categoría	Valores límite del IMC (kg/m²)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso grado I	25,0-26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27,0-29,9
Obesidad de tipo I	30,0-34,9
Obesidad de tipo II	35,0-39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40,0-49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	≥ 50

Tomada de SEEDO 2007

El estudio sobre prevalencia de obesidad de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO 2000) (Aranceta et col 2003) obtiene los siguientes resultados:

- La prevalencia de la obesidad fue del 14,5% significativamente más elevada en el colectivo femenino (15,75%) que en el masculino (13,39%).
- La prevalencia de obesidad aumentó significativamente con la edad en varones y en mujeres, observándose las proporciones más elevadas de personas obesas en el grupo de mayores de 55 años, el 21,58% en varones y el 33,9% en mujeres.

El informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE 2011) sobre la situación de la obesidad en Europa llegaba a la siguiente conclusión en el caso de nuestro país: *“... la tasa de obesidad para los adultos españoles es mayor que la media de la OCDE y la tasa para niños es de las más altas de la OCDE”*.

La obesidad se asocia a complicaciones médicas severas y los enfermos obesos tienen un mayor riesgo de morbilidad, según concluye el estudio de Kannel et al (1996). Quienes padecen obesidad no sólo presentan un mayor riesgo de padecer enfermedades graves asociadas (cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, degenerativas, etc.) además la obesidad suele tener consecuencias psicosociales, (W H O 1990) una menor expectativa de vida, y una peor calidad de vida. (Barajas Robledo E, 1998), coincidiendo con Klein (2001) que resume del mismo modo las complicaciones asociadas con la obesidad.

A partir de los 30 años el metabolismo basal disminuye en un 0.4 % por año de edad (Casanueva 2001). Sin embargo en una gran proporción de casos, a medida que aumenta la edad se disminuye la actividad física, a la vez que se continúa consumiendo la misma cantidad de alimentos, lo que necesariamente lleva a un balance positivo de energía (Escott-Stump 2006).

En un trabajo del Nurses Health Study, en el que participaron más de 100.000 mujeres de 30 a 55 años, que fueron controladas durante 16 años, se

encontró una correlación directa entre exceso de peso y mortalidad por todas las causas (Manson et al 1995).

El peso corporal aumenta generalmente con la edad en ambos sexos, pero el ritmo de aumento en las mujeres es más acelerado que en los hombres de la misma edad. Dado que este rápido aumento de peso acostumbra a depositarse mayoritariamente en el abdomen, éste es el principal factor contribuyente a la elevación de la presión arterial, colesterol y niveles de glucemia. Si los lípidos intraabdominales son muy abundantes son causantes del síndrome metabólico y la resistencia a la insulina. Según la Federación Internacional de Diabetes (Rolla, 2003) existe obesidad abdominal cuando el perímetro abdominal de una persona es mayor a 94 centímetros en los varones y 80 centímetros en las mujeres europeas respectivamente.

En el denominado estudio IDEA (Haffner, 2007), los resultados fueron contundentes. Comprobaron que el riesgo de enfermedades cardiovasculares aumenta con el tamaño de la circunferencia abdominal, independientemente del índice de masa corporal (IMC) (Tabla 4)

Tabla 4: Índice cintura cadera y su escala de estimación en relación con riesgos para la salud

Índice cintura cadera y riesgo		
Riesgo	Hombres	Mujeres
Alto	> 0.95	> 0.85
Moderado	0.90 - 0.95	0.80 - 0.85
Bajo	< 0.90	< 0.80

Adaptada de OMS 2000

El sobrepeso y la obesidad en las mujeres adquiere unas connotaciones diferentes, el control de peso tiene una fuerte motivación estética y presenta importantes componentes emocionales en relación con la comida. Por otra parte, la mujer es mayor consumidora de fármacos (anticonceptivos, analgésicos, antimigrañosos, ansiolíticos, antidepresivos), que parecen favorecer la obesidad. Queda por aclarar el papel que tienen en la patogénesis

de la obesidad los cambios hormonales cíclicos, el embarazo, la ingesta de anticonceptivos orales y la menopausia (Riobó 2003)

En el estudio de Wing (1991), en el que se siguieron casi 500 mujeres durante 3 años, la ganancia media de peso en las que presentaron menopausia era de 2,25 kg. Las mujeres que ganaron peso también presentaron una elevación de los niveles de colesterol, de insulina plasmática y de tensión arterial, que no se observaron en las que permanecieron delgadas.

Además, para las mujeres, el bajo nivel socioeconómico es factor de riesgo. En algunos países desarrollados, la frecuencia de la obesidad es más del doble entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo que entre las de nivel más alto. El motivo por el cual los factores socioeconómicos tienen una influencia tan poderosa sobre el peso de las mujeres no se entiende por completo, pero se sabe que las medidas contra la obesidad aumentan con el nivel social. Las mujeres que pertenecen a grupos de un nivel socioeconómico más alto tienen más tiempo y recursos para hacer dietas y ejercicios que les permiten adaptarse a estas exigencias sociales (Araneda 2006)

Aun cuando no existe duda sobre el componente genético de la obesidad, Así, se estima que entre el 40-70% de la variación en los fenotipos relacionados con la obesidad es hereditario, mientras que las influencias ambientales podrían explicar cerca del 30% de los casos de obesidad (Comuzzie & Hill 1998), de modo que la actual pandemia de obesidad no puede ser atribuida sólo a factores genéticos, sino que en su etiología se encuentran implicados otros, como el resultado de un ambiente rico en alimentos de alta densidad energética y pobre en requerimientos energéticos, lo que promueve el sedentarismo y el balance energético positivo con la consecuente ganancia de peso.

Para bajar peso es necesario el tratamiento integral por profesionales sanitarios de confianza, que establecerán los objetivos a alcanzar y las estrategias para lograrlo, que garanticen una pérdida a largo plazo y de forma progresiva, teniendo en cuenta todos los factores implicados: grado de

sobrepeso, tipo de alimentación, nivel de actividad física, motivación para cumplir el tratamiento, etc.

La obesidad y el sobrepeso son prevenibles mediante cambios en los estilos de vida. Para abordar el problema se requiere la intervención de múltiples actores: gubernamentales, científicos, académicos, empresarios, medios de comunicación, maestros y autoridades educativas, así como múltiples disciplinas, sanitarias y no sanitarias: médicos, enfermeras, psicólogos, nutriólogos y nutricionistas, políticos, abogados, trabajadores sociales, etc

Las recomendaciones generales mínimas según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) para evitar y controlar el sobrepeso y o la obesidad son:

1. Controlar periódicamente el peso corporal, que debe mantenerse estable.
2. Reducir el sedentarismo: Disminuir el ocio inactivo como la televisión. Evitar el uso exagerado del automóvil y estimular la caminata en la vida diaria.
3. Enfatizar la atención a la alimentación en determinadas etapas de la vida porque son los periodos críticos de la obesidad, por ejemplo en el periodo perimenopáusicos en las mujeres.
4. Reconocer que la obesidad es un problema.
5. Controlar el nivel energético de la dieta diaria.
6. Estimular el consumo de alimentos vegetales (frutas, verduras, legumbres y cereales integrales). También se recomienda el consumo de tres a cinco raciones de pescado a la semana, y de cuatro entre pollo y carne magra e ingerir leche y derivados preferiblemente desnatados hasta tres raciones diarias.
7. Reducir la ingesta de grasa, fundamentalmente saturada, aunque se debe mantener la procedente del aceite de oliva y pescados.
8. Consumir sólo de forma esporádica dulces industrializados, snacks comida rápida, bebidas azucaradas y alcohólicas.

Además, la actividad física, asociada a una dieta hipocalórica, puede tener un efecto beneficioso en personas que ya son obesas o tienen sobrepeso, su influencia sobre el perfil de riesgo es positiva, reduciendo la tendencia a padecer afecciones cardíacas y diabetes (Fogelholm y cols., 2000).

Desde la psicología se trata de determinar si en realidad existe una personalidad del obeso ya que factores psicológicos precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener el peso, después de haber alcanzado el ideal o deseable.

La obesidad puede darse en distintas personalidades. Los factores que intervienen no dependen de una determinada personalidad en sentido estricto, sino en el hecho de comer como respuesta a las emociones más diversas. (Facchini 2002).

Buscando factores comunes en las distintas personalidades de las personas obesas Griessner (2003) encuentra construcciones subjetivas semejantes a la de los adictos y pacientes de enfermedades crónicas por lo que habla de una personalidad adictiva, descrita como aquella en la que un estado emocional particular es relacionado con factores químicos (neurotransmisores y neuroreceptores) conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo.

En las adicciones intervienen distintos elementos, y si consideramos en concreto la adicción a la comida podemos considerar cuatro elementos interrelacionados (Silvestre 2005):

1. El objeto droga: si bien la comida no tiene efectos tóxicos inmediatos, ingerida en exceso abandona su función nutricional y placentera para transformarse en un elemento tóxico generando dependencia, enfermedad física y psíquica.
2. La persona: una de las características de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta, ni con su cuerpo ni con su comportamiento, actuando en forma demandante, invasora y que a la vez se deja invadir.

3. La familia: ciertas familias fomentan la adicción desde etapas tempranas, sobre todo aquellas donde está alterada la relación entre unos con otros.
4. Factores socioculturales: la mirada y el gusto de los otros intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona obesa y en su desempeño.

Otros problemas o conflictos psicológicos de las personas obesas pueden ser, el valor simbólico de los alimentos, el miedo a estar delgado, la obesidad como forma de evitar situaciones deseables, el desequilibrio entre satisfacciones e insatisfacciones, la obesidad como forma de castigo, comer como mecanismo evasivo, o la obesidad como forma de destrucción de la figura femenina.

Incluso estudios recientes relacionan la obesidad con ciertos trastornos psicológicos como la depresión o la ansiedad, el Group Health Cooperative, ha realizado un estudio en más de 9.000 adultos, con una edad media de 45 años, se obtuvo información acerca de su índice de masa corporal, y el padecimiento de distintos tipos de depresión o ansiedad y la dependencia de sustancias como el alcohol o las drogas.

El resultado ha sido concluyente, afirma que los desórdenes relacionados con la ansiedad, los trastornos obsesivos y la depresión son mucho más comunes, hasta un 25% entre los obesos. Sin embargo, los expertos no están de acuerdo a la hora de determinar el sentido de esta relación. Puede ser que la obesidad nos empuje a la depresión o a la ansiedad, o bien la relación inversa: un trastorno del ánimo podría llevarnos a aumentar de peso. Incluso, podrían alimentarse mutuamente, o ser en un sentido en ciertos individuos, y en el opuesto en otros (Gregory 2006).

En cualquier caso no se puede definir una condición psicopatológica específica vinculada a la obesidad. Existen obesos con y sin psicopatía, pero no hay un trastorno propio de la persona obesa (Amigo Vázquez 2003).

2.4.2.2. Diabetes

La diabetes mellitus es sin duda uno de los problemas de salud de mayor importancia en el mundo, con cerca de 30 millones de diabéticos en el planeta, más de la mitad de ellos son mujeres.

La diabetes se caracteriza por el déficit total o parcial de producción de insulina por el organismo. Las formas más comunes de diabetes son la diabetes tipo 1 y la tipo 2. La diabetes es una enfermedad en la que el control de la dieta es la piedra angular de los tratamientos y en la que la alimentación está directamente implicada.

La principal diferencia entre una diabetes Tipo I y Tipo II es que la primera va siempre asociada al tratamiento con insulina y la segunda no, en la diabetes tipo II (diabetes del adulto), aparte de existir una cierta predisposición genética, se debe fundamentalmente a factores alimentarios y a un excesivo sedentarismo.

El estudio di@bet.es, presentado en la sede del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, ha situado la prevalencia de diabetes tipo 2 en el 12% de la población española. Los resultados del estudio también confirman la asociación entre diabetes, obesidad e hipertensión arterial, y la importancia de la actividad física como método de prevención.

Además, señala que una de cada tres personas con diabetes tipo 2, aproximadamente, el 4% de la población española, desconoce que sufre esta enfermedad. Su prevalencia es mayor en hombres y aumenta con la edad, la obesidad abdominal, nivel de estudios bajo, presencia de HTA, nivel bajo de HDL-colesterol, nivel elevado de triacilglicéridos y antecedentes familiares de diabetes (Soriguer et col 2011).

Sin embargo en las mujeres los cambios metabólicos asociados a la llegada de la menopausia aumentan el riesgo de padecer diabetes tipo 2. La ganancia ponderal por encima de la recomendada durante la gestación y tras el embarazo puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2.

El riesgo de enfermedades cardíacas, la complicación más común de la diabetes, la ceguera, es más elevado en las mujeres (Sociedad española de Diabetes 2012).

Aunque habitualmente la diabetes tipo 2 se da en personas mayores de 40 años, si una mujer la padece y quiere quedarse embarazada, lo ideal es comunicarlo a su médico para planificarlo, ya que los niños expuestos a la diabetes en el vientre materno tienen una mayor probabilidad de ser obesos durante la infancia y la adolescencia y de sufrir a su vez diabetes tipo 2 posteriormente.

El incremento de la esperanza de vida determina que continuará aumentando el número de mujeres que corre el riesgo de sufrir de diabetes y sus complicaciones, ya que entre un 90% y un 95% de las mujeres con diabetes sufren de diabetes tipo 2 (anteriormente denominada diabetes de la edad adulta) que suele aparecer en edades avanzadas (Vinicor 2011).

Considerando la importante implicación de la alimentación en la génesis y desarrollo de la diabetes tipo 2 es importante recordar que el plan de alimentación debe ser personalizado y diseñado por profesionales sanitarios cualificados, pero podemos establecer una selección de los diez puntos clave de la alimentación idónea para la prevención y tratamiento de la diabetes (Guía de Alimentación y Salud 2009):

1. Controlar el nivel de la glucosa en sangre. Se preferirán siempre los alimentos de bajo índice glucémico a los de alto. Se evitarán los azúcares simples en la medida de lo posible (sin llegar a una prohibición absoluta, pero prefiriéndose aquéllos que no contengan glucosa, como la fructosa) y se recomendará el consumo de cereales integrales y alimentos ricos en fibra en general.
2. Mantener un peso adecuado (mediante el control de las calorías ingeridas). El exceso de grasa corporal hace más difícil a las personas con diabetes tipo II utilizar su propia insulina.
3. Equilibrar la proporción entre el aporte de carbohidratos (55-65%), proteínas (15%) y grasas (30%).
4. Alcanzar o mantener un nivel de lípidos en sangre adecuados, con una correcta proporción entre los distintos tipos de ácidos grasos: 10% saturados, 10% monoinsaturados y 10% poliinsaturados. Se

evitarán alimentos ricos en colesterol, ya que los diabéticos, por la estrecha relación que existe entre el metabolismo de los glúcidos y el de los lípidos, son uno de los principales grupos de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

5. Los alimentos deben ser frescos y poco procesados: Fruta fresca, cereales integrales, verduras frescas, crudas o al vapor, yogures naturales, etc. Evitar las comidas precocinadas, bollería y helados industriales, snacks, etc.

6. La dieta debe ser variada, así se tendrá más posibilidades de aportar todas los nutrientes necesarios.

7. La alimentación debe aportar una cantidad adecuada de nutrientes esenciales (vitaminas, minerales, ácidos grasos esenciales, etc.). Debe prestarse especial atención a los niveles de cromo y zinc, que son críticos para la respuesta insulínica.

8. Controlar el aporte de sodio en la dieta debido a que la hipertensión arterial y la nefropatía posterior, también cursan asociada a la diabetes en muchos de los casos

9. Favorecer el desarrollo y crecimiento normal. Durante el crecimiento y durante el embarazo y la lactancia se debe atender especialmente al aporte de proteínas, aminoácidos esenciales, calcio.

10. Practicar ejercicio físico regularmente. El ejercicio físico ayuda al control del peso y el consumo de glucosa se incrementa al hacer trabajar los músculos.

Aunque la mayor parte de los trabajos sobre la relación entre actividad física y diabetes plantean la utilidad de una actividad física de tipo aeróbico, como andar o montar en bicicleta, un estudio clínico aleatorizado en el que la intervención sobre el grupo experimental estaba basada en ejercicios de fuerza, dio como resultado un 72% de reducción de la medicación antidiabética en el grupo experimental contra un 42% en el grupo control (Castaneda et al 2002), por tanto cualquier tipo de actividad se demuestra como eficaz.

2.4.2.3. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es la más frecuente de las condiciones que afectan la salud de las personas adultas en todas partes del mundo. La escasez de síntomas que produce en sus etapas iniciales, unido al daño de la mayoría de los órganos y sistemas del organismo, le han dado el calificativo de "enemigo o asesino silencioso".

La HTA en adultos se define como cifras de presión arterial sistólica y diastólica de 140/90 mm Hg en reposo.

La prevalencia de hipertensión arterial en España se estima en torno a un 35 %, aunque llega al 40 % en edades intermedias de la vida y al 68 % en mayores de 65 años, afectando a más de 10 millones de personas (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición 2009).

La presión arterial aumenta con la edad en ambos sexos. Si bien las mujeres tienen niveles inferiores a las de los hombres antes de la menopausia, las cifras se elevan mucho más después de ésta, y a partir de los 55 años superan a las de los hombres. La presión arterial alta aumenta el esfuerzo del corazón y aumenta el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio, un ictus y una insuficiencia cardíaca.

El riesgo de sufrir de hipertensión es mayor si la persona tiene antecedentes familiares de hipertensión, es hombre mayor de 60 años o mujer mayor de 55 años o más joven pero usa anticonceptivos orales, sufre de sobrepeso u obesidad, fuma y su alimentación es alta en grasas saturadas, abundante en sal o alcohol, junto con inactividad física (Miguel Soca. et al 2009)

La hipertensión se previene y combate con modificaciones del estilo de vida y fármacos (Miguel Soca et al 2009). La intervención sobre los estilos de vida es fundamental (Franklin et col 2008).

Las recomendaciones no farmacológicas básicas son:

- Control del peso corporal.

El sobrepeso es una causa de riesgo de hipertensión. Rebajarlo reduce la presión arterial y disminuye el riesgo cardiovascular y de diabetes, con la realización de ejercicio físico regular consigue bajar las cifras de presión

arterial, ya que aumenta la masa muscular y la capacidad de esfuerzo, ayuda a controlar el peso y logra disminuir el riesgo cardiovascular y desde luego practicando una dieta saludable. (Fundación del corazón 2009).

- Dieta equilibrada.

En caso de HTA se debe (MINSAP 2008) disminuir el consumo de sal de mesa. Actualmente, se recomienda el consumo de menos de 5 g de sal/día que se logra evitando alimentos con elevado contenido en sal, disminuyendo la adición de sal en la cocción de los alimentos y eliminando la sal de la mesa. Debe además advertirse la elevada cantidad de sal que contienen alimentos envasados y precocinados, así como los menús habituales de comida rápida. Los alimentos de origen animal contienen sodio en cantidades significativas, por lo que se sugiere controlar la cantidad de leche, la carne y derivados. La mayoría de las frutas y vegetales frescos contienen muy poco sodio y por esta razón pueden emplearse libremente en las dietas hiposódicas.

Al contrario del sodio, la ingestión de grandes cantidades de potasio, protege contra la HTA. Se recomienda una ingestión mínima de potasio de 2 g/día por persona. Son alimentos ricos en potasio las frutas como los cítricos y otros vegetales como el tomate y la col.

También se sugiere aumentar la ingesta de calcio a unos 800 mg/día en personas adultas. Las principales fuentes de calcio dietético lo constituyen los productos lácteos.

La grasa de la dieta no debe sobrepasar el 30% de las calorías totales ingeridas, evitando el consumo de grasa saturada abundante en los productos lácteos, la mantequilla y las carnes, y en algunos vegetales como el aceite de coco y de palma.

Los ácidos grasos omega-3, abundantes en pescados y aceites marinos, disminuyen el colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad (LDL-C), el colesterol total y los triglicéridos, por ello tienen efectos cardioprotectores y se recomienda su ingestión. Estos ácidos se incorporan a las membranas celulares y reducen la cantidad de ácido araquidónico disponible para la síntesis de sustancias proinflamatorias. La disminución del proceso inflamatorio

es básica para la prevención de la aterosclerosis, que constituye un estado inflamatorio de bajo grado (Fetterman et al.2009)

La dieta del hipertenso debe contener, además, abundante fibra dietética y antioxidantes, que se consumen con los alimentos vegetales y las frutas, las verduras, las legumbres, las hortalizas y los cereales integrales (Lee et col. 2008).

- Evitar el sedentarismo.

Desde el punto de vista del ejercicio físico, en un análisis comparativo de 36 ensayos clínicos aleatorios se encontró que la respuesta ponderada neta de la presión sanguínea a un entrenamiento aeróbico suponía una disminución media de 5,3 mmHg para la presión sistólica y de 4,8 mm Hg para la diastólica. La variación dependía principalmente del nivel inicial de presión sanguínea y de las mejoras en la capacidad de hacer ejercicio (Fagard, 1995). Así evitar el sedentarismo se considera positivo en el control de la HTA.

- Eliminación de hábitos tóxicos.

Es fundamental seguir un estilo de vida saludable (Tabla 5), evitando el tabaco ya que aumenta la presión arterial y la frecuencia cardiaca, cuidando la ingesta de alcohol, y controlando el peso. El consumo moderado de alcohol (un vaso de vino al día en las comidas) puede ser beneficioso, pero si es excesivo provoca el incremento de la presión arterial,

Tabla 5: Estilo de vida e HTA

Cambios en el estilo de vida y efecto sobre la presión arterial		
CAMBIO	RECOMENDACIÓN	REDUCCIÓN ESTIMADA DE LA PAS
Reducción del peso	Mantener el peso ideal (IMC 20-25 kg/m ²)	Entre 5 y 20 mmHg por una reducción de 10 kg de peso
Restricción del consumo de sal	Reducir la ingesta a cifras por debajo de 100 mmol/día (6 g de sal; una cucharada de café)	2-8 mmHg
Moderación en el consumo de alcohol	Limitar el consumo por debajo de 210 g semanales (30 g/día) en hombres y 140 g semanales (20 g/día) en mujeres	2-4 mmHg
Adopción de la dieta DASH*	Dieta rica en frutas, verduras y productos lácticos desnatados con reducción de la grasa total y especialmente saturada	8-14 mmHg
Ejercicio físico	Práctica habitual (al menos 5 días a la semana) de ejercicio aeróbico (por ejemplo, caminar deprisa durante al menos 30-45 minutos)	4-9 mmHg

PAS (Presión arterial sistólica)
 *Los efectos de la dieta DASH sólo se han probado en EE.UU. y son comparados con los de la dieta típica americana.
 Tomada de Guía Española de hipertensión arterial 2005

- Dieta Dash (Dietary Approaches to Stop Hypertension)

La dieta DASH fue creada para dar un enfoque dietético al problema de la hipertensión arterial. Sin embargo, luego se comprobó que esta dieta aplicada en pacientes que también sufrían de colesterol alto, lograba reducir no sólo la tensión arterial, sino también los niveles plasmáticos de colesterol. Se reconoce por ser una dieta baja en grasas saturadas y sodio.

Las características de la dieta DASH son similares aunque no idénticas a la dieta mediterránea, asociada con una protección frente a la enfermedad cardiovascular, fundamentalmente por el consumo elevado de frutas y verduras y la sustitución de gran parte de la carne por pescado. Aunque no está probado que la dieta mediterránea tenga efecto sobre las cifras de tensión arterial, sí que se ha asociado su consumo con una menor incidencia de enfermedades cardiovasculares por lo que debe aconsejarse su consumo a toda la población hipertensa

Los factores emocionales, como enfrentarse a niveles altos de estrés, ira u hostilidad, muy probablemente contribuyan a aumentar el riesgo de ciertas personas que presentan ya otros factores de riesgo de hipertensión (SEMERGEN, 2005).

Cuando la hipertensión coexiste con otros factores (obesidad, diabetes,..) la probabilidad de infarto o ictus aumentan. Las mujeres que tienen antecedentes familiares de hipertensión arterial y las mujeres con sobrepeso también tienen un mayor riesgo. La hipertensión raramente existe aislada, sino que habitualmente coexiste con los factores de riesgo descritos y así *“el riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular aumenta exponencialmente, de forma que el efecto final de la combinación de varios factores es mayor que la suma de los factores individuales”*. (SEMERGEN, 2005).

2.4.2.4. Patología cardiovascular

La arteriosclerosis y las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen, junto con el cáncer, la primera causa de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados.

En la actualidad se producen anualmente en España más de 125.000 muertes y más de 5 millones de estancias hospitalarias por ECV, siendo éstas la primera causa de muerte y hospitalización en la población española. Hay un gran número de personas asintomáticas que están en grave riesgo de sufrir un episodio cardiovascular por sumar dos o más factores de riesgo. En más del 60% de los casos no se controlan adecuadamente estos factores.

Las tasas de mortalidad cardiovascular ajustadas por edad son mayores en los varones (Villar Álvarez 2005). Sin embargo, la mortalidad proporcional, las tasas brutas de mortalidad y el número absoluto de muertes son superiores en las mujeres.

Esta aparente paradoja es el resultado de dos hechos bien conocidos:

1. El mayor riesgo cardiovascular de los varones, reflejado en las tasas específicas de edad; de hecho, el riesgo coronario de los varones es similar al de las mujeres que son 10 años mayores que ellos.

2. La ECV es mucho más frecuente en las edades avanzadas de la vida, donde el número de mujeres es muy superior al de varones. Ello explica que las mujeres, a pesar de tener menos riesgo cardiovascular que los varones, presenten una mayor mortalidad proporcional bruta y un número más elevado de muertes por esta causa.

Nueve de cada diez mujeres (un 87%) subestima el riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca y la considera todavía una enfermedad de hombres, pese a que en España la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en las féminas, según se puso de manifiesto en el 10º Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer.

Si se analizan los grandes grupos de causa de muerte en mujeres, las enfermedades del sistema circulatorio, claramente relacionadas con algunos errores alimentarios, fueron la primera causa (35,8% en 2008)

El sexo es un factor de riesgo que tiene una estrecha relación con la edad, el estudio Framingham (Framingham Study of Coronary Risk) confirma este hecho. Existe una gran diferencia, en la incidencia de cardiopatía isquémica en los varones y en las mujeres antes de los 50 años, se considera que, por debajo de esta edad, las mujeres tienen un riesgo diez veces menor

que los varones de desarrollar ECV, esta diferencia va disminuyendo a medida que avanza la edad, siendo la menopausia un punto de inflexión claro en el aumento de dicha incidencia en las mujeres, no obstante, no todos los autores están de acuerdo en esto; de cualquier modo, la menopausia produce numerosas alteraciones metabólicas que podrían poseer cierto riesgo aterogénico (Alegría et al 1991).

El riesgo de muerte por ECV aumenta en relación con el índice de masa corporal. El riesgo relativo ajustado a la edad de mortalidad por ECV está aumentado y estudios epidemiológicos a largo plazo han mostrado que la mortalidad coronaria aumenta entre un 4% y un 6% de media por cada unidad adicional de IMC, comenzando por uno de 20 a 24 (Conroy et al 1996), de modo que es fundamental mantener el peso corporal dentro de límites normales, aspecto éste que ya hemos relacionado anteriormente con la época perimenopáusica en las mujeres.

Un condicionante primordial de riesgo de las ECV se encuentra en la composición de la dieta, por su importancia en el control del peso y por otros factores. El primer estudio prospectivo que analizó la relación entre dieta y enfermedades cardiovasculares en 16 cohortes procedentes de 7 países diferentes, fue publicado en 1970 por Keys, que puso de manifiesto la relación entre la ingesta de grasas saturadas, el colesterol y la enfermedad coronaria.

En 1991, un grupo de investigadores de la arteriosclerosis, la nutrición y la salud ante la necesidad de estudiar, de forma rigurosa y con continuidad en el tiempo, la relación de la alimentación y los hábitos de vida con las ECV y otras enfermedades en España propone y desarrolla el proyecto DRECE, (Dieta y Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares en España) (Gutiérrez Fuentes et al 1991) diseñado para conocer la situación real de la población española respecto al riesgo de padecer ECV en función de la prevalencia de factores de riesgo y su relación con los hábitos alimenticios.

Transcurridos cinco años (1996) se abordó el estudio DRECE II, transcurridos otros siete años (2004), se abordó el estudio DRECE III y en el año 2008 se inició una nueva fase del proyecto, el estudio DRECE IV.

Su objetivo principal fue describir los hábitos alimentarios y dietéticos de la población española y la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Llega a las siguientes conclusiones: Los cambios producidos en los últimos años en la sociedad española no han supuesto modificaciones relevantes en la alimentación de los españoles. La cohorte estudiada, mantiene aún los hábitos de la dieta mediterránea que aparecen menos arraigados en la población adolescente.

Las modificaciones son pequeñas, centradas en un discreto aumento de la ingesta de hidratos de carbono (del 41,0 al 42,2% de la energía) y de proteínas (del 16,5 al 17,5% de la energía) a expensas de una disminución en el consumo de las grasas totales (del 42,5 al 40,1% de la energía) Parece ir cambiando la calidad de la grasa nutricional, ya que junto a un incremento notable del consumo de lácteos desnatados ha existido una transferencia del consumo de carnes grasas y derivados como los embutidos, hacia el de cárnicos con menor contenido graso y más riqueza en proteínas, como jamón, pavo, carnes magras y un aumento en el consumo de pescado, con menor cantidad de grasas y mayor aporte de ácidos grasos omega 3 (DRECE 2011).

Podemos afirmar que el patrón de dieta mediterránea se considera como saludable y útil en la prevención de ECV.

Aunque el concepto dieta mediterránea engloba estilos de alimentación diferentes, este modelo, generado en los países de la cuenca mediterránea, cumple una serie de características comunes: incluye un elevado consumo de vegetales (frutas, verduras, frutos secos y cereales), emplea el aceite de oliva como la principal fuente de grasa, un consumo moderado de productos lácteos y carne de ave, fundamentalmente pollo, y relegados a un consumo excepcional las carnes rojas, los dulces y los productos de bollería. El pescado está bien representado en la alimentación y además incorpora un consumo moderado de vino (De Lorgeril 1998).

El interés por este tipo de alimentación se basa en dos pilares principales: por una parte, la acumulación de estudios científicos que vinculan su consumo a una menor frecuencia de enfermedades crónicas y, por otra

parte a la gran palatabilidad y fácil adherencia a este modelo por la población general.

Existe un amplio consenso internacional acerca de que los niveles elevados de colesterol total, triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad (LDL) favorecen la aparición de las enfermedades cardiovasculares, mientras que el colesterol HDL (c-HDL) presenta un papel protector. Ello justifica que las herramientas para el cálculo de riesgo cardiovascular utilicen estos marcadores.

Los efectos de la dieta mediterránea sobre el colesterol son bien conocidos. El aceite de oliva virgen, fundamentalmente por su composición mayoritaria en ácidos grasos monoinsaturados, disminuye el colesterol LDL (c-LDL) y el cociente colesterol total/c-HDL, al sustituir a las grasas saturadas de la dieta. La composición en frutas, verduras y cereales, contribuye a reducir el colesterol total, los triglicéridos y el c-LDL.

Estos efectos fueron respaldados por la Foods and Drugs Administration (FDA) americana en un informe publicado en 2004.

El pescado es fuente dietética de ácidos grasos Ω -3 (Omega 3), los dos que se encuentran en mayor proporción son el EPA (Eicosapentanóico) y DHA (Docosahexanóico) ambos con un importante efecto protector del sistema cardiovascular.

El efecto más conocido derivado del consumo de ácidos grasos Ω -3 es el hipolipemiante, reductor sobre los triglicéridos del plasma. No se han encontrado efectos significativos sobre el colesterol total (Cobiac et al 1991), en cambio, los aceites de pescado suelen producir un aumento en el colesterol HDL de un 10%, aunque éste depende del alimento y de las cantidades ingeridas (Report of the British Nutrition Foundation's Task Force 1999).

Por otra parte el consumo de un mínimo de 3 g/día de Ω -3 produce un descenso significativo de la presión sanguínea, aunque las cantidades de pescado que habría que consumir para obtener estas dosis efectivas son tan elevadas que en la práctica sólo se alcanzan mediante el consumo de suplementos o alimentos enriquecidos con ácidos grasos Ω -3 (Carrero et al 2005).

Llevado a cabo por Hulten et al (2006) un meta-análisis al respecto, encontró que la totalidad de la evidencia apoya un fuerte papel de los ácidos grasos omega 3 derivados del aceite de pescado en la prevención secundaria de ECV, la ingesta de Ω -3 reduce la mortalidad total, mortalidad debida a infarto de miocardio y muerte súbita en pacientes con enfermedad coronaria.

La Organización para Agricultura y Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe del año 2003 sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas recomiendan una ingesta de grasas saturadas menor al 10% y de grasa monoinsaturada del 15 al 30% de la energía total. Además, los ácidos grasos poliinsaturados totales han de representar un 6-10% y los ácidos grasos Ω -3 en particular un 1-2% de la energía total.

Otros factores de riesgo son el sedentarismo y el estrés psicológico, que describimos a continuación.

La falta de actividad física constituye un factor de riesgo potencialmente modificable que debería recibir mayor énfasis en los actuales esfuerzos para reducir el impacto de la enfermedad cardiaca en la sociedad (Marcos Becerro y Galiano, 2003).

Se han estudiado los efectos del ejercicio aeróbico de doce o más semanas de duración sobre los lípidos sanguíneos. Se analizaron por parte de León y Sánchez (2001), 51 publicaciones de las que 28 eran ensayos clínicos aleatorizados, observándose una coincidencia en el incremento de lipoproteínas de alta densidad y reducciones en el colesterol total, las lipoproteínas de baja densidad y los triglicéridos sanguíneos. Los autores concluyen que el entrenamiento con ejercicio aeróbico de moderada a alta intensidad puede originar una mejora en el perfil de lípidos en sangre, y consecuentemente del riesgo cardiovascular, aunque los datos son insuficientes para establecer una relación dosis-respuesta.

Llevado a cabo por Kahn (2002) un metanálisis de 54 investigaciones sobre el sedentarismo, determinó, como conclusión más relevante, que las personas sedentarias tenían un riesgo dos veces mayor de presentar ECV, lo que llevó a la Asociación Americana del Corazón (American

Heart Association) a declarar la inactividad física como un factor de riesgo para el desarrollo de ECV, encontrando además que el sedentarismo es muy común en las mujeres de mediana edad

Respecto al grado de beneficio obtenido con el ejercicio, cualquier actividad parece ser mejor que ninguna. En general la mejor forma de ejercicio es caminar como mínimo, 10 ó 20 minutos al día, aunque el ejercicio de intensidad alta parece tener ciertos efectos beneficiosos que no se observan en ejercicios de intensidad baja.

Algunos estudios apoyan la hipótesis de que el estrés psicológico puede jugar un rol en los eventos cardiacos, incluyendo la precipitación del infarto del miocardio.

El estrés psicológico es un fenómeno complejo difícil de definir, medir y estudiar científicamente que produce una respuesta psicológica compuesta por cogniciones y estados emocionales negativos. Lo que todavía no se sabe es qué tipo de estrés es más potente, o cómo la susceptibilidad individual, los perfiles conductuales preexistentes, o la respuesta a los estresores, afectan el proceso.

En mujeres se sabe que tienen un papel importante, fundamentalmente en desencadenar accidentes coronarios agudos, espasmos de la arteria coronaria y hasta mini infartos cuando hay placas de ateroma en las coronarias. (Acevedo 2001).

Por otra parte El estudio llevado a cabo por Epel en 2006, realizado en la Universidad de Yale (EEUU), ha puesto de relieve que las mujeres más estresadas y a las que les resulta más difícil adaptarse a las situaciones estresantes tienen más probabilidades de acumular grasa en la cintura, con un riesgo consecuentemente más elevado de enfermedades cardiovasculares.

Un modo de estrés corresponde a la presión laboral; se ha encontrado que aquellos trabajos que suponen una gran demanda física o intelectual, excesiva responsabilidad o un alto grado de tensión, aumentan la probabilidad de que se presenten síntomas coronarios.

Las mujeres se están incorporando cada vez más a este patrón: *“Suelen ser más impacientes que hostiles, si bien se admite que la impaciencia deriva*

de la hostilidad. Lo cierto es que las adictas al trabajo superan con mucho a los hombres. Esto es, pueden ser tan autoritarias y competitivas como los hombres, pero son capaces de abarcar más actividades” (Sender, 2001).

El grupo sueco de M. Frankenhaeuser en 1996 pudo demostrar que la sobrecarga de trabajo de la mujer empleada, una baja capacidad para tomar decisiones y malas relaciones sociales constituyen los principales factores de riesgo para su salud.

La enfermedad cardiovascular presenta peculiaridades significativas en la población femenina respecto a la sintomatología, diagnóstico y tratamiento

Algunas mujeres pueden presentar en lugar de dolor, síntomas parecidos a una indigestión o dolor en la mandíbula. Mientras que en el hombre el dolor acostumbra a ser en la parte anterior del tórax, y suele acompañarse de sudoración, las mujeres pueden en su lugar, sentir ardor en la región superior del abdomen o presentar dolor en el brazo izquierdo, espalda, mandíbula y cuello y pueden tener mareo, malestar estomacal y sudoración.

Como pueden no sentir el típico dolor en la mitad izquierda del pecho, muchas mujeres podrían pasar por alto los síntomas que indican que están sufriendo un ataque al corazón.

En 1991 Ayanian y Epstein realizaron un estudio de control cuando personas de ambos sexos llegaban al hospital con dolor torácico, y demostraron que las mujeres hospitalizadas tenían muchos menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que los hombres y diferencias en el tratamiento (Pignone, 2003) y en la rehabilitación postinfarto (García de Vicuña et al 2003)

A medida que se avanza en edad las mujeres presentan además una serie de alteraciones fisiológicas con repercusión potencial entre otros episodios del riesgo cardiovascular. Así las mujeres deben ser consideradas un colectivo especialmente vulnerable y que ha de ser analizado, específicamente, para poder ser reorientado hacia unos hábitos de vida más saludables.

Asumir los cambios biológicos derivados del envejecimiento significa adecuar las necesidades a la respuesta del organismo ante las diferentes situaciones (Zabalegui et col 2005)

La modificación de los factores de riesgo ha demostrado de forma inequívoca que reduce la mortalidad y la morbilidad en personas con ECV diagnosticada o no.

Podemos marcar una serie de objetivos encaminados a minimizar los factores de riesgo:

- Reducir o eliminar tabaco y alcohol.
- Mantener una alimentación saludable.
- Ser activo físicamente.
- Evitar situaciones de stress que pueden generar trastornos como depresión, ansiedad, etc.
- Chequeo periódico en el que se controlaran los siguientes parámetros :
 - Índice de masa corporal < 25.
 - Presión arterial < 140/90 mmHg.
 - Colesterol total < 200 mg/dl (5,2 mmol/l) en general.
 - Colesterol-LDL < 130 mg/dl (3,4 mmol/l) en general.
 - Glucemias bien controladas en todos los diabéticos/as.

2.4.2.5. Osteoporosis

La osteoporosis constituye un importante problema de salud pública tanto por su magnitud como por las repercusiones socio sanitarias que conlleva. Se trata de una enfermedad cada vez más frecuente que afecta en todo el mundo a una tercera parte de las mujeres entre 60 y 70 años y a dos terceras partes de las mayores de 80 (Tirado et al 2006).

En España se estima que afecta alrededor de 2 millones de mujeres y a unos 75000 varones (Diez Curiel 2011).

Aproximadamente el 85% de las mujeres cree que no tiene riesgo de desarrollar osteoporosis, y entre las mujeres que padecen osteoporosis, el 80% no es consciente de sus factores de riesgo antes de que se le diagnostique la enfermedad (Guañabens 2003), para entonces, la enfermedad puede estar ya muy avanzada.

La osteoporosis es una enfermedad multifactorial, pero se han descrito como los principales factores de riesgo: el sexo femenino, edad avanzada,
María José Cao Torija

deficiencia estrogénica, raza blanca, elevado índice de masa corporal, deficiente ingesta de calcio, antecedentes de historia familiar de osteoporosis, tabaquismo y antecedentes de fracturas, y aunque con menor peso estadístico, también han sido asociados la menarquia tardía, la menopausia temprana y los niveles bajos de estrógenos (Nelson et al 2002).

La presencia de fractura previa por trauma leve después de los 45 años es el factor de riesgo que tiene el factor predictivo más alto para la existencia de osteoporosis, seguida del déficit precoz de estrógenos alcanzando ambos significación estadística (Romero et al 2008) (Tabla 6).

El primer objetivo para prevenir la osteoporosis consistirá en alcanzar una buena cantidad de masa ósea al llegar a la época de la madurez esquelética (30-35 años) (Shengold 1990). Por ello es importante estimular y vigilar el consumo de calcio, en particular en las mujeres, desde la infancia y durante la adolescencia (Prentice 1997)

Aunque el proceso de la adquisición de la masa ósea esta determinado en un 60%-80% por la genética del individuo, existen factores modificables que afectan este proceso, como son la ingesta de calcio, actividad física y estilos de vida y dentro de éste, la ingesta de calcio es el que tiene mayor efecto. Si en la adolescencia no se consume una cantidad adecuada de calcio, no se llegará al pico máximo de masa ósea y será inferior a su potencial genético. El desarrollo de la masa ósea hasta el potencial del pico máximo protege contra la osteoporosis, ya que hay una relación inversa entre la densidad de masa ósea y la incidencia de fracturas.

Tabla 6: Factores predictivos de osteoporosis

<i>Variables</i>	<i>Osteoporóticos</i>	<i>No osteoporóticos</i>
Talla	X:162	X: 164
Peso	X:70	X:76
> 2 cafés /día	4	6
> 10 cigarrillos/día	2	1
> 20 g alcohol/día	3	2
Menopausia < 40 años	14	3 (SE)
Déficit precoz estrógenos	9	2 (SE)
mg calcio lácteo/día	400	600
Uso de TSH	3	2
FX previa por fragilidad	23	8 (SE)
Uso de corticoides	6	3
Familiar directo con Fx	12	8

Tomada de Romero 2008

Hay suficientes evidencias de que una ingesta adecuada de calcio durante toda la adolescencia lleva al desarrollo del pico de masa ósea (Lloyd et al 1993) y previene la pérdida de masa ósea en la menopausia (Reid et al 1995).

La ingesta adecuada de calcio y de vitamina D resultan críticos para revertir y tratar la osteoporosis. Los requerimientos diarios de calcio se estiman adecuados entre 1.000 y 1.200 mg y pueden obtenerse con relativa facilidad a partir de la dieta, o mediante alimentos suplementados.

Sin embargo no existe un consenso universal sobre los requerimientos óptimos de calcio de acuerdo a la edad. En un consenso universal, llevado a cabo por los organismos competentes, en 1994, se estableció una cantidad de 1200 a 1500 mg./ día para adolescentes, 1000 mg./ día para adultos hasta 65 años y 1500 mg./ día para mujeres postmenopáusicas que no estén recibiendo terapia de reemplazo hormonal (Delmas 2002).

Una parte sustancial de la población no alcanza estos requerimientos por un consumo pobre de lácteos.

En la mayoría de países occidentales, España incluida, la mayor proporción (60-70%) del calcio dietético procede de la leche y sus derivados, yogures o quesos (Orozco et al 2004). Con la excepción de almendras y otros frutos secos, algunos pescados azules y pequeños pescados, como chanquetes y boquerones, comidos con sus raspas, el pulpo, algunas verduras como acelgas, cardos, lechuga, escarola, endivias, espinacas o los grelos, los alimentos habituales contienen poco calcio o es poco biodisponible. Es importante que se consideren la leche enriquecida y derivados lácteos suplementado con diversos tipos y cantidades de calcio, que incrementan en cantidad variable el aporte dietético de calcio. También, debe valorarse el aporte de calcio contenido en las aguas minerales (Bonjour 2003)

Además de la cantidad de calcio aportada por la dieta, la absorción del calcio dietético es determinante en la salud ósea. La capacidad del intestino delgado para absorber el calcio contenido en la dieta depende de la solubilidad e ionización de las sales de calcio, ambas pH dependientes y de la disponibilidad de vitamina D (Ivanovich et al. 1967)

Diversos factores afectan la eficiencia de la absorción intestinal de calcio, la cual depende de las necesidades fisiológicas del organismo. Cuando estas aumentan, la eficiencia de la absorción también lo hace; así el crecimiento, el embarazo, y la lactación estimulan la absorción intestinal de calcio, mientras que el envejecimiento la disminuye.

Para que ese mecanismo fisiológico de adaptación se adecue a las necesidades del organismo, se precisa de un estatus adecuado en vitamina D. Así, un aporte bajo de calcio en la dieta en relación con las necesidades del organismo, aumenta la proporción de calcio intestinal absorbido, mediante un mecanismo que modifica el metabolismo de la vitamina D, la composición lipídica y la fluidez de las membranas intestinales.

La absorción de calcio dietético, de modo genérico, disminuye con un mayor contenido de grasa, fibra, fitatos, oxalatos, o cafeína, y aumenta con la lactosa y el contenido proteico de la dieta (Cashman 2006).

La contribución de la vitamina D es fundamental para la absorción intestinal de calcio sobre todo cuando el aporte es mediante alimentos. También el fósforo es imprescindible para que se produzca una mineralización correcta. Cuando se produce deficiencia en vitamina D, disminuye un 15% la absorción de calcio y hasta un 60% la de fósforo (Holick 2007).

En general la ingesta de vitamina D es mucho más baja en países del sur de Europa, menos de 200 UI de media, de modo que para la gran mayoría de la población la dieta cotidiana y la toma habitual, no programada de sol no es suficiente para obtener niveles séricos óptimos de vitamina D. Para conseguirlos, se hace preciso tomar el sol, durante al menos 20 o 30 minutos, dependiendo del momento del día y de la estación. Otra causa habitual de déficit de vitamina D es la obesidad (índice de masa corporal > 30) puesto que la grasa corporal secuestra la vitamina D (Quesada 2011) aunque diversos estudios epidemiológicos han demostrado un efecto protector de ligero sobrepeso en el desarrollo de osteoporosis y ocurrencia de fracturas osteoporóticas (Liel et al. 1988)

Los requerimientos de vitamina D se estiman en 800-1.000 UI, pero pocos alimentos la contienen, y la síntesis cutánea, incluso en áreas de alta

insolación, resulta insuficiente, para obtener los niveles séricos necesarios para una respuesta biológica óptima en hueso y otros órganos y tejidos diana, por lo que prácticamente siempre, debe efectuarse suplementación mediante alimentos reforzados con vitamina D farmacológica en caso de osteoporosis diagnosticada mediante densitometría (Quesada 2011).

Con respecto al estilo de vida, los estudios muestran que es necesario evitar una serie de hábitos que suponen un factor de riesgo añadido para la osteoporosis, como son el tabaco, alcohol, o el café (Baeza Galán 2011).

En las mujeres, una vez que la masa ósea total ha alcanzado su pico, alrededor de los 35 años de edad, comienza a perderse; la velocidad se acelera después de la menopausia cuando los niveles de estrógeno disminuyen al alcanzar el climaterio o si ambos ovarios son extirpados por medio de cirugía. Durante los diez primeros años en que la mujer deja de tener la regla pierde cerca del 50 por ciento de la masa ósea. Para un diagnóstico precoz se recomienda que toda mujer de más de 55 años, perimenopausica, se practique una densitometría para medir la masa ósea.

El ejercicio previene la pérdida de masa ósea y aumenta el contenido mineral óseo. Es importante evitar el sedentarismo y la inmovilización, adecuándose a la situación y edad de cada persona.

Se debe recomendar una actividad física que incluya el caminar de 30 a 60 minutos /3-4 veces a la semana, para mantener la masa ósea y el buen tono muscular en las extremidades inferiores y llevar a cabo suficientes controles de la densidad mineral ósea, que no se realizan suficientemente en la mayor parte de los países europeos, quizás por la limitada disponibilidad de densitómetros o una insuficiente conciencia de la utilidad de medirla (Baeza Galán 2011).

Los estudios transversales han demostrado una correlación positiva entre la densidad mineral ósea y el ejercicio. Los estudios de intervención sugieren que los ejercicios de alto impacto son mejores para incrementar la densidad mineral ósea, y que este efecto es sitio-específico. El cumplimiento continuado de los ejercicios es crucial para mejorar la densidad mineral ósea. (Todd y Robinson 2003)

La actividad física regular mejora la mineralización ósea en mujeres, ante la presencia de estrógenos (Snow y cols., 2000). La práctica de juegos y deportes y el número de horas de actividad soportando peso parecen estar asociados con la densidad mineral ósea, independientemente de las variables de edad y sexo (Slemenda et al 1991)

2.4.2.6. Cáncer

Las muertes por cáncer en la Unión Europea han aumentado debido, entre otras razones, al progresivo envejecimiento de la población.

El cáncer es responsable de una cuarta parte de las muertes registradas en la Unión Europea y es la segunda causa de muerte en mujeres de edad avanzada, por detrás de la enfermedad coronaria (Flynn 1999)

Los alimentos contienen diferentes compuestos que pueden iniciar, acelerar o incluso detener el desarrollo de un tumor maligno. En el último consenso mundial sobre dieta y cáncer se identificaron alimentos y nutrientes específicos vinculados con el desarrollo de diversos tipos de cáncer, como el gástrico, de colon, rectal y otros. No obstante, la información es todavía incompleta y presenta controversias (World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2007).

El cáncer de mama es el tipo de cáncer que condiciona más mortalidad entre las mujeres de 20 a 59 años en los países de ingresos altos (OMS 2009), la incidencia del cáncer de mama aumenta con la edad y la detección precoz es la mejor herramienta para su control.

El estudio de Ronco (2006) que analizó distintos tipos de dietas en relación con distintos tipos de cáncer, concluye que las mujeres que padecen cáncer de mama tienen un patrón de dieta más rico en carne frita, a la parrilla y carnes procesadas, en comparación con las mujeres que no lo desarrollan, corroborándose en otros como estudios como los de Lima et al. (2008).

El consumo de alimentos con alto contenido de grasa, como la carne, productos lácteos, alimentos fritos, e incluso aceites vegetales causan en el cuerpo de la mujer más estrógenos, que estimulan el crecimiento celular

anómalo en el cáncer de mama y otros órganos que son sensibles a las hormonas sexuales femeninas. Esto sugiere que, al evitar los alimentos grasos a lo largo de la vida, el riesgo de cáncer disminuye. Con el aumento de vegetales, frutas, granos, . . . y la reducción de los alimentos derivados de animales, la cantidad de estradiol en la sangre puede llegar a reducirse en un 30 % (Dorgan et al 2003).

En contraste, el consumo de carotenos, vitaminas C y E, entre otros nutrientes, se ha vinculado con una reducción del riesgo de cáncer de mama (Ronco et al 1999) que es coincidente con el mismo efecto del consumo de folato, flavonoides y otros fitoestrógenos (Torres Sánchez et al 2008).

La notoria variabilidad geográfica de la incidencia del cáncer de mama en el mundo fue una de las primeras observaciones para sugerir que las diferencias en los hábitos dietéticos podían relacionarse con el desarrollo de dicha neoplasia. El efecto de la migración en el riesgo de cáncer de mama, añadió más información en este sentido, ya que las mujeres japonesas residentes en Japón con un bajo riesgo, lo incrementaron al emigrar a Hawái y aún más si, aunque el origen fuera japonés, nacían y permanecían en Estados Unidos de América (Nelson 2006), lo cual sugiere que, entre otros factores ambientales, el cambio de la dieta oriental a la occidental es un determinante de dicho riesgo.

La obesidad posmenopáusica es considerada otro factor de riesgo, pues aumenta hasta el 3,1%, de modo que para las mujeres con un sobrepeso de 20 kg, se establece una tasa de cáncer de mama extra de 45 por 1.000 mujeres. (Writing Group for the Women's Health 2002).

Otros estudios realizados estiman que 14.2% de las muertes por cáncer de mama en mujeres mayores de 45 años se deben a la inactividad física. (Lobelo et col 2006) o señalan una reducción del riesgo por cada hora adicional a la semana de actividad física moderada (Ortiz-Rodriguez et col 2008).

El cáncer de colon es una de las neoplasias más prevalentes en los países occidentales y en nuestro país concretamente, es la segunda causa más frecuente de cáncer entre todos los tipos de tumores malignos, estando precedida únicamente por la localización en pulmón en varones y por la mama

en la mujer. Su incidencia en España se estima en unos 25.000 casos diagnosticados por año, con una mortalidad de alrededor del 50%, lo que representa que unos 12.500 pacientes fallecen anualmente por cáncer colorrectal (CCR) en nuestro país (Rodrigo et al 2007).

Las diferencias existentes en los estilos de vida de las diversas poblaciones a nivel mundial pudieran desempeñar un papel importante en el riesgo de desarrollo de CCR; así el consumo de tabaco y alcohol, la falta de actividad física y la obesidad, constituyen por sí solos y también asociados, factores de riesgo para el desarrollo del CCR (Martinez,2005). Es bien conocido que el consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo, tanto en hombre como en mujeres, aumentado a partir de un consumo de 30 gramos de alcohol por día e independiente del tipo de bebida consumida, según concluye Cho (2005)

Se ha relacionado la ingesta de fibra con una disminución del riesgo de CCR en base a evidencias epidemiológicas (menor incidencia de CCR en sociedades subdesarrolladas en las que hay una importante ingesta de fibra) y a teorías patogénicas (tránsito intestinal acelerado que impediría el contacto de los carcinógenos con la mucosa del colon). Estudios caso control mostraron un efecto protector de la fibra, mientras que un análisis conjunto de los estudios de cohorte publicados, que incluyó más de 8.000 casos, no pudo demostrar este efecto beneficioso (Alberts et al 2000). Una explicación de los distintos efectos podría ser que aunque la cantidad de fibra sea la misma en las cohortes analizadas, la composición de la misma puede ser muy diferente (fibra soluble o no soluble, de origen en cereales, frutas o vegetales). Por otra parte, los suplementos de fibra no han sido eficaces en la prevención de la recurrencia de los adenomas de colon (Norat 2005).

Aunque hasta hace pocos años se había asumido a partir de estudios caso control que la ingesta de fruta y vegetales disminuiría el riesgo de CCR, los estudios de cohortes han mostrado resultados discordantes. Tomados en conjunto, el consumo de estos alimentos podría tener, quizás, un pequeño papel preventivo en el desarrollo del CCR (Park 2005).

El consumo de productos lácteos se ha asociado en un análisis conjunto de 10 estudios de cohorte que incluían 5.000 casos, con una disminución de un 11% del riesgo de CCR (Cho 2004). Esta asociación se ha visto también con los suplementos de calcio, que disminuyen en un 19% la recurrencia de adenomas de colon respecto a un grupo con placebo (Baron 1999).

Los distintos métodos de preparación de la carne roja (frita, parrilla) van a generar sustancias mutagénicas (aminas heterocíclicas, hidrocarburos aromáticos policíclicos) y es posible que personas con un determinado genotipo sean más susceptibles a estos carcinógenos. Es más frecuente en hombres que en mujeres en proporción de 1 a 6, en las mujeres es más frecuente en la postmenopausia (De Lellis 2010).

En las últimas dos décadas, una vasta cantidad de trabajos de investigación han comenzado a identificar la asociación entre la obesidad y peores pronósticos y resultados entre algunos pacientes con cáncer, en particular en aquellos con cáncer de mama, de próstata y de colon. Al interpretar los resultados de la investigación sobre el riesgo y pronóstico de cáncer, es importante entender que la obesidad está asociada a la inactividad física y a malas prácticas de alimentación, lo cual podría también aumentar el riesgo de cáncer (Boletín del Instituto Nacional del Cáncer 2012).

2.4.2.7. Carencias o déficits nutricionales

Las anemias se presentan con mucha más frecuencia entre mujeres, de un 18 a un 75 %, según los países, Los síntomas, a menudo son vagos e insidiosos, y pueden incluir fatiga crónica, irritabilidad, mareos, problemas de memoria, disnea de esfuerzo, dolores de cabeza y dolores óseos (Valls Llobet C. et al 2006).

La anemia por déficit de hierro es la forma más frecuente entre las mujeres en edad fértil, a menudo producida por:

- Sangrados menstruales abundantes, hemorragias producidas durante abortos, partos, o por la cirugía de los fibromas.
- Insuficiencia de hierro en la dieta para satisfacer la cantidad que el organismo necesita.

- Incapacidad del sistema digestivo para absorber el hierro, generalmente asociada a otras situaciones de malabsorción como en casos de enfermos celíacos.
- Incapacidad para utilizar las reservas de hierro del organismo, por otras enfermedades como la artritis reumatoide o la insuficiencia renal crónica.

El organismo de una persona adulta contiene unos 4 gramos de hierro. La mayor parte de esta cantidad, unos 2,5 gramos, se encuentra en la hemoglobina de los glóbulos rojos, encargada del transporte de oxígeno por la sangre desde los pulmones a los tejidos. La presencia de hierro es imprescindible. La cantidad de hierro en el organismo refleja un balance entre las demandas fisiológicas y la cantidad ingerida. Hay determinados períodos de la vida en los que este balance es negativo y el organismo debe recurrir al hierro de depósito para poder mantener una eritropoyesis adecuada.

- Adolescencia: Los requerimientos por crecimiento son elevados y en las mujeres se agrava por las pérdidas menstruales. Como agravante, la dieta, por motivos socioculturales, suele ser marcadamente deficiente en hierro.
- Embarazo: Los requerimientos son elevados, desde 1 mg/kg/día en los primeros meses a 6 mg/kg/día en el tercer trimestre, debido a que el feto necesita mucho más hierro para su desarrollo, y a la hemodilución que se produce, debida al aumento del volumen circulatorio.

Una vez absorbido, el hierro pasa a la sangre unido en su mayor parte a una proteína transportadora, la transferrina en concentraciones de 100 a 150 microgramos por 100 mililitros. Pueden movilizarse hasta 50 mg/día del hierro de reserva, de los cuales 20 mg/día se utilizan en la síntesis de hemoglobina.

La cantidad de ferritina que circula en la sangre se relaciona estrechamente con las reservas totales de hierro del organismo, por lo que este dato es una herramienta inestimable para la valoración clínica del estado de hierro y el diagnóstico de anemia ferropénica. Entre 200 y 1.500 mg. de hierro se almacenan en el cuerpo en forma de ferritina (complejo de hierro y proteína que sirve de reserva) y hemosiderina; un 30% de la reserva de hierro del

organismo se encuentra en el hígado, un 30% en la médula ósea y el resto se encuentra en el bazo y en los músculos.. El hierro llega a los precursores de los hematíes en la médula ósea y pasa a formar parte del grupo hemo, que luego se unirá a unas proteínas para formar la hemoglobina. El hierro que no se use quedará depositado en los macrófagos en forma de ferritina y hemosiderin (Yip 2001).

Es difícil solucionar con alimentos una anemia ferropénica, por eso lo mejor es prevenir y la mejor prevención es la ingesta de una dieta rica en alimentos que contengan hierro en su forma “hemo”. Si la anemia persiste se deben tomar suplementos de hierro.

El hierro no hemo y el hemo son absorbidos por mecanismos distintos. El hierro no hemo consiste, fundamentalmente, en sales de hierro que se encuentran en los vegetales y productos lácteos, y representa la mayor parte del elemento en la dieta, en general, más de 85 %. La absorción del hierro no hemo depende en gran medida de su solubilidad en la parte alta del intestino delgado y es proporcional a la cantidad de potenciadores e inhibidores de la solubilidad que se consumen durante una misma comida.

El hierro hemo procede, fundamentalmente, de la hemoglobina y de la mioglobina de la carne, las aves y el pescado. Aunque la proporción de este en la dieta es menor que la del no hemo, su absorción es 2 ó 3 veces más fácil que la del último y depende menos de los demás componentes de la alimentación. La absorción media en los varones es de alrededor de 6 % del hierro alimentario total, mientras que en las mujeres en edad fértil llega a 13 %. Esta mayor absorción de hierro en la mujer se debe a que sus depósitos orgánicos son menores y, de esta manera, contribuye a compensar las pérdidas de hierro de las menstruaciones.

Se sabe que existen diversos factores que potencian o inhiben la absorción del hierro no hemo. El potenciador mejor conocido es la vitamina C (ácido ascórbico), puesto que facilita la absorción de hierro a nivel gastrointestinal y permite una mayor movilización de este mineral desde los depósitos.

La vitamina A también es requerida para la mantención de un nivel normal de hierro, sin embargo, no se conoce de manera clara su papel específico pero se sabe que un déficit de esta puede asociarse a la presencia de anemia aún con niveles de hierro normales

Existen inhibidores de la absorción del hierro no hemo que se encuentran en los alimentos como son el fosfato cálcico, la fibra no soluble, el ácido fítico (presente en los cereales integrales no procesados) y los polifenoles (en el té y algunos vegetales). El café también dificulta la asimilación del hierro, aunque todavía no se ha identificado el componente que lo ocasiona; otras sustancias como la caseína y el calcio, presentes en la leche de vaca, la clara y yema del huevo, igualmente lo hacen. El efecto inhibitorio de los fitatos y polifenoles puede contrarrestarse con vitamina C (López Peña 2009).

Por otro lado, las mujeres que han tenido muchos hijos, las que toman anticonceptivos orales y las mujeres malnutridas, pueden sufrir anemias por déficit de ácido fólico y de vitaminas del grupo B.

Se puede prevenir o tratar dichas anemias por medio de la ingesta de alimentos ricos en las sustancias deficitarias y/o tomando suplementos.

Otra patología que puede relacionarse con carencias nutricionales, en este caso de Yodo es el hipotiroidismo.

El hipotiroidismo afecta a una de cada ocho mujeres de 35 a 65 años de edad, y a una de cada cinco mujeres mayores de 65 años, por lo tanto coincide tanto con la premenopausia como con la postmenopausia (Carson-DeWitt, 2010).

Estas variaciones se deben a factores como las diferencias de edad, la edad y el contenido de yodo en la dieta. (Helfand 1990).

El hipotiroidismo en las regiones con déficit de aporte de yodo en la dieta es frecuente. El déficit de yodo deteriora la síntesis de hormonas tiroideas, resultando en hipotiroidismo y en un grupo de alteraciones funcionales conocidas como “trastornos por deficiencia de yodo” que incluye: bocio, hipotiroidismo subclínico, hipotiroidismo manifiesto clínicamente, retraso

en el crecimiento físico, deterioro de funciones mentales, hipertiroidismo espontáneo en los ancianos y aumento en la susceptibilidad de la glándula tiroides a la radiación. El bocio es la manifestación clínica más evidente y es provocado por aumento en la secreción de TSH, como un intento por maximizar la utilización del yodo disponible (Roberts 2004)

No está claro por qué las mujeres lo padecen más, pero parece que se relaciona con los niveles de estrógenos y cambios hormonales (Clark et al 1983). Como la sintomatología propia del climaterio es muy similar a la de hipotiroidismo, muchas veces no se diagnostica éste último por quedar camuflados (Faughnan 1995)

El hipotiroidismo es una condición dada por una disminución en la función de la glándula tiroides y da lugar a los siguientes síntomas:

- Fatiga.
- Pérdida de la memoria.
- Depresión.
- Aumento de peso.
- Piel seca.
- Uñas y cabello muy delgado.
- Caída del cabello.
- Temblor de manos.

Si hay hipotiroidismo la hormona estimulante de tiroides (TSH) incrementa su nivel, el perfil tiroideo es un estudio que debería hacerse a toda mujer en la transición a la menopausia.

El tratamiento del hipotiroidismo es simple y por lo general muy efectivo. Se administra por vía oral levotiroxina y generalmente resuelve completamente los síntomas, con el seguimiento correspondiente.

Una alteración que sí se asocia de forma clara al hipotiroidismo es la del metabolismo lipídico. En las personas afectadas hay un incremento del colesterol total y de los triglicéridos, y parece que también, aunque este punto no está muy claro, desciende el HDL-colesterol y aumenta el LDL-colesterol. Como consecuencia de esta alteración lipídica se incrementaría el riesgo cardiovascular (Forga, et al 1998)

Evitar esta situación pasa por aportar suficiente yodo a la dieta como medida preventiva.

La sal yodada, sal de cocina con yodo agregado, es la principal fuente de yodo. El yodo se encuentra en forma natural en los mariscos, e igualmente algunos pescados como el bacalao o el abadejo son buenas fuentes, además, los productos lácteos y las plantas que crecen en suelos ricos en yodo son también excelentes fuentes de este nutriente.

2.4.2.8. Alteraciones de la salud mental

Los trabajos epidemiológicos muestran que las mujeres corren un mayor riesgo de sufrir algunos trastornos del estado de ánimo que los varones, (Tabla 7) una diferencia que se incrementa en el paso de la infancia al inicio de la edad adulta (Carrasco Galán y Espinar Fellmann 2008).

Tabla 7: Prevalencia trastornos mentales en España.

Prevalencia trastornos mentales España			
PREVALENCIA VIDA % (IC 95%)			
	Varón	Mujer	Total
Cualquier trastorno Mental	15,7 (13,86–17,48)	22,93 (21,09–24,78)	19,46 (18,09–20,82)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	6,71 (5,49–7,93)	15,85 (14,34–17,36)	11,47 (10,45–12,49)
Cualquier trastorno de ansiedad	5,71 (4,57–6,85)	12,76 (11,24–14,29)	9,39 (8,41–10,37)
Cualquier trastorno por consumo de OH	6,47 (5,23–7,71)	0,96 (0,52–1,40)	3,60 (2,95–4,25)
Depresión Mayor	6,29 (5,10–7,48)	14,47 (13,03–15,90)	10,55 (9,57–11,54)
Distimia	1,85 (1,22–2,48)	5,29 (4,32–6,27)	3,65 (3,06–4,24)
Fobia específica	2,32 (1,60–3,05)	6,54 (5,38–7,69)	4,52 (3,82–5,23)
Abuso de alcohol	6,38 (5,16–7,61)	0,95 (0,51–1,39)	3,55 (2,91–4,19)

Tomada de Retolaza .2007

En todos los grupos de edad la depresión se sitúa en una ratio de riesgo mujer/varón de 2:1 (Kessler 2003).

Como ejemplos de distintos grupos de edad encontramos que:

En estudios realizados sobre población anciana, se han encontrado síntomas de depresión mayor en el 19.6% de los varones y en el 46% de las mujeres (Zunzunegui et al 1998).

Unos 73 millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor.

Se calcula que los trastornos mentales, entre otros la depresión, afectan aproximadamente a un 13% de las mujeres en el año siguiente al parto (OMS 2009).

Asimismo, la consecuencia más grave de la depresión, el intento de suicidio, se presenta con mayor frecuencia en las mujeres, aunque la tasa de suicidios efectivos es mayor en hombres. El suicidio es la séptima causa de muerte entre las mujeres de 20 a 59 años (OMS 2009).

Por otra parte, cada vez se puede considerar que aquellas personas que dedicaban mayor tiempo al cuidado de discapacitados tenían más sintomatología ansiosa o depresiva, dándose esta circunstancia más frecuentemente en mujeres (Canuscio et al 2002).

Los factores de riesgo no justifican esta diferencia de prevalencia y sugieren la importancia de la definición cultural de los roles de género como posible explicación.

En las mujeres una mayor frecuencia de traumas o estresores agudos y crónicos en razón de su inferioridad en la escala social, económica, del manejo de recursos y de poder, y el mayor impacto de los sucesos traumáticos incrementan también la afectividad negativa, sobre todo cuando el impacto se relaciona con su red de apoyo social.

Además, a las niñas se les refuerzan las conductas prosociales y empáticas, reciben atención cuando se muestran sumisas y se las ignora si intentan dirigir la acción; en estudios realizados con los padres en la interacción con sus hijos, se comprueba que se muestran más controladores con el comportamiento de las hijas, pero toleran mejor expresiones de ansiedad y miedo en éstas, porque se consideran más femeninas (Carrasco Galán y Espinar Fellmann 2008).

Se puede relacionar, así mismo, la alimentación y las distimias con el comer compulsivo, donde la atención no está centrada en el alimento, sino en el vínculo que se establece con él.

El comer compulsivo está directamente relacionado con las consecuencias que tienen las pautas de socialización femenina en relación al cuerpo y en relación a la comida. Las mujeres quedan atrapadas en un estereotipo femenino, "ser para otros", como una forma de dominación «suave», como la califica Bonino (2005), que conduce de forma inconsciente a las mujeres a asumir los mandatos culturales de la femineidad, que conforman la matriz de la identidad femenina y que produce cierta sintomatología característica en la que se incluye la adicción a la comida.

El rol doméstico, tanto en lo que se refiere a las acciones concretas como a la responsabilidad sobre ellas, está caracterizado por su invisibilidad y su falta de valoración. Si se le agrega el trabajo fuera de casa, estrés, dificultad de acceso a puestos de toma de decisiones, desigualdad salarial, y a su vez, ser la proveedora y sostén emocional de la familia... Todo contribuye a que la comida para muchas mujeres se convierta en la anestesia del dolor, de la insatisfacción, y a la vez, en la única forma de gratificación conocida y permitida (Hourcade 2005).

Aunque no se habían establecido aun relaciones causales, ya desde hace dos décadas se comenzó a relacionar la actividad física con el bienestar psicológico y con aspectos tales como la calidad de vida, la reducción del estrés, los cambios en los estados emocionales y los estados de ánimo o los descensos en los niveles de ansiedad y depresión (Biddle et al 2000).

Subrayamos también que el estado de ánimo depende en gran medida del equilibrio de nutrientes incluidos en los alimentos que ingerimos. A tenor de las investigaciones bioquímicas, nuestra personalidad no es sólo una consecuencia genética y ambiental sino que depende de la dotación de nutrientes con que equipamos el organismo a través de la dieta.

Un meta análisis de 500 ensayos científicos llevado a cabo en el Reino Unido por la Mental Health Foundation y la Sustained Alliance for Better Farming and Food (Van de Weyer 2006) apunta a que avanzamos hacia modelos dietéticos favorecedores de las depresiones y otros trastornos del ánimo, por el efecto de los cambios operados en los últimos 50 años sobre los alimentos que ingerimos y el modo en que nos alimentamos.

Una dieta inadecuada en cantidad o en calidad nutricional puede ser origen de un estado depresivo, en este hecho se encuentran implicados algunos nutrientes concretos, entre ellos:

– Aminoácidos:

- El 5HTP (5-hidroxitriptófano) es un derivado del aminoácido triptófano precursor en el organismo del neurotransmisor serotonina (5hidroxitriptamina).

El triptófano es el aminoácido esencial menos abundante en los alimentos. El jamón y la carne contienen triptófano, así como las anchoas, los quesos suizos y parmesanos, los huevos y las almendras.

- La fenilalanina que se convierte en el organismo en tirosina que a su vez se transforma en neurotransmisores como L-dopa, noradrenalina y adrenalina. Encontramos fenilalanina en: carnes, pescados, huevos y leche

Incrementar los valores de estos neurotransmisores parece tener un efecto beneficioso en casos de depresión y agotamiento.

– Sustancias Lipídicas

- Ácidos grasos omega 3: Se ha observado que existe una relación entre la disminución de ácidos grasos omega-3, y las alteraciones de la funcionalidad de la membrana lo cual es de importancia etiológica en la depresión, y otras patologías mentales y neurológicas, ya que puede reducir los niveles de serotonina y por tanto, puede desencadenar un estado depresivo. El primer estudio del mundo con suplementos Omega-3 en depresión fue realizado por el profesor Andrew Stoll y publicado en 1999. Más tarde, en el trabajo realizado

por Antti Tanskanen, de la Universidad de Kuopio en 2001 se evaluó la prevalencia de depresión y el consumo de pescado, y el estudio concluye que las personas que consumen pescado dos veces por semana o más tienen un 37 % menos riesgo de estar deprimidos y un 43 % menos de riesgo de tendencias suicidas.

– Vitaminas

- Ácido fólico, necesario para la síntesis de serotonina. Las fuentes alimentarias son: legumbres, vegetales de hoja verde, frutos secos, semillas de girasol, el hígado de ternera el pescado y algunos cereales para el desayuno fortificados.

Algunas evidencias relacionan bajos niveles de fólico con depresión (Copen 2005). Del mismo modo Existen algunos ensayos controlados sugieren que usar ácido fólico en adición a medicamentos antidepresivos puede tener efectos beneficiosos (Taylor 2004).

- Vitamina B6: Implicada en el proceso de producción de neurotransmisores a partir de aminoácidos.
- Vitamina D: Las personas mayores con bajos niveles de vitamina D y con altos niveles sanguíneos de la hormona paratiroidea son más propensas a padecer depresión aunque aún se desconoce si esto es una causa o una consecuencia de la enfermedad, según un estudio coordinado por Witte J. G. Hoogendijk, de la Universidad de Vrije, en Ámsterdam publicado en mayo de 2008. Un 38,8% de los hombres y un 56,9% de las mujeres en este estudio tenían un nivel insuficiente de vitamina D.

Las concentraciones de vitamina D fueron 14% más bajas en individuos con depresión mayor y menor en comparación con los no deprimidos.

Tanto los niveles bajos de vitamina D y los elevados de hormona paratiroidea pueden tratarse con un mayor aporte de vitamina D, mediante la ingesta de alimentos como la leche y el huevo y aumentando la exposición a la luz solar.

- Oligoelementos
 - Selenio: Entre los minerales, el selenio ha surgido como un factor que podría jugar un papel importante en mantener nuestro estado de ánimo elevado.
Son alimentos ricos en selenio: Nueces del Brasil, atún, almejas y cereales integrales.
 - Magnesio: Ayuda en los casos de depresión y ansiedad contribuyendo a la relajación muscular evitando molestias y contracturas asociadas con frecuencia a estos estados.
Son alimentos ricos en magnesio: Higos, limones, manzanas, levadura de cerveza, cereales integrales, legumbres, semillas de girasol, o frutos secos.
- Existen por otra parte una serie de sustancias contenidas en los alimentos que conviene evitar:
 - Alcohol: Produce depresión del sistema nervioso central, con una disminución de las facultades cognitivas y destruye la vitamina B6 y el ácido fólico y puede afectar la eficacia de los medicamentos con efecto sobre el sistema nervioso central.
Por otra parte el consumo excesivo de alcohol podría aumentar el riesgo de depresión, según reveló un estudio realizado durante 25 años en Nueva Zelanda., en el que se encontró que en todas las edades había tendencias claras y estadísticamente significativas hacia el abuso o dependencia del alcohol asociadas a un aumento del riesgo de una depresión seria (Fergusson, 2009)
 - Otras sustancias estimulantes: El estimulante por excelencia mas usado es la cafeína; en los animales, altas dosis de cafeína los llevan a la agresividad y comportamientos psicóticos. En el ser humano, los niveles de 650 a 1000 mg diarios dan como resultado el síndrome de "cafeinismo", una condición indistinguible de la ansiedad neurótica. Las personas sensibles a la cafeína muestran ansiedad y depresión severa después de una dosis de solamente 300 mg de la

misma, el café de infusión contiene un promedio de 137 mg por cada taza (Food and Drug Administration, FDA 2007).

2.5. Otros aspectos diferenciadores en la salud de las mujeres

2.5.1. Diferencias en la esperanza de vida:

La esperanza de vida son los años estimados que una persona que nazca en un momento determinado, puede llegar a vivir.

Las mujeres tienden a vivir más que los hombres. Viven de seis a ocho años más, por lo que representan una proporción cada vez mayor de la población anciana. A nivel mundial, en 2007 el 55% de los adultos de 60 años o más eran mujeres, y entre los de 70 años o más la cifra correspondiente era del 58%. En el mismo año 2007, la esperanza de vida al nacer de las mujeres era de más de 80 años en 35 países, pero tan sólo de 54 años en la Región de África (OMS 2009)

Por el contrario, las mujeres enferman más y utilizan más los servicios de salud que los hombres, incluso si se excluyen los servicios relacionados con la maternidad (Clarke, 1990; Camposortega, 1990).

Aunque no existen explicaciones concluyentes sobre estas diferencias, desde una perspectiva feminista se han propuesto diversas hipótesis para dar cuenta de este fenómeno. Por ejemplo, Verbrugge (1990) ha propuesto que las hipótesis pueden agruparse en cuatro categorías:

1. Exposición diferencial a los riesgos. Debido a la forma en que hombres y mujeres son socializados, los primeros están más expuestos a accidentes y muertes violentas que las segundas. Las mujeres, a su vez, están más expuestas a los riesgos derivados del contacto con niños y de tensiones emocionales, pero también debido a su proceso de socialización tienen una mayor predisposición para adoptar medidas preventivas y a mantener lazos afectivos más fuertes que los hombres.
2. Factores psicosociales. Esto es, las mujeres están mejor orientadas que los hombres a percibir los síntomas de una enfermedad, a evaluarlos y,

en su caso, a adoptar el papel del enfermo, así como a cumplir más estrictamente con el tratamiento médico.

3. Sesgo sexista de parte de la medicina, que tienden a ver en la mujer a una persona más "frágil" que el hombre, y por lo tanto más predispuesta a enfermar física o psicológicamente; de acuerdo a esta hipótesis, los médicos diagnostican enfermedad más fácilmente en las mujeres que en los hombres.
4. Diferencias de orden biológico, esto es, diferencias debidas a una diferencial composición genética de las mujeres y los hombres. En relación a esta hipótesis, sin embargo, la evidencia es muy escasa, de manera que desde una perspectiva feminista las hipótesis relevantes son las tres primeras.

Otros factores de género imbricados en la desventaja de supervivencia masculina, alrededor de causas cuya evitabilidad está ligada a comportamientos de riesgo culturalmente considerados masculinos, particularmente en ciertos grupos sociales. Esta sobremortalidad masculina alcanza proporciones dramáticas (5 a 50 veces mayores) en relación con accidentes, violencias, suicidios y conflictos armados, y es también notable con respecto a cáncer del pulmón, cirrosis hepática y SIDA (Gómez .2001)

La ventaja de supervivencia no equivale necesariamente a una mejor salud. Por el contrario, la evidencia empírica indica que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que el varón a lo largo del ciclo vital, morbilidad que se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos, en mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales, y en niveles más altos de discapacidad en el corto y en el largo plazo (Verbrugg et al 1990)

Consideramos específicamente la situación en nuestro país y encontramos que la esperanza de vida, se establece en el año 2011 en 84,82 años para las mujeres y para los varones en 78,87, es decir que la de las mujeres supera en algo más de cinco años a la de los hombres.

Estas cifras rompen la tendencia creciente de casi 50 años, ya que en el año 2010 era para las mujeres de 84,91 años y para los hombres de 78,94,

por lo que es preciso establecer alguna alerta, por si esa tendencia a la baja se afianza o es meramente coyuntural (INE 2012)

Sin embargo los años de vida saludable que esperan a la población española después de cumplir los 65 años son más para los hombres que para las mujeres (INE 2010) (Tabla 8)

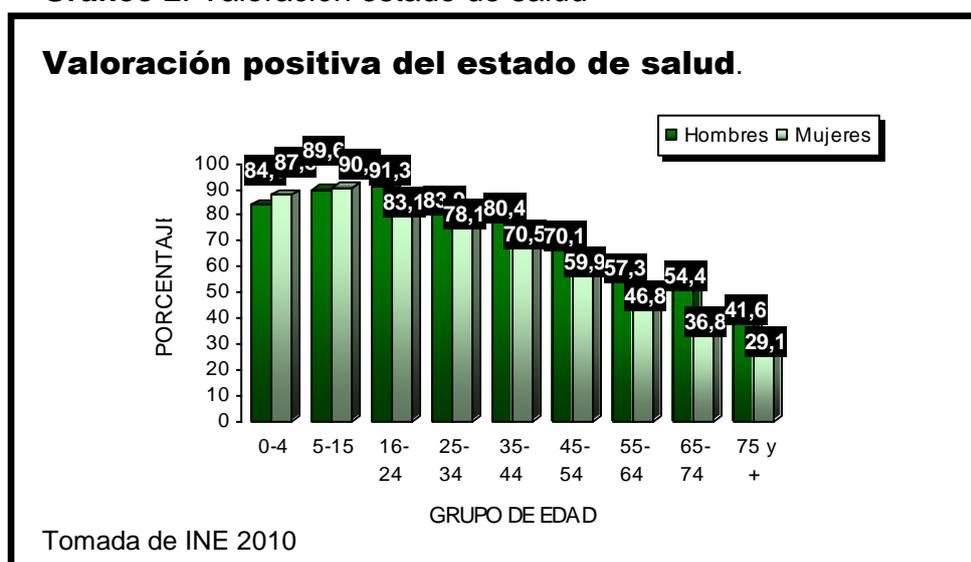
Tabla 8: Esperanza de vida en buena salud.

	Al nacimiento		A los 65 años	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1996	65,1	68,4	10,6	11,0
1997	65,5	68,2	10,6	11,3
1998	65,2	68,2	10,5	11,4
1999	65,6	69,5	11,0	12,2
2000	66,5	69,3	11,4	12,2
2001	66,0	69,2	10,7	11,8
2002	66,6	69,9	11,2	12,4
2003	66,8	70,2	11,3	12,5
2004*	62,5	62,5	9,7	9,5
2005	63,2	63,1	9,6	9,1
2006	63,7	63,3	9,9	9,4
2007	63,2	62,9	10,3	10,0

Tomada de INE 2012

Del mismo modo las mujeres valoran peor su estado de salud en casi todas las franjas de edad como podemos ver el Grafico 2.

Gráfico 2: Valoración estado de salud



2.5.2. Causas de enfermedad y muerte prematura

Además de todas las patologías crónicas contempladas en el apartado anterior y las diferencias respecto a la esperanza de vida que acabamos de comentar, existen diferencias reseñables en algunos aspectos del enfermar e incluso del morir a nivel mundial entre mujeres y hombres, entre ellas:

- La mortalidad asociada a la reproducción por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, en algunos países, es el reflejo más claro de la discriminación y el bajo status social de las mujeres. El 99% del medio millón de muertes maternas que se registran cada año se produce en países en desarrollo.
Pese al incremento del uso de anticonceptivos en los últimos 30 años, siguen siendo muchas las necesidades sin atender en todas las regiones. Por ejemplo, en el África subsahariana, una de cada cuatro mujeres que desea espaciar sus embarazos o dejar de tener hijos no utiliza ningún método de planificación familiar.
- VIH/SIDA: Es la principal causa de mortalidad y morbilidad en el mundo entero. Los factores biológicos, la falta de acceso a información y servicios de salud, la vulnerabilidad económica y la relación de poder desigual en las relaciones sexuales exponen especialmente a las mujeres jóvenes al riesgo de contraer la infección por VIH. En la actualidad, las mujeres representan más de la cuarta parte de todos los nuevos casos de VIH/SIDA diagnosticados. Las mujeres de color son las más afectadas por la infección por el VIH y el SIDA. Quinta causa principal de muerte entre todas las mujeres de 35 a 44 años de edad, y la sexta causa principal de muerte entre todas las mujeres de 25 a 34 años de edad (OMS 2009).
- La tuberculosis está a menudo relacionada con la infección por VIH y es la tercera causa más importante de mortalidad entre las mujeres en edad reproductiva de los países de ingresos bajos y a nivel mundial. Asimismo, se sitúa en el quinto lugar a nivel mundial entre las mujeres de 20 a 59 años (OMS 2009).

- La migraña afecta a un 15% de la población femenina frente al 6% de la población masculina, tiene un gran impacto en la calidad de vida y en la productividad de quien la sufre.

Además, es una dolencia que afecta entre los 20 y los 50 años, es decir, en el período de mayor actividad del individuo (Matías-Guiu 2010).

- La artrosis es más frecuente en las mujeres, sobre todo a partir de los 55 años.

De los 17 millones de personas en Europa que padecen artrosis, el 75% son mujeres, y en el caso de la artritis un 72% son mujeres, debiendo considerar que las enfermedades reumáticas producen incapacitación y dependencia por falta de movilidad (Estudio EPISER 2000).

- La enfermedad de Alzheimer: En las mujeres mayor probabilidad de padecerla debido a la esperanza de vida más larga y a que se relaciona con un menor nivel de instrucción y desarrollo cultural. (Moore et al 2004).

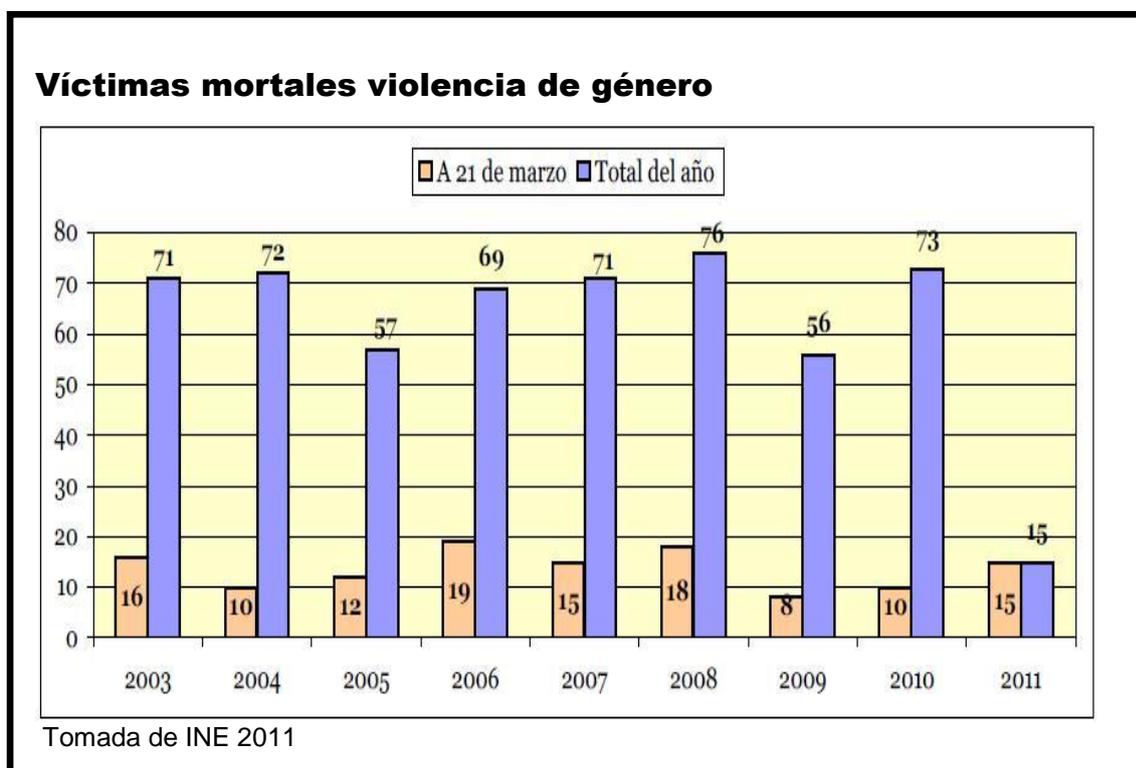
- Violencia: La violencia contra la mujer está generalizada en todo el mundo. El número de mujeres que mueren víctimas de violencia de género no decrece. En España el número de víctimas al año, se sitúa por encima de las 60 mujeres muertas por año, en los últimos 10 años (INE 2011) (Gráfico 3).

Las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales presentan tasas más elevadas de enfermedad mental, embarazo no deseado y aborto, tanto espontáneo como inducido, que las que no han sufrido esos abusos.

La mayoría de las agresiones contra las mujeres son cometidas por varones con los que tienen una relación íntima.

En muchos conflictos se utiliza también cada vez más la violencia sexual como táctica de guerra.

Grafico 3: Víctimas mortales violencia de género



2.5.3. Diferencias en el manejo de recursos, distintas exigencias sociales y diferentes respuestas del sistema de salud a las necesidades de las mujeres

Las diferencias en cuanto a responsabilidades, trabajo, acceso a recursos, información y poder, se reflejan en diferencias y desigualdades en riesgos y vulnerabilidad a la enfermedad y muerte, situación de salud, acceso a medidas preventivas y curativas, carga de enfermedad y calidad de la atención.

La mayoría de las mujeres ejerce actividades no pagadas de cuidados, crianza de hijos o trabajos domésticos (exclusivas o sumadas a otras actividades productivas/ remuneradas) que para la mayoría de las sociedades occidentales son consideradas improductivas. La ausencia de indicadores y la dificultad para crear variables sencillas que reflejen este amplio abanico de tareas complejas es una constante tanto en las estadísticas demográficas y económicas como en las de salud y por lo tanto los efectos en la salud del

trabajo doméstico o de la doble jornada laboral siguen poco estudiados o bien no son considerados.

Los datos siguen hablando de desigualdad en cuanto al reparto de las tareas domésticas; en un análisis realizado por M^a Ángeles Durán, se observa que las mujeres nos ocupamos un 32% más que los hombres del trabajo doméstico, por lo tanto podemos hablar de la doble jornada que realizan muchas mujeres, o expresar la poca valoración y reconocimiento social de aquellas que realizan las tareas domésticas (Durán 2005).

Lo que actualmente se denomina «doble jornada» o «doble presencia», es un esfuerzo de compatibilización que resulta en el desempeño yuxtapuesto de dos jornadas de trabajo, una de trabajo reproductivo, incluyendo las tareas domésticas y de cuidados de las personas dependientes, y otra de trabajo productivo, generando bienes y servicios destinados al mercado (Cruz-Souza 2010).

Según Artacoz (1999), el riesgo de mal estado de salud en las trabajadoras con más de dos hijos en casa era 2,35 veces superior al de las que vivían sólo con su pareja, mientras en hombres no se observaba ninguna relación entre la salud y la carga de trabajo doméstico.

La expresión “desigualdades de salud” tiene en cuenta la situación de doble jornada laboral que, en la mayor parte de los casos, ha de afrontar la mujer trabajadora, y que desemboca en un uso desigual del tiempo entre hombres y mujeres, constituyendo un punto de partida indispensable para calibrar la especificidad del trabajo de la mujer y sus repercusiones inmediatas en la preservación de su salud (Barañano 1992).

A pesar de la dureza del trabajo doméstico, podemos encontrar estudios en los que las mujeres identifican como problemas más importantes los de carácter psicosocial tales como “pensar demasiado” o “preocuparse demasiado”, y los relacionan con su fatiga crónica o sus dificultades para dormir, los dolores de cabeza y los dolores en general. Las mujeres atribuyen estos trastornos a sus roles en el trabajo, su alta carga, su inseguridad económica y su responsabilidad en el cuidado y otras tareas dentro del trabajo reproductivo (Yaa-Avotri et al 1999).

Los rápidos cambios sociales en los últimos años, (cambios en los cánones de belleza, incorporación de la mujer al trabajo, nuevos modelos de familia, etc.) tienen una especial repercusión en la vida de las mujeres, con gran incidencia sobre sus hábitos de vida, derivados de la demanda exigente respecto al trabajo que llevan a cabo, dentro y fuera de la casa y al mismo tiempo al alto grado de exigencia respecto a la imagen y a los cánones de belleza actuales, muchas veces alejados de las mujeres reales.

A veces esta exigencia es demasiado cuya consecuencia ha derivado en un tipo de estrés conocido como el "síndrome de la superwoman" (Nicholson P 2002).

Las mujeres afectadas por el síndrome de Superwoman son aquellas que quieren, puedan o no, hacerlo absolutamente todo por sí mismas. Veinticuatro horas al día para cumplir a la perfección, sin margen de error, más de lo que se espera de ellas, arrastradas por una nueva sociedad más competitiva y exigente, en la que la mujer ha sido empujada a asumir, casi de golpe, que es capaz de alcanzar el éxito profesional, mientras que todavía depende de ella la organización del hogar. Lo hacen todo desde que se levantan temprano por la mañana hasta que se meten rendidas en la cama por la noche, lo que les conduce a padecer una serie de síntomas físicos derivados (Bosqued Lorente 2009).

Como se dice en el libro, El timo de la superwoman, *“Una superwoman es una mula multitarea y sin superpoderes, es una loca estresada y despeinada, que llega a todo como puede, intentando no perder la dignidad y coleccionando manchas de dedos al chocolate en la falda que sólo puede lavarse en la tintorería. Un ser imperfecto, pero real”* (Casademont y Galtés 2010)

En este sentido Betty Friedan autora del libro “La mística de la feminidad” publicado en Estados Unidos en 1963, y en España en 1965 y reeditado de nuevo en 2009, ya reflejó sobre el papel su angustia oculta, su rabia ante una sociedad que engaña y explota a las mujeres. La mística femenina no es más que una forma de la sociedad de embaucar a las mujeres, vendiéndoles una serie de bienes que las dejan vacías, padeciendo “el

problema que no tiene nombre” y buscando una solución en los tranquilizantes y el psicoanálisis (Friedan 1963).

“El problema que no tiene nombre ,un vago deseo indefinido de “algo más” que lavar platos, planchar y castigar o premiar a los niños, esa insatisfacción compartida por millones de mujeres, que aun estando conformes con el papel femenino libremente aceptado de ser buenas esposas y mejores madres, se preguntan ¿quién soy? y no encuentran una respuesta satisfactoria. Ser esposa, madre, criada, enfermera, alma de la casa... no basta para que la mujer se realice como persona”. (Friedan 1963).

Por eso para Betty Friedan el trabajo adquiere una consideración distinta, no es únicamente la vía para obtener la libertad económica sino el camino hacia la realización personal.

Hoy, muchos años después, las mujeres ya no se definen solamente como madres o amas de casa, sin embargo, el acceso al mundo laboral no les ha dado libertad, las ha hecho más esclavas. *“Tenemos un empleo a veces peor remunerado que el de los hombres, gastamos la mitad del salario en transporte, en guardería, no disponemos de un minuto de asueto... Intentamos compaginar la vida laboral, familiar y personal, pero seguimos sin tiempo para nosotras porque cuando toca hacer concesiones para mantener el equilibrio, el sacrificio recae siempre en la faceta individual, algo que limita y condiciona nuestra capacidad para sentirnos personas”* (Dubón 2006).

El análisis del papel de las mujeres , no sólo en relación con la moda o la imagen, sino por el cambio social que se produce a partir de su incorporación masiva al mundo laboral, nos puede llevar también a concluir que la ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (papel tradicionalmente atribuido a la madre) así como la desaparición del hábito de comer en familia o la supresión de la merienda y la cena se destacan como factores que pueden conducir a una dieta errónea (Corti 2005).

Por otra parte ante la aparición de problemas de salud en las mujeres, en un contexto social como el nuestro el sistema de salud debería responder sin desigualdades, y para conseguirlo es necesario considerar que, como refiere Borrell (2010), las desigualdades en salud están determinadas por el

contexto socioeconómico y político, y dentro de él la estructura social que determina jerarquías de poder en las que no entran, aún, las mujeres en igualdad.

Sen y Östlin (2007) incluyen como determinantes de desigualdad en la respuesta de los sistemas de salud a los problemas sanitarios de las mujeres, los sesgos en la investigación que cronifican las desigualdades.

La discriminación por género es una realidad objetivable en la atención sanitaria. En un estudio basado en los datos de la encuesta nacional de salud de 2006, se cuantifica que el sexismo percibido por las mujeres de 20 a 64 años en España es del 3,4% (Borrell 2010).

Para garantizar que mujeres y hombres gocen de idénticas oportunidades de disfrutar de equidad sanitaria y del mejor estado de salud que les sea posible alcanzar, es preciso que el sector de la salud entienda realmente que son distintos desde el doble punto de vista del sexo y el género (Conferencia de Beijing 2000).

A partir de la intención expresa en Pekín y durante las últimas décadas parece que el panorama tiende a cambiar, se están realizando más investigaciones clínicas y desarrollando más programas de prevención específicamente dirigidos a las mujeres, incluso se recogen estos aspectos en la ley, concretamente el artículo 20 de la Ley orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres de 15 de marzo de 2007, en nuestro país que marca que:

- Se deberá incluir sistemáticamente la variable de sexo en las estadísticas, las encuestas, la recogida de datos que se lleven a cabo; además, se deberán diseñar e incluir nuevos indicadores que permitan conocer mejor *“las diferencias en los valores, roles, situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, su manifestación e interacción en la realidad que se vaya a analizar”*.
- Las encuestas y los estudios han de tener un tamaño muestral suficientemente amplio como para que se pueda realizar el análisis de las variables incluidas por sexo.

- Sólo excepcionalmente, y mediante informe motivado y aprobado por el órgano competente, podrá justificarse el incumplimiento de alguna de las obligaciones anteriormente especificadas.

En relación con este tema, se lleva a cabo en este momento, por el Instituto Superior de Investigaciones Científicas financiado por el Instituto de la mujer un estudio que tiene el objetivo de identificar la producción científica sobre salud y mujer llevada a cabo en España desde 1990 denominado Análisis de la producción científica en salud y mujer en España, cuyo propósito es desarrollar un análisis bibliométrico que identifique qué temas, qué instituciones, qué regiones, en qué revistas, en qué años se dedican más esfuerzos a producir artículos, estudios, ensayos, tesis, etc. relacionados con la salud de la mujer.

2.5.4. Formación en salud

¿Son los y las profesionales sanitarios responsables del problema de la inequidad en salud? ¿Están formados para afrontar al problema?

Abordar la formación continuada de los profesionales sanitarios en género y salud, en la que tendríamos que afrontar no sólo los contenidos docentes, sino también cómo se imparte esa docencia y si recibe feed-back de la asistencia y de la realidad social, puede contribuir a visibilizar los problemas de salud de las mujeres. Formar con perspectiva de género a los profesionales sanitarios no es sólo en aspectos clínicos, sino en cuanto a reflexionar sobre las propias actitudes y creencias sobre el poder, el abuso, la sexualidad o las expectativas del comportamiento según el género.

En el ámbito universitario español, existen desde hace años en algunas universidades y en algunas titulaciones asignaturas optativas y algún reciente título, relacionados con género y salud, cuya existencia y desarrollo se debe sobre todo al esfuerzo individual de profesoras y profesores conscientes de la necesidad de ofrecer a los futuros profesionales de la salud alguna formación en este campo.

La declaración mundial de la educación superior en el siglo XXI (UNESCO 1998), señala que la universidad tiene la misión de:

- a. Establecer un sistema de educación superior equitativo y no discriminatorio, fundado en el principio del mérito.
- b. Eliminar todos los estereotipos fundados en el género en la educación superior.
- c. Tener en cuenta el punto de vista del género en las distintas disciplinas.
- d. Consolidar la participación cualitativa de las mujeres en todos los niveles y las disciplinas en que están insuficientemente representadas.
- e. Incrementar su participación activa en la adopción de decisiones.
- f. Responder a las demandas sociales con innovaciones y pertinencia en el diseño de prácticas educativas vinculadas con comportamientos y cambios sociales.

El propio Observatorio de Salud de la Mujer, del Ministerio de Sanidad y Consumo remarca la necesidad de aprovechar la coyuntura de cambio presente en la universidad española y europea en general, para adaptarse al Espacio Europeo de Educación Superior y de Investigación para compensar esa acusada carencia de programas formativos sobre salud con una perspectiva de género; una formación que incluya un enfoque eminentemente interdisciplinar.

La perspectiva de género necesita del compromiso en la formación que se encamine a lograr la modificación de la condición y posición de las mujeres para lograr un sistema equitativo, justo y solidario.

Por otra parte ¿Están las propias mujeres preparadas para cuidar de su salud? ¿Sólo de su salud? ¿Son capaces de demandar lo que precisan al sistema sanitario?.

Si reflexionamos sobre la formación de las propias mujeres respecto a su salud, algunos estudios españoles revisados (García Padilla y Contreras Martín 1997) muestran que los conocimientos que las mujeres poseen sobre hábitos de salud, son incompletos o están poco fundamentados.

Las mujeres ejercen el rol de cuidadoras, pues sobre ellas recae la responsabilidad de atender a personas enfermas crónicas, dependientes y solucionar, buscando la asistencia sanitaria si fuera necesario, los problemas de salud de todos los miembros de la familia en el día a día.

Con frecuencia ocurre que, como consecuencia, las mujeres cuidan menos de su salud personal, porque no tienen tiempo, y además en el desempeño del rol de cuidadoras, si no saben cómo dispensar adecuadamente determinados cuidados (mover personas encamadas etc.), puede repercutir de un modo negativo en la propia salud de la cuidadora.

Así por ejemplo, los dolores de espalda y cervicales son muy frecuentes en las mujeres, pero a diferencia de los hombres, estos dolores no se desarrollan en el ámbito laboral (con las prestaciones sociales que eso supone) sino que se desarrollan en la unidad de convivencia sin dar lugar a prestaciones o que sean contabilizados por estadísticas oficiales.

Hay programas de promoción de la salud, que se dirigen a las mujeres, pero no como beneficiarias directas, sino como intermediarias: cuidadoras de personas enfermas o dependientes que basan el éxito de la intervención en la recepción y asimilación que de esta harán las mujeres (dietas equilibradas para la prevención de enfermedades, calendario de vacunaciones, etc.) por las consecuencias en salud general de la población.

Los conocimientos que las mujeres necesitan deben ser enfocados a generar actitudes y comportamientos saludables y a capacitarla para desarrollar prácticas de autocuidados preventivos y de mejora de su salud y en este sentido no podemos olvidar que la ausencia de hábitos alimentarios adecuados es uno de los factores predisponentes para padecer enfermedades de distinta índole (Peña Arrebola 1996).

El desconocimiento y la desorientación que muchas veces experimentan es, con toda probabilidad es uno de los factores que más influyen en el déficit de autocuidados que se aprecia. (García Padilla 1997)

Para reducir las desigualdades en salud a través de la formación debemos atender a:

- Evaluar el rol de las mujeres como cuidadoras informales. En función del impacto que produce, el tiempo reservado a esas tareas, el impacto de esos cuidados en la salud de las propias mujeres, y en su vida personal, social y laboral.
- Evaluar el impacto de compaginar el trabajo productivo y reproductivo (doble jornada).
- Proporcionar información desde la perspectiva sanitaria para la mejora de las iniciativas tendentes a compatibilizar el derecho a la salud, con el desarrollo de la vida familiar, personal y laboral.
- Promover medidas educativas para la reducción de las inequidades de género que prevengan y reduzcan los daños ligados a la salud y al género.
- Identificar sesgos de género en la prestación de servicios públicos y privados de salud para reducir las desigualdades en la asistencia sanitaria (diagnóstico y tratamiento) ligados al género.
- Difundir entre el personal sanitario información y datos sobre el efecto diferencial del rol de género en los procesos de enfermedad, en las conductas de riesgo, prácticas preventivas y correctoras ligadas al género

Lograr la equidad de género en salud implica eliminar injustas desigualdades generadoras de perjuicios, entre mujeres y hombres , que se traduciría, por tanto, en la minimización de disparidades evitables en la salud, y sus determinantes.

OBJETIVOS

3. Objetivos

1. Conocer el patrón de consumo alimentario predominante en las mujeres de 40 a 60 años de Valladolid.
 - a. Determinar el consumo medio expresado en gramos día de los distintos alimentos estructurados por grupo.
 - b. Concretar la adecuación a recomendaciones alimentarias de acuerdo a guías e Índice de alimentación saludable.
2. Establecer los valores medios de ingesta de energía y nutriente.
3. Identificar y catalogar el tipo de actividad física realizada en el trabajo y en el tiempo libre.
4. Comprobar el cumplimiento de objetivos nutricionales.
5. Describir aspectos moduladores de la conducta alimentaria.
 - a. Constatar responsabilidad y papel de la mujer en la alimentación familiar.
 - b. Valorar IMC estimado, peso corporal deseado y preocupación por el peso.
 - c. Establecer la percepción de la propia imagen corporal.
 - d. Considerar motivos a la hora de decidir la alimentación.
 - e. Precisar conocimientos sobre alimentación e interés por la formación en el tema.

Metodología

4. Metodología

4.1. Planteamiento del problema

Las posibilidades para la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud se incrementen cada día. Al mismo tiempo, como ya hemos visto, cada vez se consideran de mayor importancia la alimentación y la actividad física y parece que existen evidencias suficientes que avalan que una buen hábito alimentario y de actividad contribuyen de una forma definitiva a una buena salud.

El objetivo del presente trabajo de investigación es conocer los hábitos alimentarios y de actividad física de las mujeres adultas de edades comprendidas entre 40 y 60 años de la ciudad de Valladolid, sobre los que no podemos formular ninguna hipótesis, así como los principales factores que influyen en ellos, con el fin de que el conocimiento de la situación pueda contribuir a estimular la adopción de medidas educacionales favorables a la promoción de hábitos saludables.

En Educación para la Salud es imprescindible el conocimiento de la realidad de la población diana. Es por ello que el conocimiento de la ingesta y hábitos alimentarios de cada población, no solamente desde el punto de vista nutricional sino también psicológico y conductual, es muy relevante, ya que proporciona datos para planificar programas de intervención.

Hay que señalar que a pesar de que la alimentación es individual los factores determinantes son de origen psicológico, social, cultural y económico, lo que da origen a una variabilidad entre las poblaciones, por lo que se hace necesario conocer estos aspectos en la muestra del presente estudio.

Dentro de los factores socioculturales y psicológicos que condicionan el modo de alimentarse se encuentran los asociados a la autoimagen (Ramos et al 2003) o la publicidad, la imitación o la moda, los cuales promueven tendencias alimentarias no siempre adecuadas a una vida saludable, que merece la pena ser estudiados para actuar consecuentemente.

Valorar hábitos alimentarios y sus condicionantes, permitirá aportar información sobre factores de riesgo en la aparición de alteraciones en la salud de las mujeres adultas, colectivo poco estudiado en la investigación precedente.

4.2. Muestra

El estudio se encuadra en el ámbito urbano de Valladolid.

Valladolid es una ciudad española situada en el noroeste de España y de la Península Ibérica, capital de la provincia homónima, y sede de las Cortes y la Junta de la Comunidad autónoma de Castilla y León. Cuenta, según los datos del padrón de 2011, con 313.437 habitantes, siendo el decimotercer municipio más poblado de España y el primero de todo el noroeste español (INE 2011).

Consultadas las cifras de población referidas al 01/01/2011 (Tabla 9) según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en España hay un total de 23.628.819 de mujeres, de las cuales 1.291.501 se encuentran en Castilla y León, y 166.294 en la ciudad de Valladolid ,lo que supone un porcentaje a nivel nacional del 50,5% y nivel autonómico del 50,3 %, y local del 52,3 % es decir en todos los casos ambos casos más de la mitad de la población, de entre ellas las comprendidas entre los 40 y 59 años representan el 48,55 de la población ,es decir en Valladolid 80.735 mujeres.

Tabla 9: Población en número de habitantes totales

Población 01/01/2011	
Valladolid	313.437
Provincia de Valladolid	534.874
Castilla y León	2.558.463
España	47.190.493

De los 313.437 habitantes de Valladolid, 165.661 son mujeres.

La población universo, entendida como el conjunto de todos los individuos, objetos, procesos o sucesos homogéneos que constituyen el objeto de interés (Moráguez, 2006) está constituida por todas las mujeres vallisoletanas adultas, con edades comprendidas entre los 40 y 60 años, que suponen un total de 38.455.

Partiendo de los datos globales de población, se procede a una estratificación por sexo y edad, obteniéndose como dato el total de la población diana o universo: 38.455 mujeres entre 40 y 60 años de edad.

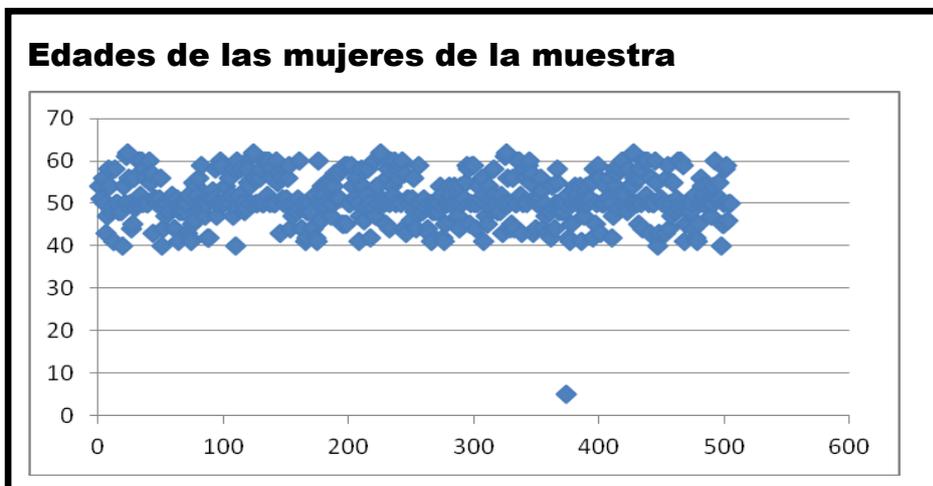
De la población universo, a través de un muestreo aleatorio simple, que otorga la misma probabilidad de ser elegidos a todos los elementos de la población, se selecciona una muestra proporcional y a la vez representativa de 500 mujeres para ser encuestadas.

Con esta muestra tenemos asegurado cometer un error no superior al 5% en la peor de las situaciones, cuando el porcentaje a estimar sea del 50%. Si el porcentaje es inferior a 10% nuestro error de estimación será inferior al 3%.

Características finales de la muestra:

- Sexo: El 100% de la muestra son mujeres.
- Edad: Se sitúa en un rango entre 40 y 60 años. Media: 51,16 años, con la dispersión que se muestra en el gráfico 4, y una desviación típica de 4,65.

Gráfico 4: Dispersión edades mujeres de la muestra



- Localización geográfica: Ámbito urbano de la ciudad de Valladolid.
- Representación de los 14 distritos postales de la ciudad.
- Selección aleatoria representativa de la zona adjudicada, llevada a cabo por cada entrevistador.
- Encuestas realizadas en el domicilio de las entrevistadas.

En la presentación de la encuesta se hace hincapié verbalmente en la participación voluntaria y en la confidencialidad y anonimato de los datos que se obtienen.

Criterios de inclusión:

- Mujeres sanas de entre 40 y 60 años.
- Residentes en Valladolid capital.

Criterios de exclusión:

- Enfermedades intercurrentes que obliguen a un tratamiento dietético especial pautado por el médico.
- Negativa a participar en el estudio.

4.3. Diseño de la investigación

Se trata de un estudio descriptivo transversal, que como diseño observacional, descriptivo y analítico, trata de medir características de la alimentación, comportamiento alimentario y ejercicio físico de la muestra en un momento dado de tiempo.

Consideramos este diseño como el más adecuado, ya que lo que se pretende es describir variables relacionadas con hábitos de consumo de alimentos y patrones de distribución.

Los estudios transversales han sido ampliamente aplicados en este ámbito del conocimiento, en España, en los últimos años, llevándose a cabo distintos trabajos desde los años 60 (Encuestas de Presupuestos Familiares en España), en ámbitos geográficos distintos, nacionales, regionales o autonómicos y locales. Así mismo se han llevado a cabo estudios de este tipo

en el resto de resto de Europa, (Dinamarca, Austria, Reino Unido, etc.) y que recogen Serra y Aranceta (2006).

Un buen ejemplo a considerar es el Panel de Consumo Alimentario, realizado por el Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino (antes MAPA), desde hace más de 20 años, con el fin de realizar un seguimiento integral de la alimentación española, basado en encuestas efectuadas entre los consumidores, permite disponer de datos al respecto desde el año 2003 al 2009, incluso desagregados por comunidades autónomas, representa un herramienta excelente para conocer mejor el estado de la alimentación en nuestro país, proporciona información fiable sobre el estado nutricional, sirve para identificar patrones dietéticos, estudiar la evolución de la alimentación y los puntos fuertes y débiles de la misma.

Los últimos datos de que se dispone pertenecientes al consumo del año 2009, son recopilados y utilizados por Varela Moreiras et col. y dan lugar a la publicación del propio Ministerio, denominada: Valoración de la Dieta Española de acuerdo al Panel de Consumo Alimentario,

Más recientemente, en marzo del año 2011, se han presentado los resultados de la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética en España (ENIDE), llevada a cabo por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), organismo dependiente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, que es la primera de estas características que se realiza en el conjunto de España. La actualidad de este estudio hace que sea uno de los elegidos a la hora de realizar la discusión de los resultados obtenidos.

4.4. Instrumento de recogida de datos

Cuadernillo que contiene: (Anexos)

Anexo 8.1: Introducción previa con instrucciones

Anexo 8.2: Identificación de la entrevista.

Anexo 8.3: Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA).

Anexo 8.4: Cuestionario de actividad física.

Anexo 8.5: Cuestionario de conducta alimentaria.

Los describimos a continuación

Introducción previa con instrucciones

Se detalla el modo correcto de responder a los ítems que se plantean.

Identificación de la entrevista

En este apartado aparecen el nombre y apellidos de la mujer encuestada, la fecha de nacimiento, edad, y un teléfono de contacto de tal modo que en caso de dudas a la hora de analizar los datos, se pudiese contrastar la información.

También se adjudica un código a cada entrevista.

Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA)

Elegimos este instrumento porque es el método directo de estimación de la ingesta alimentaria individual que tiene el formato más estructurado, siendo ampliamente utilizado en el terreno epidemiológico (Willet 1998). En términos prácticos, la persona encuestada responde el número de veces que, como promedio, ha ingerido un alimento determinado durante un período de tiempo en el pasado, contestando así a un cuestionario diseñado a tal efecto.

Dicho cuestionario se articula en tres ejes fundamentales:

- Lista de alimentos clara, concisa, estructurada y organizada de forma sistemática.
- Frecuencias de consumo en unidades de tiempo, preguntando por "frecuencia de consumo de alimentos en el año precedente" con respuestas semiabiertas que permite más flexibilidad si se utiliza bien, pudiendo llegar a minimizar los errores de clasificación que han sido identificados en los cuestionarios con respuestas cerradas en investigaciones epidemiológicas, con una porción estándar (única o con alternativas) establecida como punto de referencia para cada alimento (Tylavsky 1995).
- Tamaños y porciones del alimento preguntado, partiendo de una sola ración o porción de referencia, que no es más que la porción media estándar consumida habitualmente por la población donde se va a aplicar el cuestionario (Gorgojo et al 2007).

Es decir, que el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos constituye, un método directo de estimación de la ingesta alimentaria de un individuo a partir de un formato estructurado. y posee una serie de ventajas que nos hacen decantarnos por él como sistema de recogida de datos.

Las ventajas principales del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos ,son la rapidez y eficiencia para determinar el consumo habitual de alimentos durante un periodo de tiempo en un estudio epidemiológico poblacional, la constatación de que su uso no altera el patrón de consumo habitual, y muy especialmente la capacidad de clasificar individuos en categorías de consumo .Además, están las ventajas prácticas tales como el ofrecer instrumentos relativamente baratos y sin gran complejidad a la hora de su utilización, el no requerir entrevistadores particularmente adiestrados, y el hecho de que son particularmente viables a la hora de su tratamiento informático. Esto es así por su carácter estructurado y fácilmente codificable (Gorgojo et al 2007).

Desde el punto de vista de sus limitaciones podemos citar la limitada validez en la estimación de la ingesta en el caso de individuos, o de grupos poblacionales, con patrones dietéticos muy diferentes de los alimentos considerados en la lista, además requiere memoria de los hábitos alimentarios pretéritos, y puede estar sesgado por la conciencia preferente de la dieta actual. Por último, citemos el hecho de la escasa precisión que en ocasiones se puede presentar en la estimación y cuantificación de las porciones de alimentos (Martínez et al 2002)

La realidad es que la utilización de este método está muy consolidada, y algunas de las limitaciones pueden ser minimizadas si las respuestas son revisadas por nutricionistas o profesionales con la necesaria cualificación (Caan et al 1999), aspecto que se debe tener en cuenta de cara al adecuado diseño y adaptación del método. (Martin Moreno 2007)

En definitiva el Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos es una herramienta útil, siempre y cuando su utilización responda a un diseño cuidadoso, validado y a una oportuna planificación de los aspectos prácticos de su aplicación, a la población objeto de análisis.

Por lo tanto, utilizamos un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, validado, (Martin Moreno et al 1999) cualitativo y semicuantitativo que incluye, una lista cerrada de 130 alimentos agrupados en 11 apartados, en los que se preguntó con qué frecuencia (diaria, semanal, mensual o anual) se consumían los mismos teniendo en cuenta la ración estándar especificada en cada uno de ellos. Todas las preguntas se refieren al año anterior a la entrevista.

Los 11 apartados en los que se estructura el cuestionario, se detallan a continuación:

- I. Lácteos: Se incluyen en este grupo: distintos tipos de leche, distintos tipos de yogur, distintos tipos de queso, flanes, natillas, helados y otros lácteos.
- II. Huevos, carnes, pescados: Huevos, pollo, pavo, ternera, vaca, cerdo, jamón, embutidos, hígado, vísceras, pescados, pulpo, calamar, sepia, y mariscos.
- III. Vegetales: Todas las verduras y hortalizas, ya fuesen crudas o cocidas: lechuga-ensaladas, verduras cocidas, tomate, cebollas, pimiento, zanahoria y otras hortalizas. También se han incluido las patatas tanto fritas como cocidas o asadas.
- IV. Frutas: Frutas frescas (manzanas, plátanos, peras, cítricos, etc), en almíbar, en su jugo, frutas desecadas (dátiles, uvas pasas, etc.) y frutos secos (cacahuetes, almendras, avellanas, etc.).
- V. Legumbres: Lentejas, garbanzos, alubias, guisantes.
- VI. Cereales: Pan blanco, pan integral y otros, pasta, arroz, cereales de desayuno, etc.
- VII. Grasas y aceites: Aceite de oliva, otros aceites vegetales, mantequilla, margarina y manteca de cerdo.
- VIII. Dulces y pasteles: Galletas, pastelería, bollería, chocolate, y dulces navideños.
- IX. Bebidas: Con alcohol (cerveza, vino, licores, destilados) y sin alcohol (refrescos carbonatados con y sin azúcar), zumos de frutas naturales o envasados y café.

- X. Precocinados: Palitos de merluza, empanadillas y croquetas elaboradas, sopas y cremas de sobre, etc.
- XI. Miscelánea: Especies, salsas y condimentos como: sal, mostaza, salsa de tomate, azúcar, miel y mermeladas.

Cuestionario de actividad física

Cuestionario de actividad física de diseño propio, simplificado a partir del Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ) desarrollado por la OMS (2008) para la vigilancia de la actividad física en los países, en el que se valora de una manera general la actividad en el trabajo y en el ocio. Se trata de un cuestionario cerrado donde marcar una de las opciones en cada apartado.

a. Respecto al trabajo se diferencia entre :

- Trabajo sentada con poca opción de movimiento.
- Trabaja sentada con movimiento leve alrededor.
- Trabaja de pie.
- Trabajo manual con esfuerzo físico.

b. Respecto al ocio se preguntó:

- Ocio con actividades leve, no vigorosas.
- Ocio con actividad vigorosa 3 o más veces por semana.
- Ocio altamente activo (diario, entrenamiento o de competición).

Además se consideró una opción más; “en silla o en cama”, para aquellas mujeres que por cualquier razón no tienen apenas movilidad.

Cuestionario de valoración de aspectos moduladores del comportamiento alimentario

El cuestionario, de diseño propio, contiene variables socioeconómicas, demográficas, antropométricas y algunas más relacionadas con actitudes y estilos de vida, tomando aspectos del cuestionario de imagen corporal de Cooper et al (1987) y del cuestionario de actitud ante los alimentos de Gardner et al (1982,), a los que se añaden otros que nos han resultado de interés.

En los ítems se recoge:

- Nivel de estudios y trabajo.
- Responsabilidad en la alimentación familiar, compra y cocina.

- Consideraciones a la hora de decidir la alimentación, la compra y elaboración del menú.
- Comidas fuera de casa.
- Consideración propia respecto al nivel de conocimientos en alimentación.
- Estimación respecto a talla y peso, así como peso deseado.
- Preocupación por el peso corporal y sus causas.
- Interés en perder peso.
- Percepción de la imagen corporal estimada según modelos.
- Picoteo y dietas.
- Consideraciones respecto a su propia alimentación.
- Interés por la formación en temas de alimentación.

4.5. Entrevistadores

La selección de entrevistadores se realizó entre los alumnos de segundo curso de la Diplomatura de Enfermería, se seleccionaron 20 de entre los que solicitaron participar, en función de su interés y disponibilidad y a los que, partiendo de sus conocimientos previos, se incrementó su formación respecto a hábitos alimentarios, valoración nutricional, motivación, y otros aspectos relacionados con el ámbito de este trabajo, y se les instruyó en todos aquellos aspectos relevantes para una buena recogida de datos a través de la entrevista.

Cada entrevistador se ocupó de realizar 25 encuestas, y se llevaron a cabo reuniones periódicas para comprobar y verificar los datos así como corregir errores, revisar el ritmo y las dificultades del trabajo.

4.6. Procesado de datos

Una vez finalizado el trabajo de campo, se procedió a la grabación, depuración y preparación de los datos obtenidos, para así poder realizar el análisis deseado.

En primer lugar los alimentos consumidos fueron tabulados en g/día.

Posteriormente y con una base de datos relacional diseñada en Access se procedió al cálculo de las distintas variables, que reseñamos más tarde y que son esclarecedoras de la alimentación, nutrición, actividad física y comportamiento en relación con la alimentación y que se resumen porcentajes, medias, desviaciones típicas y percentiles según los casos.

Para cuantificar la ingesta de nutrientes, obtenidos a partir del consumo de alimentos son necesarias las tablas de composición de alimentos, y de entre las publicadas en España, que son múltiples, utilizamos la tabla de Ortega Anta et col: La composición de los Alimentos. Herramienta básica para la valoración nutricional, editada en 2008, por ser la publicada más recientemente, y que se adapta a la necesidad de nuestro estudio, ya que contiene los alimentos que aparecen en el CFC aplicado.

De ella se extrajo una tabla resumen, en la que se recogen únicamente los alimentos 130 alimentos contenidos en el Cuestionario de Frecuencia de Consumo que hemos empleado.

4.7. Descripción de variables

Las variables elegidas representan adecuadamente los aspectos que se intenta estudiar, es decir la alimentación, nutrición, nivel de actividad física y condicionantes del comportamiento alimentario en el grupo de mujeres que constituye la muestra, con el fin de conseguir dar respuesta a los objetivos que se plantean en la investigación.

4.7.1. Evaluación de la alimentación y nutrición

4.7.1.1. Consumo en gramos/día de alimentos

Para obtener la cantidad promedio de ingesta diaria de un alimento se convirtió la frecuencia de consumo a su equivalente en unidades/día. A

continuación, se multiplicó por la cantidad de alimento de cada ración expresada en gramos y se obtuvo la cantidad diaria de gramos consumidos.

La obtención de estos datos permite cuantificar la ingesta, transformar los resultados en nutrientes y comparar con recomendaciones

4.7.1.2. Consumo de alimentos en raciones y adecuación a recomendaciones alimentarias

Las unidades de consumo habitual pueden venir expresadas de tres modos distintos:

- como medidas caseras (cucharadas, vasos, etc.),
- como porciones o raciones típicas o medias (ración de pasta, arroz, etc.),
- como unidades convencionales (1 yogur, 1 rebanada de pan, 1 caña de cerveza, etc.).

Pero, ¿qué cantidad equivale a una ración? Es la pregunta obligada para comprobar si la alimentación es acorde con las raciones diarias de alimentos recomendadas en nutrición. El concepto de "ración recomendada" puede parecer ambiguo si se atiende a la definición consensuada como "la cantidad habitual de estos alimentos que suele consumirse".

Para despejar la duda y dar cabida a las diferentes porciones de alimentos que, combinadas de forma acertada, cubran las necesidades energéticas y nutricionales de cada individuo según el sexo, edad, actividad física y etapa de la vida, se ha establecido un peso medio para cada ración.

Así, la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) desarrolló un documento de consenso sobre "raciones de alimentos recomendadas para adultos" en el año 2004 y las raciones quedaron plasmadas en la "Guía de la alimentación saludable". Se expresan en peso por ración y en medidas caseras que podemos ver en la Tabla 9.

Tabla 9: Raciones de alimentos recomendadas para adultos

Grupo de alimentos	Peso por ración (en crudo y neto)	Medidas caseras	Frecuencia recomendada
Pan, cereales, arroz, pasta, patatas	40-60 g pan 60-80 g pasta, arroz (180-240 g en cocido) 150-200 g patatas	3-4 rebanadas o un panecillo 1 plato normal 1 patata grande o 2 pequeñas	4-6 raciones/día
Leche y derivados	200-250 ml leche 125 g de yogur 40-60 g queso curado 70 g queso fresco	1 vaso/taza de leche 1 yogur 2-3 lonchas queso 1 porción individual	2-4 raciones/día
Verduras y hortalizas	150-200 g	1 plato ensalada variada 1 plato verdura cocida 1 tomate grande, 2 zanahorias	Mínimo 2 raciones/día
Frutas	120-200 g	1 pieza mediana 1 taza de cerezas, fresas 2 rodajas de melón, sandía	Mínimo 3 raciones/día
Aceite de oliva	10 ml	1 cucharada sopera	3-6 raciones/día
Legumbres	60-80 g (120-160 g en cocido)	1 plato normal	2-4 raciones/semana
Frutos secos	20-30 g	1 puñado	3-7 raciones/semana
Pescados y mariscos	125-150 g	1 filete, 2 ruedas	3-4 raciones/semana
Carnes magras, aves	100-125 g	1 filete pequeño 1 cuarto de pollo, de conejo	3-4 raciones/semana. Alternar su consumo
Huevos	Mediano (53-63 g)	1-2 huevos	3-4 raciones/semana
Carnes grasas y embutidos	-	-	Ocasional y moderado
Dulces, snacks, refrescos	-	-	Ocasional y moderado
Margarina, mantequilla, bollería	-	-	Ocasional y moderado

Tomada de SENC 2004

En esta guía vemos que el peso por ración, en muchos casos no es una cantidad concreta de gramos de alimentos, sino un intervalo posible, y en relación con las medidas caseras que se emplean en la tabla de la SENC, en los años que han transcurrido desde esta propuesta (2004) las cosas en el mercado y la industria alimentaria han cambiado, ya que el tamaño de las raciones de los alimentos y de los utensilios de cocina, ya no es uniforme, de modo que, no se puede hablar de un panecillo, ya que los hay de pesos muy diferentes y no están normalizados como tampoco podemos hablar de un yogur, ya que los envases varían en cantidad, o de una taza de leche o un plato de ensalada, porque los tamaños de las piezas de vajilla son diversos y

muy diferentes entre sí, y no se pueden considerar de una manera única respecto a la cantidad de alimento que contienen.

Se utiliza también como complemento en algunos casos, para establecer la periodicidad de las raciones, la Nueva Rueda de los alimentos, (Grafico 5) más actualizada (Martínez Álvarez et al 2007), que nos ayuda, así mismo, a conocer la proporción y la frecuencia de los alimentos en la dieta.

Los alimentos se distribuyen en sectores, que no son del mismo tamaño, de lo que se deduce que los alimentos que se encuentran en las porciones o sectores más grandes (cereales, frutas, verduras), son los que se deben ingerir en mayor cantidad. Si el sector es más pequeño, menor es la ingesta diaria de los alimentos allí representados. Por otra parte, la colocación de los alimentos en cada sector tampoco es casual, ya que si se sitúan en el centro se quiere indicar que cualquiera de ellos se puede consumir con la misma frecuencia, pero en los sectores donde unos alimentos se colocan en la parte ancha del sector, es decir próximos a la circunferencia que cierra el círculo de la rueda, se intenta transmitir que de ellos la frecuencia puede ser mayor que de aquellos otros que dentro del mismo sector se sitúan próximos al centro.

Grafico 5: La nueva rueda de los alimentos



4.7.1.3. Índice de alimentación saludable (IAS)

Se han descrito en la literatura diversas metodologías para evaluar la calidad global de la dieta entre otras el índice de alimentación saludable que se fundamentó en la metodología del Healthy Eating Index (HEI) norteamericano (Kennedy et col 1995). Es una medida de calidad de la dieta que evalúa la conformidad con las orientaciones dietéticas para supervisar la dieta de la población.

El original HEI fue creado por CNPP (Centro para la Política de Nutrición y Promoción) en los Estados Unidos de América, en 1995, revisado en 2006 por un grupo de trabajo federal (Tabla 10).

Tabla 10: Healthy Eating Index (HEI)

	Score ranges ¹	Criteria for maximum score of 10	Criteria for minimum score of 0
Grain consumption	0 to 10	6 - 11 servings ²	0 servings
Vegetable consumption	0 to 10	3 - 5 servings ²	0 servings
Fruit consumption	0 to 10	2 - 4 servings ²	0 servings
Milk consumption	0 to 10	2 - 3 servings ²	0 servings
Meat consumption	0 to 10	2 - 3 servings ²	0 servings
Total fat intake	0 to 10	30% or less energy from fat	45% or more energy from fat
Saturated fat intake	0 to 10	Less than 10% energy from saturated fat	15% or more energy from saturated fat
Cholesterol intake	0 to 10	300 mg or less	450 mg or more
Sodium intake	0 to 10	2400 mg or less	4800 mg or more
Variety	0 to 10	8 or more different items in a day	3 or fewer different items in a day

¹People with consumption or intakes between the maximum and minimum ranges or amounts were assigned scores proportionately.
²Number of servings depends on Recommended Energy Allowance—see table 2. All amounts are on a per-day basis.

Tomada de Kennedy et col 1995

El HEI, se basa en datos obtenidos de encuestas alimentarias, a partir de las cuales se construyen 10 variables, las 5 primeras representan el consumo de los principales grupos de alimentos (cereales, frutas, verduras, lácteos y carnes), las 5 restantes representan el cumplimiento de objetivos nutricionales para la población estadounidense (grasas totales, grasa saturada, colesterol, sodio y variedad de la dieta).

Cada una de estas variables, se valoran con una puntuación que puede fluctuar entre 0 y 10. La suma de las puntuaciones, posibilita la construcción de un indicador con un valor máximo de 100 y la clasificación de la alimentación en tres categorías:

1. Saludable si la puntuación > 80 ,
2. Necesita cambios si obtiene una puntuación > 5.080 y
3. Poco saludable si la puntuación es 50.

En el Índice de alimentación saludable se consideran, por tanto, aspectos como: variedad, adecuación, moderación en las cantidades consumidas de algunos alimentos y un adecuado balance de los mismos.

Basándose en el HEI, se introdujeron modificaciones en el método, adaptándolo a la situación española, de acuerdo con el trabajo de Norte Navarro y Ortiz Moncada, (2011) para la construcción del índice de alimentación saludable (IAS) para España, que aplicaremos en nuestro estudio, obteniendo nuevas variables que se categorizaron del siguiente modo:

- Las 4 primeras representan los grupos de alimentos de consumo diario.
- Las variables 5 y 6 corresponden a los grupos de alimentos de consumo semanal.
- Las variables 7, 8 y 9 corresponden a los grupos de alimentos de consumo ocasional.
- La variable 10 representa la variedad de la dieta, objetivo fundamental en una alimentación saludable.

Cada variable recibió una puntuación, que varía del 0 a 10 (Tabla 11).

Tabla 11: Índice de Alimentación Saludable (IAS). Criterio de Puntuación

Índice de Alimentación Saludable (IAS).					
<i>Variables</i>	<i>Criterios para puntuación máxima de 10</i>	<i>Criterios para puntuación de 7,5</i>	<i>Criterios para puntuación de 5</i>	<i>Criterios para puntuación de 2,5</i>	<i>Criterios para puntuación mínima de 0</i>
<i>Consumo diario</i>					
1. Cereales y derivados	Consumo diario	3 o más veces a la semana pero no a diario	1 ó 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
2. Verduras y hortalizas	Consumo diario	3 o más veces a la semana pero no a diario	1 ó 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
3. Frutas	Consumo diario	3 o más veces a la semana pero no a diario	1 ó 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
4. Leche y derivados	Consumo diario	3 o más veces a la semana pero no a diario	1 ó 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
<i>Consumo semanal</i>					
5. Carnes	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Menos de una vez a la semana	Consumo diario	Nunca o casi nunca
6. Legumbres	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Menos de una vez a la semana	Consumo diario	Nunca o casi nunca
<i>Consumo ocasional</i>					
7. Embutidos y fiambres	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Consumo diario
8. Dulces	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Consumo diario
9. Refrescos con azúcar	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 ó 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana pero no a diario	Consumo diario
10. Variedad.	2 puntos si cumple cada una de las recomendaciones diarias, 1 punto si cumple cada una las recomendaciones semanales.				

Tomada de Norte Navarro y Ortiz Moncada 2011

Para calificar cada uno de estos aspectos se establece una ingesta o valor mínimo, por debajo del cual se obtiene una puntuación de 0 puntos, y una ingesta o valor óptimo que condiciona una calificación máxima de 10 puntos.

Para ingestas o valores intermedios, se calcula la puntuación correspondiente de forma proporcional

La puntuación global del IAS, se obtiene de la suma de sus 10 componentes, por lo que tiene un valor máximo de 100. La calidad de la dieta es:

1. “Inadecuada” cuando la puntuación es inferior a 51.
2. “Aceptable” con puntuaciones entre 51 y 60.
3. “Buena” con puntuaciones entre 61 y 70.
4. “Muy buena” con puntuaciones entre 71 y 80.
5. “Excelente” con resultados superiores a 80 puntos.

4.7.1.4. Ingesta de Energía y Nutrientes

Se consideran:

– Macronutrientes: Proteínas, Hidratos de Carbono, Lípidos: Lípidos totales, ácidos grasos saturados (AGS), ácidos grasos monoinsaturados (AGM), ácidos grasos poliinsaturados (AGP) y colesterol total y fibra.

– Vitaminas: Vitamina B1 (Tiamina), Vitamina B2 (Riboflavina) Vitamina B6 (Piridoxina) ,Niacina, Ácido fólico Vitamina B12 (Cianocobalamina), Vitamina C, Vitamina A, Vitamina D, Vitamina E.

– Minerales: Calcio, Yodo, Zinc, Magnesio, Hierro, Fósforo, Sodio, Potasio, Cobre, Selenio.

A la cantidad diaria de gramos consumidos se le aplicó la tabla de Ortega Anta, ajustando según porción comestible y peso perdido al cocinar y se convirtió en sus respectivos nutrientes.

La ingesta diaria total de cada nutriente se obtuvo sumando los aportes provenientes de todos los alimentos.

De la tabla citada, como ya hemos comentado, se ha extraído una tabla resumen, en la que se recogen únicamente los alimentos contenidos en el Cuestionario de Frecuencia de Consumo empleado en el estudio.

Comparación con las ingestas recomendadas:

Para que la dieta sea correcta y nutricionalmente equilibrada, tienen que estar presentes en ella la energía y todos los nutrientes, en las cantidades adecuadas y suficientes para cubrir las necesidades y conseguir un buen estado de salud.

Se usan como estándares de referencia las denominadas ingestas recomendadas (IR) que se definen como la cantidad de energía y nutrientes que debe contener la dieta diariamente para mantener la salud de virtualmente todas las personas sanas de un grupo homogéneo (97.5% de la población). Existe un procedimiento consensuado que consiste en tomar como IR una cifra equivalente al requerimiento medio más dos veces la desviación estándar del requerimiento. Esto se hace así para todos los nutrientes excepto para la energía que refleja exclusivamente el nivel medio, ya que sobre estimar las IR de energía y recomendar un nivel alto para cubrir las variaciones entre individuos, podría dar lugar a obesidad en la mayor parte de las personas.

Las IR son diferentes para cada individuo en función de su edad, sexo, actividad física (que modifica principalmente las necesidades de energía) y en el caso de la mujer, según el posible estado fisiológico de gestación o lactancia y por la distinta composición corporal entre hombres y mujeres (éstas tienen mayor proporción de grasa, metabólicamente menos activa). También en las mujeres, durante toda la vida fértil, las ingestas recomendadas de hierro son mayores debido a las pérdidas que se producen durante la menstruación.

Las ingestas recomendadas están recogidas en las tablas que los organismos competentes de cada país han preparado para la población a la que van dirigidas.

En España, para evitar recurrir a la adopción de valores extranjeros, varios organismos han editado valores de referencia propios, La FESNAD (Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética) crea un Grupo de Expertos para la elaboración de las "Ingestas Dietéticas de Referencia (IDR o RDI)) para la Población Española documentadas y en base a la mejor evidencia científica actual que llega a un consenso propuesta de

Ingestas Dietéticas de Referencia (IDR) para la Población Española revisadas y actualizadas en 2010, elaboradas a partir de la utilización de las recomendaciones del Food and Nutrition Board: Institute of Medicine (FNB-IOM) para la población norteamericana.

De la FESNAD forman parte 10 sociedades que aúnan diferentes profesionales relacionados con la alimentación y la Nutrición. A saber:

- Asociación Española de Diplomados de Enfermería de Nutrición y Dietética (ADENYD).
- Asociación Española de Dietistas y Nutricionistas (AEDN).
- Asociación Española de Doctores y Licenciados en Ciencia y Tecnología de los Alimentos (ALCYTA.)
- Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA).
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).
- Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP).
- Sociedad Española de Nutrición (SEN).
- Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada (SENBA).
- Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC).
- Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE).

La utilidad de las IDR es muy amplia. Así, se pueden utilizar en planificación y evaluación de dietas individuales y colectivas, en la interpretación de consumos, en el desarrollo de programas de producción de alimentos y de normas de educación nutricional, en la elaboración y diseño de nuevos alimentos e incluso en el etiquetado de algunos productos alimenticios, entre otras (Martínez et al 2002).

Estos valores de referencia vienen presentados en las tablas españolas de la FESNAD, como la cantidad de energía y/o nutrientes que se recomienda ingerir para cubrir las necesidades nutricionales de prácticamente la totalidad de la población, referidas a grupos de población sana. Los valores se expresan por persona y día, como media de 15 días. La clasificación de la población, se

hace en función de la edad, sexo y situación fisiológica especial (embarazo o lactancia).

De esta forma, se considera una primera etapa de infancia, hasta los 9 años de edad, donde no se diferencian los valores recomendados según el género, desglosándose en intervalos de edad. A partir de los 10 años se diferencian los grupos de edad según el género en hombres y mujeres, con periodos que abarcan desde los 10 años hasta las personas más mayores. Además de dichos grupos de edad y género, se han establecido dos situaciones que deben recibir consideraciones especiales: el embarazo y la lactancia.

Utilizamos por tanto estas RDI, ya que se han elaborado para la población española y se han actualizado recientemente, en el año 2010.

A partir de ellas, elaboramos una nueva tabla que emplearemos en nuestro trabajo, en las que se expresan las RDI para el grupo de población que nos ocupa, es decir mujeres entre 40 y 60 años, que podemos ver en la Tabla 12

Las necesidades energéticas para adultos se calculan realizando primero una estimación de la tasa metabólica basal con base en el peso corporal de referencia para la talla, usando las ecuaciones de estimación del gasto total de energía específicos por sexo y edad (James y Schofield, 1990), adoptadas en el informe de la OMS, del 2004 sobre necesidades humanas de energía, para posteriormente considerar así mismo el nivel de actividad física estructurado en niveles y transformado en Factor de actividad según la OMS 2004 (Tabla 13).

La energía se ha calculado aplicando la fórmula que propone Cuervo et col en las mismas IDR 2010 para la población española, para mujeres a partir de 19 años:

$$GET = 354 - (6,91 \times \text{edad}) * AF (9,36 \times \text{Peso [Kg]} + 726 \times \text{talla [m]})$$

Donde:

GET es Gasto energético Total

AF es el coeficiente de actividad física, que es distinto en función del sexo y nivel de actividad. Se recoge en la Tabla 14

Tabla 12: IDR mujeres 40-60 años

IDR para la población española (mujeres 40-60 años)	
SEXO	FEMENINO
AGUA (1MI/1Kcal)	2.590,6 ml
ENERGÍA	2590,6 Kcal*
PROTEINAS (15%)	97g
H.C (55%)	356,2 g
GRASAS (30%)	86,3 g
COLESTEROL	máximo 300 mg
FIBRA	23 g.
TIAMINA	1 mg
RIBOFLAVINA	1,3 mg
NIACINA	14 mg
Á. PANTONEICO	5 mg
Vit. B6	1,2 mg
BIOTINA	30 µg.
ÁC. FÓLICO	300 µg.
Vit, B12	2 µg.
Vit. C	70 mg
Vit. A	600 µg
Vit. D	5 µg
Vit. E	15 mg
Vit. K	90 µg.
Ca	1.000 mg
P	700 mg
K	3100 mg
Mg	320 mg
Fe	16,5 mg
Zn	7 mg
I	150 µg.
Se	55 µg
Cu	1,1 mg
Cr	20 µg.
Na	1.400 mg
Cl	2.150 mg
F	3,0 mg
Mn	1,8 mg
Mo	45 µg.

Tabla 13: Factor de actividad según el nivel. FAO/OMS 2004

Factor de actividad	hombre	mujer
Muy ligera	1,3	1,3
Ligera	1,6	1,5
Moderada	1,7	1,6
Intensa	2,1	1,9
Excepcional	2,4	2,2

Una vez considerada la energía es necesario tener en cuenta que la dieta sea equilibrada, es decir que exista una adecuada proporción entre los macronutrientes. FESNAD (2010) establece que es recomendable un aporte de hidratos de carbono del 50 al 60% del aporte calórico total; de grasas no superior al 35% de las calorías diarias y un 12 al 15% en forma de proteínas.

Hacer referencia, así mismo, a que la cantidad de agua que se considera como recomendación en la tabla se obtiene aplicando la proporción de 1 ml de agua / 1 Kilocaloría, como establece así mismo la FESNAD (2010).

En lo que se refiere a vitaminas y minerales al obtener los resultados, en el caso de que las cifras que se obtengan estén por encima de las recomendaciones, se establecerá comparación con el nivel de Ingesta máxima tolerable, en inglés, Tolerable upper intake levels (UL).

UL se define como el nivel más alto de ingesta diaria de un nutriente (a partir de alimentos, agua, alimentos fortificados y suplementos) que incluso de forma crónica, a largo plazo, no entraña riesgo para la salud de la mayor parte de los individuos de un grupo de población. Según aumente la ingesta sobre el nivel de UL, el riesgo de efectos adversos aumentará. La cantidad aportada por una dieta variada muy difícilmente puede superar los valores de UL.

Establecemos UL según recomendaciones del Institute of Medicine de la National Academy Americana (2000).

4.7.2. Valoración del nivel de actividad física

La actividad física es una de las claves para conseguir una mejor calidad de vida y de salud. Además del beneficio propio del ejercicio se pueden llevar a cabo actividades que compensen en lo intelectual, lo social, lo cultural o lo recreativo así como evitar el aburrimiento y el aislamiento. Si la actividad es colectiva, el grupo servirá además de soporte, de mantenimiento y creación de vínculos, más necesarios cuanto más avanzamos en edad.

Por otra parte conocer el nivel de actividad física es imprescindible para poder determinar las necesidades nutricionales, respecto a la energía.

Para la catalogación en nuestro estudio recogemos dos parámetros, basados en la consideración que se hace de la actividad física en el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ) de la OMS en 2002:

- a) Actividad en el trabajo
 - b) Actividad en el ocio
- a. Respecto al trabajo se diferencia entre :
- Actividad ligera: Trabajo sentada con poca opción de movimiento o con movimiento leve alrededor:
Se trata de aquellas mujeres que realizan algún trabajo del tipo: Oficina, programación informática, análisis de datos, estudio,. . . Incluye también a aquellas mujeres que se ocupan de labores del hogar con electrodomésticos, despacho profesional, atención al cliente, profesoras, etc.
 - Actividad moderada: Trabaja de pie:
Incluye a mujeres que se dedican a: Labores del hogar pesadas, dependienta de comercio, cadenas de fabricación, enfermera, etc.
 - Actividad intensa: Trabajo manual con esfuerzo físico:
Cuando el trabajo implica un esfuerzo físico importante y causa una gran aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco: Agricultura, construcción,. . .
- b. Respecto al ocio se diferencia entre:
- Ocio con actividad ligera:

Incluye a las mujeres que realizan actividades en su tiempo libre que no requieren ningún esfuerzo físico, como leer, ver la televisión, escuchar la radio, etc.

- Ocio con actividad moderada, 3 o más veces por semana:

Englobó a las mujeres que realizaban actividades como caminar, bicicleta, nadar, jardinería, etc., con una frecuencia de al menos 3 veces por semana.

- Ocio con actividad intensa (diario, entrenamiento o de competición)

Se incorporó a este grupo a las mujeres que realizaban actividades deportivas, con entrenamiento más de tres veces por semana.

Además se consideró una opción más; “en silla o en cama”, para aquellas mujeres que no tienen apenas movilidad, que consideramos actividad muy ligera.

De lo que se trata es de catalogar a las mujeres en relación a su actividad, resultante de combinar la desarrollada en el trabajo con la llevada a cabo en el ocio, de manera que se establezcan 5 grupos de actividad y a cada categoría se le asigna en la fórmula de cálculo de requerimiento energético (FESNAD 2010) un Tasa de Actividad distinta.

Categorización:

1. Muy ligera o Sedentaria: En silla o en cama.
Tasa de actividad <1,4
2. Ligera o poco activa :
Tasa de actividad 1,4
 - a. Trabajo ligero + en el ocio actividad ligera.
 - b. Trabajo moderado + en el ocio actividad ligera.
 - c. Trabajo ligero + en el ocio actividad moderada.
3. Moderada o activa:
Tasa de actividad 1,6
 - a. Trabajo moderado + en el ocio actividad moderada.
 - b. Trabajo moderado + en el ocio actividad intensa.
 - c. Trabajo intenso + en el ocio actividad leve.

4. Intensa o muy activa: Trabajo intenso + en el ocio actividad intensa
Tasa de actividad 1,9
5. Excepcional: Trabajo y ocio con actividad excepcionalmente intensa.
Tasa de actividad ≥ 2 , a concretar en cada caso

4.7.3. Objetivos nutricionales

Una manera significativa de evaluar la ingesta, tanto desde el punto de vista de los alimentos que se consumen, como de los nutrientes que éstos aporta, además de algunos otros aspectos como el ejercicio físico y el Índice de masa corporal, es comprobar si la muestra cumple con los objetivos nutricionales.

Los objetivos nutricionales podrían definirse como el conjunto de recomendaciones que pretenden encauzar la alimentación de una población hacia patrones de consumo más saludables, que cubran las recomendaciones dietéticas de referencia.

Estas pautas, se plantean en base a las ingestas medias, con el fin de promover la salud de la población a la que se dirigen y prevenir o controlar las enfermedades nutricionales tanto por exceso como por defecto de la ingesta, reduciendo el riesgo de enfermedades relacionadas con la dieta (Aranceta 2004) y que se establecen según podemos ver en la Tabla 14 elaborada a partir de los Objetivos nutricionales finales (Aranceta 2004), de acuerdo a la evidencia científica actual y en base a los valores nutricionales de referencia que debería haber sido evaluados a finales del 2010.

Tabla 14: Objetivos Nutricionales para la población española 2010

Objetivos nutricionales	
FIBRA	25g
FOLATOS	400mg
CALCIO	800mg
SODIO	6g de sal
YODO	150 µg
ACTIVIDAD FÍSICA	*Nivel de actividad (PAL) ≥1,7
IMC	25
GRASAS TOTALES	30-35%
AG SATURADOS	7-8%
AG MONOINSATURADOS	15-20%
AG POLIINSATURADOS	5%
N-6	2g
N-3	200mg.
COLESTEROL	300mg
HCO % ENERGÍA	50-55%
ALIMENTOS AZUCARADOS	Máximo 4 raciones
(FRECUENCIA /DÍA)	
FRUTAS	400g
VERDURAS Y HORTALIZAS	300g
ALCOHOL (VINO. . .)	2 vasos

*Physical Activity Level (PAL) o Categoría de actividad física (CAF)

4.7.4. Valoración de aspectos moduladores del comportamiento alimentario.

Son escasos los análisis hechos sobre aspectos socioculturales que están en el origen de ciertos comportamientos alimentarios, y faltan por tanto reflexiones para implantar en la cotidianidad pautada la rutina que exigen los consejos dietéticos al respecto (Ascher 2005).

Se pueden constatar una serie de fenómenos que afectan al proceso de autonomía y estima personal, en el caso de las mujeres, que pueden convertirse en moduladores de las prácticas alimentarias, dados los particulares vínculos que las mujeres mantienen con la comida, abastecedoras, cuidadoras, prescriptoras, etc., ésta sirve como medio para expresar relaciones, emociones y conflictos de diversa índole (Gracia Arnaiz 2010), por ello conviene comprender y valorar algunas de las razones que sustentan las prácticas alimentarias de las mujeres, entre ellas:

- Nivel de estudios y trabajo.
- Responsabilidad en la alimentación familiar, compra y cocina.
- Motivos que respaldan las prácticas alimentarias de las mujeres.
- Aspectos en relación con el peso y percepción de la imagen

Según Gardner (1996) la imagen corporal incluye dos componentes: uno perceptivo que hace referencia a la estimación del tamaño y apariencia y otro actitudinal que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo, por eso se tratan así mismo de valorar aspectos en relación con datos estimados de peso y talla y percepción de la imagen corporal.

Podemos calcular el Índice de Ajuste Corporal (IAC) (Álvarez Rayón 2007).

Este indicador, permite establecer un vínculo entre la realidad objetiva y el ideal corporal, se deriva de la contrastación de las medidas corporales reales respecto de las ideales, a partir de la fórmula: *tamaño ideal/tamaño real x 100*. En este caso aplicamos esta fórmula para el peso medio estimado y el peso medio deseado.

4.8. Limitaciones del estudio

Una limitación identifica posibles debilidades del estudio, de este modo en AMUVA pueden aparecer limitaciones en distintos sentidos como se ha referido en estudios similares al respecto. En general como reseña Pérez

(1995), los estudios alimentarios están sujetos a errores aleatorios y sistemáticos y esos errores se presentan generalmente a tres niveles:

- Recogida de información.
- Bases de datos incorrectas o incompletas.
- Errores de transcripción – comprensión de la información recogida.

De una manera esquemática y más completa se recogen esas posibles fuentes de error en la Tabla 15

Tabla 15: Fuentes de error

Fuentes de error en los estudios alimentarios
Información del encuestado
Incompleta
Inexacta
Errónea
Falta de colaboración
Sesgo introducido por el encuestador
Técnica de entrevista
Omisiones
Error de memoria
Estimación incorrecta del tamaño de la ración y de la frecuencia de consumo.
Omisión del consumo de suplementos dietéticos y nutricionales
Flat slope síndrome
Errores de transcripción-comprensión de la información
Codificación
Grabación de los datos en el soporte informático
Tablas de composición de alimentos

Tomada de Pérez 1995

En nuestro estudio hemos tratado de minimizar la concurrencia de errores, aplicando medidas de corrección y realizando intervenciones de control como las siguientes:

- Empleando un Cuestionario de Frecuencia de Consumo Validado
- Instruyendo a los encuestadores respecto a:
 - Habilidad formulación preguntas.
 - Evitar inducción de respuestas.
 - Evitar incorrecciones en la anotación.

- Llevando a cabo motivación e información previa a la entrevista respecto a las mujeres encuestadas, tratando de:
 - Potenciar la capacidad del recuerdo.
 - Valorar la capacidad de exposición.
 - Evitar la estimación incorrecta.
- Empleando tablas de composición de alimentos españoles, llevadas a cabo por expertos de prestigio, actualizadas y que cuentan con más de una edición, por lo que han sido sometidas ya a revisiones.
- Contando con apoyo estadístico profesional.
- Validando los datos a través de varios observadores.

Respecto a la estimación de la actividad física, es muy difícil conocer los patrones de actividad física de cada segmento de la población, y los profesionales de la salud encuentran grandes dificultades para poder cuantificar los niveles de actividad física debido a la falta de un método de medida patrón o de referencia.

Un instrumento de medida de la actividad física apropiado y validado es un verdadero desafío, ya que la contribución relativa de cada uno de sus componentes (actividades ocupacionales, deportes, recreación y actividades de la vida cotidiana como comer, aseo, etc.) son difíciles de cuantificar en tiempo y gasto.

Los estudios epidemiológicos generalmente utilizan mediciones subjetivas, como los cuestionarios, para evaluar la actividad física de una población. Los cuestionarios de actividad física son apropiados para estudios poblacionales porque son prácticos, relativamente fiables, no influyen la respuesta del encuestado y pueden ser diseñados para cada población en particular (López Fontana et al 2003).

Pocos cuestionarios o diarios han sido validados correctamente y que se adapten a las características del grupo de población de AMUVA. Por eso nos vemos obligadas a diseñar uno propio, que contemple los grandes aspectos que a lo largo del día hacen variar la actividad física, (trabajo y ocio) basándonos en los establecidos por organismos competentes.

Por otra parte en los estudios de nutrición y alimentación las mujeres son “invisibilizadas”, como parte de los promedios, consideradas junto con los hombres, sin desagregar y el género y las consideraciones al respecto que repercuten en la alimentación, ha sido escasamente incorporado como una categoría de análisis en las investigaciones de nutrición y alimentación y casi siempre se aplica sólo para hacer referencia al sexo.

Es por ello que no existen estudios de referencia nacional con los que poder establecer una discusión una vez obtenidos los resultados, y nos obliga a pormenorizar para cada aspecto evaluado estudios diferentes en la mayoría de los casos.

El terreno de la alimentación es un campo de elección en el que se revela la estructura profunda de la sociedad, siendo la comida y sus significados un buen ejemplo de las diferencias (igualdades e inequidades) entre ambos sexos.

Adentrarse en las prácticas, hábitos, costumbres alimentarias y significados de los alimentos y del acto de comer de mujeres y hombres, implica un abordaje teórico-metodológico diferente al que se generalmente se lleva a cabo generalmente en el campo de la nutrición.

4.9. Cronograma

La organización temporal para la elaboración de la tesis se llevó a cabo a lo largo de un año y medio, según se puede ver en la Tabla 15.

El trabajo de campo se llevó a cabo en los meses de abril, mayo y junio de 2011.

Tabla 15: Cronograma

ACTIVIDAD	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20
1. <i>Diseño de la investigación</i>	X	X																		
2. <i>Redacción del marco conceptual</i>			X	X	X	X														
3. <i>Realización del trabajo de campo</i>							X	X	X											
4. <i>Estudio y procesado estadístico de resultados</i>										X	X									
5. <i>Elaboración de resultados</i>												X	X	X	X					
6. <i>Conclusiones y redacción final</i>																X	X	X	X	X

Resultados y discusión

5. Resultados y discusión

5.1. Resultados Alimentos

5.1.1. Consumo de alimentos por grupos según su clasificación en el CFC

Los resultados se exponen siguiendo su clasificación en el Cuestionario de Frecuencia de Consumo (CFCA) empleado, que establece, como ya hemos descrito los siguientes grupos de alimentos

Grupo I: LÁCTEOS

Grupo II: CARNES, PESCADOS, HUEVOS

Grupo III: VERDURAS

Grupo IV: FRUTAS

Grupo V: LEGUMBRES

Grupo VI. CEREALES

Grupo VII. GRASAS Y ACEITES

Grupo VIII. DULCES

Grupo IX. BEBIDAS

Grupo X.PRECOCINADOS

Grupo XI. MISCELANEA

Por último se recoge un resumen del consumo por grandes grupos.

En el anexo 8.6. se recogen las tablas correspondientes al consumo de la totalidad de los alimentos presentes en el cuestionario expresados como media y desviación típica.

Los resultados del consumo de alimentos se exponen mediante:

1º. Consumo en gramos/ día

La obtención de la cantidad promedio de ingesta diaria de un alimento en gramos /día se lleva a cabo como se expone en el apartado 4.8.1.1

2º. Consumo en raciones / día

Al expresar los resultados en raciones / día se presenta una dificultad importante que supone una limitación del estudio debido a que no existe un consenso sobre raciones estandarizadas para todos los alimentos, aunque la más utilizada es la desarrollada por la SENC en 2004 (Tabla 8) con las limitaciones que se han expresado ya en el apartado 4.8.1.2.

Por esta razón para poder comparar las recomendaciones de consumo de raciones con nuestros resultados, se pone de manifiesto la necesidad de diseñar una tabla que contemple todos los alimentos incluidos en el CFC utilizado en AMUVA, y que determine todas y cada una de las raciones recomendadas de los mismos.

Se elabora, consecuentemente, una tabla propia (Tabla 16) basada en la elaborada por la SENC (2004) ya citada y complementada con las raciones que emplean Ortega Anta et col. en “La composición de los alimentos. Herramienta básica para la valoración nutricional”, publicada por la Editorial Complutense en 2008.

La tabla recoge, como ya se ha expresado, los alimentos del CFC por grupos, estandarizando el tamaño de cada ración y especificando el número de raciones que se recomiendan, al día o a la semana, según corresponda en cada caso (Tabla 16).

Tabla 16: Raciones de alimentos: Tamaño y recomendación de consumo

ALIMENTOS	TAMAÑO DE LAS RACIONES peso en g. por ración	RECOMENDACIÓN Frecuencia de consumo en raciones
LÁCTEOS		5/ día (en consideración al sexo y edad)
LECHE	200	
YOGUR	125	
QUESO CURADO	50	
QUESO FRESCO	70	
NATILLAS, FLANES,CUAJADA,..	125	
CARNES,PESCADO,HUEVOS		
CARNES FRESCAS	125	3 - 4 / semana
VISCERAS	125	Ocasional
JAMON	80	
EMBUTIDOS	60	
PESCADOS FRESCOS	150	3 - 4 / semana
MARISCOS	125	
HUEVOS	60	3 - 4 / semana
VERDURAS		= > 2 / día
DE HOJA(LECHUGA, ENDIVIAS,ESCAROLA)	200	
TOMATE, PEPINO,PIMIENTO,CEBOLLA	150	
COCINADAS (ZANAHORIA,JUDIAS VERDES..)	200	
FRUTAS		= > 3 / día
FRESCAS	200	
FRUTOS SECOS	30	
LEGUMBRES		2 - 4 / semana
LENTEJAS, GARBANZOS, JUDÍAS	70	
CEREALES		4 - 6 / día
PAN	60	
PASTA, ARROZ	60	
CEREALES DESAYUNO Y OTROS	40	
GRASAS Y ACEITES		
ACEITE DE OLIVA Y OTROS	10	De oliva 5 / día
MARGARINA,MANTEQUILLA	15	Ocasional
DULCES		Ocasional
AZUCAR, MIEL,MERMELADA	10	
GALLETAS	30	
MAGDALENAS,PASTAS,PASTELES	30	
CHOCOLATE	15	
BEBIDAS		
ZUMOS	150	1 / día
REFRESCOS	333	Ocasional
CAFÉ	50	2/ día
VINO	80	Moderado
CERVEZA	150	
PRECOCINADOS		Ocasional
FRITOS	80	
MISCELANEA		
SAL	3	1 / día
SALSAS	25	Ocasional

Para proceder a la discusión respecto a alimentos, los resultados obtenidos se comparan con las recomendaciones establecidas en la Tabla 16.

Los resultados se comparan así mismo con otros estudios científicos publicados. De entre todos los consultados consideramos para la discusión los siguientes:

- El Estudio ENIDE (Encuesta Nacional de Ingesta Dietética (2009-2010)), llevado a cabo por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN), dependiente del, llamado en aquel momento, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, realizado durante los años 2009 y 2010, que es el primer estudio de carácter nacional que se realiza en España, basado en una metodología de análisis de consumo individual, mediante encuestas, con el objetivo general de conocer el consumo de alimentos en España y, de forma más concreta, determinar los patrones de ingesta dietética en la población adulta española de ambos sexos.

Se trata de un estudio representativo a nivel nacional de la población adulta, en el que se ha realizado una selección al azar de una muestra de 3000 individuos, 1500 hombres y 1500 mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 64 años, Los datos de consumo de alimentos han cumplimentado un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, estructurado en grupos.

La valoración de los resultados se ha organizado por sexo y edad, estableciendo tres segmentos de edad, entre 18 y 24 años, de 25 a 44 años y de 45 a 64 años, esta última es la franja de edad con la que pretendemos establecer las comparaciones a la que pertenecen el 41,33% de las y los encuestados por tanto la muestra con la que se compara está constituida por algo más de 600 mujeres de todo el territorio nacional de entre 45 y 64 años.

- El estudio Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas, llevado a cabo por Úbeda et col, del Departamento de Nutrición, Bromatología y Tecnología de los Alimentos, de la Facultad de Farmacia de la Universidad CEU

San Pablo de Madrid en el año 2007, que analiza una muestra constituida por 1.218 mujeres voluntarias de entre 44 y 70 años, con una media de edad de 52,2 años, pertenecientes a todas las Comunidades Autónomas españolas, un 31,1 % de la zona centro y el 68,9 % del ámbito urbano que empleó un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos estructurado en 11 grupos.

Tanto las coincidencias como las discrepancias de AMUVA con dichos estudios se establecen en la discusión de cada uno de los resultados de alimentos que se describen en los apartados siguientes. Al final de los resultados y la discusión por grupos, al proceder al resumen de alimentos en general por grandes grupos se incluye una tabla comparativa de los resultados de AMUVA, ENIDE y Úbeda (Tabla 28).

5.1.1.1. Grupo I: LÁCTEOS

Se incluyen en este grupo: Leche, yogur, queso, flanes, natillas, requesón, cuajada, batidos, y helados.

Consumo en gramos día

La ingesta de lácteos al día alcanza la cantidad de 602,33 g., como se observa en la tabla 17.

Del total de lácteos consumidos la distribución al día entre los distintos tipos es la siguiente:

- Leche 416,19 g. de los cuales corresponden a:
 - Leche entera 186,44g.
 - Leche descremada 139,28 g.
 - Leche semidescremada 91,61 g.
- Yogur 93,52g. de ellos:
 - Entero 49,30 g.
 - Desnatado 43,67g.
- Quesos 50,54 g., de ellos:
 - Curado 27,63g
 - Fresco 11,86g

- En porciones 8,53 g.
- El resto de alimentos del grupo (flan, natillas, requesón cuajada y helados) supone una cantidad de 42,08g. / día en total.

Consumo en raciones día

El consumo total se corresponde con 3,32 raciones de lácteos (como se observa en la Tabla 17).

Considerando las raciones establecidas en la Tabla 16, el total de lácteos se distribuye del siguiente modo:

- Leche: 2,08 raciones / día.
- Yogures: 0,35 raciones/ día.
- Queso: 0,64 raciones/día.
- El resto de lácteos del grupo (flan, natillas, requesón cuajada y helados) corresponden a la ingesta de 0,25 raciones /día.

Tabla 17 : Consumo de lácteos

LÁCTEOS	GRAMOS/DÍA	RACIONES / DÍA
LECHE	416,19	2,08
YOGUR	93,52	0,35
QUESO	50,54	0,64
OTROS	42,08	0,25
TOTAL	602,33	3,32

El interés respecto a los alimentos de este grupo se centra en el aporte de proteínas de alto valor biológico y de calcio biodisponible.

En cuanto a las proteínas la cantidad de lácteos consumida aporta aproximadamente 26,5 g., lo que supone más del 25% de la necesidad de las mismas, que se complementan con otro tipo de alimentos.

El aporte de calcio necesario, en cambio, es difícil de conseguir sin la contribución de los lácteos. En España alrededor del 70% del calcio dietético proviene de la leche (Orozco 2004). Hay que prestar especial cuidado al calcio, en mujeres de la edad de la muestra, por el riesgo de osteoporosis que hace

que las recomendaciones de ingesta de calcio (FESNAD 2010) se sitúen en 1200 mg/día, pudiendo llegar a los 1500mg. /día en situación de menopausia declarada (Delmas 2002). Para ello la recomendación respecto al aporte de lácteos se dispone entre 4 y 6 raciones / día.

De este modo el consumo respecto a recomendaciones es escaso, ya que como podemos ver en la tabla 17 sólo se consumen 3,32 raciones al día y sería necesario que consumieran 5 raciones.

Es importante recordar que la ingesta adecuada de calcio debe complementarse con la de vitamina D y el ejercicio.

Por otra parte debemos considerar que son más consumidos los lácteos enteros (271,63 g de leche, yogures y quesos enteros o grasos), frente a los desnatados. (194,82 g de leche y yogures desnatados o y queso fresco) lo que tiene como consecuencia un importante aporte de grasa saturada (12,96 g.) que se convierte en un factor de riesgo en la aparición de problemas cardiovasculares acrecentados ya en las mujeres de la edad de la muestra por su situación hormonal.

Los datos que obtenemos en AMUVA, comparados con los estudios de referencia (ENIDE y Úbeda) difieren claramente del ENIDE, cuyo consumo es de 304 g/ día frente a los 602,33 de AMUVA. La diferencia se debe especialmente al consumo de leche, muy inferior en ENIDE, cuyo consumo corresponde a la cantidad de una ración al día, mientras que en AMUVA está por encima de dos raciones diarias.

Con el estudio de Úbeda, en cambio se encuentran datos mucho más aproximados, 632,7 g. frente a 602,33g en AMUVA.

5.1.1.2. Grupo II: CARNES, PESCADOS, HUEVOS

Incluye pollo, pavo, ternera, vaca, cerdo, jamón, embutidos, hígado y otras vísceras, pescados blancos y azules, pulpo, calamar, sepia, pescados salados y ahumados, mariscos y huevos.

Consumo en gramos día

La ingesta total de alimentos de este grupo supone 282 g./día (como se observa en la Tabla 18).

Carnes: La cantidad total consumida es de 154,35 g. que se distribuyen diariamente en:

- Carnes frescas en general, 109,22 g, distribuidas en:
 - Ternera, 42,28g.
 - Pollo y pavo con 31,04g.
 - Cerdo 23,69g.
 - El resto de carnes frescas (cordero, conejo,) y vísceras presentan un consumo esporádico que no presenta interés ya que supone una cantidad entre 1 y 6 g. / día en todos los casos.
- Derivados cárnicos: 45,13 gramos al día, de ellos:
 - Jamón (tipo serrano y cocido) 21,19g./ día.
 - Fiambres y embutidos, 23,54 g./ día.

Pescados: La cantidad total consumida es de 99,7 g./ día:

- Pescados blancos 35,80 g./día.
- Pescados azules 28,50 g./ día.
- Mariscos y moluscos 35,4 g./ día.

Huevos

- La cantidad de huevos es de 25,05 g. /día, que supone un tercio de huevo al día.

Consumo en raciones día

Total raciones al día 2,44 raciones. (Como se observa en la Tabla 18) aunque el consumo de carne supone una ración y media por cada ración de pescado y cada media ración de huevo.

Carnes

- Total de carnes 1,23 raciones/día, es decir 8,61 raciones a la semana.
- Carnes frescas 0,87 raciones al día.
- Jamón y embutidos 0,36 raciones al día.

Pescado

- La cantidad de pescado alcanza 0,79 raciones diarias, por tanto 5,53 raciones a la semana.

Huevos

- La cantidad de huevo supone 0,4 raciones al día, es decir 2,94 raciones a la semana.

Tabla 18: Consumo de carnes, pescados, huevos

CARNES/PESCADOS/HUEVOS	GRAMOS/DÍA	RACIONES/DÍA
PESCADOS	99,7	0,79
EMBUTIDOS y JAMON	45,13	0,36
CARNES	109,22	0,87
HUEVOS	25,05	0,42
TOTAL	282,99	2,44

La importancia de los alimentos de este grupo radica en el aporte de proteínas, con la contrapartida, fundamentalmente en el caso de la carne y los derivados cárnicos como embutidos y jamón (que suman un total de 154,35 g./ día), del aporte elevado de grasa saturada, poco saludable a nivel cardiovascular, de ahí la recomendación de consumir más veces pescado que carne dentro de los alimentos de este grupo.

Comparado con recomendaciones de frecuencia de consumo según la Tabla 16 podemos observar con respecto a carnes que el consumo es claramente excesivo, ya que se alcanzan las 8,61 raciones a la semana cuando la recomendación es de 4 a la semana. Es muy frecuente en el hábito de la zona, consumir carne o derivados, en más de una de las comidas del día (carne para comer y embutido o fiambre en la merienda o cena) e incluso dos veces en la misma comida (un primer plato con chorizo, por ejemplo, y un segundo de carne).

En cualquier caso, este exceso condicionará un aporte extra de proteínas (30,1 gramos día) y un exceso, así mismo, de grasa saturada (10,86 g), que puede contribuir a incrementar, como ya hemos comentado en los lácteos el riesgo cardiovascular.

Es también considerable el aporte de hierro y vitamina B12 a partir del alto consumo de carne que sitúa la ingesta de estos nutrientes por encima de las recomendaciones, como veremos en el descriptivo de resultados de nutrientes.

En relación con el Estudio ENIDE observamos una diferencia de menos de 10 g./ día, respecto al total de alimentos del grupo, esas diferencias se reparten en los distintos tipos de alimentos del grupo en cantidades muy pequeñas.

Con Úbeda la diferencia es de 20 g./ día más en AMUVA, aunque no podemos determinar en qué alimentos concretos estriba la diferencia porque no disponemos de datos pormenorizados de los tipos de carne del estudio Úbeda, que solo recoge, en un único apartado; carnes y derivados cárnicos.

Respecto al pescado las raciones consumidas, 5,53 a la semana, está también ligeramente por encima de lo recomendado, aunque en ese caso el exceso se manifiesta en un extra de proteínas, pero no sólo no condiciona mayor riesgo vascular, sino que se convierten en un factor de protección por el aporte de Ω 3, especialmente en el caso de los pescados azules.

En los estudios de referencia se puede observar que a medida que se aumenta la edad de la muestra, aumenta así mismo el consumo de pescado en detrimento del consumo de carne.

Es muy importante también la contribución del pescado al aporte de yodo, tan necesario en la etapa de la vida de las mujeres de la muestra para mantener correctas las hormonas tiroideas.

La cantidad de pescado que se recoge en el estudio ENIDE es de 89,19 g./ día, frente a 97 de AMUVA, sin embargo la distribución es distinta, en ENIDE mayor cantidad de pescado azul, 41,41 g./ día frente a 28,50.

En el caso del estudio Úbeda la cantidad de pescado total es mayor, 121,8 g. / día, sin especificar tipos.

El consumo de huevos; 3,92 raciones/semana, se encuentra prácticamente en la recomendación, 4 raciones recomendadas como máximo, creemos que aún puede influenciar la consideración popular de hace algunos años, de que el huevo es el alimento más perjudicial para la salud

cardiovascular., aunque ya hoy ha recuperado su prestigio. Puede haber, en todo caso una subestimación al no considerar lo que se denomina huevo oculto, es decir, el que se emplea en preparaciones culinarias, como rebozados, empanados o salsas como la mayonesa.

En los estudios con los que se compara, la cantidad de huevo es ligeramente superior, (5 g. / día ENIDE y algo más de 7 g./día en Úbeda), pero en ambos casos , igual que en AMUVA, un total de menos de 4 raciones semana.

5.1.1.3. Grupo III: VERDURAS:

Incluye lechuga, escarola, endivias, tomate, cebollas, pimiento, judías verdes, acelgas, coles, zanahoria y otras hortalizas.

También se incluyen las patatas, que aunque en el CFC se presentan las patatas en el grupo de verduras, para el análisis de resultados las trasladamos al apartado de cereales y féculas.

Consumo en gramos día

La cantidad de verduras diaria expresada en gramos alcanza los 461,9 g./día (como se observa en la tabla 19) y se distribuyen del siguiente modo

- Verduras que se comen crudas en forma de ensalada 173,76 g. /día, de ellas:
 - Tomate 113,76 g.
 - Endivias, escarola y lechuga 60 g./día. (se pregunta en el CFC por ambas en el mismo apartado, por ello no se puede diferenciar entre unas y otras, aunque el hábito de la zona se decanta especialmente por el consumo de lechuga).
- Verduras que se consumen de diferentes modos, ensalada, ingredientes de plato o guarnición 127,57 g./ día, de ellas:
 - Pimiento y cebolla 65,23 g. /día (se pregunta por ambas a la vez en el CFC).

- Zanahoria y calabaza 62,34 g. / día. (se pregunta por ambas a la vez en el CFC).
- Verduras que se consumen cocinadas solas o en menestras 160,64 g./ día, de ellas :
 - Judías verdes 42,1 g.
 - Acelgas 34,62 g.
 - Coles 32,01 g.
 - Calabacín, remolacha, etc. 52,01g.

Consumo en raciones día.

La cifra total de verduras equivale a 1,84 raciones diarias (como se observa en la Tabla 19) distribuidas de la siguiente manera:

- En forma de ensalada 0,62 raciones diarias.
- En ensalada, guarniciones y condimentación de platos 0,5 raciones diarias.
- Verduras cocinadas como plato 0,72 raciones / día.

Tabla 19: Consumo de veduras

VERDURAS	GRAMOS /DÍA	RACIONES /DÍA
ENSALADA	173,76	0,62
CONDIMENTACIÓN Y GUARNICIÓN	127,57	0,5
OTRAS (COCINADAS)	160,64	0,72
TOTAL	461,97	1,84

La utilidad nutricional de los alimentos de este grupo se debe sobre todo al aporte de vitaminas, minerales y fibra, razones por las que las recomendaciones se cifran en al menos 2 raciones al día.

Sorprende el resultado que se obtiene: 1,84 raciones diarias que se aproxima a las recomendaciones, aunque podría haberse cometido una sobrestimación de consumo en el caso de las ensaladas, por el modo en que se pregunta en el CFC (separadamente por cada una de las verduras y hortalizas que se utilizan en la elaboración de las mismas, y no por la cantidad total de ensalada al día).

Llama la atención también la cifra de tomate, que se puede justificar por su uso, no sólo crudo, sino también en la condimentación de platos (aunque como veremos más adelante, en el grupo Miscelánea, se pregunta específicamente por la salsa de tomate).

Esta cantidad de verdura repercutirá, como veremos en los resultados de nutrientes, en la cantidad de vitaminas hidrosolubles y fibra, sobre todo

En el estudio ENIDE la cantidad total de verdura es de 281,04 g./ día, existiendo una diferencia de 190 g. menos que en AMUVA, casi una ración diaria; estableciendo pormenorizadamente esa diferencia, se observa que se debe a la cantidad de tomate 55,60 g. aproximadamente la mitad que en AMUVA, y de lechuga, escarola y endivia 20,84 g./ día frente a 60 g./día, lo que nos ratifica en la opinión de la sobrestimación en nuestro estudio de las ensaladas.

En el estudio de Úbeda el total de verduras es 343,2 g., una diferencia de 118 g. menos que en AMUVA, aunque no podemos saber a qué se debe esa diferencia ya que en el estudio referido, solo se establece el total de verduras y hortalizas sin especificar.

5.1.1.4. Grupo IV: FRUTAS

Incluye frutas frescas (manzanas, plátanos, peras, cítricos, de temporada), en almíbar, en su jugo, frutas desecadas (dátiles, uvas pasas, etc.) y frutos secos (cacahuetes, almendras, avellanas, etc.).

Consumo en gramos día

El consumo de fruta alcanza los 392,46 g./día, (como se observa en la tabla 20) distribuidos del siguiente modo:

- En forma de fruta fresca la cantidad es de 374 g./día.
 - El mayor consumo, dentro de la amplia variedad de frutas que se ingieren, corresponde a cítricos 133,82 g./día, y que además se refuerza en el grupo de bebidas, que veremos más adelante, con el consumo de zumo de naranja natural ,seguidos de manzana/pera

con 60,53 g./ día. Dentro de las frutas de temporada son muy consumidas sandía/melón con 40,47g. / día.

- También hay un pequeño consumo de frutas conservadas y secas con 18,40g./día.
- Los frutos secos se consumen en una cantidad de 18,27 g./día.

Consumo en raciones día

El consumo total de fruta supone 1,96 raciones / día, (como se observa en la Tabla 20) repartidas del siguiente modo:

- Fruta fresca 1,87 raciones/día de ellas:
 - 0,66 raciones de cítricos, es decir el 35% del total de fruta.
 - 0,30 raciones diarias de manzana/pera.
 - 0,20 raciones día de sandía/ melón.
 - 0,71 raciones del resto de frutas (melocotón, albaricoque, fresas, cerezas, etc.).
- En cuanto a frutos secos se alcanza el consumo de 0.6 raciones al día.

Tabla 20: Consumo de frutas

FRUTAS	GRAMOS /DÍA	RACIONES /DÍA
FRUTAS FRESCAS	374,04	1,87
FRUTAS CONSERVADAS	9,20	0,04
FRUTAS SECAS	9,22	0,04
FRUTA TOTAL	392,46	1,96
FRUTOS SECOS	18,27	0,6

Este grupo de alimentos es relevante, como en el anterior de verduras, por el aporte de vitaminas, minerales y fibra.

La cantidad consumida es escasa respecto a recomendaciones, en lo referente a frutas frescas, 1,87 raciones, cuando las recomendaciones se establecen en al menos 3 raciones al día, precisamente para cubrir la cantidad necesaria de vitaminas y minerales.

En comparación con ENIDE, hay una diferencia a favor de AMUVA de 162 g. / día debida fundamentalmente a cítricos, donde la diferencia es de casi 100 g.

En este sentido nuestros datos concuerdan más con el perfil del consumo de frutas en Castilla y León recogido en el “Consumo de Frutas y Hortalizas. Índice por Comunidades” elaborado por Infoagro (2010), en función de la compra de las mismas recogidas en la Encuesta de presupuestos familiares del mismo año del Instituto nacional de estadística (INE), que recoge para nuestra comunidad un consumo de 344 g. / día de fruta en total, (concretamente de naranja 100 g. / día de consumo medio y en AMUVA 132 g. de cítricos) frente a los 290 g. / día de fruta en general que recoge como media nacional.

Los datos del estudio Úbeda se parecen, con una diferencia de unos 30 g. / día a favor de AMUVA, imposible de cuantificar porque las frutas no están pormenorizadas.

Respecto a frutos secos se alcanzan las tres raciones por semana, en el límite mínimo de la recomendación, fundamentalmente a partir de nueces, dato que coincide de nuevo con el estudio de Infoagro antes citado. (2010) y lejos de lo observado en ENIDE y Úbeda en los que se recoge el consumo de entre 1 y 2 raciones a la semana.

Destacar que del total de frutos secos 7,03 g./ día corresponden a pipas de girasol y cacahuetes.

9.1.1.5. Grupo V: LEGUMBRES

Incluye lentejas, garbanzos, alubias, guisantes secos y soja

Consumo en gramos día

La cantidad de legumbres que las mujeres de la muestra ingieren al día alcanza los 26,46 g. /día (legumbres en seco) (como se observa en la Tabla 21) correspondiendo a la siguiente distribución:

- Lentejas 8,24 g/ día.
- Garbanzos 7,57 g./día.
- Alubias .5,79g./día.
- Guisantes y habas secos o soja que entre las tres suman 4,86 g. /día.

Consumo en raciones día

El aporte nutricional de este tipo de alimentos es variado, contribuyendo a la cantidad total de proteínas, hidratos de carbono complejos, fibra vitaminas y minerales.

Este gramaje supone 0,37 raciones (como se observa en la Tabla 21) que correspondería a 2,59 raciones semana, variando ente los distintos tipos de legumbres, sobre todo garbanzos y lentejas.

Tabla 21: Consumo de legumbres

LEGUMBRES	GRAMOS / DÍA	RACIONES / DÍA
LEGUMBRES TOTAL	26.48	0,37

La recomendación de raciones de legumbres se cifra entre 2 y 4 raciones a la semana de modo que consumiendo 2,59 raciones a la semana, la población de nuestro estudio se encuentra dentro de la recomendación.

Los resultados de consumo de legumbres en AMUVA son muy parecidos al estudio ENIDE, en el que se recoge un consumo de 28,15 g. / día y sin embargo se aleja del estudio Úbeda (91,3 g. / día), pensamos que la diferencia se justifica porque en nuestro estudio se considera peso en crudo y en el de Úbeda ya cocinado.

Las legumbres tienen una media de agua de alrededor del 12%, y una vez cocinada ese contenido de agua se eleva al 60%, (Ortega 2008) lo que hace aumentar su peso, si consideramos ese cambio para la legumbre de cruda a cocinada, la coincidencia es mayor.

En todo caso el consumo de legumbres en AMUVA concuerda con el recogido en el estudio de Infoagro, que recoge para la comunidad de Castilla y León una cantidad de 25,1 g./ día.

5.1.1.6. Grupo VI. CEREALES Y PATATAS

Incluye pan blanco, integral y de molde, cereales de desayuno, arroz y pasta, pizza y maíz. (Las patatas se trasladan, para su consideración, a este grupo procedentes del grupo III, verduras y hortalizas que es donde figuran en el CFC).

Consumo en gramos día

La cantidad diaria de los alimentos de este grupo alcanza los 205,64 g./día, (como se puede observar en la tabla 22) distribuidos del siguiente modo:

- Pan en sus distintas variedades (blanco, integral, molde) 106,39 g./día. correspondiendo la mayor cantidad al pan blanco con 70,82 g. al día. seguido de pan integral 17,34g y pan de molde 12,34g.
- Arroz 9,62 g. /día.
- Pasta 11,48g. /día.
- Otros cereales incluidos en el grupo, como masa de pizza, maíz o cereales de desayuno hacen un total de 20,88 g./día.
- La cantidad de patatas (cocinadas de distintos modos) supone 57,27 g./día.

Consumo en raciones día

Del total de alimentos del grupo se consumen 2,44 raciones /día, (como se puede observar en la Tabla 22) distribuidas de la siguiente manera:

- Pan 1,7 raciones / día:
 - 1,18 raciones corresponden al pan blanco.
 - 0,28 raciones de pan integral.
 - 0,20 raciones de pan de molde.

- Pasta y arroz 0,3 raciones diarias.
- Otros cereales 0,2 raciones.
- Patatas 0,29 raciones.

Tabla 22: Consumo de cereales, féculas y derivados

CEREALES. FÉCULAS Y DERIVADOS	GRAMOS / DÍA	RACIONES / DÍA
PASTA Y ARROZ	21,1	0,25
PANES	106,39	1,7
PATATAS*	57,27	0,29
OTROS	20,88	0,2
TOTAL	205,64	2,44

El aporte nutricional de los alimentos de este grupo es su contribución a la energía a partir de hidratos de carbono complejos, la ingesta que se recoge en nuestra muestra es claramente escasa, 2,44 raciones cuando las recomendaciones aconsejan entre 4 y 6 raciones al día.

Este escaso aporte tendrá su reflejo en un desequilibrio de macronutrientes con una cantidad inferior a la recomendada en porcentaje de energía en forma de hidratos de carbono que veremos cuantificada en los resultados de nutrientes que se detallan más adelante.

La escasa cantidad de alimentos del grupo de los cereales y las féculas no se debe al escaso consumo de pan, ya que la cantidad diaria podría asimilarse a casi media barra de peso habitual, sino al escaso uso de otros cereales en los platos como arroz o pasta y también un pequeño consumo de patata.

La cantidad de cereales que se recoge en ENIDE 194 g. / día, (de ellos pan 100g./ día), y Úbeda 225g./ día, son muy parecidas a AMUVA,(205 g./ día) lo que nos induce a pensar que el hábito alimentario de las mujeres huye del uso habitual de primeros platos hidrocarbonados a base de cereales y el alejamiento de la costumbre de consumir patatas como primer plato o en los guisos, a favor de verduras, ensaladas y legumbres.

9.1.1.7. Grupo VII. GRASAS Y ACEITES

Incluye aceite de oliva, girasol, maíz y soja, margarina, mantequilla y manteca.

Consumo en gramos día

La cantidad global de grasas de adición alcanza 28,51 g./día, (como podemos observar en la tabla 23), correspondiendo a los distintos tipos como se reseña a continuación:

- Aceite de oliva, 18,19 g./día.
- Aceite de girasol, 4,212 g./día.
- Margarina 3,02 g./día.
- Mantequilla 2,27 g./día.
- El consumo de otros aceites es inapreciable.

Consumo en raciones día

La cantidad total de grasa corresponde a 2,41 raciones día (como podemos observar en la Tabla 23) considerando la ración de 10 gr., una cucharada sopera, distribuidas en:

- Aceites 2,1 raciones, de las cuales corresponden al aceite de oliva 1,8 raciones y 0,4 al resto de aceites.
- Otras grasas (margarina y mantequilla) 0,21 raciones/ día.

Tabla 23: Consumo de aceites y otras grasas de adición

GRASAS DE ADICIÓN	GRAMOS / DÍA	RACIONES / DÍA
ACEITE DE OLIVA	18,91	1,8
OTROS ACEITES	4,27	0,4
OTRAS GRASAS	5,33	0,21
TOTAL GRASAS	28,51	2,41

Respecto al aceite, y más concretamente al aceite de oliva, cabe pensar que pueden haberse producido errores en la cuantificación de su uso, (no es fácil considerar el aceite por persona cuando se cocina para varias personas y se añade para todos a la vez), ya que la cantidad que se recoge en AMUVA de 18,91 gramos al día, es escasa en relación con las recomendaciones, que se cifran entre 4 y 5 cucharadas soperas de aceite de oliva al día, es decir entre 40 y 50 g. al día (Castro et al. 2005) pero también lo es con respecto al hábito alimentario español según datos de consumo del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (2006) que se cifran en 33,4 g. por persona y día y la forma de elaboración de los platos, en la que los fritos suelen estar muy presentes.

En cualquier caso, si la cantidad, que consideramos infra estimada, expresada en los resultados se corresponde con la realidad, sería conveniente aumentar el consumo de aceite de oliva, para asegurar el aporte de ácidos grasos monoinsaturados (ácido oleico) y así incrementar la protección frente el riesgo cardiovascular, a expensas de la reducción de otras grasas menos saludables, siempre y cuando las Kilocalorías y la proporción de macronutrientes permanezcan ajustadas.

En el Estudio ENIDE se supera ligeramente el consumo de nuestra muestra en grasas y aceites 32 g./ día frente a 28,1g., y concretamente en el aceite de oliva 23,03 g., frente a 18,91 g./ día.

En el estudio Úbeda son significativamente escasas las cantidades de grasa de adición que se hallan, en relación con AMUVA, y que se justifica porque en el trabajo de Úbeda se refleja explícitamente que sólo se pregunta por mantequillas y margarinas, y no por aceite de adicción, de modo que la cantidad puede estar infravalorada

Posteriormente para el cálculo de nutrientes declaran que estiman la cantidad de aceite considerando el consumo medio de aceite culinario en España [33,4 g/ de aceite de oliva; 9,3 g/d de aceite de girasol y 4,1 g/día de otros aceites (maíz, soja, etc.)], según los datos del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación de 2006.

Es necesario recordar también que el total de grasas expresadas en este grupo se refiere a grasas de adición y por tanto no se consideran las grasas que forman parte del resto de alimentos, es decir grasas ocultas, que sí aparecen en la conversión de alimentos en nutrientes, y que en total está por encima del porcentaje de la energía recomendado, como veremos en el apartado de resultados de nutrientes.

5.1.1.8. Grupo VIII. DULCES

Incluye galletas tipo maría y otras, croissant y bollería, magdalenas, pastas pasteles, chocolate, turrón.

Se consideran también en este grupo, mermeladas azúcar y miel provenientes del grupo XI, miscelánea del CFC.

Consumo en gramos día

La cantidad diaria de dulces es de 78,44g. /día, (como podemos observar en la Tabla 24) así distribuidos:

- Azúcar, miel y mermeladas 17,83 g. / día.
- Galletas tipo maría 27,08 g./día.
- Magdalenas 9,14 g. / día.
- Pasteles y pastas 16,14 g. /día.
- Chocolate, incluido el cacao soluble 8,18 g/día.

Consumo en raciones día

La cantidad total no se puede cuantificar en raciones totales de una manera sencilla, ya que al agrupar dulces de tipos muy diversos no encontramos ración de referencia global., por eso consideraremos raciones por tipos de dulces en función del tamaño de las unidades de los mismos o de la cantidad media de consumo habitual en una sola ingesta.

Por otra parte no hay raciones de consenso debido a que la recomendación de consumo es ocasional (SENC 2004):

- Azúcar, miel y mermeladas. Considerando como ración la habitual de adición 10 g. el consumo alcanza 1,78 raciones.

- Galletas María, considerando una ración 30 g.(4 o 5 galletas) el consumo alcanza 0,9 raciones.
- Magdalenas, si consideramos una ración el peso medio de una unidad, es decir 30 g., el consumo supone 0,3 raciones al día.
- Pasteles, pastas, considerando habitual una ración de 30 g. el consumo alcanza 0,53 raciones.
- Chocolate, incluido el cacao soluble, considerando como ración 15 g., el consumo alcanza así mismo 0,53 raciones.

De esta manera, sumado el consumo de dulces, podemos decir que el consumo no es esporádico, sino habitual, ya que supone 2,23 raciones al día.

Tabla 24: Consumo de dulces

DULCES	GRAMOS/DÍA	RACIONES / DÍA
GALLETAS	27,08	0,9
MAGDALENAS	9,14	0,3
CHOCOLATE	8,18	0,53
PASTELES PASTAS Y OTROS	18,12	0,5
TOTAL	62,52	2,23
MERMELADA+AZUCAR+MIEL*	17,83	1,78

Los alimentos de este grupo aportan distintos nutrientes en función de los ingredientes empleados en su elaboración.

Los más sencillos, azúcar, miel, mermeladas, fundamentalmente aportan azúcares simples, glucosa, fructosa o sacarosa, con función puramente energética, y a medida que su elaboración va siendo más compleja, incluyen otros nutrientes fundamentalmente grasa, de modo que a partir de hidratos de carbono y grasa, en muchos casos saturada, el contenido calórico de los mismos es muy alto y repercutirá en el aporte total de energía de la dieta, como veremos más adelante.

El consumo es habitual, no ocasional, como se recomienda, y supera las recomendaciones (en aporte de azúcares simples el 10% del total de gramos de la energía del día), por lo que se convierte en poco saludable.

Del mismo modo, el contenido en grasa saturada de algunos de ellos, sobre todo los de elaboración industrial, que incluyen en su elaboración grasas trans y de coco y palma, contribuye a incrementar el riesgo cardiovascular, del que ya hemos hablado.

Tanto en ENIDE (47,97 g. / día) como en Úbeda (32, 3 g./ día) las cantidades son menores (AMUVA 62,52 g. / día + 17,83 de azúcar, miel y mermeladas).

En ENIDE la diferencia está en el consumo de galletas que en su caso es inferior, y en Úbeda no podemos definir en qué alimento está la diferencia ya que no los describe detalladamente

5.1.1.9. Grupo IX. BEBIDAS

Incluye vino cerveza, licores, destilados, refrescos con y sin azúcar, zumos naturales y envasados, horchata y café.

Consumo en gramos día

La cantidad de bebidas que se ingieren al día, excluida el agua, que no figura en el CFC y por tanto no se registra, son 341cc. /día, (como podemos observar en la tabla 25) distribuidas diariamente como sigue:

- Bebidas no alcohólicas:
 - Zumos naturales (naranja y otros) 108,2 cc.
 - Zumos envasados 30,82 cc.
 - Refrescos con azúcar 22,91cc. y light 23,88 cc.
 - Café 54,96 cc y descafeinado 21,42 cc.
 - Cantidades no significativas de otras bebidas.
- Bebidas alcohólicas:
 - Cerveza, 52.18 cc.
 - Vino de mesa 21,91 cc.
 - Muy pequeña cantidad de otros como vinos dulce y licores o destilados.

Consumo en raciones día

Como se puede observar en la Tabla 25, en raciones se consumen:

- Bebidas no alcohólicas:
 - Zumos 0,69 raciones diarias, considerando ración 200 cc., es decir un vaso , según reconoce el Documento de Postura del Comité Científico "5 al día" respecto al consumo de zumos de frutas en el marco de una alimentación saludable. (Moñino et al 2010)
 - De ellas zumo natural 0,54 raciones día
 - Refrescos 0,14 raciones al día: Se considera ración de refresco (como podemos ver en la tabla 16) una cantidad de 333 cc, es decir el contenido de una lata, ya que es el envase individual más habitual en este momento, frente al botellín de 200 cc (un vaso) que se utilizaba antes y que hoy solo se mantiene en algunos establecimientos de hostelería.
 - Café, en raciones, consideramos como ingesta habitual en una sola toma, una cantidad de 50cc, es decir el contenido de una taza de café de tamaño medio, así consideramos que en AMUVA se consumen 1,52 raciones al día.

- Bebidas alcohólicas:

Siguiendo el mismo criterio para establecer las raciones, es decir la cantidad media que se consume en una ingesta (como podemos ver en la Tabla 16) una copa media de vino 80 cc., y una caña de cerveza 150 cc., podemos decir que las raciones que se consumen son:

- Vino 0,27 raciones / día.
- Cerveza 0,34 raciones / día.

Tabla 25: Consumo de bebidas

BEBIDAS	GRAMOS / DÍA	RACIONES DÍA
<u>NO ALCOHOLICAS</u>		
ZUMOS	139,04	0,69
REFRESCOS	46,79	0,14
CAFÉ	76,38	1,52
<u>ALCOHOLICAS</u>		
CERVEZA	52,18	0,34
VINO	21,91	0.27

Los zumos son la bebida más abundante, y de entre ellos más los naturales, que pueden considerarse como un aporte más de fruta con limitaciones en relación con el aporte de fibra.

Respecto a los refrescos, las recomendaciones dictan que el consumo sea ocasional y esporádico, cosa que podemos considerar que se cumple en nuestra muestra con aproximadamente una lata de refresco cada 8 o 9 días.

En relación con el consumo de café, del que se ingieren 1,52 raciones diarias, lo consideramos dentro de lo aconsejado, que establecemos (ver Tabla 16) en 2 raciones diarias.

Las bebidas alcohólicas se consumen moderadamente, considerando como consumo real diario con una cierta representatividad sólo las bebidas fermentadas cerveza y vino, estas bebidas no llegan a una ración diaria (100-150 cc / día de bebidas de baja graduación) recomendadas como saludables para las mujeres, por eso podemos considerarlas dentro de recomendaciones.

En el estudio ENIDE se obtiene un resultado de 1022 cc. /día de bebidas, muy por encima de los 341 cc. /día de AMUVA, esta diferencia se explica porque en nuestro estudio se excluye el agua . En cualquier caso las cantidades de café son un poco inferiores (16 cc / día más en AMUVA), los refrescos están por encima (78 cc/ día más en ENIDE) y los zumos al contrario (69 cc/ día más en AMUVA).

En cuanto a bebidas alcohólicas la cerveza (99,21 cc/día) y el vino (37,7 cc./ día) son más consumidos en ENIDE.

A partir de estos datos podemos considerar que el consumo de bebidas es más saludable en AMUVA que en ENIDE para las mujeres de entre 50 y 60 años.

En Úbeda las bebidas se diferencia exclusivamente en alcohólicas ,en la encontramos una diferencia de menos de 10cc/ día y no alcohólicas con las que no podemos establecer comparación, ya que se indica únicamente una cantidad de 879,5 cc/ día sin más diferenciación de tipo de bebida.

4.1.1.10. Grupo X. Precocinados

Incluye croquetas, palitos de pescado y otros fritos y sopas de sobre.

Consumo en gramos día

En total se alcanza al día la cantidad de 39,05 g. (Tabla 26). Se distribuyen como sigue:

- Croquetas, de las que el consumo apreciado en la muestra es de 10,43 g. / día.
- Empanadillas 8,41 g. /día.
- Palitos de merluza 5,35g. /día.
- San Jacobos 3,19 g. /día.
- Sopas de sobre, y otros precocinados, (lasaña, canelones, masas, etc.) 11,67 g./ día entre todos los que se citan, ya que se pregunta sin especificar.

Consumo en raciones día

Establecemos la ración en función del consumo habitual (Tabla 16) a partir de la cual consideramos un consumo de 0,4 raciones al día o lo que es lo mismo 2,8 raciones a la semana.

Tabla 26: Consumo de precocinados

PRECOCINADOS	GRAMOS / DÍA
CROQUETAS	10,43
EMPANADILLAS	8,41
PALITOS DE PESCADO	5,35
SAN JACOBOS	3,19
OTROS	11,67
TOTAL	39,05
PRECOCINADOS	RACIONES
RACIONES DÍA	0,4
RACIONES SEMANA	2,8

Los precocinados podemos considerar, a partir de los datos expresados, que se consumen con una frecuencia de una ración a días alternos, lo que se aleja de lo ocasional, y tendrá repercusión, sobre todo en el aporte de grasa total y de grasa inductora de riesgo vascular en particular, por el gran contenido en grasa y el tipo (grasas trans) que se usan en la elaboración de estos alimentos.

Por otra parte estos alimentos se consumen fritos fundamentalmente lo que contradice el pequeño consumo de aceite que se refiere en el apartado grasas.

4.1.1.11. Grupo XI. MISCELANEA

Incluye salsas (mayonesa, mostaza, de tomate, y condimentos (pimienta, tabasco, sal), mermeladas azúcar y miel. Estos tres últimos se trasladan para su consideración al grupo de dulces, como hemos visto antes.

Consumo en gramos día

Como condimento más importante nos fijamos especialmente en la sal que alcanza un consumo de 1,54 g. / día. Esa cifra es la media de adición a los alimentos al cocinar, difícil de estimar por persona, ya que la sal se añade para todos los miembros de la familia en cada plato, y no incluye la sal que está presente en prácticamente todos los alimentos procesados.

Destaca también el consumo de salsa de tomate, 24,69 g. /día.

Las cantidades del resto de salsas y condimentos (mostaza, mayonesa, especias) es de 11,67 g. al día (Tabla 27).

Consumo en raciones día (Tabla 27)

- La ración de sal que se adiciona en el cocinado, supone 0,53 raciones diarias. No se ha preguntado si posteriormente se añade sal en la mesa.
- La cantidad de salsa de tomate supone casi 1 ración al día.
- La cantidad del resto en raciones no se puede cuantificar.

Tabla 27: Consumo de alimentos del grupo miscelánea

MISCELANEA	GRAMOS / DÍA	RACIONES / DÍA
SAL	1,54	0,53
SALSA DE TOMATE	24,69	0,98
OTRAS SALSAS Y CONDIMENTOS	1,24	

Respecto al consumo de sal, con las limitaciones para su consideración que ya hemos descrito, la cantidad está dentro de lo tolerado, ya que la recomendación para evitar riesgos, como la hipertensión es de menos de 3 g. al día.

En el estudio ENIDE se obtiene, respecto al consumo de sal un total de 4,51 g. / día, 3 g./ día más que en AMUVA, pero no conocemos exactamente como se obtiene este dato y no podemos por tanto establecer comparaciones.

Del resto de alimentos del grupo, únicamente destacar el consumo diario de salsa de tomate, que debe sumarse a la cantidad de tomate que ya se había considerado en el grupo de verduras, y que supone un consumo diario total de 138,29 g./ día, aunque además aporte la grasa que corresponda según la elaboración de dicha salsa.

El grupo miscelánea del Estudio ENIDE, incluye precocinados, de modo que para asimilarlo al nuestro deberíamos sumar miscelánea + precocinados, y de este modo los datos obtenidos son similares.

En Úbeda el epígrafe “varios”, engloba alimentos variados como platos precocinados, sándwiches, bocadillos, pizzas, patatas chips, pincho de tortilla, difícil de establecer por tanto comparación con los grupos de nuestro CFC.

5.1.2. Cantidades totales de alimentos, por grupos

Se recogen a continuación los resultados respecto a las cantidades totales de alimentos en gramos/día y raciones día consumidos, clasificados según los grupos anteriores, relacionándolos con las recomendaciones de

frecuencia de consumo que se habían establecido en la Tabla 16 basada en recomendaciones de la SENC (2004) y que podemos ver en la Tabla 28.

Tabla 28: Consumo de alimentos y comparación con recomendaciones

ALIMENTOS	RESULTADOS AMUVA		RECOMENDACIONES
	GRAMOS/ DÍA	RACIONES/DÍA	RACIONES
Grupo I LÁCTEOS	602,33	3,32	5 / día
Grupo II CARNES	154,35	1,23	4 / semana
PESCADOS	99,7	0,79	4 / semana
HUEVOS	25,05	0,42	4 / semana
Grupo III VERDURAS	461,97	1,84	Al menos 2 / día
Grupo IV FRUTAS	392,46	1,96	Al menos 3 / día
Grupo V LEGUMBRES	26,48	0,37	3 / semana
Grupo VI CEREALES Y FECULAS	205,64	2,44	5/ día
Grupo VII GRASAS Y ACEITES	28,51	2,41	De oliva 5 / día
Grupo VIII DULCES de adición	17,83	1,78	Ocasional
DULCES otros	62,52	2,23	
Grupo X PRECOCINADOS	39,05	0,4	
TOTAL	2115,89		
Grupo IX BEBIDAS no alcohólicas	262,21		Ocasional (excepto zumos)
BEBIDAS alcohólicas	74,09		Moderado

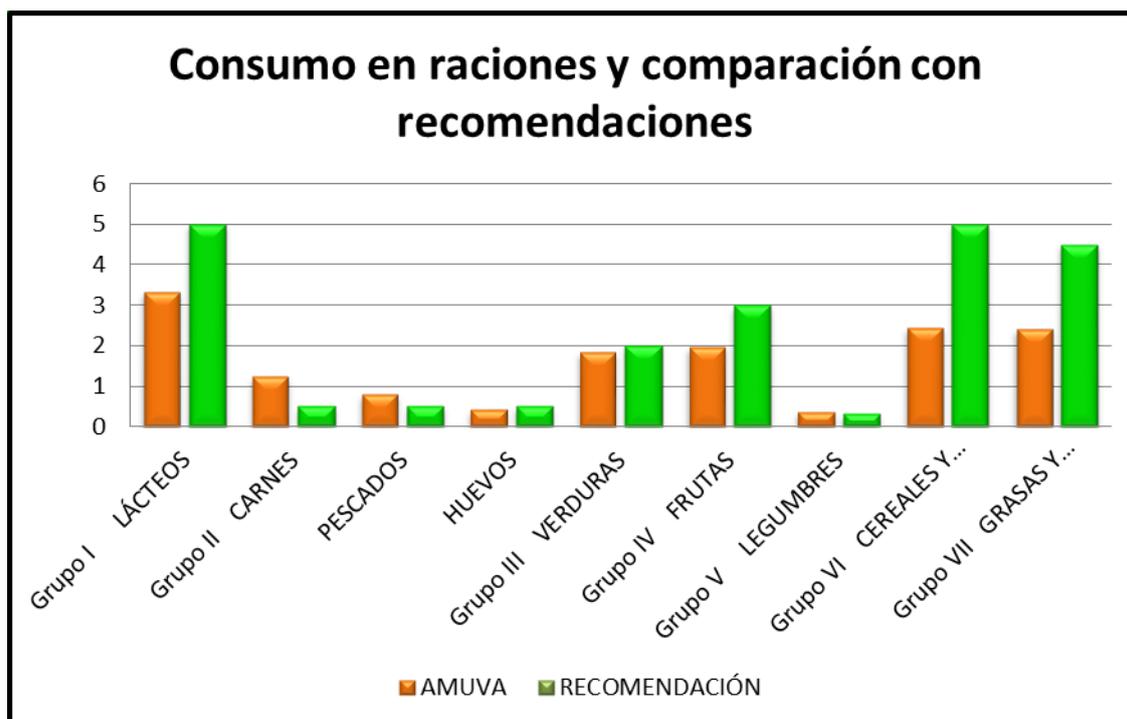
Según estos datos se concluye que las desviaciones que se producen en AMUVA respecto a recomendaciones de frecuencia de consumo de alimentos, son las siguientes:

- Lácteos escasos.
- Carne excesiva.
- Pescado y huevos dentro de recomendaciones.
- Verduras ligeramente escasas.
- Frutas escasas.

- Legumbres dentro de lo recomendado.
- Cereales y féculas claramente escasos.
- Grasas escasas (a expensas de aceite de oliva).
- Dulces y precocinados en exceso.
- Bebidas dentro de lo recomendado.
- Sal dentro de recomendaciones.

Las desviaciones comentadas respecto a los grupos de consumo diario se observan en el Gráfico 6.

Gráfico 6: Consumo de alimentos de consumo diario en raciones y comparación con recomendaciones



Se procede ahora a comparar los resultados de las cantidades totales de alimentos AMUVA con los estudios ENIDE y Úbeda, (Tabla 29).

Tabla 29: Resultados de alimentos

TABLA COMPARATIVA RESULTADOS ALIMENTOS EN GRAMOS	RESULTADOS AMUVA	RESULTADOS ENIDE	RESULTADOS ÚBEDA
Grupo I: LÁCTEOS	602,33	304	632,7
Grupo II: CARNES, PESCADOS, HUEVOS	282,99	253	299,1
Grupo III: VERDURAS	461,97	281	343
Grupo IV: FRUTAS	392,46	210	345
Grupo V: LEGUMBRES	26,48	28	91,3
Grupo VI. CEREALES Y FÉCULAS	184,76	162	225,7
Grupo VII. GRASAS Y ACEITES	28,51	35	7,4
Grupo VIII. DULCES	78,44	64	32,3
Grupo IX. BEBIDAS	341,04	1450	960
Grupo X.PRECOCINADOS	27,23	—	—
Grupo XI. MISCELANEA	27,39	53	27,4
TOTAL	2441,71	2826	2963,9

En España existen grandes diferencias regionales consecuencia de la gran heterogeneidad de los hábitos alimentarios tradicionales de cada una de las zonas del país, que forman parte de nuestra riquísima herencia sociocultural, que dan lugar a una gran variedad gastronómica de platos y recetas y que, por ser perfectamente compatibles con una buena nutrición, hay que tratar de conservar.

Estas diferencias que se observan ya han sido discutidas al establecer los resultados de cada grupo de alimentos.

5.1.3. Índice de alimentación saludable (IAS)

La puntuación global del IAS, (Norte Navarro y Ortiz Moncada 2011) que como ya hemos visto, se obtiene de la suma de sus 10 componentes, por lo que tiene un valor máximo de 100, y aplicando los criterios de clasificación, la calidad de la dieta es:

- “Inadecuada” cuando la puntuación es inferior a 51.
- “Aceptable” con puntuaciones entre 51 y 60.
- “Buena” con puntuaciones entre 61 y 70.
- “Muy Buena” con puntuaciones entre 71 y 80.
- “Excelente” con resultados superiores a 80 puntos.

El Índice de alimentación saludable (IAS) que se obtiene en AMUVA es de 67, a partir de la puntuación obtenida en cada ítem que se recoge en la Tabla 30.

Por lo tanto y según esa puntuación obtenida podemos catalogar la dieta de la muestra como **BUENA**.

Tabla 30: Índice de alimentación saludable

VARIABLES	PUNTUACIÓN AMUVA
CONSUMO DIARIO	
Cereales y derivados	10
Verduras y hortalizas	10
Frutas	10
Leche y derivados	10
CONSUMO SEMANAL	
Carnes	7,5
Legumbres	7,5
CONSUMO OCASIONAL	
Embutidos o fiambres	2,5
Dulces	0
Refrescos con azúcar	7,5
VARIEDAD	2
Total puntuación	67

La dieta podría mejorarse hasta alcanzar la catalogación de muy buena e incluso de excelente, tratando de mejorar la puntuación en los siguientes alimentos:

- Embutidos y fiambres, disminuyendo la frecuencia de consumo de los mismos para alcanzar en este ítem una puntuación mejor (se obtiene una puntuación de 2,5, cuando podría obtenerse 10).
- Dulces, en el que se obtiene una puntuación 0 ya que el consumo es diario, cuando podría obtenerse a la puntuación 10.

En ambos casos, como reseña Norte Navarro y Ortiz Moncada, la puntuación máxima posible de 10 puntos se obtiene cuando el consumo es “nunca o casi nunca” como se recoge en la Tabla 11 de la descripción de variables en el apartado 4.8.1.3.

Podemos comprobar que el resultado de AMUVA se aproxima bastante al resultado obtenido para la Comunidad de Castilla y León en la investigación de Norte Navarro y Ortiz Moncada, llevada a cabo bajo el título: Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable, en el año 2011, que obtiene para Castilla y León un IAS de 73, englobando, sin discriminar por sexo, a hombres y mujeres, resultado próximo al resultado de nuestro estudio que es de 67.

Sin embargo en AMUVA la dieta se cataloga como **BUENA** y en el estudio citado como **MUY BUENA**, al establecer el corte entre una y otra en la puntuación 70.

5.2. Resultados Nutrientes

En los anexos, apartado 8.7 se puede encontrar una tabla completa que recoge los resultados de nutrientes.

Una vez establecidos los resultados de alimentos en gramos día y tras proceder a su transformación en nutrientes, como se explica en el apartado 3.8.1.4 de la descripción de variables, se obtienen los siguientes resultados expresados como media de aporte diario, al mismo tiempo se comparan con

las recomendaciones (FESNAD 2010), ya referenciadas en el apartado 4.8.1.4., y resumidas para las mujeres de entre 40 y 60 años en la Tabla 12

5.2.1. Energía, macronutrientes, y fibra (Tabla 31)

Tabla 31: Ingesta media diaria de energía, macronutrientes y fibra

ENERGÍA , MACRONUTRIENTES, FIBRA	RESULTADOS
ENERGÍA	2725,1 kcal
PROTEÍNAS	18,04%
HIDRATOS DE CARBONO	40,10%
GRASAS TOTALES	41,90%
Ácidos grasos saturados	11,90%
Ácidos grasos monoinsaturados	17,60%
Ácidos grasos poliinsaturados	7,06%
Colesterol	471,56 mg
FIBRA	37,65 g.

5.2.1.1. Energía

La unidad internacional de energía es el Julio, pero, en lo que se refiere al aporte de la dieta, habitualmente se mide en kilocalorías (kcal) (1 kcal = 1000 calorías) o en kilojulios (kJ) (1 kcal = 4.184 kJ).

La alimentación de las mujeres de la muestra aporta una energía media al día de 2725,1 Kilocalorías o lo que es lo mismo de 11401, 81 Kilojulios.

La cantidad de energía consumida supone unas 135 Kcal. de exceso, es decir un 105,2% de la recomendación para la media de edad, peso y actividad del grupo, (calculada según fórmula FESNAD 2010 y considerando la actividad como leve que es la que resulta en la valoración de actividad física, como veremos en los resultados correspondientes, apartado 4.4.).

Este incremento supone un riesgo para la salud ya puede contribuir al desarrollo de sobrepeso y obesidad. En este sentido la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) reconoce que controlar el nivel energético de la dieta diaria es una de las principales recomendaciones en el control del exceso de peso.

Al comparar los resultados que se obtienen con los de estudios ENIDE y Úbeda (Tabla 36), los mismos con los que ya hemos comparado los resultados de alimentos podemos observar que en ENIDE el aporte de energía es menor, 2162 Kcal / día, así como en Úbeda de 2540Kcal, más aproximado, frente a 2725,1 en AMUVA.

Estas diferencias se justifican por las diferencias observadas en el consumo de alimentos (Tabla 29), ya comentadas con anterioridad, en los apartados correspondientes a los resultados de alimentos.

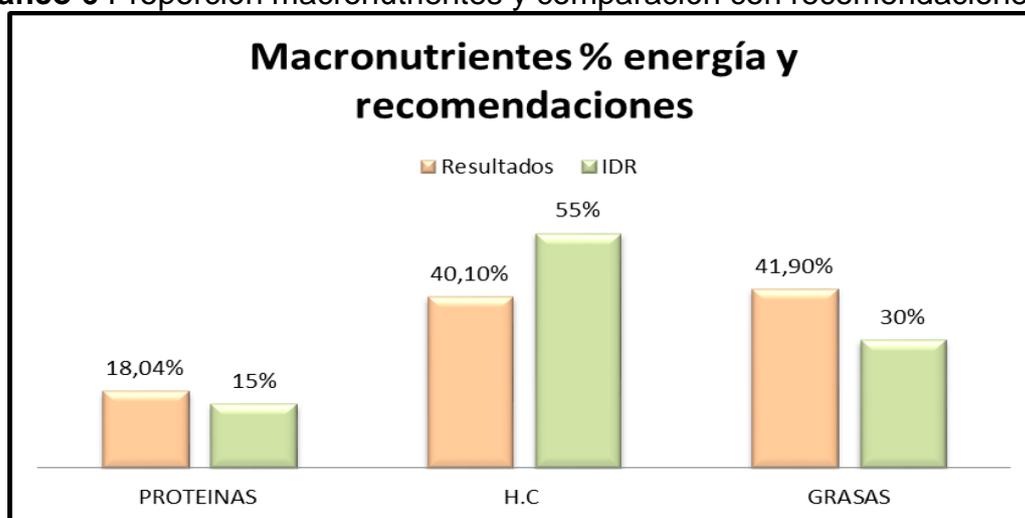
Se puede decir que en ENIDE la energía es menor porque en todos los grupos de alimentos se recoge un consumo menor, excepto en Grasas que la cantidad en ENIDE sobrepasa en 6,49g./ día a AMUVA y en el grupo Miscelánea que no es comparable en ambos estudios porque está compuesto de alimentos distintos

En Úbeda, la diferencia puede deberse, de nuevo, y como ya hemos comentado antes, fundamentalmente a la diferencia en el grupo de grasas, en el que no se consideran los aceites, lo que supone una infraestimación de la energía.

5.2.1.2. Macronutrientes

El aporte de energía se distribuye entre los distintos macronutrientes, (proteínas, hidratos de carbono y grasa) del siguiente modo (Gráfico 6):

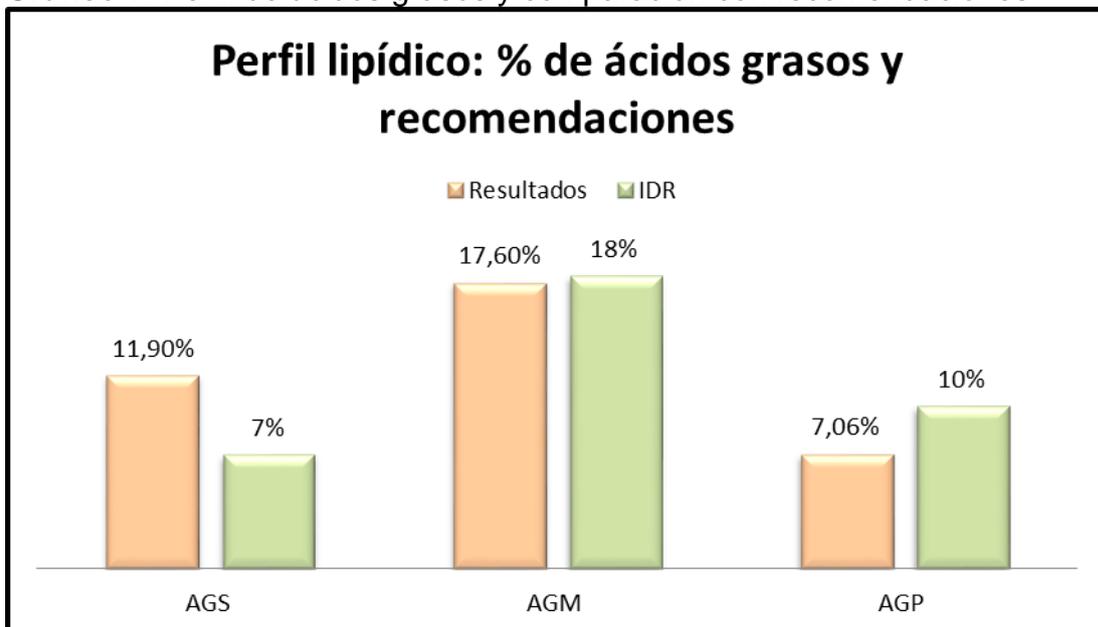
Gráfico 6 Proporción macronutrientes y comparación con recomendaciones



- Proteínas: Se consumen al día 122,91 g. que proporcionan el 18,04 % de la energía total, es decir, proporcionándose en forma de proteínas más del 12-15% de la energía total que se recomienda (FESNAD 2010).
- Hidratos de carbono: Se aportan al día 273,48 g., que corresponden al 40,1 % de la energía total. El aporte hallado es bajo, ya que la recomendación se cifra entre 50 y 60% de la energía total (FESNAD 2010).
- Grasas totales: Se ingieren al día 127,96 g., que corresponden a un 41,96 % de la energía total, frente al 30 -35% de la recomendación, de modo que se sitúa más de un 10% por encima de lo recomendado. (FESNAD 2010).

Del total de grasa que se acaba de describir encontramos una proporción en lo que se refiere a los distintos tipos de ácidos grasos como sigue (Gráfico 7):

Gráfico 7: Perfil de ácidos grasos y comparación con recomendaciones



- Ácidos grasos saturados: Una cantidad diaria de 38,3 g. que suponen un 11,9 % del total de la energía frente a una recomendación de un máximo del 7%.
- Ácidos grasos monoinsaturados. Una ingesta al día de 56,57 g., es decir el 17,6 % de la energía total, situándose por tanto dentro de las recomendaciones, entre el 13 y el 18%.
- Ácidos grasos poliinsaturados: Un aporte de 22,64 g. al día, que suponen el 7,06 % de la energía del día, de modo que se encuentran también dentro de la recomendación que indica menos del 10%.
- Colesterol 471,56 mg/día, cuando la recomendación establece un máximo de 300 mg/día, por lo tanto un aporte del 157% de lo recomendado.

La proporción de macronutrientes en porcentajes, encontrada en AMUVA, como se acaba de describir da lugar a una dieta que se puede calificar de: Hipocarbonada, hiperproteica e hipergrasa que puede ser factor de riesgo para la salud de las mujeres.

Una dieta equilibrada permite por un lado cubrir las necesidades biológicas básicas y por otro lado, previene o al menos reduce el riesgo de padecer ciertas alteraciones o enfermedades a corto y largo plazo, basta con recordar el impacto que tienen en nuestra sociedad determinadas enfermedades como hipertensión, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos de la conducta alimentaria, incluso ciertos tipos de cáncer que se relacionan con una alimentación desequilibrada, como ya hemos visto sobradamente en el marco teórico.

Podemos concretar alguno de estos riesgos del siguiente modo.

- Rebajar los hidratos de carbono de la dieta, sin rebajar la energía, supone un claro aumento de proteínas y grasas, y además si de los escasos hidratos de carbono que se consumen, una porción importante es a partir de azúcares de absorción rápida, puede aparecer riesgo de Diabetes tipo II. Es, por tanto, importante recordar la necesidad de incrementar los hidratos de carbono de absorción lenta y bajo Índice glicémico (a partir de cereales fundamentalmente)

y reducir los hidratos de carbono de absorción rápida (a partir de dulces) para tratar de minimizar el riesgo de hiperglucemia y desarrollo de intolerancia hidrocarbonada o Diabetes tipo II, como se recoge en la Guía de Alimentación y Salud (UNED 2010).

- Las dietas con excesivo consumo de proteínas y también limitadas en la disponibilidad de carbohidratos obliga al organismo a procesos de glucogénesis a partir de aminoácidos y ácidos grasos lo que comúnmente produce grandes cantidades de urea y otros metabolitos cetogénicos que conllevan riesgos para la salud renal y hepática (Cooper et col 1996).

Por otra parte si se consumen más proteínas de las que se requieren y la fuente predominante es animal, supone además un aporte extra consecuente de grasas saturada, estos aspectos se consideran como un factor ambiental de riesgo en el cáncer de mama (OMS 2003).

- Una dieta hipergrasa, a expensas de un exceso de grasa saturada, supone un claro riesgo cardiovascular, incrementado por otras razones propias de esta edad en las mujeres (Zabalegui et al 2005).
Del mismo modo, aunque con menor repercusión, contribuye al riesgo vascular el exceso de colesterol (FDA 2004).

Al comparar los resultados que se obtienen con los estudios ENIDE y Úbeda (ver Tabla 36) podemos observar que:

- La distribución de la energía en porcentaje de macronutrientes en ENIDE muestra una contribución de proteínas, hidratos de carbono y lípidos semejantes a AMUVA, en ambos casos por encima de los porcentajes recomendados de proteínas y grasas y en hidratos de carbono por debajo del 55 % recomendado.
- En Úbeda sorprende la desproporción del porcentaje de nutrientes, particularmente en lo que se refiere a las grasas. (7% en Úbeda frente al 40,20 de ENIDE y 41,90 de AMUVA), que provoca un desequilibrio consecuente en hidratos de carbono y proteínas.

Pensamos que la diferencia podría deberse al grupo de los alimentos grasos, que como ya hemos comentado en el apartado de resultados de

alimentos sólo tiene en cuenta mantequilla y margarina y no informa respecto al consumo de aceites.

5.2.1.3. Fibra

El aporte de fibra se encuentra en 37,65 g./día,(tabla 31) por lo tanto la ingesta de fibra se halla por encima del nivel recomendado de 30 g. / día (FESNAD 2010).

Este dato llama la atención puesto que otros estudios indican una ingesta de fibra más baja como es el caso del Panel alimentario (2006) que recoge la ingesta de energía y nutrientes per cápita desde el año 2000 hasta el 2006 y establece en este último año una ingesta de fibra de 18,8 g./ día; o el estudio de Ruiz-Roso et col (2010) que encuentra que el consumo medio de fibra por persona en los hogares españoles fue de 16,24 g/día.

Respecto los estudios con los que se comparan los resultados de alimentos, encontramos que la fibra no se ha determinado en ENIDE y en Úbeda se obtienen unas cifras similares a AMUVA (39,8 g frente a 37,65 g.).

El Panel Alimentario y el estudio de Ruiz-Roso aportan datos sin desagregar por sexos, mientras que Úbeda y AMUVA se refieren exclusivamente a mujeres y de una determinada edad, lo que puede influir en la gran diferencia de los resultados obtenidos.

También puede haberse obtenido un dato por encima del real en AMUVA por la posible sobreestimación de las ensaladas.

5.2.2. Micronutrientes

Se establecen a continuación los resultados AMUVA y la discusión respecto a vitaminas y minerales

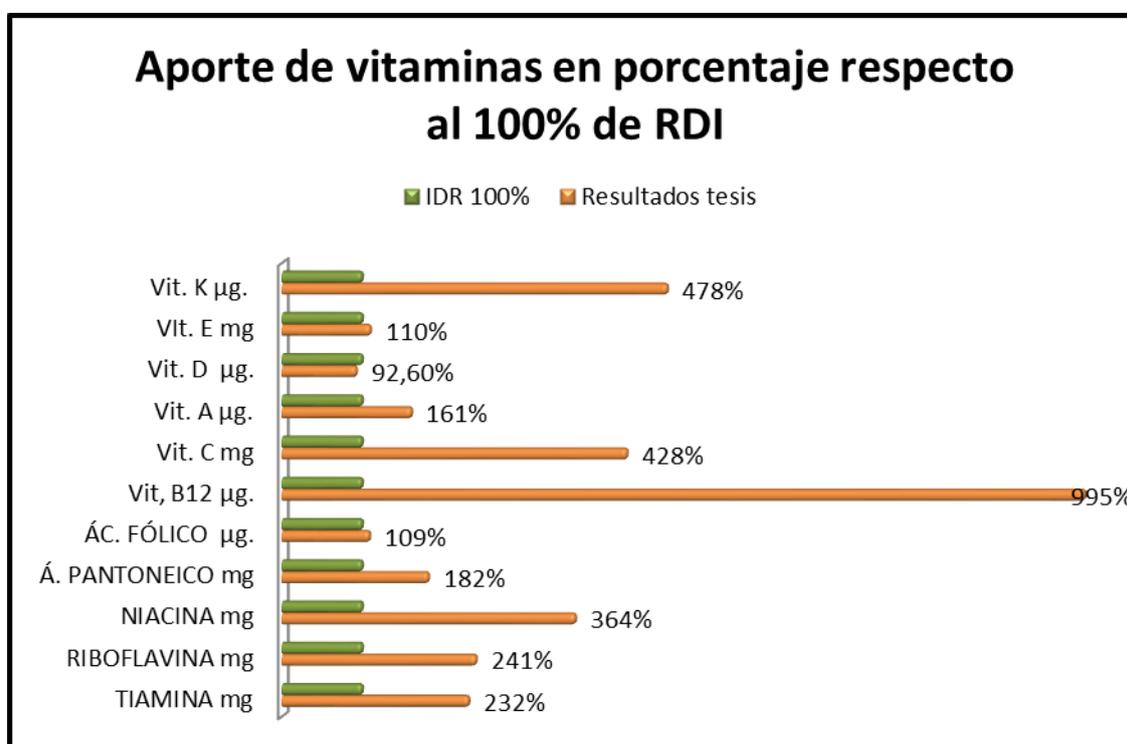
5.2.2.1. Vitaminas

Las vitaminas, como podemos ver en la Tabla 32 y en el Gráfico 8 presentan los siguientes resultados:

Tabla 32: Ingesta media diaria de Vitaminas y Minerales

VITAMINAS	RESULTADOS
TIAMINA B1	2,32 mg
RIBOFLAVINA B2	3,145 mg
NIACINA B3	50,99 mg
Á. PANTONEICO B5	9,14 mg
ÁC. FÓLICO B9	327 µg
COBALAMINA B12	19,1 µg
VITAMINA C	300,08 mg
VITAMINA A	996 µg
VITAMINA D	4,63 µg
VITAMINA E	16,6 mg
VITAMINA K	430,59 µg

Gráfico 8: Aporte de vitaminas en porcentaje respecto al 100% de RDI



a. Hidrosolubles:

- Vitamina B1, tiamina, El nivel de ingesta se encuentra en el 232% de las RDI.
- Vitamina B2, riboflavina, El nivel de ingesta se encuentra en el 241% % de las RDI.
- Vitamina B3, niacina, El nivel de ingesta se encuentra en el 364 % de las RDI, siempre a partir de alimentos y en relación con el alto consumo de carnes.
- Vitamina B5, ácido pantoténico , El nivel de ingesta se encuentra en el 182 % de las RDI.
- Vitamina B9, ácido fólico, El nivel de ingesta se encuentra en el 109% de las RDI.
- Vitamina B12, destaca especialmente ya que nivel de ingesta se encuentra en el 995% de la RDI, debido del mismo modo al muy importante consumo de carnes que es la principal fuente de esta vitamina.
- Vitamina C, El nivel de ingesta se encuentra en el 428% de RDI, en consonancia con el consumo habitual de cítricos enteros y en zumo y otras frutas y verdura.

b. Liposolubles:

- Vitamina A, El nivel de ingesta se encuentra en el 161 % de la recomendación.
- Vitamina D, El nivel de ingesta se encuentra en el 92,60% de la recomendación, considerar, sin embargo que desde luego no se tiene en cuenta la exposición a la luz solar, principal fuente de aporte de esta vitamina por activación del 7 dehidrocolesterol presente en la piel por acción de la luz ultravioleta. El tiempo necesario de exposición varía con la edad, el tipo de piel, la estación del año, la hora del día y la cantidad de superficie de piel expuesta. La grasa corporal actúa como almacén de la vitamina D, y durante los

períodos de exposición a la luz solar, la vitamina D permanece en la grasa y es liberada cuando se va el sol (Holick 2007).

El estatus deficitario en vitamina D de la población femenina ha de tratar de paliarse, siempre que sea factible, con una adecuada exposición solar (Rodríguez Sangrador 2008).

Esta ingesta inadecuada de vitamina D condiciona riesgo de osteoporosis (Orozco 2004 y Quesada 2011).

- Vitamina E, El nivel de ingesta se encuentra en el 110% de la recomendación, a pesar del bajo consumo de aceite referido, principal fuente de esta vitamina.
- Vitamina K, El nivel de ingesta se encuentra en el 478% de RDI, probablemente en relación con el consumo abundante de verduras.

En cualquier caso no existe riesgo de ingesta inadecuada por defecto, (excepto en la vitamina D), ni tampoco se alcanza en ningún caso el nivel máximo de ingesta tolerable, (UL) (Tolerable Upper Intake Levels), definido como el nivel más alto de ingesta diaria de un nutriente, con menos probabilidad de riesgo de que se produzcan efectos adversos en la salud de la mayoría de los individuos. (Institute of Medicine. National Academy Press 2000).

En la Tabla 33 se expresan como resumen los resultados AMUVA en cuanto a ingesta de vitaminas comparados con recomendaciones (FESNAD 2010) y nivel máximo de ingesta tolerable (UL).

Tabla 33: Ingesta de Vitaminas, comparación con recomendaciones e ingesta máxima tolerable

VITAMINAS		RESULTADOS AMUVA	RDI	UL Ingesta máxima tolerable
GRUPO B	B1 TIAMINA	2,32 mg	1 mg	–
	B2 RIBOFLAVINA	3,145 mg	1,3 mg	–
	B3 NIACINA	50,99 mg	14 mg	35 mg (sintética*)
	Á. PANTOICO	9,14 mg	5 mg	–
	B6 PIRIDOXINA	52,08 mg	1,2 mg	100 mg
	ÁC. FÓLICO	327 µg	300 µg	1000 mg
	B12 COBALAMINA	19,1 µg	2 µg	–
Vitamina C		300,08 mg	70 mg	2000 mg
Vitamina. A		996 µg	600 µg	3000 mg
Vitamina. D		4,63 µg	5 µg	50 mg
Vitamina. E		16,6 mg	15 mg	1000 mg (sintética*)
Vitamina K		430,59 µg	90 µg	

* El término “sintética”, se refiere a que las vitaminas procedan de preparados en forma de medicamento y no aportadas por alimentos.

Estableciendo una comparación con los estudios que estimamos (Tabla 36), las cifras de vitaminas son, en general, menores en ENIDE que en AMUVA y Úbeda, probablemente en relación con la diferencia calórica y con las importantes diferencias encontradas en el consumo de lácteos, verduras y frutas, que ya se han comentado en el apartado de resultados de alimentos.

En Úbeda las cifras son más aproximadas a AMUVA, excepto en vitamina E que es muy inferior (3,8 mg / día frente a 16,6 mg./ día) y que se puede suponer que se debe, de nuevo, a la no consideración de los aceites en el estudio Úbeda, que son una fuente muy importante de vitamina D.

En AMUVA no se alcanzan las recomendaciones de vitamina D, igual que ocurre en ENIDE, y sin embargo si se alcanzan en Úbeda.

En los tres estudios el ácido fólico se encuentra en el límite.

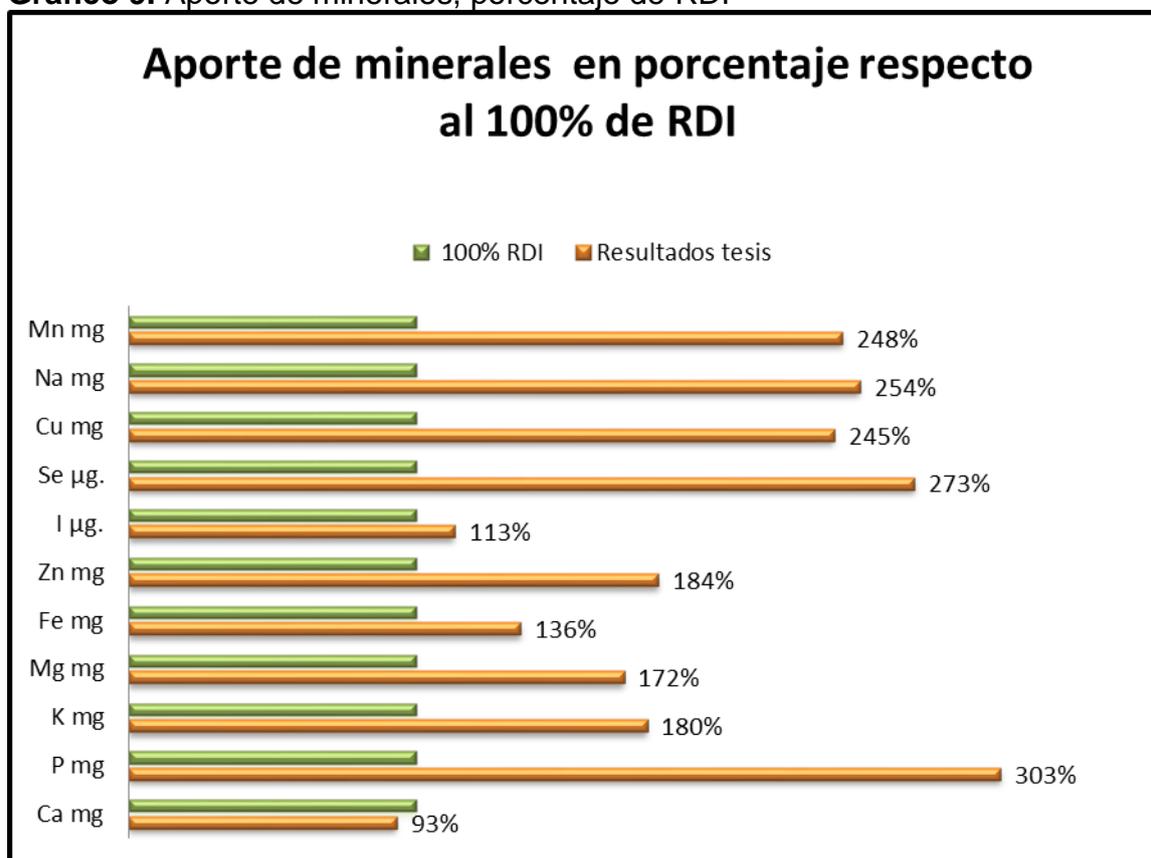
5.2.2.2. Minerales

Los minerales, como podemos ver en la Tabla 34 y en el Gráfico 9, presentan los siguientes resultados:

Tabla 34: Ingesta media diaria de Minerales

MINERALES	RESULTADOS
CALCIO	1392,68 mg
FOSFORO	2121,69 mg
POTASIO	5598,8 mg
SODIO	3556 mg
MAGNESIO	551,25 mg
HIERRO	22,55 mg
ZINC	12,9 mg
YODO	170 µg
SELENIO	150,46 µg
COBRE	2,761 mg
MANGANESO	4,48 mg

Gráfico 9. Aporte de minerales, porcentaje de RDI



- Calcio; La ingesta, en AMUVA, se encuentra por debajo de la recomendación concretamente en el 93% de RDI, si consideramos como recomendación los 1500mg. / día como recoge Delmas (2002) y que ya establecía el Instituto Nacional Americano de la Salud en 1994, para las mujeres de este grupo, que en la media de edad de la muestra (51 años) es muy probable que se encuentren ya con un déficit estrogénico.

Los lácteos aportan más del 70% de este mineral a la dieta,(Orozco 2004), la biodisponibilidad del calcio procedente de este grupo de alimentos es relativamente alta, entre otros factores porque va acompañado de promotores de su absorción como la lactosa o el medio ácido en el caso de los yogures, pero las raciones que se ingieren al día son escasas como ya hemos visto en los resultados de alimentos.

Si consideramos como ideal el intervalo de relación Calcio / Fósforo, de 1.0 a 1.5, (FAO/WHO 1973 y Blanco Anesto 2005) la deficiencia en el aporte de calcio se hace más patente teniendo en cuenta el elevado aporte de fósforo proveniente de quesos, pescado, huevo y carnes.

Igualmente si consideramos que la adecuada proporción de calcio / proteínas es de 20 mg/g., (FAO/WHO. 1973 y Blanco Anesto 2005), en nuestra muestra, para el aporte proteico que se determina de 122,91 g. al día se necesitarían 2458 mg de calcio y la ingesta es de 1392,68 mg. / día.

Esta ingesta inadecuada de calcio y de vitamina D, reseñada antes, condiciona riesgo de osteoporosis (Orozco 2004 y Quesada 2011).

El resto de minerales, se encuentran en todos los casos por encima de las recomendaciones (Gráfico 9):

- Manganeseo; El nivel de ingesta se encuentra en el 248% de la recomendación.
- Sodio; El nivel de ingesta se encuentra en el 254% de RDI, a pesar de que la ingesta declarada de sal de adición es baja, el exceso, por tanto, puede ser debido al uso habitual de alimentos

industrializados, dulces, precocinados, etc., con una alta composición en sal.

Un aporte en exceso de sodio contribuye a la posibilidad de aumento en las cifras de presión arterial, que a su vez determinan de nuevo riesgo vascular y favorece la pérdida de calcio por la orina.

- Cobre; El nivel de ingesta se encuentra en el 245% de RDI.
- Selenio; El nivel de ingesta se encuentra en el 273% de RDI.
- Yodo; El nivel de ingesta se encuentra en el 113 % de RDI.
- Zinc; El nivel de ingesta se encuentra en el 184 % de RDI.
- Hierro; El nivel de ingesta se encuentra en el 136 % de RDI.
- Magnesio; El nivel de ingesta se encuentra en el 172 % de RDI
- Potasio; El nivel de ingesta se encuentra en el 180 de RDI.
- Fósforo; El nivel de ingesta se encuentra en el 273% de RDI.

A la vista de estos datos, se observa que no existe riesgo de ingesta inadecuada, excepto en el caso del calcio y que no se sobrepasan las UL excepto en el caso del magnesio que si se sobrepasa, pero es a expensas de alimentos, por lo que no representa riesgo (Institute of Medicine.2000).

En la Tabla 35 se puede observar como resumen el aporte medio de minerales en AMUVA, en relación con las recomendaciones (FESNAD 2010) y el nivel máximo de ingesta tolerable (UL).

Tabla 35: Ingesta de minerales, comparación con recomendaciones e ingesta máxima tolerable

MINERALES	RESULTADOS AMUVA	RDI	UL Ingesta máxima tolerable
CALCIO	1392,68 mg	1.500 mg	2500 mg
FOSFORO	2121,69 mg	700 mg	4000 mg
POTASIO	5598,8 mg	3100 mg	
SODIO	3556 mg	1.400 mg	–
MAGNESIO	551,25 mg	320 mg	350 mg (a partir de preparados farmacológicos)
HIERRO	22,55 mg	16,5 mg	
ZINC	12,9 mg	7 mg	
YODO	170 µg	150 µg.	
SELENIO	150,46 µg	55 µg	400 mg
COBRE	2,761 mg	1,1 mg	
MANGANESO	4,48 mg	1,8 mg	

Estableciendo comparación con los resultados obtenidos en ENIDE y Úbeda se observa (tabla 36) que las cifras de minerales de AMUVA son mayores que en ENIDE y mucho más aproximadas a Úbeda, que supera ligeramente a AMUVA en calcio, lo que puede deberse a que también es ligeramente mayor la ingesta de alimentos del grupo de lácteos, y sobre todo en Yodo (511µg/día frente a 170 µg/día) en relación con un mayor consumo de pescado (121,8 g./ día frente a 99g./ día), aunque esa diferencia no llegaría a justificar la que se produce en el mineral.

Por último reseñar que el agua que aportan los alimentos es de 1722,52 ml, de modo que para cubrir la recomendación de 1 ml/1 Kcal, y ya que el aporte calórico se cifra en 2575 Kcal, sería necesaria una ingesta de agua de bebida de 853 ml. mínimo al día, aspecto que no ha sido investigado en AMUVA.

Tabla 36 Comparación resultados energía y Nutrientes

RESULTADOS	AMUVA	ENIDE	ÚBEDA	RDI
ENERGÍA	↑ 2725,1 kcal	↓ 2162 Kcal.	↓ 2540 Kcal.	2590,6 Kcal
PROTEINAS	↑ 18,04%	↑ 16%	↑ 22%	15%
CARBOHIDRATOS	↓ 40,10%	↓ 41,40%	↑ 62%	55%
GRASA	↑ 41,90%	↑ 40,20 %	↓ 7%	30%
PERFIL LIPÍDICO				
AGS	↑ 11,90%	↑ 12,10	↑ 30,9 %	≤ 7%
AGM	≈ 17,60%	≈ 17,60%	≈ 17,6 %	13 -18%
AGP	↓ 7,06%	↓ 6,70%	↓ 6,8 %	≤ 10%
COLESTEROL	↑ 471,56 mg	↑ 360mg.	↑ 371,3 mg	≤300 mg
FIBRA VEGETAL	↑ 37,65 g.		↑ 39,8g	16 - 30 g.
VITAMINAS				
TIAMINA	↑ 2,32 mg	↑ 1,70mg	↑ 1,9mg	1 mg
RIBOFLAVINA	↑ 3,145 mg	↑ 1,65mg	↑ 2,5mg	1,3 mg
NIACINA	↑ 50,99 mg	↑ 38,55mg	↑ 42,5mg	14 mg
PANTOTÉNICO	↑ 9,14 mg			5 mg
ACIDO FÓLICO	↑ 327 µg	281,14 µg	↑ 297,7µg	300 µg
Vit. B12	↑ 19,1 µg	↑ 6,70 µg	↑ 7,9µg	2 µg
Vit. C	↑ 300,08 mg	↑ 144,83mg	↑ 218,3mg	70 mg
Vit. A	↑ 996 µg	↑ 739,56 µg	↑ 1798,3µg	600 µg
Vit. D	↓ 4,63 µg	↓ 4,00 µg	↑ 5,2µg	5 µg
Vit. E Eq. alfa-TOCOFEROL	↑ 16,6 mg	↑ 13,79mg	↓ 3,8mg	15 mg
Vit. K	↑ 430,59 µg			90 µg
MINERALES				
Ca	↓ 1392,68 mg	↓ 839,29mg	↓ 1408mg	1.500 mg
P ↓	↑ 2121,69 mg	↑ 1395,13mg		700 mg
K	↑ 5598,8 mg	↑ 3006,59mg	↑ 4900mg	3100 mg
Mg	↑ 551,25 mg	↑ 374,74mg	↑ 482,5mg	320mg
Fe	↑ 22,55 mg	↑ 13,8mg	↑ 21,7mg	16,5 mg
Zn	↑ 12,9 mg	↑ 8,68mg	↑ 14,9mg	7 mg
I	↑ 170 µg	↑ 87,19 µg	↑ 511µg	150 µg.
Se	↑ 150,46 µg	↑ 56,22 µg		55 µg
Cu	↑ 2,761 mg			1,1 mg
Na	↑ 3556 mg	↑ 2252,58mg	↑ 2185mg	1800 mg

5.3. Resultados actividad física

En el anexo 8.8 se puede encontrar una tabla completa que recoge los resultados de actividad física.

Entre las mujeres de la muestra existe un pequeño porcentaje, ligeramente superior al 0,7 % (4 mujeres), que se mantiene, por diferentes causas en silla o en cama, lo que las imposibilita para realizar actividad física relevante, y que por tanto hemos considerado como actividad sedentaria o muy ligera.

Considerar así mismo que en el 4% de los casos (22 mujeres) ha sido imposible catalogar el tipo de actividad en el trabajo y / o en el ocio, por esa razón los porcentajes que se expresan en los resultados se desvían del 100%

Categorización:

Las categorías de actividad se establecen según se recoge en el apartado 3.8.2, (descripción de variables, actividad física).

- Actividad en el trabajo, los datos que se obtienen son:
 - Actividad ligera: 162 mujeres llevan a cabo trabajo sentadas con poco movimiento, que consideramos ligero y que corresponde a un 32,4% del total.
 - Actividad moderada: 280 mujeres realiza trabajo de pie, que consideramos actividad moderada y que corresponde a un 56,5 % del total.
 - Actividad intensa: Sólo 32 mujeres, es decir un 6,4 % lleva a cabo un trabajo altamente activo.
- Actividad en el ocio los datos que se obtienen son:
 - Actividad ligera: 331 mujeres durante su tiempo libre llevan a cabo una actividad ligera, que corresponde al 66,2 % del total.

- Actividad moderada: 115 mujeres realizan una actividad física tipo deportivo al menos 3 veces por semana, que consideramos moderada, lo que corresponde al 23 % del total.
- Actividad intensa: 28 casos actividad deportiva diaria, actividad que consideramos intensa, que corresponde al 5,8 % del total.

Combinando los resultados del nivel de actividad en trabajo y ocio, según se ha expresado en la descripción de las variables: actividad física obtenemos los siguientes resultados respecto a la actividad general del día:

Por lo tanto podemos catalogar la actividad de las mujeres AMUVA, en porcentajes, del siguiente modo (Tabla 38):

Tabla 38: Catalogación actividad física; casos y %

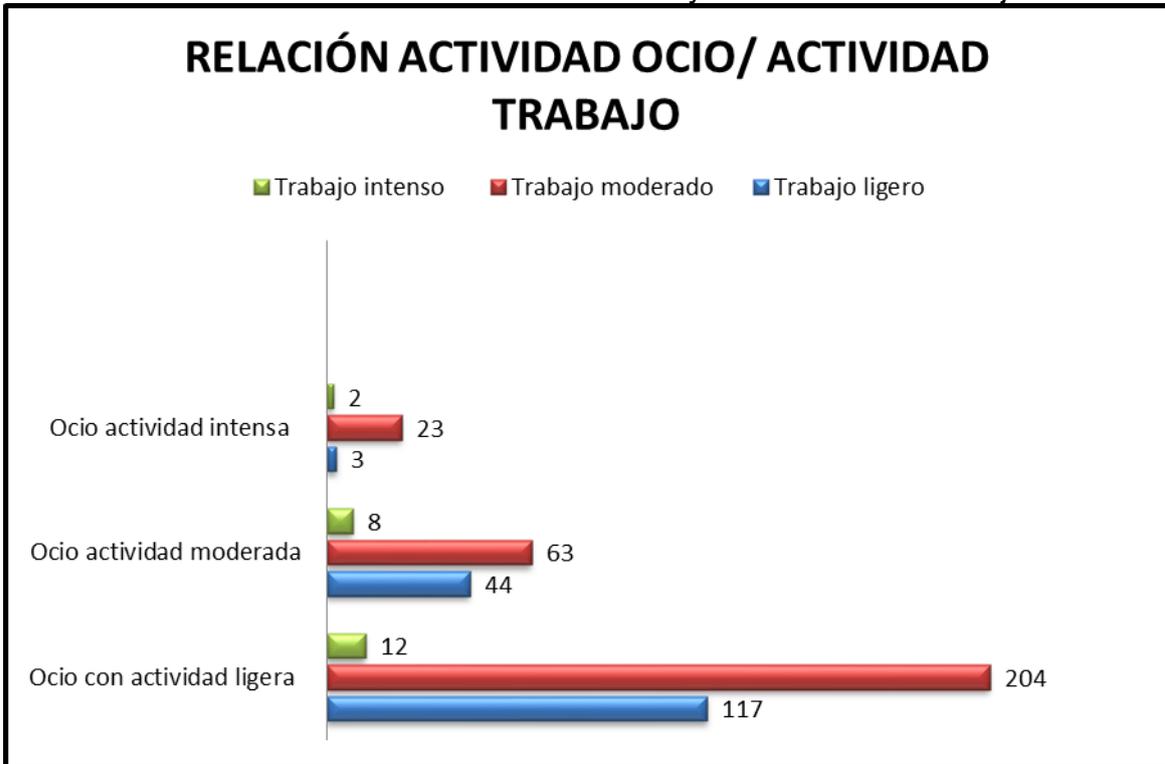
ACTIVIDAD	NÚMERO TOTAL	%
SEDENTARIA	4	0,8
LIGERA	321	64,2
MODERADA	145	29
ELEVADA	8	1,6
INTENSA	2	0,4

- Actividad muy ligera o sedentaria 0,8%
- Actividad ligera: 64,2%
- Actividad moderada : 29%
- Actividad intensa 1,6%

De tal manera que la mayoría las mujeres de nuestra muestra (64,2%) se podrían catalogar como personas con **ACTIVIDAD LIGERA**., seguidas de las de actividad moderada (29%) y actividad intensa y ligera en valores muy pequeños.

En el Gráfico 10 se recoge la relación entre la actividad en el ocio y la actividad en el trabajo expresada en número de casos.

Gráfico 10: Relación entre actividad en el ocio y actividad en el trabajo



A partir de los datos obtenidos se puede establecer que los niveles de actividad hallados en AMUVA, junto al hecho de que el aporte energético se sitúa, como ya hemos visto, por encima del recomendado para la media de la muestra, pueden contribuir a que el peso corporal tienda a incrementarse y coloque a las mujeres de AMUVA en el límite máximo de Índice de masa corporal o incluso por encima.

Por eso sería necesario implementar intervenciones que promuevan un aumento de la actividad física, sobre todo en el ocio, con actividades deportivas suaves como el paseo o la natación, contribuirán a promocionar y mejorar la salud de las mujeres, al mismo tiempo que disminuirán el riesgo de padecer algunas de las patologías descritas en el marco teórico, como la osteoporosis, la depresión o problemas cardiovasculares.

Es importante destacar que el trabajo doméstico aleja a las mujeres en buena parte del sedentarismo, aunque también es cierto que la sociedad actual no favorece la actividad física, y los sistemas de transporte, los sistemas

de comunicación y los electrodomésticos en las viviendas han reducido de forma muy apreciable la necesidad de desarrollar trabajo físico (Jackson et al 2003).

Para establecer una comparación con los resultados obtenidos en otras investigaciones es necesario diferenciar la actividad en el trabajo y en el ocio, ya que no se han encontrado estudios relevantes y actuales que contemplen al mismo tiempo ambos aspectos.

1. Respecto al ocio tomamos como referencia el estudio Sport and Physical Activity (2009) llevado a cabo en todos los países de la Comunidad Europea, con un total de 1003 entrevistas en España, de las cuales el 21% corresponden a mujeres de entre 40 y 69 años, y cuyos resultados han sido publicados en Special Eurobarometer de la European Commission, que estudia la actividad llevada a cabo en el tiempo libre por los europeos.

En AMUVA encontramos que un 66 % de los casos el ocio conlleva una actividad leve, es decir no deportiva, frente a los hallazgos de Sport and Physical Activity, en que se concluye que el 57% de las mujeres declara no hacer ningún deporte en su tiempo libre en Europa (concretamente en España un 42%), de modo que llevarían a cabo en el ocio una actividad ligera o llevarían cabo un ocio sedentario.

El 22 % de la muestra de AMUVA declara llevar a cabo una actividad deportiva 3 veces por semana, que se puede considerar una actividad moderada en el ocio, cosa que en el estudio citado alcanza el 25 % de las mujeres españolas.

En el estudio Sport and Physical Activity, no hay datos sobre actividad intensa en el ocio.

Si buscamos estudios específicamente españoles, encontramos la Tesis doctoral de Palma Linares I., titulada: Hábitos alimentarios y actividad física en el tiempo libre de las mujeres adultas catalanas defendida en el año 2004, con una muestra de 1486 mujeres incluidas en la muestra general seleccionada, de las que finalmente fueron encuestadas un total de 1130 mujeres cuyas edades estaban comprendidas entre los 18 y los 65 años de edad.

Comparando con nuestro estudio encontramos que :

- Si sumamos el porcentaje de aquellas mujeres catalogadas en AMUVA como sedentarias mas las catalogadas como de actividad ligera obtenemos un 66,7 %, frente al 66,6% de esa misma suma en la tesis de Palma Linares (2004).
- El porcentaje de mujeres con actividad moderada es mayor en nuestro estudio, 29 % frente al 21,4% en la tesis Palma Linares (2004).
- Las mujeres con actividad elevada es menor en AMUVA que en la tesis de Palma Linares (2004) (6,2% frente a 12 %) probablemente justificado por la franja de edad de las mujeres de AMUVA (40 a 60 años), frente a la edad, (mayores de 18años), en el caso de la tesis de referencia.

En la Tabla 39 Podemos ver los resultados de AMUVA comparados con Sport and Physical Activity (2009) y Palma Linares (2004).

Tabla 39: Resultados AMUVA comparados con Sport and Physical Activity y Palma Linares, en base a la actividad físico deportiva

CATALOGACIÓN ACTIVIDAD %	AMUVA	SPORT AND PHYSICAL ACTIVITY	PALMA LINARES
ACTIVIDAD SEDENTARIA Y LEVE	66,7	42	66,6
ACTIVIDAD MODERADA	22	25	21,40
ACTIVIDAD ELEVADA	6,3	-	12
OTRO NIVEL DE ACTIVIDAD	-	33	-

2. Respecto a la actividad en el trabajo:

No hemos encontrado estudios con los que comparar el tipo de trabajo de las mujeres españolas y el nivel de actividad que supone, disponemos sin embargo de datos de actividad recogidos del INE (2011) respecto al

trabajo de las mujeres, que indican que la mayor parte de las mujeres que trabajan fuera de casa lo hacen en el sector servicios, (13,69%) y en determinados sectores específicos como restauración, vendedoras, administrativas, profesionales, científicas, . . . , y en la industria (6,49%), correspondiendo a la construcción el 3,09% y la agricultura sólo el 0.28% del total, aunque se recoge una tasa de paro del 18,2 % .

Estos datos han sido publicados en la Encuesta de Población Activa (EPA) del tercer trimestre de 2011.

Del tipo de trabajo que se describe, podemos deducir que la actividad laboral corresponde mayoritariamente a trabajo con actividad ligera o moderada y en pocos casos a trabajo con esfuerzo físico, de acuerdo por lo tanto con los datos de AMUVA. que recogen trabajo con actividad ligera en el 32,4 % de las mujeres.

5.4. Resultados respecto a objetivos nutricionales

Los objetivos nutricionales se refieren a las ingestas deseables que pueden contribuir a un estado óptimo de nutrición y salud. Son útiles en la planificación y en las políticas nutricionales nacionales, regionales o locales, a medio y a largo plazo. Habitualmente se expresan en función del perfil medio de ingesta poblacional actual, formulándose objetivos parciales, intermedios o finales (SENC 2004).

Los objetivos nutricionales sólo se refieren a determinados aspectos de la dieta, tanto en lo referente al aporte nutricional como al consumo de alimentos, e incluye otros relativos a la actividad, de modo que, de los resultados expresados en apartados anteriores utilizamos aquellos que pueden ser comparados con los objetivos nutricionales definidos por consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), como objetivos finales, de acuerdo a la evidencia científica actual y en base a los valores nutricionales de referencia. La SENC recomienda que debieran haber sido evaluados a finales del 2010.

Comparando los resultados de AMUVA con objetivos extraídos de los objetivos finales de la SENC para 2010 (ver Tabla 37) podemos establecer que:

Tabla 37: Objetivos nutricionales y comparación con AMUVA

	AMUVA	Objetivos nutricionales
FIBRA	37,65g	25 g
FOLATOS	327 µg	400 µg
CALCIO	1392,68mg	800mg
SAL	2,57g	6g
YODO	170µg	150 µg
ACTIVIDAD FÍSICA	PAL 1,5	Nivel de actividad (PAL) ≥1,7
IMC	24,4	25
GRASAS TOTALES % ENERGÍA	41,90 %	30-35%
AG SATURADOS	11,90%	7-8%
AG MONOINSATURADOS	17,60%	15-20%
AG POLIINSATURADOS	7,06 %	5%
N-6	12,1g.	2g
N-3	800g	200mg.
COLESTEROL	471 mg	300mg
HCO % ENERGÍA	40,10%	50-55%
ALIMENTOS que contienen azúcares simples	78,44g/día	Máximo 4 raciones
(FRECUENCIA /DÍA)		
FRUTAS	392,46 g	400g
VERDURAS Y HORTALIZAS	461,97 g.	300
ALCOHOL (VINO. . .)	74,04cc	2 vasos

- La fibra: 37,75 g. / día está por encima del objetivo de 25 g. / día .
- Folatos: 327 µg. / día. Por debajo del objetivo 400 µg/ día.
- Calcio: 1392,68. Por encima del objetivo aunque la cifra que se indica es para la población general y no considera las variables sexo, edad y situación fisiológica del grupo de nuestro estudio, para la que hemos considerado como recomendación la cantidad de 1500 mg al día

(Delmas 2002), por encima de la que establecen los objetivos nutricionales.

- Sal: En AMUVA se recoge un aporte de 2,57 g.de sal al día, por debajo de los 6 g. que se consideran como objetivo nutricional : (ya se ha comentado la posible subestimación).
- Yodo 170 µg por encima del objetivo de 150 µg / día.

Hasta este punto las desviaciones que se detectan no plantean ningún riesgo importante para la salud de las mujeres, aunque en lo que se refiere al calcio, ya se ha comentado que la cantidad que se propone como recomendación en los objetivos nutricionales no se adecúa al grupo de sexo y edad estudiado en AMUVA, con unas necesidades de calcio de 1500mg/ día.

- Nivel de actividad física; las mujeres de la muestra alcanzan de media un nivel de actividad física que se puede catalogar como hemos visto en el apartado anterior de leve o poco activa, por tanto con un factor de actividad de 1,4, por lo tanto por debajo del que se recomienda como mínimo en los objetivos que es un factor de actividad de 1,7.
- Los objetivos nutricionales incluyen además la necesidad de lograr un IMC (Índice de masa corporal) de 25.

En AMUVA, a partir de datos estimados se obtiene un peso medio en las mujeres de la muestra de 63,36 Kilogramos para una talla media de 1,61 metros, lo que supone un IMC medio de 24,43,(Tabla 40) calculado según la fórmula de la Sociedad Española Para el Estudio de la Obesidad (SEEDO 2007):

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

Se encuentra ligeramente por debajo del límite máximo de normalidad, por tanto podemos considerarlo correcto, (teniendo siempre en cuenta que el dato que poseemos es calculado a partir de la estimación de peso y talla de las propias mujeres, no de mediciones reales) dentro de la catalogación de normalidad (SEEDO 2007) establecido entre 18,5 y 24,9 (Tabla 3).

- Las grasas totales suponen un 41,90% de la energía diaria, por lo tanto por encima de los objetivos.
- Ácidos grasos saturados 11,90% de la energía diaria, por lo tanto por encima de los objetivos.
- Ácidos grasos poliinsaturados: 7,06 % omega 6 y omega 3, también por encima de los objetivos.
- Colesterol 471,56 mg. por tanto por encima del objetivo.
- Escasa cantidad de hidratos de carbono en cuanto al porcentaje de energía de la dieta, 40,10%, pero abundantes alimentos dulces que contienen por lo tanto azúcares simples.

La discrepancia del aporte de la dieta con los objetivos en estos aspectos puede determinar riesgo cardiovascular.

- Respecto a la frecuencia diaria recomendada de frutas 392,46 g./ día se acerca bastante al objetivo y en relación con las verduras, 461,97 g. / día se sobrepasa el objetivo nutricional.
- El alcohol, se podría decir mejor las bebidas alcohólicas (vino, cerveza), como se ha descrito en el apartado de resultados de alimentos, alcanzan en AMUVA una cantidad de 74,04 cc / día que se encuentra por debajo de los 2 vasos contemplados en los objetivos.

Esta cantidad de bebidas alcohólicas aportan 4,66g. de alcohol, de manera que se encuentra muy por debajo del límite que establece (FESNAD 2010) de que el aporte de energía a partir de alcohol no sobrepase el 10% de la energía total, o lo que es lo mismo menos de 30 g./día.

A la vista de los resultados, podemos deducir que para alcanzar los objetivos nutricionales los cambios que se deben introducir en nuestro grupo son los siguientes:

- Rebajar grasas a expensas de saturadas y colesterol.
- Aumentar hidratos de carbono complejos.

- Reducir dulces.
- Aumentar la actividad física.
- Equilibrar fruta y verdura.

5.5. Resultados de hábitos y actitudes en relación con la alimentación

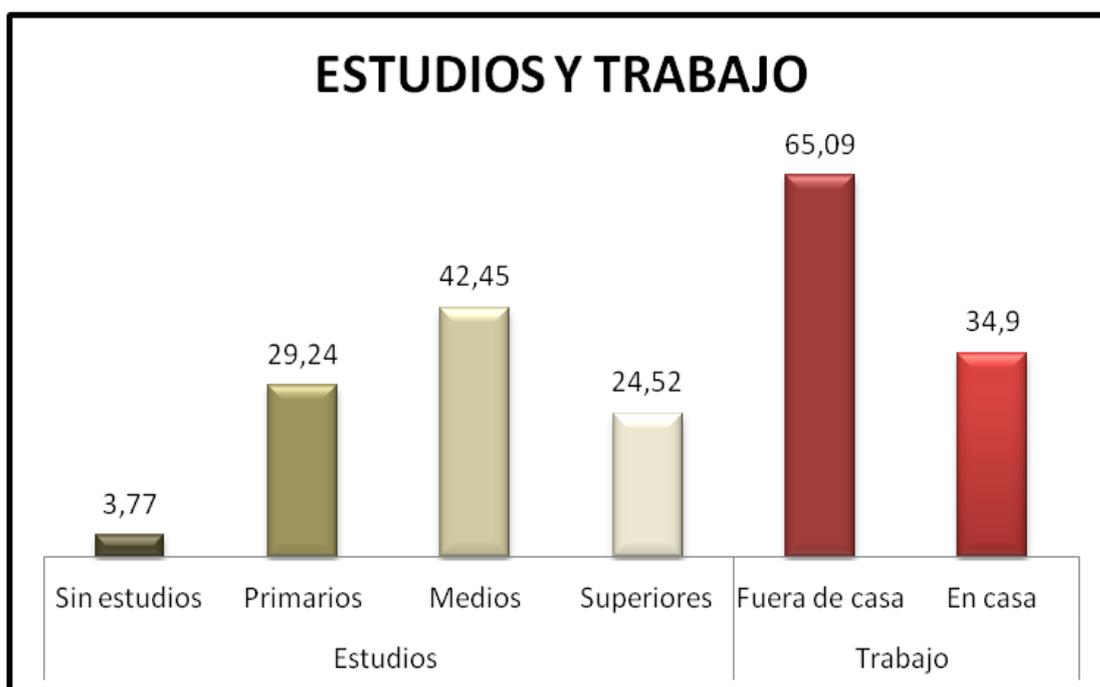
Expresamos a continuación los datos obtenidos en cada ítem de los que componen el cuestionario de hábitos y actitudes en relación con los alimentos, organizados en los siguientes apartados:

1. Nivel de estudios, trabajo y responsabilidad familiar.
2. Motivos que respaldan las prácticas alimentarias de las mujeres.
3. Aspectos en relación con el peso y percepción de la imagen corporal.

5.5.1. Nivel de estudios y trabajo

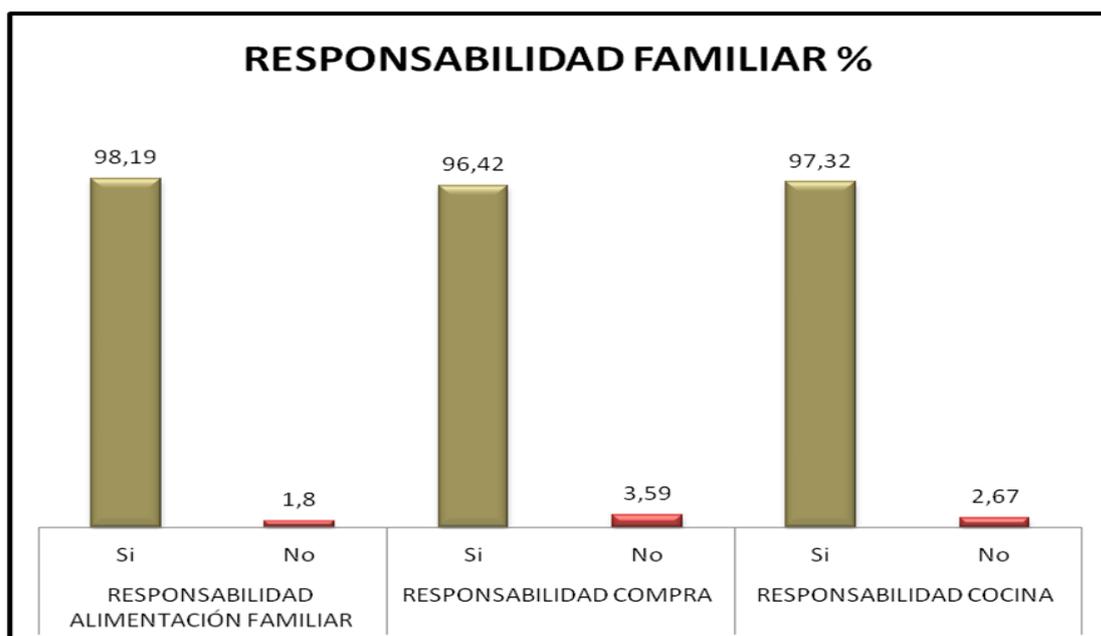
Se obtiene los siguientes resultados en las mujeres de la muestra de AMUVA (Gráfico 11).

Gráfico 11: Resultados nivel de estudios y trabajo doméstico o extra doméstico



- Nivel de estudios:
Respecto al nivel de estudios encontramos que:
 - El 42,45% de las mujeres de la muestra poseen un nivel de estudios medios.
 - Tienen estudios primarios el 29,24% de las mujeres.
 - Han alcanzado estudios superiores el 24,52% de las mujeres.
 - Se reconocen como sin estudios, sólo el 3,77% de las mujeres
- Trabajo doméstico y extra doméstico
Preguntadas, las mujeres de la muestra, por su actividad laboral responden lo siguiente:
 - El 65,09 % de las mujeres trabajan fuera de casa, lo que no excluye que también se ocupen de las tareas domésticas.
 - El 34,9 % se ocupan exclusivamente del trabajo doméstico.
- Responsabilidad en la alimentación familiar, compra y cocina:
Respecto a si son o no responsables de los aspectos que tienen que ver con la alimentación, se obtienen los siguientes resultados (Gráfico 12):

Gráfico 12: Responsabilidad en la alimentación familiar, compra y cocina



- El 98,19 % son responsables de la alimentación familiar.
- El 96,42 % se encarga de la compra de alimentos.
- El 97,37 % se encargan de la cocina.

Las mujeres estudiadas en AMUVA, en un porcentaje cercano al 80% poseen un nivel de estudios por encima de los primarios, más del 65% trabaja fuera de casa, y al mismo tiempo en más del 96 % de los casos son responsables de la alimentación familiar, compra y cocina.

Se puede deducir que los cambios sociales que han propiciado la educación de las mujeres y su incorporación al trabajo extra doméstico, no han influido en la responsabilidad familiar, ni han descargado de la misma a las mujeres, probablemente porque hay poca ayuda en las tareas domésticas por parte de la pareja y el resto de la familia.

Si comparamos con otros estudios los aspectos antes descritos, encontramos que el estudio ENIDE recoge únicamente el nivel de estudios de las mujeres de su muestra, cuyos resultados son que el 69% de las mujeres tiene estudios secundarios o universitarios, cifra que se corresponde casi exactamente con la suma de ambos niveles en AMUVA (66,97%).

Respecto al papel de las mujeres en la alimentación familiar tomamos como referencia para comparar, la encuesta llevada a cabo por el Instituto Puleva bajo el título El Papel de la mujer en la alimentación cuyos resultados han sido publicados en abril de 2012 y que contempla ítems que se asemejan a los de AMUVA.

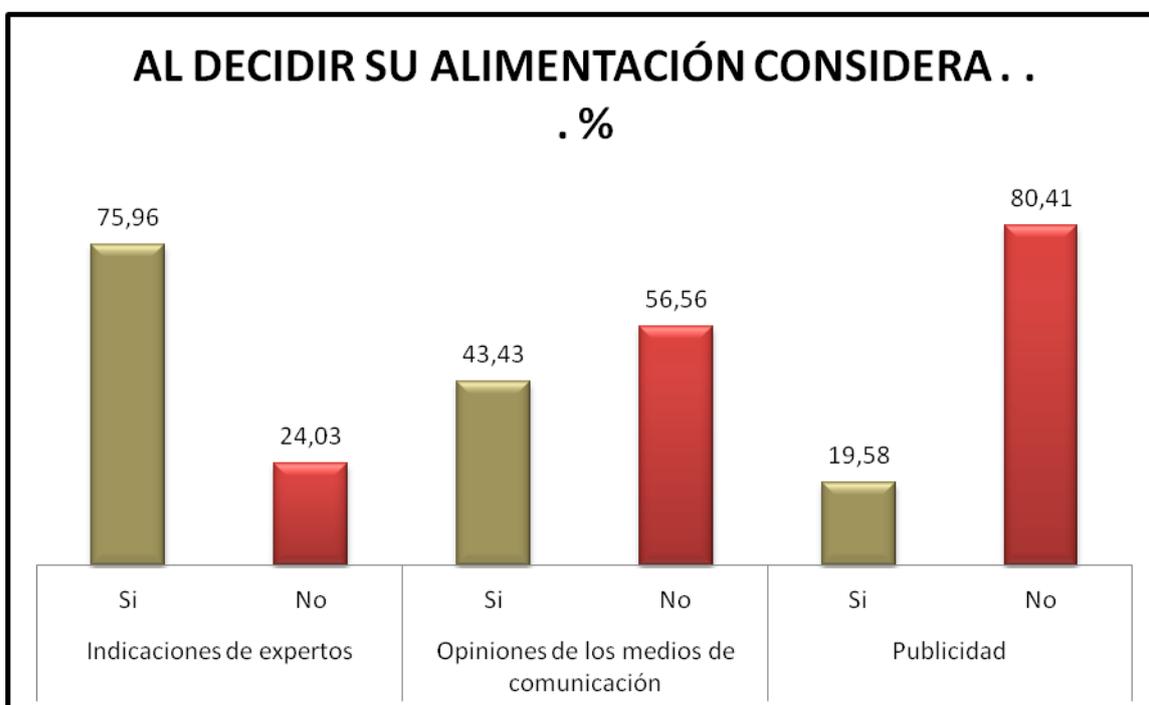
Según esta encuesta, de nivel nacional, y con una muestra significativa de mujeres de todas las comunidades autónomas se comprueba que entre las mujeres de Castilla y León en el 75% de los casos ella, la mujer, es la responsable de la alimentación (AMUVA 98,19%), de realizar la compra en el 75% de los casos, (AMUVA 96,42%) y de cocinar en el 88%. (AMUVA 97,37%), es decir que en AMUVA, en todos los aspectos citados la responsabilidad es mayor, probablemente por la edad de las mujeres de la muestra de AMUVA, a diferencia de la encuesta Puleva que incluye mujeres entre 18 y 65 años.

5.5.2. Motivos que respaldan las prácticas alimentarias de las mujeres

Consideramos varios aspectos:

1. En primer lugar razones de elección alimentaria, es decir consideraciones a la hora de decidir la alimentación, en relación con los consejos de expertos, medios de comunicación y publicidad (Gráfico 13)

Gráfico 13: Razones de elección alimentaria

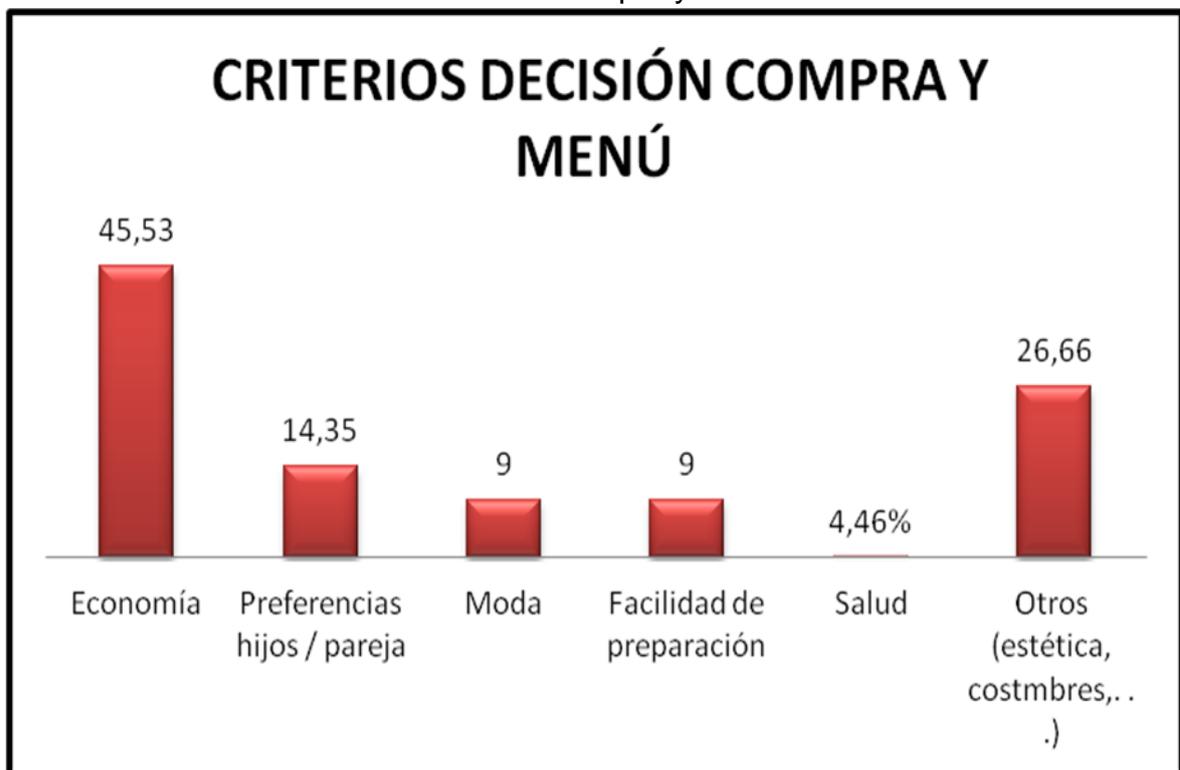


En el momento de tomar decisiones respecto a los alimentos que se compran y a la elaboración de los menús, las mujeres de AMUVA:

- Consideran la opinión de los expertos el 75,96 % de las mujeres.
- Consideran las opiniones que se vierten en los medios de comunicación el 43,43 % de las mujeres, independientemente de que él que lo haga sea experto o no.

- Respecto a la publicidad no se dejan llevar por sus aseveraciones el 80,41% de las mujeres, frente al 19,58% que reconoce que si considera la publicidad a la hora de decidir su alimentación.
2. En segundo lugar se consideran otros criterios de decisión respecto a la compra y elaboración del menú que tiene que ver con aspectos diversos (Gráfico 14)

Gráfico 14: Criterios de decisión en la compra y el menú



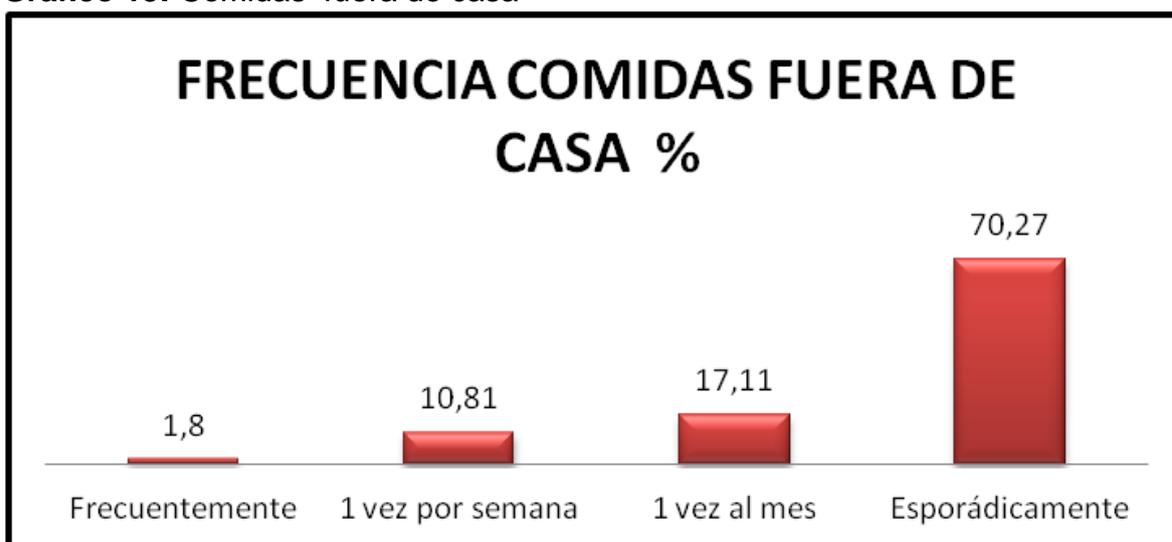
Preguntadas por ellos, las mujeres de la muestra de AMUVA, responden que tienen en cuenta los siguientes matices en sus criterios de decisión:

- Considera en primer lugar la economía el 45,53% de las mujeres.
- Tienen en cuenta en primer lugar las preferencias de los hijos y/o la pareja el 14,35% de las mujeres.
- Considera en primer lugar la moda el 9% de las mujeres.
- Se dejan llevar en primer lugar por la facilidad de preparación el 9% de las mujeres.
- La salud es el primer motivo de elección para el 4,46% de las mujeres.

- Consideran en primer lugar otras razones (estética, tiempo, tradiciones) un 26,66% de las mujeres.

3. En tercer término se pregunta por la frecuencia de comidas fuera de casa (Gráfico 15).

Gráfico 15: Comidas fuera de casa

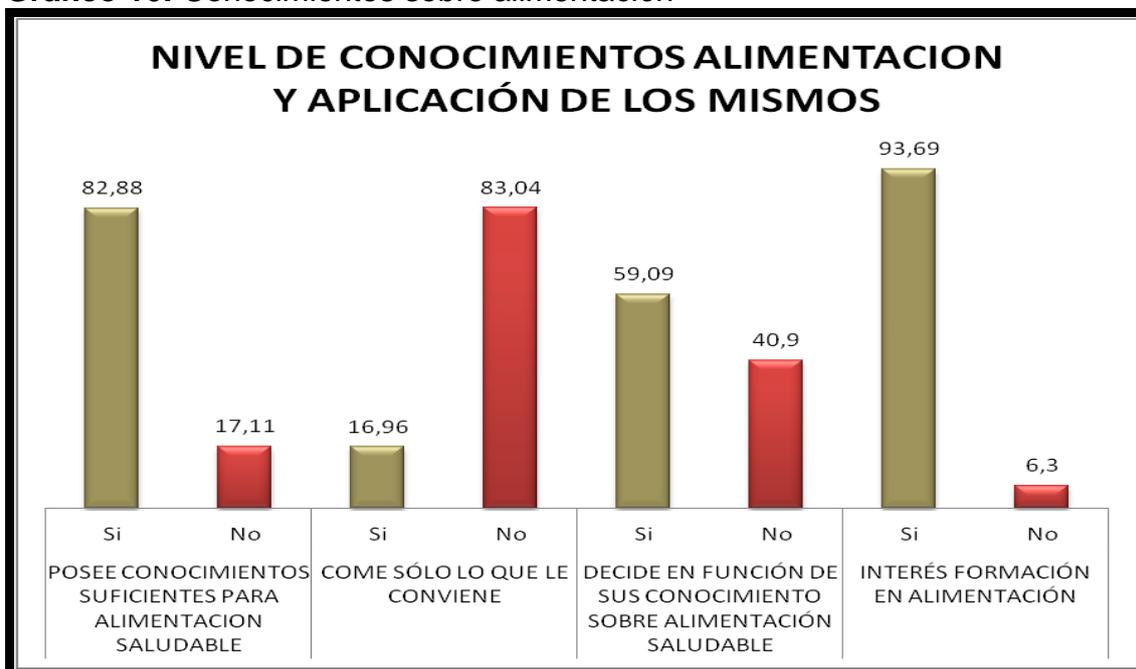


Las comidas fuera de casa, llevadas a cabo por diversos motivos (falta de tiempo, celebraciones ocio,..) se realizan por parte de las mujeres de la muestra AMUVA con la siguiente frecuencia:

- Realiza fuera de casa comidas sólo esporádicamente, el 70,27% de las mujeres.
- Sólo un 1,8 % de ellas come frecuentemente fuera de casa.
- Comen fuera de casa aproximadamente una vez al mes el 17,11% de las mujeres.
- Salen a comer fuera de casa una vez a la semana el 10,81% de ellas.

4. Se trata en cuarto lugar de conocer la consideración de las propias mujeres respecto al nivel de conocimientos en alimentación y aplicación de los mismos en el hábito diario. (gráfico 16)

Gráfico 16: Conocimientos sobre alimentación



5. Respecto a consideración de las mujeres de AMUVA sobre sus propios conocimientos en alimentación y el uso que hacen de ellos a la hora de decidir, se obtienen los resultados siguientes:

- El 82,8% de las mujeres considera tener conocimientos suficientes para realizar una alimentación saludable.
- Sólo un 59,09 % de ellas decide en función de sus conocimientos sobre alimentación saludable.
- Sólo un 19,6 % come solo lo que le conviene, de modo que la mayoría, el 80,4 % reconoce que come cosas que no le convienen, a pesar de que sabe que es así.
- Sin embargo y pesar de los resultados citados anteriormente el 93,69% de las mujeres de la muestra considera de interés recibir formación en temas de alimentación.

Se puede aseverar, hasta ahora, según los resultados, que las mujeres de la muestra de AMUVA, tienen en cuenta la opinión de los expertos y se

dejan influir poco por la publicidad y tampoco se dejan influenciar por lo que se explica respecto a alimentación en los medios de comunicación.

Creen tener suficientes conocimientos para poder llevar a cabo una alimentación saludable y aún así siguen interesadas en ampliar esos conocimientos.

Sin embargo, las razones que finalmente condicionan la elección son, en un porcentaje superior al 45%, motivos económicos, que en el momento de la recogida de datos, al comienzo de la crisis económica que hoy nos afecta, parece lógico que sean los primeros, y que probablemente también condicionen las pocas salidas a comer fuera de casa, junto con el hecho de que el tamaño de la ciudad de Valladolid, permite regresar a casa a comer sin dedicar un tiempo excesivo aunque fuera necesario retornar al trabajo por la tarde. Recordamos que el 65,09% de las mujeres de nuestra muestra trabajan fuera de casa.

Del resto de motivos, el principal tiene que ver con el interés en complacer a pareja e hijos, cumpliendo nuevamente con el rol que se les supone a las mujeres en esa responsabilidad que recae de una manera casi exclusiva sobre ellas respecto a la alimentación, es decir la satisfacción de todos, aunque eso pueda condicionar que la alimentación de las propias mujeres se desvíe de lo que es conveniente, como reconoce más del 80%.

5.5.3. Aspectos en relación con el peso y percepción de la imagen corporal

Se estudian los datos estimados respecto a peso talla e índice de masa corporal.

1. Preguntadas por su peso y talla estimados podemos llegar al establecimiento de una media para ambos parámetros a partir de los cuales se ha calculado el IMC medio (Índice de masa corporal) (fórmula SEEDO 2007).

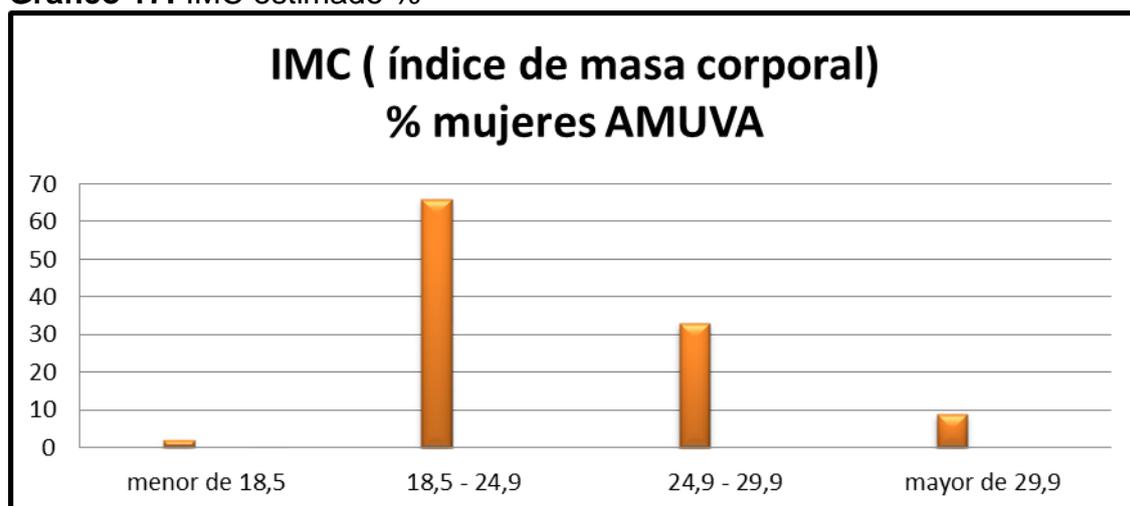
Dichos datos se recogen en la Tabla 40, junto con los parámetros de peso deseados y los cambios que suponen en el IMC (expresados siempre como media y desviación típica).

Tabla 40: Peso, datos estimados y deseados; consecuencias en IMC

DATOS ESTIMADOS			PARAMETROS DESEADOS	
PESO (Kg)	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
Talla (m)	63,366071	8.66	58,611607	6.24
	1,6120536	0.06		
IMC	24,434002	3.46	22,543617	2.10

2. Por otra parte a través de los datos de peso y talla se establece el Índice de masa corporal (IMC) y se estiman los porcentajes de la muestra en cada nivel (Gráfico 17).

Gráfico 17: IMC estimado %



Los porcentajes de IMC que se obtienen en las mujeres de AMUVA y su catalogación son los siguientes:

- 66% entre 18,5 y 24,9, se encuentra dentro de la normalidad.

- 23 % entre 24,9 y 29,9 catalogado como sobrepeso.
 - 9% más de 29,9 catalogado como obesidad.
 - 2% menor de 18,5 que se considera delgadez.
 - IMC medio 24,4 compatible con la catalogación de normalidad. pero cercano al límite superior de normalidad (24,9).
3. Se investiga respecto a la preocupación por el peso corporal y las razones de esa preocupación y se obtienen los siguientes resultados:
- Les preocupa el peso al 87,5 % de las mujeres.
 - No les preocupa el peso al 12,5 % de las mujeres.
4. Respecto a las razones de la preocupación por el peso las mujeres de AMUVA manifiestan que son las siguientes:
- Estética 1%
 - Salud 21%
 - Ambas 78%
5. Se cuestiona a continuación el interés en perder peso y al respecto, las mujeres de AMUVA manifiestan lo siguiente:
- Una pérdida de peso media deseada de 5 Kg; Este deseo situaría el IMC medio en 22,5, también dentro de la catalogación como normal pero más lejano del límite superior de normalidad (24,9).
6. Se requiere también respuesta respecto a la posible ocultación de la silueta con la ropa. Las mujeres de la muestra responden que:
- Si que han tratado de ocultar la silueta con la ropa en alguna ocasión el 57,14% de las mujeres.
 - No lo han hecho el 42,85% de las mujeres.

Los resultados de los puntos, 3, 4, 5 y 6 se reflejan en la Tabla 41

Tabla 41: Particularidades en relación con el peso corporal

¿LE PREOCUPA EL EXCESO DE PESO?		¿POR QUÉ RAZON?			¿HA EVITADO LLEVAR ROPA QUE MARQUE SU FIGURA?	
Si	No	Estética	Salud	Ambas	Si	No
87,5%	12,5%	1%	21%	78%	57,14	42,85%

7. Se calcula el Índice de Ajuste Corporal (IAC). (Álvarez Rayón G. 2007) según se ha explicado en el apartado 3.8.3 de la descripción de las variables que se estudian, y al respecto resulta que:

- Obtenemos un IAC de 108,11 de manera que, según este índice, las mujeres de nuestra muestra podríamos considerar que presentan una **sobre estimación moderada respecto al peso.**

Los criterios, la fórmula y el resultado de IAC se puede observar en la Tabla 42.

Tabla 42: IAC

<p>IAC = tamaño ideal/tamaño real x 100= 63,366/58,611 X 100 = 108,11: Sobreestimación moderada.</p> <p>Criterios: Subestimación severa, = 89 Subestimación moderada, 90-94 Normal, 95-10 Sobre estimación moderada, 106-110 Sobre estimación severa = 111.</p>

En definitiva se encuentra que existe preocupación en relación con el peso y observamos como la preocupación ocurre por cuestiones de salud y estéticas combinadas en la mayoría de los casos. Del mismo modo el interés por disminuir el peso es mayoritario.

Desean una pérdida de peso moderada, del mismo modo que existe una sobre estimación moderada del peso real y más de la mitad de las mujeres han tratado de ocultar su silueta con la ropa.

Otra vez podemos esgrimir cuestiones de género en estas manifestaciones, como refiere Riobó (2003), el control del peso en las mujeres tiene una fuerte motivación estética, ya que la realidad es que el IMC medio se sitúa dentro de la normalidad, con una desviación típica que como mucho cataloga a las mujeres que se desvían de la media en sobrepeso, lo que debería manifestarse en bienestar respecto al peso corporal.

Respecto a la preocupación por el peso corporal y la apariencia física en las mujeres, se pone manifiesto en diversos trabajos de investigación el interés por el tema.

Ya hace años, Cash y Henry (1995) encontraron que un 48% de mujeres adultas evaluaban negativamente su apariencia, un 63% estaban insatisfechas con su peso y un 49% estaban preocupadas con el sobrepeso.

Actualmente el tema se considera de actualidad, Saenger (2012) apunta basándose en los datos estadísticos extraídos a partir de una muestra de 2.642 mujeres que más del 61% de las consultas que reciben las clínicas de cirugía y medicina estética son para informarse sobre tratamientos para adelgazar o remodelar la silueta. (AMUVA 87,5 % de las mujeres les preocupa su peso), aunque, como se puede ver en los resultados, el IMC estimado se sitúa para la media, dentro de la normalidad.

Respecto a las razones de la preocupación el estudio VITAPLUS, ya referenciado, para las mujeres de franja de edad entre 45 y 65 años, revela que la principal preocupación es la salud 83% y muy de lejos la estética, 15%. No se les da a las participantes la opción de elegir ambas conjuntamente, que es la elegida por nuestras mujeres en el 78% de las veces.

En relación con el peso estimado, si comparamos con el estudio VITAPLUS, encontramos que el IMC estimado de las mujeres se sitúa en la normalidad en el 57% de los casos, frente al 58,01 % de AMUVA; sobrepeso 26% y en AMUVA el 23% y las declaradamente obesas el 10% y en AMUVA alcanzan el 9 %.

8. Se investiga también la propia percepción de la imagen corporal, estimada según modelos, pidiendo a las mujeres que identifiquen su imagen con alguno de los modelos que se proponen y los resultados que se obtienen se agrupan en los siguientes porcentajes.(Tabla 43):

Tabla 43: Percepción imagen corporal; modelos

Percepción IMAGEN CORPORAL según cuestionario de de Kearney et col						
1	2	3	4	5	6	7
0	4,46	22,32	35,71	29,46	8,03	0
						

Las mujeres de AMUVA se identifican con los siguientes modelos de los propuestos en el cuestionario

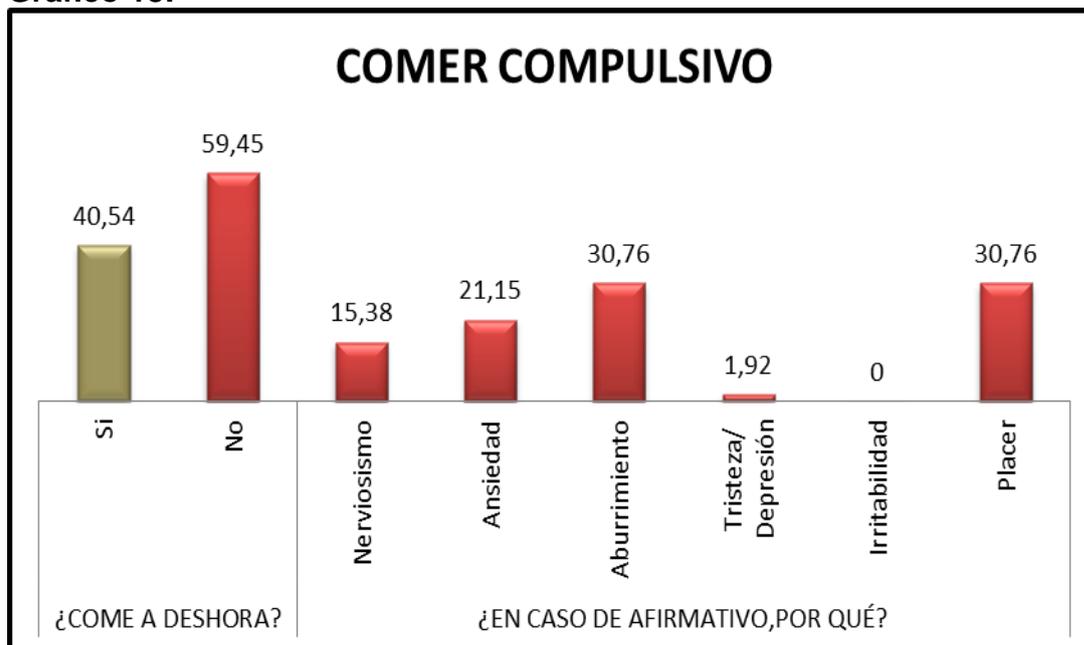
- Modelo 1; 0% de las mujeres, catalogado como delgadez extrema.
- Modelo 2; 4,46%, de las mujeres, catalogado como ligera delgadez.
- Modelo 3; 22,32% de las mujeres, catalogado como normal.
- Modelo 4 ; 35,71% de las mujeres, catalogado como normal.
- Modelo 5; 29,46% de las mujeres, catalogado como sobrepeso.
- Modelo 6; 8,03 % de las mujeres, catalogado como obesidad.
- Modelo 7; 0% de las mujeres obesidad extrema.

9. Se pregunta por el hábito de realizar comidas fuera de hora (picoteo), las razones para hacerlo y sobre las dietas para perder peso llevadas a cabo en los últimos meses y se obtiene los siguientes resultados (Gráfico 18):

- El 40,54 % de las mujeres admiten comer a deshora y reflejan como razones principales para hacerlo, las siguientes:
 - Por placer el 30,76 % de las mujeres.
 - Por aburrimiento el 30,76 % de las mujeres.

- Para compensar la ansiedad, el 21,15% de las mujeres.
- Para paliar el nerviosismo el 15,38% de las mujeres.
- Por tristeza y/o depresión el 1,92% de las mujeres.

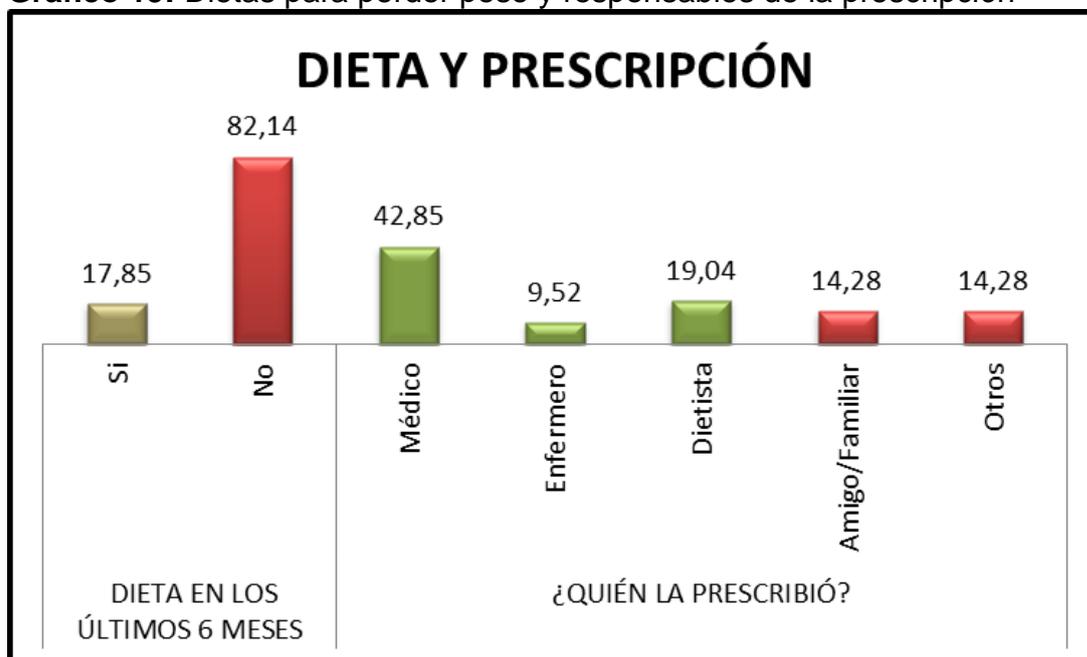
Gráfico 18:



10. Se pregunta también respecto a las dietas para perder peso y se obtiene que (Gráfico 19) :

- Reconocen haber hecho dieta para perder peso en los últimos seis meses el 17,85% de las mujeres.
- Cuestionadas sobre quién es el responsable de la prescripción de la dieta responden lo siguiente :
 - Dieta prescrita por el médico en el 42,85 % de los casos.
 - Dieta prescrita por el enfermero en el 9,52 % de los casos.
 - Dieta prescrita el dietista en el 19,04 % de los casos.
 - Recomendación de un amigo o familiar en el 14,28 % de los casos.
 - Otros 14,28 %.

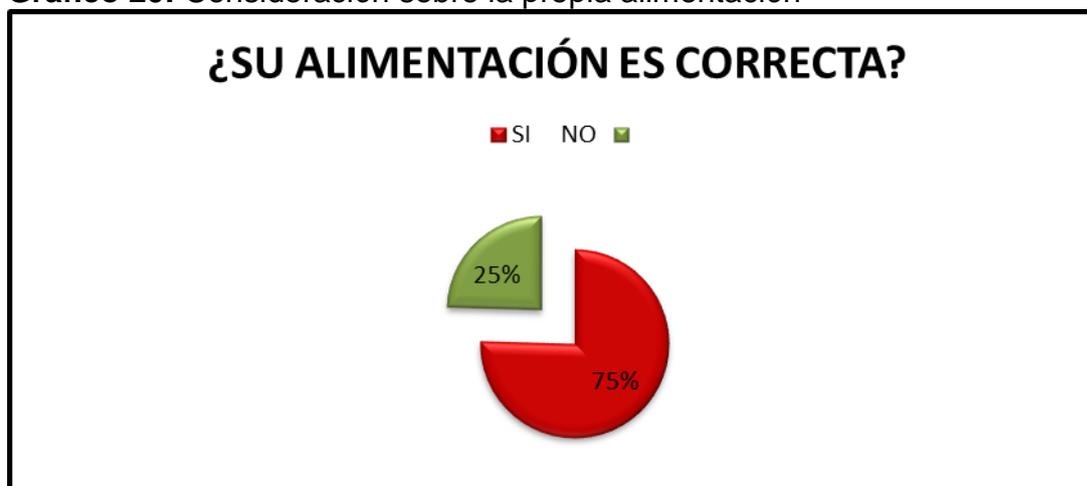
Gráfico 19: Dietas para perder peso y responsables de la prescripción



11. Cuestionadas sobre la consideración que ellas mismas tienen respecto a su propia alimentación (Gráfico 20), contestan lo siguiente:

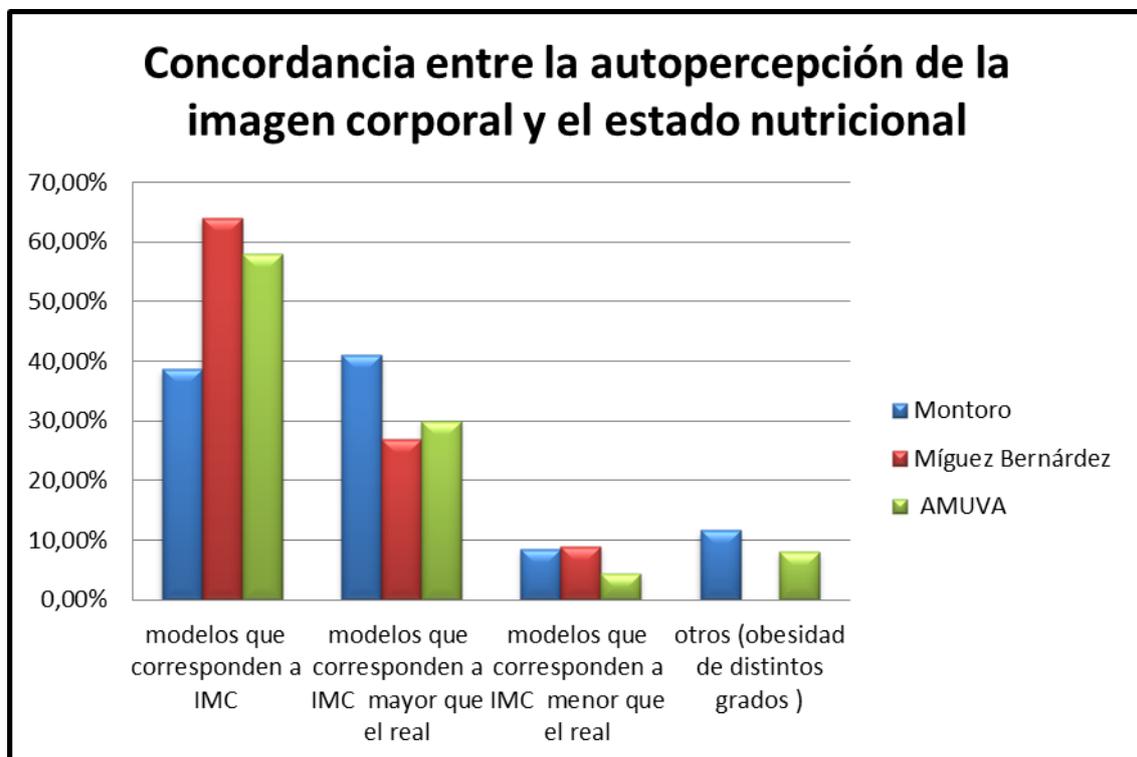
- El 75,45 de las mujeres considera que su alimentación es correcta.
- El 24,54% reconoce que comete errores en su alimentación

Gráfico 20: Consideración sobre la propia alimentación



Respecto a estos resultados podemos comparar la valoración de la percepción de la imagen corporal a partir de modelos anatómicos y la comparación de esa percepción con el IMC, ya que se considera en algunos estudios como el de Montoro (2004) o el de Míguez Bernárdez (2011) con los que comparamos los resultados de AMUVA (Gráfico 21).

Gráfico 21: Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional a través del IMC



En el estudio de Montero et col (2004) se obtiene que:

- El 38,7% de las mujeres eligen modelos que corresponden a sus IMC reales.
- Las mujeres con valores de IMC real correspondientes a normopeso y sobrepeso (IMC entre 20 y 29,9) se ven un poco más gordas de lo que son en realidad en el 41% de los casos, y más delgadas en el 8,6% de los casos.

En el estudio, más reciente, aunque en este caso efectuado tomando como muestra únicamente población universitaria y llevado a cabo por Míguez Bernárdez et col (2011), respecto a la concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional, obtienen como resultado que:

- El 64 % considera su peso subjetivo justo.
- El 27 % considera subjetivamente exceso de peso.
- El 9% considera que tiene un déficit en el peso.

En AMUVA encontramos que:

- Un porcentaje superior al 58% consideran subjetivamente su imagen en relación con su peso justo, (el 66% está dentro de la normalidad), y lo identifican con modelos de normalidad.
- Cerca del 30% considera su peso en concordancia con una imagen que presenta un pequeño exceso, (el 23 % presenta un IMC catalogado como sobrepeso).
- Un 8% se identifica con modelos de obesidad (un 6 % tiene un IMC correspondiente a obesidad).
- Sólo un 4,46% consideran su imagen como delgada, por debajo del IMC normal.

De todos estos datos podemos deducir que tanto en AMUVA como en los estudios con que se compara, la sobreestimación del peso es moderada, y no existe trastorno en la auto percepción de la imagen corporal, ya que la identificación es, en general, concordante con la figura que representa su IMC, o con una sobreestimación moderada.

El deseo manifestado de perder peso, no se correlaciona, sin embargo, con un cambio en la alimentación para lograrlo, ya que como hemos visto en los resultados, solo algo más del 17% (Gráfico 19) ha hecho dieta en los últimos seis meses, de ellas casi el 30% sin asesoramiento profesional, (Gráfico 19) y además un porcentaje muy alto, 40,54% reconocen picotear fuera de hora por placer, aburrimiento o ansiedad fundamentalmente (Gráfico 18).

Las propias mujeres no consideran importantes todas estas transgresiones, ya que más del 75% aprecia su alimentación como correcta.

Por otra parte en relación con el deseo de perder peso tampoco se incrementa la actividad, ya que la mayoría llevan a cabo una actividad catalogada como leve (Tabla 38).

Deducimos de todo ello que aunque es importante la presión social sobre las mujeres respecto a su imagen corporal, no las condiciona tanto como para adaptar sus costumbres de alimentación y actividad física con la intención de lograr un peso menor y por lo tanto una imagen más concordante con los cánones estéticos imperantes en el momento actual.

Conclusiones

5. Conclusiones

1. Las mujeres del estudio AMUVA llevan a cabo una alimentación variada, incluyendo alimentos de todos los grupos, observándose como principales desviaciones respecto a las recomendaciones de frecuencia de consumo de alimentos, una escasa cantidad de cereales, lácteos, aceite de oliva y frutas, y un exceso de carnes, dulces y precocinados.
2. La dieta les proporciona un aporte de energía superior a las recomendaciones para la media de edad, peso y actividad del grupo.
3. La contribución de macronutrientes al aporte energético diario se desvía de las recomendaciones, ya que el patrón de ingesta da lugar a una dieta hiperproteica, escasa en glúcidos y elevada en grasa principalmente a partir de grasas saturada.
4. Respecto a vitaminas y minerales, no existe riesgo de ingesta inadecuada por defecto, excepto en el caso de la vitamina D y el calcio que se encuentran ligeramente por debajo de las recomendaciones, y en los casos en que el aporte se encuentra por encima de lo recomendado no se alcanza el nivel máximo de ingesta tolerable.
5. La actividad física puede catalogarse en la mayoría de los casos como actividad leve.
6. Se cumplen los objetivos nutricionales para la población española, excepto un pequeño defecto en folatos, un exceso de ácidos grasos saturados y colesterol y un nivel de actividad física inferior al objetivo.

7. Las mujeres de AMUVA son responsables de la alimentación familiar, consideran la opinión de los expertos y no se dejan influir por la publicidad a la hora de tomar decisiones respecto a la alimentación, aunque el primer motivo para realizar la compra y elaborar el menú, es la economía.
8. Presentan una sobre estimación moderada de su propio peso y no existe trastorno en la auto percepción de la imagen corporal.
9. Desean perder peso, han tratado de ocultar su silueta con la ropa y sin embargo no han hecho dieta, ni han incrementado su actividad, para perderlo en los últimos seis meses.
10. Admiten comer a deshora, ingerir alimentos que no les convienen y hacen ambas cosas principalmente por placer, aburrimiento y ansiedad, aunque piensan que su alimentación es correcta y no creen importantes sus transgresiones.
11. Consideran que poseen conocimientos suficientes pero tienen interés en recibir formación en temas de alimentación, actividad física y salud.
12. Sería conveniente establecer programas de promoción y educación para la salud, específicamente dirigidos a las mujeres adultas, que contribuyan a corregir los errores detectados y así favorecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en este grupo de población.

Bibliografía

6. Bibliografía

- AAPTCA (Asociación Argentina para la Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria) (2010) Legajo N° 1/114539. Disponible en <http://www.iacn.com.ar>,
- Acevedo M. Tagle R. y Simpfendorfer C. (2001). Non-traditional risk factors for atherosclerosis. En Rev Med Chile, oct., vol.129, nº. 10, pp. 234-239.
- AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición). Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española. (2011). Disponible en: www.aesan.msc.es/AESAN/web/notas_prensa/presentacion_enide.shtml
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2009). Ministerio de Sanidad, política Social e Igualdad. Disponible en www.aesan.msc.es
- Alberts DS, Martínez ME, Roe DJ, Guillén-Rodríguez JM, Marshall JR, Van Leeuwen JB, et al. (2000). Lack of effect of a high-fiber cereal supplement on the recurrence of colorectal adenomas. Phoenix Colon Cancer Prevention Physician's Network. N Engl J Med 2000; 342: 1156-62.
- Alegría E, et al. (1991) .Cardiopatía isquémica en la mujer. En Revista Española Cardiología, nº 44.
- Aldasoro E. y Rico (2007) R. Reflexiones acerca de las dificultades en la integración del enfoque de género en la investigación en salud. INGURUAK.44. [en línea] Disponible en www.opikertu.org/dmdocuments/263refleacer.pdf
- Alemaný Lamana M. (1995) Enciclopedia de las Dietas y de la Nutrición. Barcelona: Planeta; 1995.

Alimentación en las enfermedades: Diabetes 2009. UNED. Disponible en http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/enfermedades/diabetes/los_10_puntos_clave.htm?ca=n0

Alleyne G.A. (2000) En: Hilary Standing, El género y la reforma del sector salud, Harvard Center for Population and Development, Harvard, 2000.

Alvarez Rayón G. et al. (2007). Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas. *Psicología y Salud*, julio-diciembre, año/vol. 17, número 002

Amigo Vázquez I. (2003). La delgadez imposible. Editorial Paidós. Barcelona.

Andersonn, J. (2000). The important role of physical activity in skeletal development: how exercise may counter low calcium intake. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 1384-1386

Aranceta Bartrina et al. (2003) Grupo Colaborativo para el Estudio de la Obesidad en España. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000 *Revista Medicina clínica*. Vol. 120, Nº. 16, 2003, págs. 608-612

Aranceta J, Pérez C, Amela C, García R. (1994) Encuesta de nutrición de la Comunidad Autónoma Vasca. Tendencias de consumo alimentario, indicadores bioquímicos y estado nutricional de la población adulta de la Comunidad Autónoma Vasca. Vitoria: Gobierno Vasco

Aranceta J, Pérez C, Amela C, García Herrera R. (1994) Encuesta de Nutrición de la Comunidad de Madrid. Documentos técnicos de Salud Pública nº 18. Madrid: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud.

Aranceta J. (2006) Alimentación y actividad física. En: Aranceta Bartrina J, Nutrición comunitaria. Barcelona: Masson, S.A., 2001: 101-115.

- Araneda D. (2006) Guía de Actividad Física y Salud. Disponible en <http://www.es.scribd.com/doc/16401357/GUIA-DE-ACTIVIDAD-FISICA-Y-SALUD>
- Arillo A et al. (1998) Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. Atención Primaria. 1998 31;21265-9
- Artazcoz L, Cortès I, Moncada S, Rohlf s I, Borrell C. (1999) Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada. Gaceta Sanitaria 13: 190-196
- Artiles Visbal L. (2007) Las condiciones de vida como determinantes del proceso salud enfermedad de la mujer climatérica. En: Artiles Visbal L, Navarro Despaigne D, Manzano Ovies D, editores. Climaterio y Menopausia. Un enfoque desde lo social. La Habana: Ed.Científico Técnica
- Ascher F. (2005) Le mangeur hypermodern. Odile Jacob. París
- Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Disponible en www.aeem.es
- Ayanian, J. Z. y Epstein, A. M. (1991) Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. En The New England Journal of Medicine, Jul, nº. 25, vol. 325(4), pp. 221-225
- Baeza Galán (2011) Osteoporosis. Prevención. Guía Preventiva. Disponible en: http://www.docvadis.es/jose-antonio-baeza-galan/page/mi_guia_preventiva/
- Baladía E, Basulto J.et al. (2008) ESTUDIO VITAPLUS. Percepción, información, creencias y actitudes de la población femenina sobre: la salud general, el cuidado del cuerpo, la alimentación y las dietas de adelgazamiento. Disponible en www.aedn.es/resources/b3a84de611fc4eeMManera.pdf

Ball K, Owen N, Salmon J, Bauman A, Gore J. (2001) Associations of physical activity with body weight and fat in men and women. *Int J Obesity Relat Metabolic Disord* 25(6):914-9.

Barañano (1992) M. *Mujer, trabajo y salud*. Madrid, Ed. Trotta

Barajas R et al (1998) Quality of life in relation to health and obesity in a primary care center. *Revista Española Salud Publica* nº 72

Barnet R.C. y Baruch G.K. (1978) Women in the middle years: A critique of research and theory. *Psychology of Women Quaterly* 3, 187-197.

Baron JA, Beach M, Mandel JS, Van Stolk RU, Haile RW, Sandler RS, et al. (1999). Calcium supplements for the prevention of colorectal adenomas. Calcium Polyp Prevention Study Group. *N Engl J Med* 1999; 340: 101-7

Barro R. (1996) Health and Economic Growth. Anexo I de la Convocatoria para propuestas de investigación sobre Inversión en Salud y Crecimiento Económico de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Beauvoir Simone. (Edición 2005) *El segundo sexo*. Ed Cátedra

Berghöfer A, Pischon, Reinhold T, Apovian CM, Sharma AM, Willich SN. (2008) Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Publ Health*. 2008; 8: 200-10.

Belk, Russell W., Guliz Ger, and Soren Askegaard (2003). The Fire of Desire: A Multisited Inquiry into Consumer Passion. *Journal of Consumer Research*, 30 December.

Biblioteca Virtual en Género y Salud. Glosario género y salud. En línea. Disponible en <http://genero.bvsalud.org>

Biddle, S. J. H.; Fox, K. R. y Boutcher, S. H. (2000) Physical activity and psychological well-being. Londres: Routledge

Blair SN, La Monte MJ, Nichaman MZ. (2004) The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? Am J Clin Nutr 2004; 79 (suppl)

Blanco Anesto J. et al. (2005). Influencia del estilo de vida y los hábitos nutricionales sobre la calidad de masa ósea en mujeres postmenopáusicas. Rev Esp Nutr Comunitaria 2005;11(2):80-88

Blundell J.E. (1984). Serotonin and appetite. Neuropharmacology 23.

Boletín Comisión Salud Pública "Europa al día" número 185, de febrero de 2006

Boletín del Instituto Nacional del Cáncer. Edición Especial 3/01/2012 disponible en www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/cuellouterino

Bolles R. (1990) Functionalistic approach to feeding. American Psychological Association. Washington 1990

Bonino L. (2001) Masculinidad, salud y sistema sanitario: el caso de la violencia masculina, Seminario de la OMS/Oficina europea, *Mainstreaming* de género en las políticas de salud en Europa, Madrid, 2001.

Bonino L. (2005) Las Microviolencias y sus efectos. Claves para su detección, En Ruiz-Jarabo Quemada, C. Y Blanco Prieto, P., La violencia contra las mujeres. Prevención y detección, Madrid, Ed. Díaz de Santos, 83-102.

- Bonjour J.P. (2003) Nutritional Aspects of Bone Health. Cambridge, UK: Royal Society of Chemistry 2003:421-38
- Bonsu M., Samuel K. and Russell W. Belk (2003). Do Not Go Cheaply into That Good Night: Death Ritual Consumption in Asante Ghana. Journal of Consumer Research, 30 June
- Borrell C, García-Calvente M. y Martí J. (2004).La salud pública desde la perspectiva de género y clase. Informe SESPAS.
- Borrell C., Rue M., Pasarin M.I., Rohlfis I., Ferrando J., Fernández E(2000).Trends in social class inequalities in health status, health related behaviors, and health services utilization in a Southern European urban area Prev Med 2000; 31:691-701.
- Borrell, C, et al. (2010). Perceived sexism as a health determinant in Spain. Journal of Women's Health. Vol. 19, No. 4 (26 Apr. 2010). ISSN 1540-9996, pp. 741-750
- Borrell C, Malmusi, D. (2010) La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria 2010
- Bosqued Lorente M.(2009) Superwoman, el estrés en la mujer ed. Paidós
- Bossen L. (1991) Las mujeres y las instituciones económicas. En: Antropología económica. Stuart Plattner (ed.) C.N.C.A. México Alianza Edit. Madrid. 1991: 432-75.
- Bowker R. (1978) American book publishing record cumulative. En American National Bibliography. Volumen 1. Universidad de Michigan. pp. 247.

- Breslow R, Ballard-Barbash R, Muñoz K, et al. (2001) Long-term recreational physical activity and breast cancer in the National Health and Nutrition Examination Survey I epidemiologic follow-up study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* ; 10:805-808.
- Brook U, Tepper I. (1997) High school students: attitudes and knowledge of food consumption and body image: implications for school based education. *Patient Education Counsel* 1997Mar;30(3):283-8.
- Bosch, E., Ferrer, V.A. y Gili, M. (1999) Historia de la misoginia. Barcelona: Antropos - UIB
- Boston Women's Health Book Collective, (2000) Nuestros cuerpos, nuestras vidas.
- Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T.(1994) Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement. Champaign: Human Kinetics, 1994.
- Butler, Judith. (1998) Sexo y género en El segundo sexo de Simone de Beauvoir. Isis Internacional. Serie: Mora N° 4 pp.10-21
- Caan B.J, et al (1999). Does nutritionist review of a self-administered food frequency questionnaire improve data quality? *Public Health Nutr.* 1999; 2:565-9
- Cabrera Zepeda, G. (2010) Hallazgos de maltrato femenino .Congreso Internacional de Investigación en Negocios y Ciencias Administrativas 2010. Disponible en <http://congreso.academiajournals.com>
- Calder PC, et al (2011). Los factores dietéticos y la inflamación de bajo grado en relación con el sobrepeso y la obesidad, *British Journal of Nutrition*, 2011 Dec; 106

- Calbet, R. (2008) Hábitos Alimenticios de los españoles. Disponible en:
http://www.forointeralimentario.org/v_portal/apartados/pl_portada.asp?te=127
- Campos Ortega, S., 1990. La mortalidad en los años ochenta. Revista Mexicana de Sociología, 52: 83-110.
- Canguilhem G. (1978) Lo normal y lo patológico. México: Siglo XXI
- Cannuscio CC, Jones C, Kawachi I, Colditz GA, Berkman L, Rimm E. (2002) Reverberations of Family Illness: A Longitudinal Assessment of Informal Caregiving and Mental Health Status in the Nurses' Health Study. Am J Public Health 2002; 92:1305-1311
- Cano P.L. (2002) La obra de Plauto. Universidad autónoma de Barcelona. Disponible en: www.xtec.es/rtorne/plauto
- Carrasco Galán, E., Espinar Fellmann, I. (2008) Trastornos de Ansiedad y género. En *Mente y cerebro*. Nº. 31, 2008 , pp. 12-21
- Carrasco, C. (2001) La sostenibilidad de la vida humana, ¿un asunto de mujeres?, Icaria Editorial, Barcelona.
- Carrero, J.J. et al. (2005) Efectos cardiovasculares de los ácidos grasos Omega-3 y alternativas para incrementar su ingesta. *Nutrición Hospitalaria* 2005, vol.20, n.1 pp.63-69. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000100010&lng=es&nrm=iso
- Carroll KK, et al. (1985) Dietary fat and mammary carcinogenesis. Grasa de la dieta y la carcinogénesis mamaria. *Nutrition and Cancer* 1985;6:254-9. *Nutrición y Cáncer* 1985; 6:254-9.

Carson-DeWitt, R. (2010) Síntomas de la Menopausia: ¿Su Tiroides Podría Ser la Causa?

Disponible en <http://healthlibrary.epnet.com/print.aspx?token=de6453e6-8aa2-4e28-b56c-5e30699d7b3c&ChunkIID=127103>

Casademont ,E. y Galtés, M. (2010) , El timo de la superwoman, Ed. Planeta 2010

Casanueva E. (2001) Nutrición de la mujer adulta. En: Nutriología Médica. Ed. Panamericana. México. 2001. Pp 121-150

Cash,T.F; Pruzinsky,TE. (1990) Body images: Development, deviance, and change. New York, NY, USA: Guilford Press.

CashT.F. (1994). Body-image attitudes: Evaluation, investment, and affect. Perceptual and Motor. Skills. 78(2), Spec Issue 1-1170.

CashT.F. y Henry P.E. (1995). Women´s body images. The results of a national survey in the U.S.A. Sex roles, 33, 19-28.

Cashman K.D. (2006). A prebiotic substance persistently enhances intestinal calcium absorption and increases bone mineralization in young adolescents. Nutr Rev 2006;64:189-96.

Castaneda, C. et al. (2002). A randomized controlled trial of resistance exercise training to improve glycemic control in older adults with type 2 diabetes. Diabetes Care, 25, 2335-2341.

Castro Alija, M.J. (2005) Evidencias de las Diferencias de Salud entre Mujeres y Hombres. En Vivir siendo mujer a Través de la Historia. Ed. Universidad de Valladolid Secretariado de Publicaciones e intercambio editorial

Castro Alija, M.J. (2008) Tesis doctoral: Estudio de Alimentación y Nutrición en la población Infante -Juvenil de Castilla y León. EANECYL

- Castro M.J. y Cao M.J. (2005) Guías dietéticas para el uso de aceite de oliva. En Roman Martinez et al. El Aceite de oliva y la dieta Mediterránea. Nutrición y Salud 7. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid 2005
- Celiberti L. Mesa.S. (2009) El trabajo y el empleo en tiempos de cambios para las mujeres. Las relaciones de género en el trabajo productivo y reproductivo Edición IPS América Latina Montevideo, Uruguay
- Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició i Dietètica, CESNID. Tablas de composición de alimentos/Taules de composició d'aliments. Coordinadas por el Dr. Andreu Farran. Mc- Graw-Hill, Interamericana y Edicions de la Universitat de Barcelona. Barcelona, 2003.
- CFSAN/Office of Nutritional Products LaDS Monounsaturated Fatty Acids from Olive Oil and Coronary Heart Disease (Docket No 2003Q-0559). Disponible en: <http://www.cfsan.fda.gov/~dms/qhcolive.html#ref>
- Chen, W. Woods, SL. Puntillo, KA. (2005). "Gender differences in symptoms associated with acute myocardial infarction: a review of the research". Heart & Lung 34 (4): 240-7.
- Chernin,K (1981). The obsession. Reflections on the tyranny of slenderness. N.Y.Harper and Row.
- Cho E, Smith-Warner SA, Spiegelman D, Beeson WL, Van den Brandt PA, Colditz GA, et al.(2004) Dairy foods, calcium and colorectal cancer: A pooled analysis of 10 cohort studies. J Natl Cancer Inst 2004; 96: 1015-22.
- Clarke, J. N., (1990) Health, Illness, and Medicine in Canada. Toronto: McClelland and Stewart Inc.
- Clark S, Talia H. (1983) Aging and the thyroid. Am J Med, 1983; 74: 206-208.

Cobiac L, Clifton PM, Abbey M, Belling GB, Nestel PJ. (1991) Lipid, lipoprotein, and hemostatic effects of fish vs fish-oil n-3 fatty acids in mildly hyperlipidemic males. Am J Clin Nutr 1991, 53:1210-16.

Comisión Europea de Salud Pública. Programa de acción en el ámbito de la salud pública (2008-2013). Disponible en:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/nutrition_es.htm

Comuzzie AG, Allison DB. (1998) The search for human obesity genes. Science 1998; 280: 1374-1377.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 1978.

Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud Ottawa 1986. Disponible

en: <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>

Conferencia de Beijing "Igualdad entre los géneros, desarrollo y paz en el siglo XXI" Nueva York, 2000. Disponible en:

<http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/mujer2021.htm>

Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med. Clin. Barc. 2000; 115: 587-597) N° 15.

Contreras Martín A, Toscano Márquez T, Toronjo Gómez A, García Padilla FM, López Santos V. (1997) Las mujeres y la menopausia: ¿qué saben? ¿qué sienten? ¿qué demandan?. Enfermería Científica .1997; 188-189:13-9.

Consejos de nutrición SEEDO. Disponible en:

<http://www.seedo.es/Obesidadysalud/Consejosdenutricion/tabid/135/Default.aspx>

Consenso SEEDO para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Disponible en http://www.seedo.es/portals/seedo/consenso/Consenso_SEEDO_2007.pdf

Coppen A, Bolander-Gouaille C. (2005) Treatment of depression: time to consider folic acid and vitamin B12. *Journal of Psychopharmacology* 19 (1): 59-65.

Cooper et al.(1996) Dietary protein and bone mass in women. *Calcif Tiss Int* 1996;58:320-25

Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn C.G. (1987) The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494

Cormillot, A.; Fuchs A. (2002) Obesidad y dismorfofilia: otro punto de vista sobre una enfermedad crónica. *Revista Actualidad Psicológica*, N° 300 .Agosto 2002.

Corpus Hippocraticum citado en *The Hippocratic oath: text, translation and interpretation* (1943) By Ludwig Edelstein Page 56

Corti A.M. (2005) La estética de la imagen y la tiranía del éxito. *Revista electrónica de Psicología política* Año 2 N° 8, Abril de 2005. [en línea] Disponible en http://www.psicopol.unsl.edu.ar/abril05_notas4.htm

Coulter, Robin A., Linda L. Price, y Lawrence Feick (2003). "The Origins of Involvement and Brand Commitment: Insights from Postsocialist Central Europe". *Journal of Consumer Research*, 30 September

Crovetto M, Mirta M. (2002.) Cambios en la estructura alimentaria y consumo aparente de nutrientes de los hogares del gran Santiago 1988-1997. *Revista Chilena Nutrición* 2002; 29(1):24-32.

Cruz Cruz J. (1999) .Razón dietética: Gusto, hábito y cultura en la conducta alimentaria. Sociedad Navarra de Estudios Gastronómicos

Cruz-Souza F. (2010). Las desigualdades de género en el trabajo dentro de las fincas agrarias familiares. Revista 'Soberanía alimentaria, biodiversidad y culturas'. Disponible en:

<http://revistasoberaniaalimentaria.wordpress.com/2010/08/23/las-desigualdades-de-genero-en-el-trabajo-dentro-de-las-fincas-agrarias-familiares/>

Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997 Yakarta, Disponible en:

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf

Cuervo M et al. (2009) Comparativa de las Ingestas Dietéticas de Referencia (IDR) de los diferentes países de la Unión Europea, de Estados Unidos (EEUU) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Nutr Hosp. 2009;24(4):384-414

Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ). Organización mundial de la salud .2002. Disponible en www.sdprc.net/lhn-tools/gpaq-spanish.pdf

Dapcich V, Salvador Castell G, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J, Serra Majem LI. (2004). Guía de la alimentación saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) Madrid

De Barbieri T.(1995) Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género. En: Estudios Básicos sobre Derechos Humanos IV. San José de Costa Rica: IIDH; 1995. p. 47-84.

De Barbieri T. (1993). Género y políticas de población. México: IISUNAM; 1993. pp. 2-3.

De Castro, J. ,Goldstein, S. (1995) Eating attitudes and behaviors of pre and postpubertal females: Clues to the etiology of eating disorders, *Physiology and behavior*. 58.1.15-23.

De Lellis Henderson K, Duan L, Sullivan-Halley J, et al. (2010) Menopausal hormone therapy use and risk of invasive colon cancer : the California Teachers Study. *Am J Epidemiol*. February 15, 2010

De los Ríos R. (1993) Género, Salud y Desarrollo: un enfoque en construcción. En: Gómez E, editora. *Género, mujer y salud en las Américas*. Publicación Científica 541. Washington: OPS; 1993. p. 3-18.

Delmas P. (2002) Treatment of menopausal osteoporosis. *Lancet* 2002; 359 (9322): 2018-2026. IDIS nº 482092

De Lorgeril M. (1998) Mediterranean diet in the prevention of coronary heart disease. *Nutrition* 1998; 14: 55-7.

Del Pozo S. et al. (2009) Valoración de la dieta española de acuerdo al Panel de Consumo Alimentario Fundación Española de la Nutrición (FEN) Distribución y Consumo 28 Mayo-Junio 2009

Díaz-Méndez C. (2005) Sociología y alimentación. *Revista Internacional de Sociología*; 40:21-46.

Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. 23 edición

Di Diodoro D. (2005) News and advertising on foods, diet and obesity. En *Monaldi Archives of Chest Disease*. 64(1)

Diez Curiel m. et col (2011) Prevalencia de la osteoporosis densitométrica en la población española. Actualización en Osteoporosis. FHOEMO. Madrid 2011

Díez Nicolás J. (2003) El papel de la mujer en la alimentación. Instituto Omega 3.
Fundación Puleva. Disponible en:
http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=2923

Documento Instituto Europeo para la Salud de la Mujer. Instituto Europeo para la
Salud de la Mujer 1996. Disponible en
www.seslap.com/seslap/html/pubBiblio/revista/n_6/art_practica.pdf

Dorgan JF, Hunsberger SA, McMahon RP, et al. (2003) Diet and sex hormones in
girls: findings from a randomized controlled clinical trial. J. National Cancer
Institute 2003;95:132-41.

Doress, Paula Brown y Siegal, Diana Laskin (1993) Envejecer juntas. Barcelona:
Paidós, 1993.

Dubón M. (2006). A mi manera. Disponible en: [http://a-mi-
manera.blogspot.com/2006/03/](http://a-mi-manera.blogspot.com/2006/03/)

Durán, M.A. (2005) La cuenta satélite del trabajo no remunerado en la comunidad de
Madrid. Comunidad de Madrid. Consejería de Empleo y Mujer. Dirección
General de la Mujer. Disponible en
<http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0240/Satellite.pdf>

Eguiluz López et al. (2010) Una mirada al género en la investigación. Análisis
cualitativo . Atención Primaria 2011; 43(10) : 532 – 535. Elsevier Doyma

Eisenstein, Z. (1979). Capitalist Patriarchy and the Case for Socialist Feminism. New
York: Monthly Review Press.

El papel de la mujer en la alimentación. (2012) Instituto Omega 3 de la Fundación Puleva Disponible en

http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=101545&RU_TA=1-2-2253-2923-101541-101545

Encuesta de Población Activa (EPA) Instituto nacional de estadística primer trimestre 2010. Disponible en: <http://www.tasadeparo.com/epa-tercer-trimestre-2010.html>

Encuesta de Población Activa (EPA) del tercer trimestre de 2011. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0411.pdf>

Encuesta sigma dos. Disponible en:

<http://www.elmundo.es/larevista/num200/textos/asi2.html>

Encuesta sobre Hábitos Saludables de los Españoles (2009.) Por CEACCU (Confederación de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios). Disponible en www.ceaccu.org/index.php

Engels, F. (1942) The Origin of the Family, Private Property, and the State. New York: International Publishers.

ENIDE. (Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española) (2011) . Agencia española de seguridad alimentaria y nutrición. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/Presentacion_ENIDE.pdf

Esteban M.L. (2006). El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. Salud Colectiva, Buenos Aires, 2(1): 9-20, Enero - Abril, 2006. Disponible en:

www.unla.edu.ar/public/saludColectivaNuevo/publicacion4/pdf/2..pdf

- Epel E.; Jue L. y Wilhem F. (2006) "Envejecimiento celular en relación con el stress y factores de riesgo de enfermedad cardiovascular". En *Psychoneuroendocrinology*, vol. 31, pp 277-287.
- Escott-Stump S. (2006) Edad Adulta. En: *Nutrición, Diagnóstico y Tratamiento*. McGrawhill. México 2006. Pp 29-34.
- Evore Jay, I. (2000) *Probabilidad y estadística para ingeniería y ciencias*. México. Thomson editores, 2000.
- FAO/WHO (2003) *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases Technical Report Series 916 Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*
- FAO/WHO (1973). Expert Committee. *Energy and Proteins Requirements*. Nutrition Meetings Report Series No. 52, Geneva: WHO, 1973.
- Facchini, Mónica. (2002) Vicisitudes de la imagen corporal en la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, N° 300 .Agosto 2002.
- Fernández, J. (1991) Introducción: La doble realidad del sexo y del género. En *Universidad Complutense .Investigaciones psicológicas*. nº 9.
- Fernández, J. (1991) Clarificación terminológica; el sexo, el género y sus derivados. En *Universidad Complutense*. *Investigaciones psicológicas*. nº 9.
- Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. (2011) National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*. 2011; 377: 557-67.

Fischler C. (1995) El (h)omnívoro, el gusto, la cocina y el cuerpo. Anagrama. 1995.
Barcelona

Fundación del corazón. (2009).

Disponible en www.fundaciondelcorazon.com/.../hipertension-tension-alta.html

Estudio EPISER 2000. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la
población adulta española. Madrid: MSD y Sociedad Española de
Reumatología; 2001.

Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud (DPAS).
(2006) Organización Panamericana de la Salud. DPC/NUT/001-06.
Washington, D.C. 2006

Fagard, R.H. (1995) Prescription and results of physical activity. Journal of
Cardiovascular Pharmacology, 25, S20-S27

FAO/WHO (1996) Preparation and Use of Food-Based Dietary Guidelines. Report of
a Joint FAO/WHO Consultation. Nicosia, Cyprus, 1996.

FAO/OMS (1998) Preparación y uso de guías alimentarias basadas en alimentos.
Informe de la Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones
Unidas para la Agricultura y Alimentación 1998

FAO/OMS/ONU (2004) Human Energy Requirements. Report of a Joint. Expert
Consultation. Roma, FAO, FAO Food and Nutrition Tech. Rpt. Ser. 1.

Faughnan M, Lepage R, Fugere P, Bissonnette F, Brossard JH, et al. (1995)
Screening for thyroid disease at the menopausal clinic. Clin Invest Med 1995;
18: 11-18.

FD.Food and Drug Administration Department of Health and Human Services (2010)
Disponible en: www.fda.gov

- Fergusson et al. (2009) Tests of Causal Links Between Alcohol Abuse or Dependence and Major Depression. *Archives of General Psychiatry*, 2009; 66 (3): 260
- Fetterman JW, Zdanowicz MM. (2009) Therapeutic potential of n-3 polyunsaturated fatty acids in disease. *Am J Health-Syst Pharm* 2009;66:1169-79.
- Fink R, Riveres R, Kilterman O K. (1985) The metabolic clearance o insulin and the feedback inhibition of insulin secretation an altered with aging. *Diabetes* 1985;34:275-80.
- Flynn P. (1999) Mujeres en Europa: hacia una vejez saludable. Informe del Instituto europeo para la salud de la mujer. *Revista MyS* nº 3 1999
- Fogelholm, M.; Kukkonen, M. y Harjula, K. (2000) Does physical activity prevent weight gain: a systematic review. *Obesity Review*, 1, 95-111
- Forga, L.et al. (1998) Modificaciones lipídicas en el hipotiroidismo subclínico. Evolución según se corrijan o no los niveles de TSH. *Revista Anales del sistema sanitario de Navarra*. Vol 21 . Nº 3 septiembre- diciembre 1998
- Fraisse R; Diaget J. (1996) *Psicofisiología de la conducta*. Tratado de psicología experimental. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Framingham Heart Study (1987) "30 year follow-up". Section 34. En Kannel W. B.; Wolf P. A. y Garrison R. J. (eds.): *The Framingham Study: an Epidemiological Investigation of Cardiovascular disease*. Bethesda: National Institutes of Health, nº 87, p. 2703.
- Frankenhaeuser M. (1996) Sterss and gender. En *European Review* vol. 4. nº 4, pp. 313-327.

- Franklin BA, Vanhecke TE. (2008) Counseling patients to make cardioprotective lifestyle changes: Strategies for success. *Prev Cardiol* 2008;11(1):50-5.
- Friedan, B. (1965) *La Mística de la feminidad*, Ed. Sagitario, Barcelona, 1965. ReEd cátedra, 2009
- Gardner RM, Stark K, Jackson N, Friedman BN.(1999) Development and validation of two new scales for assessment of body-image. *Percept Mot Skills*. 1999.87: 981-93
- Galarza (2008) Hábitos alimentarios saludables (CECU). Disponible en: www.cecucast.es/publicaciones/habitos_alimentarios.pdf
- Gamba S, (2008) ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género? "Diccionario de estudios de Género y Feminismos". Editorial Biblos 2008. Disponible en: <http://www.mujiereenred.net/spip.php?article1395>
- Gan, SC. Beaver, SK. Houck, PM. MacLehose, RF. Lawson, HW. Chan, L. (2000) Treatment of acute myocardial infarction and 30-day mortality among women and men. *The New England Journal of Medicine* 343(1):8-15.
- García de Vicuña, B. et al. (2003) Características mínimas de un programa de rehabilitación cardiaca en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.
- García Padilla FM, Toronjo Gómez AM, López Santos V, Contreras Martín A, Toscano Márquez T (1997) Educación para la salud en el climaterio: un consenso sobre sus contenidos. *Atención Primaria*.1997;20(10):536-42
- García-Reyna N.I.et al. (2007) Niñ@s en Movimiento, un programa para el tratamiento de la obesidad infantil *En Medicina clínica* Vol. 129, Nº. 16, 2007, pp. 619-623

- Gardiner J. (1999) Los padres fundadores. En Mujeres y economía. Nuevas perspectivas para viejos y nuevos problemas. Cristina Carrasco Bengoa (ed.). Icaria, Antrazyt. Barcelona,1999: 59-90.
- Garine D. (1995) Los aspectos socioculturales en la nutrición En Contreras J. Alimentación y Cultura. Universidad de Barcelona
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., and Garfinkel, P.E. (1982) The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D.M. (1998) Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2). Madrid: TEA
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1981) Body image in anorexia nervosa: measurements, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 263-284.
- Garner, J. Dianne (1999) 'Feminism and Feminist Gerontology'. *Journal of Women & Aging* 1999.
- Gender And Health Group–Liverpool Schol Of Tropical Medicine: Guidelines for the analysis of Gender and Health, Liverpool, 1998
- Género, mujer y salud: incorporación de una perspectiva de género al marco general de las políticas y los programas de la OMS. (2005) .Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. Consejo Ejecutivo EB116/13
- Ghali, WA. Faris, PD. Galbraith, PD. Norris, CM. Curtis, MJ. Saunders, LD. et al. (2002) Sex differences in access to coronary revascularization after cardiac

catheterization: importance of detailed clinical data. *Annals Of Internal Medicine* 136(10):723-732.

Gómez G.E. (2001) OPS Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género. Equidad, Género Y Salud. Disponible en: <http://www.eclac.cl/mujer/noticias/noticias/4/8274/equigensa1.PDF>

Gomez-Gerique JA, Gutiérrez-Fuentes JA, Montoya MT, Porres A, Rueda A, Avellaneda A, et al.(1999) Lipid profile of the Spanish population: The DRECE (diet and risk of cardiovascular disease in Spain) study. *Med Clin (Barc)*. 1999;113:730---5.

González Salcedo A. (2009) Cuadernos de Relaciones Laborales 27, nº. 2 173-175

Gorgojo L, Martín-Moreno JM. (2007) Evaluación de la dieta. En: Nutrición en Salud Pública. Madrid: Instituto de Salud Carlos III – MSC; Royo Bordonada ed. 2007. pp. 235- 59.

Gorman, C. (1992) Sizing Up the Sexes. *Time*, January nº 20, (1992), pp. 36-43.

Gracia Arnaiz, M. (2006) La alimentación y sus circunstancias, en: Revista Alforja Observatorio de la Alimentación (UB), nº. 316: 104-112.

Gracia Arnaiz, M. (2010) Engordar, adelgazar, enfermar. En Esteban et al. Antropología, género, salud y atención. Ediciones Bellaterra Barcelona 2010. pp. 71 – 88

Gracia-Arnaiz, M. (2011) La obesidad como problema social, *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, vol. 54, nº 3, pp. 20-28.

Gracia-Arnaiz, M. (2011) ¿Somos lo que comemos? Alimentos, significados e identidades. *Alimentos Hoy, Revista de la Asociación colombiana de Ciencia y Tecnología de los Alimentos*, Vol. 22, pp: 3-5.

- Grande Covián, F (1988) Nutrición y Salud. Temas de hoy S.A. Madrid 1988
- Gregg EW, Cauley JA, Stone K, Thompson TJ, Bauer DC, Cummings SR et al.(2003)
Relationship of changes in physical activity and mortality among older women.
JAMA 2003; 289:2379-2386
- Gregory E. et al. (2006) Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the
US Adult Population. Group Health Cooperative, Archives of General Psychiatry
Vol. 63 No. 7, July 2006
- Griessner V. (2003) Binge Eating: Trastorno por “Atracón”. Publicado en
Psicocentro.com Disponible en: [http://www.psicocentro.com/cgi-
bin/articulo_s.asp?texto=art31002](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art31002))
- Griselda Alvarez A.C. (2004) El Concepto Género en Documentos Gubernamentales
Sobre Salud y Nutrición en México. Salud colectiva.Volumen 9.
Disponible en: <http://www.modemmujer.org/docs/11.237.htm>
- Grossman, Michael (1999) The Human Capital Model of the Demand for Health.
National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 7078, 1999.
- Guallar-Castillón P,et al (2002) Asociación de la enfermedad cardiovascular con el
sobrepeso y la obesidad en España. Medicina Clínica Barcelona 118(16):616-8.
- Guañabens N. (2003) Osteoporosis. No es solo una cuestión femenina. Rev. Los
Reumatismos nº 2 año 1. Disponible en:
www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Publicaciones/.../LR02.pdf

Guarín de González. (2008) Guías alimentarias para la población colombiana mayor de dos años. Disponible en:

<https://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/BASESTECNICASGUIAALIMENTARIAPOBLACIONMAYORDE2A%C3%91OS.pdf>

Guía Española de hipertensión arterial (2005) Capítulo IV. Medida de la Presión arterial. Hipertensión.2005; 22 Supl. 2:16 – 26

Gutiérrez Fuentes, J.A. et col. Grupo DRECE 1990 – 2010. Disponible en:

http://static.diariomedico.com/docs/2011/11/16/estudio_drece.pdf

Hábitos Alimentarios de los Inmigrantes en España. (2008) Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Disponible en:

<http://www.mapa.es/es/alimentacion/pags/consumo/comercializacion/estudios/inmigrantes/inmigrantes.htm>

Halliday, S. (2002) Commentary: Dr John Sutherland, Vibrio cholera and “predisposing causes”. Int. J. Epidemiol. 31, 912-914.

Hanratty, B. Lawlor, DA. Robinson, MB. Sapsford, RJ. Greenwood, D. Hall, A. (2000) Sex differences in risk factors, treatment and mortality after acute myocardial infarction: an observational study. Journal of Epidemiology and Community Health 54:912-16.

Haraway D (1995) Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza. Madrid. Cátedra-Feminismos; 1995.

Harding S. (1983) Why has the Sex/Gender system become visible only now? In: Discovering Reality. Feminist Perspectives on Epistemology, Metaphysics, Methodology, and Philosophy of Science (S. Harding & M. B. Hintikka, eds.), pp. 311-324, Boston: D. Reidel Publishing Coop.

Harris, M. (1989) Bueno para comer. Madrid: Alianza Editorial 1989

- Healthy Eating Index. (1999-2000) United States. Department of Agriculture Center for Nutrition Policy and Promotion CNPP. Disponible en: www.cnpp.usda.gov
- Healy B. (1991) The Yentl Syndrome New-England-J-Med. 25 July 1991;325(4):274-275
- Helfand, M. (1990) Screening for thyroid disease. Ann Intern Med 1990; 112: 840-9
- Hepworth J. (1999) The Social Construction of Anorexia Nervosa. Sage. 1999. London.
- Herbert Dunn, L. (1959) Sociological abstracts. Volúmenes 7-8. Editado por L.P. Chall. Universidad de Michigan.
- Herrero Lozano R, Fillat Ballesteros JC. (2006) Estudio sobre el desayuno y el rendimiento escolar en un grupo de adolescentes. Nutrición Hospitalaria; 21(3):346-352.
- Hill J.O. (1998) Genetic and environmental contributions to obesity. Am J Clin Nutr 1998; 68: 991-992
- Holick MF (2007) Vitamin D deficiency. N Engl J Med 2007;357:266-81
- Holloway M. (1990) Profile: Vive la différence. Cientific American. October 1990,
- Hourcade C. (2005) Comer compulsivo: el hambre detrás del hambre. En Mujeres y Salud nº 15 .pag 18 Disponible en http://mys.matriz.net/mys15/15_sumario.htm
- Hulten E. (2006) Effect of early intensive statin therapy on acute conorary síndrome. Intern. Med. 2006: 166:1814-1821.

INE (Instituto Nacional de Estadística) (2007) Tablas de mortalidad 1992-2005.
Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np472.pdf>

INE (Instituto Nacional de Estadística) (2009) Defunciones según la causa de muerte
Disponible en: <http://www.ine.es>

INE (Instituto Nacional de Estadística) (2009) Encuesta Europea de Salud 2009.
Población por sexo, comunidades y provincias y edad. Disponible en
www.ine.es

INE (Instituto Nacional de Estadística) (2010) Avance del Padrón a 1 de enero de
2010. Comunidades autónomas y provincias. [en línea] Disponible en
www.ine.es

INE (Instituto Nacional de Estadística) (2010) Mujeres y hombres en España.
Disponible en http://www.ine.es/prodyser/pubweb/myh/myh10_salud.pdf

INE. Mujeres y hombres en España. (2010) Empleo. Disponible en:
www.ine.es/prodyser/pubweb/myh/myh10_empleo.pdf

INE *Estadística* de violencia doméstica y violencia de género (2011) Encuesta
nacional de salud 2011 (ENSE). Disponible en:
www.ine.es/daco/daco41/calen.htm

Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: Applications in Dietary Assessment.
National Academy Press, Washington DC. (2000) Disponible en
<http://www.kelloggs.es/nutricion/abcnutricion/pdf/capitulo3.pdf>

Ivanovich P, Fellows H, Rich C. (1967) The absorption of calcium carbonate. *Ann Intern Med* 1967;66:917-23.

- James, W. y Schofield, E. C. (1990) Human energy requirements. Oxford, Oxford University Press
- Jackson, A. W.; Morrow, J. R.; Hill, D. W. y Dishman, R. K. (2003) Physical activity for health and fitness. Human Kinetics: Champaign.
- Jimenez A, Cervera P, Sentís J, Canela J, Martinez JM. (1988) Llibre blanc: hàbits alimentaris i consum d'aliments a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social
- Jiménez A, Cervera P, Bacardí M. (2005) Tabla de composición de alimentos. Novartis Consumer Health, 2005
- Jiménez Ramos, F. (2005) Diferencias entre hábitos, prácticas y costumbres alimentarias. Red peruana de alimentación y nutrición (r-pan). Disponible en <http://www.rpan.org/publicaciones/pv001.pdf>
- Kahn E. et al. (2002) The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. En American Journal of Preventive Medicine, may, vol. 22, nº. 4, pp. 73-107.
- Kannel WB, D'Agostino RB y Cobb J. (1996) Effect of weight on cardiovascular disease. Am J Clin Nutr, 1996, 63:419-422.
- Kaufmann, S. (2003) A short history of Robert Koch's fight against tuberculosis: those who do not remember the past are condemned to repeat it. Tuberculosis 83, 86-90
- Kearney M, Kearney JM, Gibney MJ. (1997) Methods used to conduct the survey on consumer attitudes to food, nutrition and health on nationally representative samples of adults from each member state of the European Union. Eur J Clin Nutr 1997;51:3-7

Kennedy ET, Ohls J, Carlson S, Fleming K. (1995) The Healthy Eating Index: dising and applications. J Am Diet Assoc. 95(10): 1103-1108

Kessler RC. (2003) Epidemiology of women and depression. Journal of Affective Disorders. 2003 Mar;74:5-1

Keys A, Grande F. (1957) Dietary fat and serum cholesterol. Am J Public Health 1957; 47: 1520-1530.

Krieger N. (2003) Gender, sexes and health: what are the connections—and why does it matter? Int J Epidemiol 2003; 32: 652-657. Accesible en <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/32/4/652>

Kunkel S.R., Atchley R.C (1996) Why Gender Matters: Being Female Is Not The Same As Not Being Male., Am J Prev Med 1996; 12: 294-295.

La Alimentación en España.

Disponible en www.mapa.es/es/.../pags/consumo/consumo.htm

Lagarde M. (1990) Cautiverios de las mujeres. Madresesposas, monjas, putas, presas y locas. México. UNAM

Lagarde, M. (2000) Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Editorial Horas y Horas, San Cristóbal, Madrid

Lagarde M. y de los Ríos, M. (2001) Autoestima y Género. Cuadernos Inacabados 39, Octubre 2001 Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Disponible en: http://webs.uvigo.es/xenero/profesorado/marcela_lagarde/autoestima.pdf

Lalonde M. (1974) A New Perspective on the Health of CanadÍans. Ottawa: Wormation Canada, 1974.

- Lamas M. (1986) La antropología feminista y la categoría género. Nueva Antropología. 1986;8 (30):173-198.
- Lamas M. (2003) Comentarios a Género y Salud. En: López P, Rico B, Langer A, Espinosa G, compiladoras. Género y política en Salud. México: Secretaría de Salud; 2003. pp. 31-40.
- Lamas M. (2002) Usos, dificultades y posibilidades de la categoría 'género'. En: Cuerpo: diferencia sexual y género. Editorial Taurus. México
- Las Heras Lozano M.L., Pires Alcalde M., Rodríguez Gimena M. (2004) Género y Salud. Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía, 2004. Disponible en: <http://www.unidadgenero.com/documentos/97.pdf>
- Lee YP, Puddey IB, Hodgson JM. (2008) Protein, fibre and blood pressure: potential benefit of legumes. Clin Exp Pharmacol Physiol 2008;35(4):473-6.
- Legenbauer T, Herpertz S. (2008) Eating disorders—diagnosis and treatment. En Deutsche medizinische Wochenschrift.133(18)
- Leon AS, Connett J, Jacobs DR Jr, Rauramaa R. (1987) Leisure-time physical activity levels and risk of coronary heart disease and death. The Multiple Risk Factor Intervention Trial. JAMA ; 258:2388-9
- León, A. S. y Sánchez, O. A. (2001) Response of blood lipids and lipoproteins to exercise training alone or combined with dietary intervention. Medicine and Science in Sports and Exercise, 33, S502- S515.
- Lerner, DJ. Kannel, WB. (1986) Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26- year follow-up of the Framingham population. American Heart Journal 111(2):383-90.

- Lerner, G. (1986) *The Creation of Patriarchy*. New York: Oxford University Press
- Ley orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo. Artículo 20.
- Liel Y, et al (1988). Effects of race and body habitus on bone mineral density (BMD) of the radius, hip, and spine in premenopausal women. *J Clinical Endocrinology Metabolic* . 1988; 66: 1247-50.
- Liu S, Manson JE. (2001) Dietary carbohydrates, physical inactivity, obesity, and the 'metabolic syndrome' as predictors of coronary heart disease. *Curr. Opin Lipidol* 2001; 12(4):395-404.
- Lloyd T, Andon MB, Rollings N, Martel JK, Landis JR, et al. (1993) Calcium supplementation and bone mineral density in adolescent girls. *JAMA*. 1993; 270:841-4.
- Lobelo F, et al (2006) Burden of mortality associated to physical inactivity in Bogota, Colombia. *Rev Salud Publica*;8(Suppl 2):28-41.
- López Espinosa (2002) ¿Qué es el hambre?, una aproximación conductual y una propuesta experimental. *Investigación en Salud*. Abril 2002 vol IV nº 001. México
- López-Fontana et al. (2003) Metabolismo energético y medida de la actividad física. *35 Rev Esp Obes Vol. I Núm. 1, 2003: 29-36*
- Lopez Nomdedeu C. y Vazquez C. (1992) *Manual de alimentación y nutrición para educadores*. Madrid: Díaz de Santos S.A.

- López Peña (2009) Importancia del consumo de hierro y vitamina C para la prevención de anemia ferropénica. MEDISAN 2009; 13(6)
- Lima FE, Rosario Dias S, Oliveira Latorre M, Carvalho Costa MJ, Fisberg RM. (2008) Diet and cancer in Northeast Brazil: evaluation of eating habits and food group consumption in relation to breast cancer. Cad Saude Publica 2008;24:820-828
- Liu S, Manson JE. (2001) Dietary carbohydrates, physical inactivity, obesity, and the 'metabolic syndrome' as predictors of coronary heart disease. Curr Opin Lipidol 2001; 12(4):395-404.
- Lundberg, V. Wikstrom, B. Bostrom, S. Asplund, K. (2002) Exploring sex differences in case fatality in acute myocardial infarction or coronary death events in the northern Sweden MONICA Project. Journal of International Medical Research 251(3):235-244.
- Mancilla DJ y Cobos ZG. (1997) Un punto de vista sobre la conducta alimentaria. Revista Mexicana de Psicología nº 14: 75-81.
- Manson JE, Nathan DM, Krolewski AS, Stampfer MJ, Willett WC, Hennekens CH. A (1992) Prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians. JAMA; 268:63-7.
- Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ et al. (1995) Body weight and mortality among women. N Engl J Med, 1995, 333:677- 685.
- MAPA. (2004) La alimentación de los españoles. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Madrid; 2004

MARM (2010) Tendencias y perspectivas del consumidor fuera del hogar. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, Madrid. Disponible en www.marm.es

MARM (2011) Hábitos alimenticios fuera del hogar, Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, Madrid. Disponible en www.marm.es

MARM (varios años): Consumo alimentario en España, Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, Madrid. Disponible en www.marm.es

Marcos Becerro, J. F. y Galiano, D. (2003) Ejercicio, salud y longevidad. Junta de Andalucía: Sevilla

Márquez R S. et al. (2006) Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. Actividad física y salud. Apuntes EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES Primer trimestre 2006 (12-24). Disponible en: www.articulos-apuntes.edittec.com/83/es/083_012-024ES.pdf

Marrugat, J. Elosua, R. Aldasoro, E. Tormo, MJ. Vanaclocha, H. Segura, A. et al. (2004) Regional variability in population acute myocardial infarction cumulative incidence and mortality rates in Spain 1997 and 1998. European Journal of Epidemiology 19(9):831-9.

Marrugat, J. Gil, M. Sala, J. (1999). Sex differences in survival rates after acute myocardial infarction. Journal of Cardiovascular Risk 6:89-97.

Martín Cerdeño, V.J. (2012). Restauración y coyuntura económica. Un nuevo escenario para la alimentación fuera del hogar. Revista Distribución y Consumo nº 61 .Enero-febrero 2012

- Martín Criado E.; Moreno Pestaña J.L. (2005). Conflictos sobre lo sano. Un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2005.
- Martín-Moreno JM, Boyle P, Gorgojo L et al. (1993) Development and validation of a food frequency questionnaire in Spain. *Int Journal Epidemiologi* 1993; 22:512-9.
- Martin-Moreno J. M., Gorgojo L. (2007) Valoración de la ingesta dietética a nivel poblacional mediante cuestionarios individuales: sombras y luces metodológicas. *Rev. Esp. Salud Publica*. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000500007&lng=es.
- Martínez, E., Toro, J., Salamero, M., Blecua, J. Y Zaragoza, M. (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, (20), 2, 51-65.
- Martínez Alvarez JR, Arpe Muñoz C, Iglesias Rosado C, Pinto Fontanillo JA, Villarino Marín A Castro Alija MJ, Cao Torija MJ, Urrialde de Andrés R, Gómez Candela C, López Nomdedeu C. (2007). La nueva rueda de los alimentos. *Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación*. Disponible en: http://www.nutricion.org/recursos_y_utilidades/rueda_alimentos.htm
- Martínez A, Astiasarán I, Madrigal H. (2002) *Alimentación y Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002
- Martinez A. (1998) *Ciencias de la alimentación*. En *Fundamentos teórico prácticos de Nutrición y Dietética*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1998.
- Martínez JA, Astiasarán I, Muñoz M (2002) *Alimentación y Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

- Martinez Benlloch (2000) Género, Desarrollo Psicosocial y Trastornos de la Imagen: Bases para una Acción Social y Educativa. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Instituto de la mujer.
- Martinez ME. (2005) Primary prevention of colorectal cancer: Lifestyle, nutrition, exercise. Recent Results Cancer Res 2005; 166: 177-211.
- Martínez Vizcaíno y Salcedo Aguilar (2009) Estudio Cuenca 1999- 2008. Programa de ejercicio físico para adolescentes. Universidad de Castilla La Mancha
- Martinsen E.W.(2000) Physical activity for mental health. Tidsskr Nor Laegeforen 2000; 120(25):3054-6.
- Martínez Hernández A (1996) Antropología de la Salud. Una aproximación genealógica. En: Prat J, Martínez Hernández A, editores. Ensayos de antropología cultural. Barcelona: Ariel Antropología; 1996. p. 369-381
- Mataix Verdú J. (2002) Nutrición y alimentación humana. Madrid: Ediciones Ergon; 2002.
- Mataix J, Mañas M, Llopis J, Martínez de Victoria E. (2003) Tablas de Composición de Alimentos Españoles. Universidad de Granada. Granada, 2003.
- Mataix Verdú J, Llopis González J, Martínez de Vitoria E, Montellano Delgado MA, López Frias M, Aranda Ramírez P. (1999) Valoración del estado nutricional de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Granada: Dirección General de Salud Pública y Participación de la Junta de Andalucía, Instituto de Nutrición y Tecnología de alimentos de la Universidad de Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999.
- Matías-Guiu, J. et al .(2006) Comité Científico del Programa PALM (Plan de Acción en la Lucha contra la Migraña).Revista Cephalalgia, septiembre 2010

- Medrano Heredia J, Mataix Verdú J, Aranceta Bartrina J. (1994) La dieta mediterránea y Alicante. Alicante: Secretariado de publicaciones, Universidad de Alicante,
- Messer E. (1995) Perspectivas antropológicas sobre la dieta. En Contreras J. Alimentación y Cultura. Universidad de Barcelona
- Miguel Soca P.E. (2009) Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. Acimed 2009;20(3). Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009000900007
- Míguez Bernárdez, M. et al. (2011) Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. Nutr Hosp. 2011;26(3):472-479
- Millstein RA, et al (2008) Relationships between body size satisfaction and weight control practices among US adults. En Medscape Journal of Medicine 10(5)
- Miguel, A. de (2000). Psicología de la personalidad, Universidad de La Laguna, pp. 65-234
- Miján de la Torre, A (2002) Técnicas y métodos de investigación en nutrición humana. Editorial Glosa, S.L., 2002
- MINSAP. (2008) Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Cuba. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
- Molinero, N. (2009) Gente y cultura. Universidad complutense de Madrid, septiembre 2009

Mónaco et al (2005) Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Sedentarismo Arch.argent.pediatr 2005; 103(5):450-475 / 450. Disponible en http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.450-463.pdf

Money y Hampson (1955) Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, 97: 284-300.

Montero, P., Morales, E. M., Carbajal, A., (2004) Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107-116. Disponible en www.didac.ehu.es/antropo

Montgomery, C. D (1996) Probabilidad y Estadística aplicada Edit. Mc. Graw Hill. Mexico, 1996.

Moñino, M. y Baladia, E. (2010) Actividad Dietética. 2010; 14 :138-43 - vol.14 núm 03

Moore DP, Jefferson J.W. (2004) Handbook of Medical Psychiatry. 2nd ed. St. Louis, Mosby

Mora, M. y Raich, R. (1993). Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, (20), 3,113-135.

Moráguez I. (2006) Curso de estadística aplicada a la investigación educacional. Materiales impresos, compendio de tablas y ejercicios adaptados para el curso. Holguín : ISPH José de la Luz y Caballero. 2006,

Morenilla C. (2003) Tipos y personajes en Menandro, *Florentia iliberritana* 14: 235-263

Morgan D. (1981) Men, masculinity, and process of sociology enquiry. Doing feminist research, Londres, Routledge and Keagan, 1981

- Morillas Ruiz J. (2006) Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados. *Nutrición Hospitalaria* 2006; 21(6):650-656.
- Moreiras O. y Cuadrado C. (2009) Monografías de la Real Academia Nacional de Farmacia, Monografía VI: Alimentación y salud. 2009 disponible en www.analesranf.com/index.php/mono/article/view/398
- Moreiras O, Cuadrado C. (2001) Hábitos alimentarios. En: R. Tojo, editor. *Tratado de Nutrición Pediátrica*. 1ª ed. Barcelona: Doyma
- Moreno LA, De Henauw S, Gonzalez-Gross M, Kersting M, Molnar D, Gottrand F, et al. (2008) Design and implementation of the H.E.L.E.N.A. Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence Cross-Sectional Study. *Int J Obes*. 2008;32:S4
- Moser, C. (1989) Gender Planning in the Third World: Meeting Practical and Strategic Gender Needs , *World Development*, vol. 17, nº 11.
- Muñiz J. y Col. (2008) Encuesta sobre los hábitos alimentarios de la población adulta gallega, Consellería de Sanidad. Xunta de Galicia.
- Mujeres de Europa hacia una vejez saludable.(1996) Revisión del estado de salud de las mujeres de mediana edad y edad avanzada. Documento Instituto Europeo para la Salud de la Mujer.
- Murguialday C. (2005) Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo Universidad del País Vasco. Disponible en URL <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/115>
- Mushkin, S. (1999) Hacia una definición de la economía de la salud. *Lecturas de Economía* No. 51. Diciembre 1999.

- Nelson HD et al (2002) Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. NIH Consensus Statement 2000 March 27-29 ; 17 : 1-45
- Nelson HD et al (2002) Screening for postmenopausal osteoporosis: a review of the evidence for the U.S. preventive services task force. Ann Intern Med 2002; 137: 529-41.
- Nelson N (2006) Migrant studies aid the search for factors linked to breast cancer risk. J Nat Cancer Inst 2006;98:436-38
- Nicholson P. (2002) Having it all. Choices for Today's Superwoman. Jhon Willey & son.
- Norat T, Bingham S, Ferrari P, Slimani N, Jenab M, Mazuir M, et al. Meat, fish and colorectal cancer risk: The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. J Natl Cancer Inst 2005; 97: 906-16.
- Norte Navarro y Ortiz Moncada, (2011) Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. En Nutrición Hospitalaria. 2011; 26(2) :3 30-336,
- Nuestros cuerpos, nuestras vidas (2001) The Boston Womens Health Book Collective) Plaza y Janés. Barcelona
- Observatorio del consumo y la distribución alimentaria resultados (2011). Ministerio de agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. Disponible en http://www.magrama.gob.es/es/prensa/Presentaci%C3%B3n%20Observatorio%20Consumo%20-%202011_tcm7-197754.pdf
- Observatorio de Salud de la Mujer. Informe salud y Género 2005. Madrid: OSM, MSC. Disponible en http://www.jccm.es/imclm/fileadmin/user_upload/ESTADISTICAS/informe2005

OCDE. Obesity and the Economics of Prevention Fit not Fat. OCDE. 2010. Disponible en: http://www.oecd.org/document/31/0,3746,en_2649

Olmos Bayá W. (2009) Trastornos alimentarios y distorsión mental de la imagen Corporal en medicina de familia. . Revista. Médica. Sociedad. Cochabambina Medicina Familiar. 1:1

OMS. (2002) Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ)..2002. Disponible en www.sdprc.net/lhn-tools/gpaq-spanish.pdf

OMS (2004) Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Accesible en <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/index.html>

OMS. (1946) Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Official Records of the World Health Organization, N° 2, pp. 100.

OMS. (2009) Salud de la mujer Nota descriptiva N°334 Noviembre de 2009

OMS, Serie de Informes Técnicos 916 (2003) Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf

OPS. (2003) Equidad de Género en salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. En línea, Disponible en www.paho.org/spanish/hdp/hdw/GEHPaperSpanish.pdf

OPS (2008) Informe de relatoría y propuesta de líneas para la acción. Organización panamericana de la salud. Oficina provincial de la OMS. En línea. Disponible en www.bvsde.paho.org/texcom/sct/045983.pdf

OPS. Unidad Género, Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud. Washington, D.C: OPS/PALTEX, 2004. ISBN 92 75 32546 4. Accesible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/indicadoresbasicos.pdf>

Orozco-López P, Zwart Salmerón M, Vilert Garrofa E, Olmos Domínguez C (2004). INDICAD Study 2001. Predicción de la ingesta total de calcio a través del consumo de lácteos en la población adulta de España. Estudio INDICAD 2001 Aten Primaria 2004;33:237-43.

Ortega R.M., Mena M.C., Faci M., Serra LI. y Santana J.F. (2000) Situación en vitaminas de la población española. Metaanálisis de los estudios realizados en España en el período 1990- 1999. En Libro Blanco. Las vitaminas en la alimentación de los españoles. Estudio eVe. Ed. Aranceta J., Serra L., Ortega R., Entrala A y Gil A.

Ortega R.M., López-Sobaler A.M., Requejo A.M. y Andrés P. (2004) (reimpresión 2008). La composición de los alimentos. Herramienta básica para la valoración nutricional. Ed. Complutense. Madrid.

Ortega A., Requejo M.(2006). Nutriguía: Manual de nutrición clínica en atención primary. Ed. Complutense 2006

Ortner, S.(1974). Is female to male as nature is to culture? In: Woman, Culture and Society (M. Rosaldo & L. Lamphere, eds.), pp. 67-88, Stanford: Standford University Press.

Ortiz-Rodriguez SP, et al. (2008) Physical activity and breast cancer risk in Mexican women. Salud Publica Mexicana 2008;50:126-135.

Osorio J.; Weisstaub G.; Castillo C. (2002) Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Revista Chilena Nutrición 2002; 29(3): 280-285.

- Oviedo G. (2007) Exceso de peso y patologías asociadas en mujeres adultas. *Nutrición Hospitalaria*; 22(3):358-362.
- Palacios, C. (2007) Lo nuevo en los requerimientos de calcio, propuesta para Venezuela. *An Venez Nutr*, jul. 2007, vol.20, no.2, p.99-107
- Palacios, S. (2010) Actas 10º Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer, organizado por el Instituto Palacios, en Madrid. Encuentro Nacional SAMEM , Gaceta medica M - 8 al 14 de marzo de 2010
- Paoletti R., Wenger N. (2003) Review of the international position paper on women's health and menopause. A comprehensive approach, *Circulation* 2003; 107: 1336-1339.
- Parales Quenza C.J. (2006) Representaciones sociales del comer saludablemente: un estudio empírico en Colombia. *University Psychology* 5(3):613-626.
- Park Y, Hunter DJ, Spiegelman D, Bergkvist L, Berrino F, Van den Brandt PA, et al. (2005) Dietary fiber intake and risk of colorectal cancer: A pooled analysis of prospective cohort studies. *JAMA* 2005; 294: 2849-57.
- Patel, H. Rosengren, A. Ekman, I. (2004) Symptoms in acute coronary syndromes: Does sex make a difference? . *American Journal of Health* 148:27-33
- Patton, G.; Carlin, J.B.; Shao, Q. & Hibbert, M.E. (1997) Adolescent dieting: Healthy weight control or borderline eating disorder? , *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*. 38.3. 299-306.
- Paulov I. (1975) Reflejos condicionados e inhibiciones. Barcelona. Península.

- Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C. et al. (2004) Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 2):36-46. Accesible en <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv18s2/revision4>.
- Peña Arrébola A. (1996) El ejercicio en la prevención y tratamiento de la osteoporosis. *Rev osteoporosis en Aten Primaria*.1996;2:16-9.
- Pérez Gil-Romo SE, Díez-Urdanivia S. (2007) Food and nutrition studies in Mexico: A gender perspective. *Salud Publica Mex* 2007;49:445-453.
- Pérez Rodrigo et al (2007) Situación Nutricional de la población femenina en España. Cap. 1. En Ortega R.M. *Nutrición en población femenina*. Ed. Ergón 2007
- Piedrola Gil G, et col (2001) En: Piedrola Gil G, Del Rey Calero J, Domínguez Carmona M. (eds). *Medicina Preventiva y Salud Pública*, 9.º ed. Barcelona: Masson-Salvat; 2001;11-18.
- Pignone, M.; Phillips, C. y Mulrow, C. (2000) Use of lipid lowering drugs for primary prevention of coronary heart disease: meta-analysis of randomised trials. En *British Medical Journal*, vol. 321, nº. 7267, pp. 983-6.
- Pineault R, Daveluy C (1989). *La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson,
- Pinto JA, Carvajal A. (2006) *La dieta equilibrada, prudente o saludable*. Colección *Nutrición y Salud*. Madrid: Dirección General de Salud Pública; 2006.

- Plan de trabajo del programa de salud pública de la unión Europea (UE) para el 2011.
Boletín nº 339 Europa al día. Marzo 2011 Programa de salud pública 2011.
Disponible en
<http://www.cmourense.org/gfx/Blog/File/Boletin%20Europa%20al%20D%EDa/339%20Programa%20de%20salud%20p%FAblica%202011.pdf>
- Pleck, J.H. (1975). Masculinity-femininity: Current and alternative paradigms. *Sex Roles*, 1975, 1, 161-178.
- Pollock K. (2001). Exercise in treating depression: broadening the psychotherapist's role. *Journal Clinic Psychology* ; 57:1289-1300
- Prentice A. (1997) Is nutrition important in osteoporosis? *Proc Nut Soc* 1997;56:357-67.
- Presbitero, P. Carcagni, A. (2003). "Gender differences in the outcome of interventional cardiac procedures". *Italian Heart Journal* 4(8):522-527.
- Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013) Decisión nº [1350/2007/CE](#) del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de octubre de 2007. [Diario Oficial L 301 de 20.11.2007].
- Quesada Gómez JM, Sosa Henríquez M. (2011) Nutrición y osteoporosis. Calcio y vitamina D *Rev Osteoporos Metab Miner* 2011 3;4:165-182
- Quevedo, L. (2000) El tránsito desde la higiene hacia la salud pública en América latina: pp. 18-76. En: *Memorias del Curso Itinerante La salud Colectiva a las puertas del siglo XXI*. Universidad de Antioquia-Universidad Nacional de Colombia. Vol. 1. Medellín.

- Ramos, P, De Eulate, L; Liberal, S. Y Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años, Revista de Psicodidáctica Vol. 15-16, pp. 65-74
- Rathore, SS. Wang, Y. Radford, MJ. Ordin, DL. Krumholz, HM. (2002). Sex differences in cardiac catheterization after acute myocardial infarction: the role of procedure appropriates. Annals of Internal Medicine 137(6):487-493.
- Reid IR, Ames RW, Evans MC, Gamble GD, Sharpe SJ .(1995) Long-term effects of calcium supplementation on bone loss and fractures in postmenopausal women: a randomized controlled trial. Am J Med. 1995; 98:331-5.
- René, D (1975) El espejismo de la salud: utopías, progreso y cambio biológico. Editorial fondo de Cultura Económica (FCE).
- Report of the British Nutrition Foundation's Task Force(1999) n-3 fatty acids and health. The British Nutrition Foundation. Chapman & Hall. New York & London, 1999.
- Requejo AM, Ortega RM, Andrés P, Ruiz F, Sánchez-Muniz F, González-Fernández M et al. (1997) Tablas de composición de alimentos españoles. Edición coordinada por Carretero ML y Gómez MD. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997
- Restrepo H. (2005). Promoción de la salud: desafíos y propuestas para el futuro. Seminario Internacional Evaluación y Políticas Públicas: respondiendo a los determinantes de la salud. Santiago de Cali, Colombia, 14 de junio de 2005 - [en línea] Disponible en URL http://medicina.udea.edu.co/SYS/paginaweb/Documentos%20006/CONFERENCIA_HELENA_RESTREPO.pdf
- Retolaza A. (2007) Resultados del estudio ESEMeD: ¿Estamos preparados? En Salud Mental nº 29 pp 44 – 50

- Reutlinger S, Selowsky M. (1997) Desnutrición y Pobreza: Magnitudes y opciones de política. Tecnos. 1977. Madrid
- Riobo, P. et al. (2003) Obesidad en la mujer. *Nutrición Hospitalaria* Madrid, v. 18, n. 5, oct. 2003 .
- Roberts CG, Ladenson PW. (2004) Hypothyroidism. *Lancet*. 2004;363:793-803.
- Rodríguez Campayo MA, Beato Fernández L, Rodríguez Cano T, Martínez- Sánchez F. (2003). Adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp Psiquiatr*. 2003; 31(2): 59-64.
- Rodríguez Sangrador et col (2008) Contribución de la dieta y la exposición solar al estatus nutricional de vitamina D en españolas de edad avanzada; Estudio de los Cinco Países (Proyecto OPTIFORD). *Nutr. Hosp*. v.23 n.6 Madrid nov.-dic. 2008
- Rodrigo L., Riestra S. (2007) Dieta y cáncer de colon. *Rev. esp. enferm. dig*. 2007 Abr 99(4): 183-189.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082007000400001>.
- Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M. (2000) Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit*. 2000;14 (supl 3):60-71.
- Rohlfs I., De Andrés J., Artazcoz L., Ribalta M., Borrell C. (1997) Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres, *Medicina Clínica (Barc)* 1997; 108: 566-571.
- Rohlfs I., Borrell C., Fonseca M.C. (2000) Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos, *Gac Sanit* 2000; 14 (supl 3): 60-71.

- Romero P. et al. (2008) Variables relacionadas con densidad mineral ósea en pacientes ambulatorios de traumatología. En Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia Vol.26 Núm. 1-2
- Ronco A, De Stefani E, Boffetta P, Deneo-Pellegrini H, Mendilaharsu M, Leborgne F. (1999) Vegetables, fruits, and related nutrients and risk of breast cancer: a case-control study in Uruguay. *Nutr Cancer* 1999;35:111-119.
- Ronco AL, De Stefani E, Boffetta P, Deneo-Pellegrini H, Acosta G, Mendilaharsu M. (2006) Food patterns and risk of breast cancer: A factor analysis study in Uruguay. *Int J Cancer* 2006;119:1672-1678
- Rosaldo, M.; Lamphere, L. (1974) *Woman, Culture and Society*. Stanford: Standford University Press.
- Rosenberg I.H., Sastre A.(2002) *Nutrición y envejecimiento* Editorial: S. Karger AG I.S.B.N.: 3-8055-7321-9, 2002
- Rosengren, A. Wallentin, L. Gitt, K. Behar, S. Battler, A. Hasdai, D. (2004). Sex, age, and clinical presentation of acute coronary syndromes. *European Heart Journal* 25(8):663-670.
- Rubin, G., (1986) El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología*, 8: 95-145
- Rubin, G. (1997) *Géneros, conceptos básicos*. Perú: Programa de Estudios de Género, Pontificia Universidad Católica del Perú
- Ruiz Cantero. M. T. (2001) El enfoque de género en la investigación y la difusión del conocimiento. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud nº 11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en URL www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/.../12modulo_11.pdf

- Ruiz M.T., Verbrugge L.M.(1997): A two way view of gender bias in medicine, J Epidemiol Community Health 1997; 51: 106-109.
- Ruiz Ezquerro,J.J. (2010) “Epilepsia: historia, leyenda y arte”, Barcelona. Editorial Ars XXI
- Ruiz- Jarabo (1999). Mujeres y salud. Fundaciones sanitarias nº 3. Barcelona
- Sabaté J. (1993) Estimación de la ingesta dietética: métodos y desafíos. Medicina Clinica. Barcelona, 1993; 100:591-596
- Saenger F. (2012) Preocupación por el peso de las españolas. Disponible de www.noticiasmedicas.es/...peso...tamano...espanolas-/Page1.html
- Salaberria, K; Rodríguez, S.; Cruz, S. (2007) Percepción de la imagen corporal. UPV/EHU. Fac. de Psicología. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Donostia-San Sebastián BIBLID 1577-8533, 8; 171-183
- Salleras Sanmarti, Ll. (1985) Educación Sanitaria: Principios Métodos y Aplicaciones (3ª Ed.) S.A. Ediciones Díaz De Santos. Madrid
- Sánchez González, M. (2003) Historia, teoría y método de la medicina: Introducción al pensamiento médico. Barcelona Masson.
- San Martin H. y Pastor V. (1989) Economía de la salud. Teoría social de la salud. Madrid Macgraw Hill
- Santonastaso, P.; Favaro, A.; Ferrara, S. & Sala, A. (1995). Prevalence of body image disturbance in a female adolescent sample: A longitudinal study. Eating disorders. The journal of treatment and prevention. 3.4. 342-350.

Scott Joan Wallach. (1998) Gender and the politics of history. Nueva York, Columbia University Press, 1988.

Scott, J. (1990) El género útil para el análisis histórico. En Amelang J. et al. Historia y Género: Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Valencia. Alfons el Magnanim ed.

Sebastián, E.M. y González, C. (2000) Cualidades Físicas. Biblioteca temática del deporte, INDE, Primera edición año 2000.

SEMERGEN doc. (2005) Documentos clínicos. Prevención cardiovascular. Disponible en: <http://files.sld.cu/hta/files/2009/12/libro-riesgo-cardiovascular-2005-semergen.pdf>

Seminario sobre Mainstreaming de Género en las políticas de Salud en Europa) Madrid, septiembre 2001. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/declaracionMadrid.pdf>

Sen, G., Östlin, P. (2007) Unequal, unfair, ineffectiveness and inefficient gender inequity in Health: why it exists and how we can change it, Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health.

Sen, G., Östlin, P. (2005) Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Organización Panamericana de la Salud / Harvard Center for Population and Development Studies, 2005. http://www.paho.org/Spanish/DD/PuB/PO_14_contenido.pdf

Sender R. et al. (2001) Variables psicológicas predictoras de psicopatología. En Educación Médica, nº. 4: p. 119.

Sepúlveda, A.R. et col (2010) Associated Factors of Unhealthy Eating Patterns among Spanish University Students by Gender The Spanish Journal of Psychology Vol. 13 Núm. 1

Serra et al. (2010) Dieta mediterránea en España. Tendencias de seguimiento durante las dos últimas décadas. Public Health Nutr. 2010 Oct 29:1-7

Serra Ll. y Aranceta J. (2001) Objetivos nutricionales para la población española. Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. en Guías Alimentarias para la población española: recomendaciones para una dieta saludable, SENC, Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, IM&C, S.A., Madrid.

Serra L. y Raidó B. (2001) Verduras y hortalizas. En Guías Alimentarias para la población española: recomendaciones para una dieta saludable, SENC, Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, IM&C, S.A., Madrid

Serra Majem (2004) Guía de la alimentación saludable. SENC. Madrid 2004
Disponible en :<http://www.nutricioncomunitaria.org/generica.jsp?tipo=docu&id=3>

Serra Majem, Ll., y Aranceta Bartrina, J (2004) Nutrición Infantil Y Juvenil: Estudio Enkid (Vol.1, 2, 3, 4, 5 y 6). Masson

Serra-Majem L, Salleras M. (1990) Uso y aplicaciones de la epidemiología. II. Planificación y evaluación de programas de salud. Archivos Odontostomatología Preventiva Comunitaria 1990; 2:30-36.

Serra-Majem L, Ribas Barba L, Armas Navarro A (2000), Equipo investigador de ENCA 1997-1998. Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Ingesta de energía y nutrientes y riesgo de ingestas inadecuadas. Fuentes alimentarias de energía y nutrientes. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de Salud

Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en agosto de 2005 en Bangkok, Tailandia. Disponible en:

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

Shengold D. (1990) Exercise in the menopausal women. *Obste Gynecol* 1990;75:535-85.

Shiga, N.; Fukushima, M. y Endo, Y. (1994). An analysis of the eating behavior of high school girls in Akita City and Noshiro City. *Seis igaku clinical psychology*. 36.11.

Siegel, S. (1987) *Diseño experimental no paramétrico La Habana* : Edit. Revolución, 1987.346 p

Sierra N. (2001) *La enfermedad y la farmacopea en Mesopotamia*. Disponible en URL <http://www.transoxiana.org/0102/enfermedad.html>

Silvestri, E. (2005) Aspectos Psicológicos de La Obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Disponible en <http://www.nutrinform.com/pagina/info/ob05-02.pdf>

Slattery ML, Potter JD. (2002) Physical activity and colon cancer: confounding or interaction? *Medical Sci Sports Exercise* ; 34(913):919.).

Slemenda, C. W. ; Miller, J. Z.; Hui, S. L.; Reister, T. K. y Johnston, C. C. (1991) Role of physical activity in the development of skeletal mass in children. *Journal of Bone Mineral Research*, 6, 1227-1233

Smith-Warner SA, Ritz J, Van den Brandt PA, Colditz GA, Folsom AR, et al. (2004) Alcohol intake and colorectal cancer: A pooled analysis of 8 cohort studies. *Ann Intern Med* 2004; 140: 603-13.

Snow, C. M.; Shaw, J. M.; Winters, K. M. y Witske, K. A. (2000) Long-term exercise using weighed vests prevents hip bone loss in postmenopausal women. *Journal of Gerontology A*, 55, M489-M491

Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) Guía de Alimentación Saludable, 2004. Disponible en <http://www.nutricioncomunitaria>

Soriguer, F. et al (2011) Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *DIABETOLOGIA* Volume 55, Number 1, 88-93,

Sport and Physical Activity (2010) Special Eurobarometer European Commission March 2010. Disponible en http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf

Stoll. (2006) Omega-3 fatty acids: evidence basis for treatment and future research in psychiatry. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006 Dec; 67(12):1954-67.

Strahan E., Spencer S., Zanna P. (2007) Don't take another bite: how sociocultural norms for appearance affect women's eating behavior. *En Body Image* 4

Striegel-Moore RH, Cachelin FM (1999). Body image concerns and disordered eating in adolescent girls: Risk and protective factors. *En Johnson NG, Roberts MC, Worell, J. (Eds.). Beyond appearance: A new look at adolescent girls. Washington, DC: American Psychological Association. 1999*

Summers, W.C. (2000). History of microbiology. *En: Encyclopedia of microbiology. Academic Press. Disponible en: <http://info.med.yale.edu/therarad/summers/histmicro.pdf>. 18 p*

Talavera M. (2008) El Concepto de Salud, Definición y Evolución. Disponible en http://www.docstoc.com/docs/80651682/http_--wwwmedicinaunaleduco-Departamentos-Pediatria-Pediatria-EL-CONCEPTO-DE-SALUD

- Tanskanen et al. (2001) El consumo de pescado, depresión y tendencias suicidas en la población general Archivos de Psiquiatría General, Vol. Archivos de Psiquiatría General, Vol. 58 de mayo 2001. Pag 512-13
- Taylor MJ, Carney SM, Goodwin GM, Geddes JR. (2004). Folate for depressive disorders: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Psychopharmacology 18 (2): 251-6.
- Taylor CB, Sallis JF, Needle R. (1985) The relationship of physical and exercise to mental health. Public Health Rep 1985; 100:195-201.
- Terris M. (1980) La revolución epidemiológica y la medicina social. México. Siglo XXI Eds.
- Thompson J.K. (1990). Body image disturbance: Assessment and Treatment. New York, NY, USA: Pergamon Press, Inc
- Tirado Peláez et col (2006) Tratamiento y prevención de la osteoporosis posmenopáusica. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla La Mancha. Vol VII nº5.
- Todd JA y Robinson RJ (2003) .Osteoporosis y Ejercicio. En Postgraduate Medical Journal 79:320-323, 2003
- Tojo Sierra R, Leis Trabazo R. (1999). Estudio Galinut. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidad. Xunta de Galicia, 1999.
- Torres-Sanchez L, Galvan-Portillo M, Wolff MS, Lopez-Carrillo L. 2008) Dietary consumption of phytochemicals and breast cancer risk in Mexican women. Public Health Nutr 2008 Jul 23:1-7

- Toro, J. (1988) Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología*, 38, 25-47.
- Trypuc, J. M., (1988) Women's health. In: *Sociology of Health Care in Canada* (B. Singh Bolaria & H. D. Dickinson, eds.), pp. 154-166, Toronto: Harcourt, Brace, Jovanovich
- Tur JA, Puig MS, Nicolla G, et al. (2000) Encuesta de Nutrición de las Islas Baleares. Palma de Mallorca: Departamento de Biología Fundamental. Universitat de les Illes Balears
- Twamley EW, Davis MC. (1999) The sociocultural model of eating disturbance in young women: the effects of personal attributes and family environment. *Journal of social and clinical psychology* 1999; 18(4):467-489
- Tylavsky FA, Sharp GB. (1995) Misclassification of nutrient and energy intake from use of closed-ended questions in epidemiologic research. *Am J Epidemiol.* 1995; 142:342-52.
- Uauy R, Monteiro C. (2004) *Food and Nutrition Bulletin* 2004;25(2) :175-82.
- Úbeda Martín N. (2007) Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas. *Nutr Hosp* 2007; 22(3):313-321.
- Udry J. (1994) The nature of gendre, *Demography* 1994; 31: 561-573.
- Ugalde Y. (2006) La incorporación de la perspectiva de género en el Estado: apuntes para una discusión. *Imagina un mundo sin violencia*. México: Centro de Apoyo a la Mujer Griselda Alvarez A.C. Disponible en: <http://www.modemmujer.org/docs/11.237.htm>

UNESCO. Artículo 4. Fortalecimiento de la participación y promoción del acceso de las mujeres. Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: visión y acción preámbulo. Aprobada por la Conferencia Mundial sobre la educación superior, realizada en Paris 1998. Disponible en: <http://www.unesco.org/cpp/sp/declaraciones/world.htm>.

Urieta Guijarro, I. (2004) Consumo de alimentos e ingesta de energía y Nutrientes en adultos residentes en Vizcaya: condicionantes antropométricos y sociodemográficos. Tesis Doctoral Universidad de Granada 2004

Valenzuela A. (2002) Obesidad. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile. 2002

Valls Llobet C. et al. (2008) Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. Anuario de Psicología , vol. 39, nº 1, 9-22

Valls Llobet C. et a.l (2006) Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud . Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/.../05modulo_04.pdf

Van de Weyer y Courtney (2006) Changing Diets, Changing Minds: how food affects mental health and behaviour Food & Mental Health 2006 - ISBN: 1-903060-40-0 - 128pp

Varo JJ, Martínez-González MA, De Irala-Estevez J, Kearney J, Gibney, M, Martínez JA. (2003) Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. Int J Epidemiol 32(1):138-46.

Vázquez C, de Cos A, López-Nomdedeu C (1998). Alimentación y nutrición, manual teórico-práctico. Madrid: Diaz de Santos; 1988.

- Verbrugge, L. M. (1989). The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behaviour*, 30: 282-304.
- Verbrugge L.M. (1990)The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. En: Ory MG, Warner HR eds. Gender, health and longevity: multidisciplinary perspectives. New York: Journal of Health and Social Behaviour, 30: 282-304
- Villar Álvarez, F. y Banegas Banegas, J. R. (2003) Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. En Informe SEA. Madrid: Ergon, pp. 112-124.
- Vinacor F. (2011) La diabetes y la salud de la mujer en las distintas etapas de su vida: una perspectiva de salud pública, Recursos de salud pública sobre la diabetes, Disponible en <http://www.cdc.gov/diabetes/spanish/womenfact.htm>
- Viñuela IC, Palencia JA, Fuster MA, Gómez JD (2002). Estilo de vida en trastornos de conducta alimentaria. *Nutr Hosp* 2002; XVII (4):219-222
- Violan G, Stevens L, Molina F. (1992) Encuesta de alimentación en la población adulta de Murcia 1990. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud. Región de Murcia, serie informes núm.7
- Walters, C.G. Y Bergiel , B.J. (1989) Consumer Behavior, South-Western, Publishing Co., Cincinnati, Ohio, 1989.
- Willett WC. (1998) Nutritional Epidemiology. 2ª ed. Nueva York: Oxford University Press; 1998
- Witte J. G. Hoogendijk et al (2008) Depression Is Associated With Decreased 25-Hydroxyvitamin D and Increased Parathyroid Hormone Levels in Older Adults *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65 (5):508-512

- Whitehead, M. (1990) The concepts and principles of equity and health. Document EUR/ICP/RPD/414., WHO Office for Europe, Copenhagen, 1990
- WHD (World Health Organization.) (1990) Technical Report Series 797: Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO study group. Geneva 1990, pp. 203.
- WHD 2002. Disponible en http://www.who.int/docstore/world-health-day/2002/dia_mundial_salud.es.shtml
- Wing RR, Hill JO (2001). Successful weight loss maintenance. Annual Revisit Nutrition ; 21:323-341
- Writing Group for the Women's. Health Initiative Investigators (2002) Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288:321-333.
- Wolff I, van Croonenborg JJ, Kemper HCG, Kostense PJ, Twisk JW. (1999) The effect of exercise training programs on bone mass: a meta-analysis of published controlled trials in pre and postmenopausal women. Osteoporosis Int ; 9:1-12
- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007) Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington DC: AICR, 2007
- Yaa-Avotri J, Walters V. (1999) You just look at our work and see if you have any freedom on earth: Ghanaian women's accounts of their work and their health. Society Sci Medical ; 1123-1133.
- Yip R. (2003) Hierro. En: Conocimientos actuales sobre nutrición. 8 ed. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2003: 340-56

Young P.T. (1961). Motivation & Emotion. New York. John Wiley & son.

Zabalegui et al. (2005) Nutrición y envejecimiento: una visión general Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 8, Nº. 5, pags. 16-22

Zaro M.J. (2002) La psicología de género en el siglo XXI. Clepsidra, 1 .2002 pp 47 – 60

Zunzunegui MV, Beland F, Llacer A, Leon V. (1998) Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly.. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1998;33:195-205.

Anexos

8. Anexos

8.1. Instrucciones

El cuestionario presenta unos recuadros dispuestos en columnas que tienen como encabezamientos las palabras: NUNCA, AÑO, MES, SEMANA Y DÍA.

Se debe estimar la frecuencia de consumo de cada alimento con un número, intentando reflejar aquella cifra que recoja mejor el promedio anual, es decir, las veces que por término medio consumió el alimento en cuestión en el último año. Así pues, si consumió habitualmente 3 tazas de leche entera todos los días del año pasado se pondrá en el recuadro correspondiente a DÍA el dígito 3.

Si no toma el alimento preguntado se pondrá una X en el recuadro correspondiente a la columna encabezada por la palabra NUNCA.

Las cantidades reflejadas son raciones estándar, por tanto, si come el doble de lo considerado habrá que reflejarlo.

Respecto a los alimentos de temporada o que sólo se consumen en ciertos períodos del año (por motivos económicos o de estacionalidad natural o cultural) anote en el recuadro que resulte más conveniente la frecuencia de consumo promedio anual.

Por ejemplo si consume helados todos los días de los meses de Julio y Agosto, pondremos el dígito 60 en la columna AÑO (1 vez al día durante 2 meses, es decir, 60 veces al año).

Para que la mujer entrevistada entienda cómo contestar este cuestionario sería conveniente comenzar con una frase como la siguiente:

Yo le iré diciendo diferentes alimentos y usted me dirá con qué frecuencia los toma: si no los toma NUNCA, o bien cada cuanto los toma, si cada DÍA (y el número de veces) o cada SEMANA (y el número de veces) o cada MES (y el número de veces) o cada AÑO. Si sólo los toma en determinadas épocas o circunstancias, también lo debe indicar.

8.2. Identificación de la entrevista

FILIACIÓN:

Nombre y apellidos

Edad

Fecha de nacimiento

Domicilio

Teléfono

Código

8.3. Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFC)

GRUPO I. LÁCTEOS					
ALIMENTOS / CANTIDADES	NUNCA	AÑO	MES	SEMANA	DIA
1. Leche entera (200cc.)					
2. Leche desnatada (200cc.)					
3. Leche semidesnatada (200cc.)					
4. Leche condensada (1 cucharada)					
5. Nata o crema de leche (100cc.)					
6. Batidos de leche (200cc.)					
7. Yogur entero 1 unidad (125cc.)					
8. Yogur desnatado 1 unidad (125cc.)					
9. Petit Suisse (100g.)					
10. Requesón o cuajada (125 cc.)					
11. Queso en porciones (50g.)					
12. Queso semicurado o curado (50g.)					
13. Queso fresco o blanco (50g.)					
14. Natillas, flan,.. (200g.)					
15. Helado (100cc)					

GRUPO II. CARNES, PESCADOS, HUEVOS					
ALIMENTOS / CANTIDADES	NUNCA	AÑO	MES	SEMANA	DIA
1. Huevo de gallina 1 unidad					
2. Pollo o pavo con piel (125g.)					
3. Pollo o pavo sin piel (125g.)					
4. Carne de ternera o vaca magra (125g.)					
5. Carne de ternera o vaca grasa(125g.)					
6. Carne de cerdo magra (125g.)					
7. Carne de cerdo grasa (125g.)					
8. Carne de cordero (125g.)					
9. Carne de conejo o liebre (125g.)					
10. Hígado (125g.)					
11. Otras vísceras (125g.)					
12. Jamón serrano, cocido, paletilla (50g.)					
13. Carnes procesadas: salchichón, chorizo, mortadela,...(50g)					
14. Paté, foie gras (25g.)					
15. Hamburguesas (50g.)					
16. Tocino, bacón (50g.)					
17. Pescado blanco (125g.)					
18. Pescado azul (125g.)					
19. Pescado ahumado (60g.)					
20. Pescado salado (60g.)					
21.Ostras, almejas, mejillones 6 unidades					
22. Calamares, pulpo (125g.)					
23. Crustáceos, gambas, langostinos (125g.)					

GRUPO III. VEGETALES					
ALIMENTOS / CANTIDADES (un plato o ración 250g.)	NUNCA	AÑO	MES	SEMANA	DIA
1.Acelgas, espinacas					
2.Col, coles de Bruselas, coliflor, brócoli, repollo					
3.Endivia, escarola, lechuga					
4.Tomate					
5.Zanahoria, calabaza					
6.Judías verdes					
7.Berenjenas, calabacines, pepinos					
8.Pimientos, cebolla					
9. Remolacha, nabo					
10.Espárragos					
11.Gazpacho					
12. Patatas fritas (150g.)					
13. Patatas cocidas, asadas (150g.)					
14.Setas, champiñones (90g)					

GRUPO IV. FRUTAS					
ALIMENTOS / CANTIDADES	NUNCA	AÑO	MES	SEMANA	DIA
1.Naranja, pomelo, kiwi (200g)					
2. Plátano (100g.)					
3. Manzana, pera (200g.)					
4.Fresas (150g)					
5.Cerezas (150g)					
6.Melocotón, albaricoque, nectarina (150g)					
7. Piña (125 g.)					
8.Higos, brevas (150g)					
9.Sandía, melón (200g)					
10. Uvas (125 g.)					
11. Aceitunas (10 unidades 50g.)					
12.Fruta en almíbar (125g)					
13. Frutas conservadas en su jugo (125g.)					
14. Almendras, nueces, avellanas (50g.)					
15. Cacahuetes, anacardos, pistachos, pipas de girasol (50g.)					
16. Dátiles, higos secos, uvas pasas, ciruelas pasas (150g.)					

GRUPO V. LEGUMBRES					
ALIMENTOS / CANTIDADES (un plato o ración 60g.en crudo)	NUNCA	AÑO	MES	SEMANA	DIA
1. Lentejas					
2. Garbanzos					
3. Alubias					
4. Guisantes y habas secos					
5. Soja					

GRUPO VI. CEREALES					
ALIMENTOS / CANTIDADES	NUNCA	AÑO	MES	SEMANA	DIA
1. Pan blanco (60g.)					
2. Pan integral (60g.)					
3. Pan blanco de molde (60g.)					
4. Pan integral de molde (60g.)					
5. Cereales de desayuno (30g.)					
6. Arroz blanco (60g.en seco)					
7. Pasta: espagueti, macarrones, fideos (60g.en seco)					
8. Pizza (200g.)					
9. Maíz cocido (100g)					

GRUPO VII. GRASAS Y ACEITES					
ALIMENTOS / CANTIDADES (una cucharada 15g.)	NUNCA	AÑO	MES	SEMANA	DIA
1. Aceite de oliva					
2. Aceite de girasol					
3. Aceite de maíz					
4. Aceite de soja					
5. Mezcla de los anteriores					
6. Margarina					
7. Mantequilla					
8. Manteca					

GRUPO VIII. DULCES					
ALIMENTOS / CANTIDADES	NUNCA	AÑO	MES	SEMANA	DIA
1. Galletas María (50g.)					
2. Galletas de chocolate (50g.)					
3. Croissant, ensaimada, donuts (50g)					
4. Magdalenas (50g.)					
5. Pasteles (80g.)					
6. Churros, porras (100g.)					
7. Chocolate, bombones (30g)					
8. Cacao en polvo (15g)					
9. Chocolatinas , bollos de chocolate					
10. Turrón (40g.)					
11. Pastas, mantecados (90g.)					

GRUPO IX. BEBIDAS					
ALIMENTOS / CANTIDADES	NUNCA	AÑO	MES	SEMANA	DIA
1. Vino blanco, tinto, rosado (100cc.)					
2. Vino dulce (50cc.)					
3. Cerveza (200cc.)					
4. Licores (50cc.)					
5. Destilados: Wiski, ginebra,...(50cc.)					
6. Refrescos light (333cc)					
7. Refrescos (333cc)					
8. Zumo de naranja natural (200cc)					
9. Zumos naturales de otras frutas (200cc.)					
10. Zumos envasados					
11. Horchata (200cc.)					
12. Café descafeinado (50cc.)					
13. Café (50cc.)					

GRUPO X. PRECOCINADOS					
ALIMENTOS / CANTIDADES	NUNCA	AÑO	MES	SEMANA	DIA
1. Croquetas (60g.)					
2. Palitos de merluza (60g.)					
3. Buñuelos(60g.)					
4. San Jacobo (60g.)					
5. Sopa y crema de sobre (200g.)					
6. Empanadillas (60g.)					
7. Otros (especificar)					

GRUPO X. MISCELÁNEA					
ALIMENTOS / CANTIDADES	NUNCA	AÑO	MES	SEMANA	DIA
1. Mostaza (10g.)					
2. Mayonesa					
3. Salsa de tomate (25g.)					
4. Tabasco, salsas picantes (10g.)					
5. Sal (1g.)					
6. Mermeladas (25g.)					
7. Azúcar (10g.)					
8. Miel (10g.)					
9. Especias					

Versión actualizada del Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos: Martín-Moreno JM, Boyle P, Gorgojo L, Maisonneuve P, Fernández-Rodríguez JC, Salvini S, Willet WC. Development and validation of a food frequency questionnaire in Spain. Int J Epidemiol 1993; 22: 512-519. Modificado por Salas-Salvadó J y Megias-Rangil I, 2002.

8.4. Cuestionario de Actividad Física

A continuación se pregunta por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física.

Intente contestar a las preguntas; Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, se trate de un empleo remunerado o no, de estudiar, de mantener su casa,. . . Piense después en el tiempo de ocio y en que lo ocupa

Marque con una cruz la casilla que corresponda

1. En silla o en cama

TRABAJO:

2. Trabajo sentado con poca o ninguna opción de movimiento
3. Trabajo sentado que requiere movimiento alrededor leve
4. Trabajo de pie
5. Trabajo manual fuerte

OCIO:

6. Leve con actividad no vigorosa
7. Actividad física vigorosa (\geq 3 veces a la semana)
8. Altamente activo

8.5. Cuestionario valoración de aspectos moduladores del comportamiento alimentario

Nivel de estudios:

Sin estudios Primarios Medios Superiores

Trabaja fuera de casa

Si No

1. ¿Es usted responsable de la alimentación familiar?

Si No

2. ¿Realiza usted la compra de alimentos?

Si No

3. ¿Es usted quién cocina?

Si No

4. ¿Cuánto cree que pesa? Kg

5. ¿Cuánto cree que mide? Cm

6. ¿Le preocupa el exceso de peso?

Si No

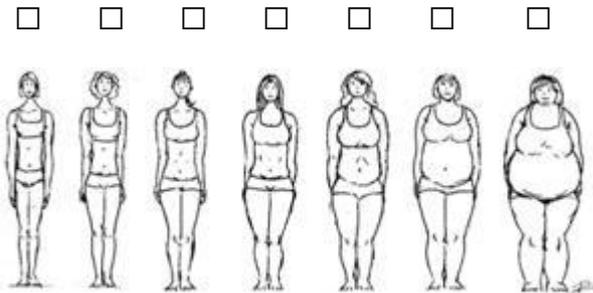
7. ¿ Por qué razón?

Estética Salud Ambas

8. ¿Cuánto cree que debería pesar? Kg.

9. ¿Cuánto le gustaría pesar? Kg.

10. Observe detenidamente estas figuras y coloque una cruz en la que crea que mejor refleja su imagen corporal.



11. ¿Ha evitado llevar ropa que marque su figura?

Si No

12. ¿Ha seguido alguna dieta para perder peso en los últimos seis meses?

Si No

13. ¿En caso afirmativo, quién la prescribió?

Médico Enfermera Dietista Amigo/ Familiar Otros

14. ¿Come a deshora?

Si No

15. En caso de que haya respondido si a la pregunta anterior ¿por qué?

Nerviosismo

Ansiedad

Aburrimiento

Tristeza/ depresión

Placer

16. A la hora de decidir su alimentación considera en primer lugar . .

Salud

Estética

Economía

Moda

Disponibilidad de tiempo

Facilidad de preparación y/o consumo

Costumbres y tradiciones

Preferencias de su pareja

Preferencias de sus hijos

20. A la hora de decidir su alimentación considera. . .

Indicaciones de expertos en salud (por ejemplo su médico) Si No

Opiniones que recibe a través de los medios de comunicación Si No

Publicidad Si No

21. Considera que tiene suficientes conocimientos para llevar a cabo una
alimentación saludable

Si No

22. Considera interesante recibir formación en temas de alimentación

Si No

23. Aplica siempre sus conocimientos sobre alimentación saludable a la hora de decidir

Si No

24. ¿Come sólo lo que le conviene?

Si No

25. ¿Con que frecuencia come fuera de casa?

Frecuentemente Una vez a la semana
Una vez al mes Esporádicamente

26. Piensa que, en cualquier caso, su alimentación es correcta

Si No

8.6. Resultados alimentos: Media y desviación típica

ALIMENTO	MEDIA gramos/día	DESVIACIÓN TÍPICA
Vino	21,91	47,81
Vino Dulce	0,32	1,21
Cerveza	52,18	99,5
Licores	0,58	2,1
Destilados	0,88	2,91
Refrescos Light	23,88	61,11
Refrescos	22,91	66,36
Zumo Naranja Natural	84,27	132,08
Zumo Natural Otros	23,99	61,93
Zumos Envasados	30,82	65,32
Horchata	3,51	20
Pan blanco	70,82	65,3
Pan Integral	17,35	33,56
Pan Molde	12,35	21,29
Pan Molde Integral	5,87	16,48
Cereales Desayuno	7,83	19,13
Arroz Blanco	9,62	10,3
Pasta	11,48	9,9
Pizza	10,3	16,74
Maíz Cocido	2,97	8,09
Galletas Maria	27,09	45,02
Galletas Choco	3,6	10,77
Croissant	4,46	9,43
Magdalenas	9,14	18,2
Pasteles	2,24	3,75
Churros	2,3	4,87
Chocolate	5,69	14,3
Chocolate, Cacao Polvo	1,05	4,24
Chocolatinas	1,46	5,15
Turrón	0,92	4,89
Pastas	2,66	9,49
Cítricos	129,21	120,9
Plátano	31,9	49,93
Manzana, Pera	60,54	76,58
Fresas	19,31	63,58
Cerezas	16,82	54,88
Melocotón	26,38	56,08
Piña	27,01	59,99
Higos	4,01	16,48
Sandía, Melón	40,48	83,54

Uvas	13,76	36,16
Aceitunas	4,75	11,05
Fruta Almíbar	4,47	15,88
Fruta En Su Jugo	3,97	14,27
Almendras, Nueces	11,24	30,26
Cacahuetes, Pipas	7,04	17,65
Dátiles, Pasas	9,22	29,82
Aceite Oliva	18,91	13,36
Aceite Girasol	4,16	7,59
Aceite Maíz	0,01	0,1
Aceite Soja	0,06	0,58
Mezcla De Aceites	0,04	0,64
Margarina	3,01	5,64
Mantequilla	2,25	5,53
Manteca	0,07	0,92
Huevo_	25,13	19,81
Pollo, Pavo Sin Piel	13,19	16,16
Ternera Magra	31,12	27,18
Ternera Grasa	11	16,99
Cerdo Magro	16,12	13,1
Cerdo Graso	7,49	10,98
Cordero	6,34	9,46
Conejo	4,23	6,13
Hígado	1,92	6,13
Vísceras Otras	1,98	9,71
Jamón	21,19	18,49
Embutidos	14,92	35,92
Pate	1,38	2,77
Hamburguesa	1,75	3,32
Bacón	2,58	4,71
Pescado Blanco	35,77	32,67
Pescado Azul	27,58	27,47
Ahumados	2,57	3,61
Pescados Salados	1,87	3,59
Almejas, Ostras	3,24	4,54
Calamares, Pulpo	13,81	17,14
Crustáceos	14,86	16,73
Leche Entera	104,83	180,79
Leche Desnatada	138,89	199,93
Leche Semi Desnatada	91,38	181,43
Leche Condensada	0,8	4,85
Nata	2,21	7,68
Batido	10,9	53,16

Estudio de alimentación, nutrición y actividad física en población
femenina adulta urbana de Valladolid
(AMUVA)

Yogur Entero	49,53	80,67
Yogur Desnatado	43,99	84,22
Petit Suisse	2,76	14,59
Requesón, Cuajada	6,66	18,8
Queso Porciones	8,49	18,89
Queso Curado	17,26	23,08
Queso Fresco	11,9	17,77
Natillas Flan	18,21	41,28
Helado	3,3	8,26
Lentejas	8,22	5,22
Garbanzos	7,57	4,83
Alubias	5,88	4,57
Guisantes	4,75	5,54
Mostaza	0,13	0,37
Mayonesa	0,83	1,57
Salsa Tomate	24,61	41,7
Salsa Picante	0,03	0,13
Sal	1,54	1,14
Mermelada	3,29	5,56
Azúcar	12,52	13,83
Miel_	2,02	4,59
Especias	0,25	0,35
Croquetas	10,4	13,73
Palitos_	5,35	18,65
Buñuelos	1,29	18,14
San Jacobo	3,17	5,72
Empanadillas	8,41	13,35
Otros	1,98	18,47
Acelgas	34,62	44,75
Coles	32,01	42,33
Endivias, Lechuga	60	153,14
Tomate	113,76	108,87
Zanahoria, Calabaza	62,34	120,28
Judías, Verdes	42,1	34,05
Pepino, Calabacín	22,4	65,73
Pimiento, Cebolla	35	92,77
Remolacha, Nabos	9,65	38,23
Espárragos	33,13	47,18
Gazpacho	7,69	19,15
Patatas Fritas	27,92	47,58
Patatas Cocidas	29,35	35,17
Setas	9,27	19,04
Total	2441,71	

8.7. Resultados nutrientes: Media y desviación típica

NUTRIENTES	Media	Desviación típica
Energía	2725,1 kcal	999,94
Proteínas	122,91g	41,46
Hidratos De Carbono	273,48g	114,84
Grasas Totales	127,96g	49,74
Ácidos Grasos Saturados	38,3g	17,11
Ácidos Grasos Monoinsaturados	56,57g	22,22
Ácidos Grasos Poliinsaturados	22,64g	21,35
Colesterol	471,56 mg	169,97
Fibra	37,65 g.	17,17
Alcohol	4,66g	6,76
Agua	1722,52 ml	767,64
Tiamina B1	2,32 mg	0,81
Riboflavina B2	3,145 mg	1,02
Niacina B3	50,99 mg	18,05
Ácido Pantotónico B5	9,14 mg	2,97
Ácido Fólico B9	327 µg	239,16
Cobalamina B12	19,1 µg	10,62
Vitamina C	300,08 mg	209,17
Vitamina A	996 µg	2684,82
Vitamina D	4,63 µg	2,74
Vitamina E	16,6 mg	11,4
Vitamina K	430,59 µg	278,27
Calcio	1392,68 mg	553,19
Fosforo	2121,69 mg	767,88
Potasio	5598,8 mg	2139,13
Sodio	3556 mg	1506,39
Magnesio	551,25 mg	219,29
Hierro	22,55 mg	8,14
Zinc	12,9 mg	4,95
Yodo	170 µg	57,88
Selenio	150,46 µg	54,43
Cobre	2,761 mg	0,99
Manganeso	4,48 mg	2139,13

8.8. Resultados actividad física

ACTIVIDAD	NÚMERO TOTAL	%
Trabajo		
En silla o en cama	4	0,70%
No sabe o no contesta	22	4,40%
Trabaja sentada o con poca opción de movimiento	162	32,40%
Trabajo de pie	280	56,00%
Trabajo manual fuerte	32	6,40%
Ocio		
En silla o en cama	4	0,70%
No sabe o no contesta	22	4,40%
Leve, actividad no vigorosa	331	66%
Actividad vigorosa mas de tres veces semana	115	22%
Altamente activa	28	6,30%
CATALOGACIÓN ACTIVIDAD	NÚMERO TOTAL	%
SEDENTARIA	4	0,8
LIGERA	321	64,2
MODERADA	145	29
ELEVADA	8	1,6
INTENSA	2	0,4

