



---

**Universidad de Valladolid**

---

**TRABAJO DE FIN DE GRADO  
NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA**

---

**ASPECTOS ÉTICOS DE LA  
PREVALENCIA DE OBESIDAD EN  
LAS PERSONAS MAYORES**

AUTORA: Lorena Arias González

TUTORA: M<sup>a</sup> Mercedes Martínez León

**CURSO 2019-2020  
FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE  
VALLADOLID**

## **RESUMEN**

La obesidad es una enfermedad frecuente entre los ancianos, causada principalmente por la disminución del metabolismo basal y de la actividad física. En España aún no existen estrategias de prevención y control de la obesidad orientadas a las personas mayores.

El objetivo principal de este trabajo es estudiar los aspectos éticos relacionados con la prevalencia de obesidad en los ancianos.

Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica, obteniendo la información a partir de revistas científicas, bases de datos como pubmed, páginas web de organizaciones oficiales y material legislativo.

En el desarrollo del trabajo se ha descrito la importancia de una buena salud en la vejez, las principales causas de obesidad en los ancianos y las recomendaciones nutricionales básicas para este grupo de edad, los principios bioéticos y los derechos del paciente obeso y, por último, se ha propuesto un programa de intervención para ancianos en la ciudad de Valladolid, destinado a la prevención y tratamiento de la obesidad.

Las conclusiones más importantes son: es imprescindible el cumplimiento de los principios bioéticos y el respeto de los derechos del paciente por parte de los profesionales sanitarios, y es necesaria la implementación de estrategias destinadas a la prevención y control de la obesidad enfocadas en los ancianos.

## **PALABRAS CLAVE**

Obesidad, ancianos, prevalencia, estrategia, ética, derechos, salud pública.

## **ABSTRACT**

Obesity is a frequent illness among the old population, mainly caused by the reduction of the basal metabolism and the physical activity. In Spain, there are no obesity prevention and control strategies oriented to the elderly yet.

The main objective of this research is to study the ethics related to obesity prevalence in old people.

For this aim, a bibliographic review has been carried out, getting the information from scientific journals, databases as Pubmed, official organizations websites and legislative documentation.

In the body of this project, it has been described: the importance of good health in the elderly, the main causes of obesity and the basic nutritional recommendations for this age group, the bioethical principles and the rights of the elder patient, and finally, an intervention program has been proposed, aimed to the prevention and treatment of obesity in the elderly of Valladolid.

This study serves as a window to an understanding of healthprofessionals need to respect the bioethical principles and patient rights. Moreover, it is necessary to implement strategies aimed at the prevention and control of obesity in the elderly.

## **KEY WORDS**

Obesity, elderly, prevalence, strategy, ethics, rights, public health.

## ÍNDICE

1. ÍNDICE DE ABREVIATURAS .....	5
2. JUSTIFICACIÓN .....	5
3. INTRODUCCIÓN .....	6
Objetivo general .....	11
Objetivos específicos:.....	11
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
5. DESARROLLO.....	12
La importancia de la salud en la vejez.....	12
Causas y promotores de la obesidad.....	15
Principios bioéticos en el paciente obeso .....	17
Derechos del paciente obeso .....	22
Estrategia para la prevención y control de obesidad en personas mayores en Valladolid.....	25
6. CONCLUSIONES .....	31
7. BIBLIOGRAFÍA .....	32

## 1. ÍNDICE DE ABREVIATURAS

BOE	Boletín Oficial del Estado
CE	Constitución Española
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
g	gramo
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
Kcal	kilocaloría
Kg	Kilogramo
MNA	Mini Nutritional Assessment
m	metro
NAOS	Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad
NRS-2002	Nutritional Risk Screening 2002
OMS	Organización Mundial de la Salud
SEEDO	Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad
SEGG	Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología
THAO	Think Action Obesity
VGS-GP	Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente

## 2. JUSTIFICACIÓN

La obesidad es una enfermedad con una altísima prevalencia en numerosos países, siendo considerada una pandemia mundial. España no es una excepción, ocupando el puesto de vigésimo país con la mayor prevalencia de obesidad del mundo.

Entre las principales causas de muerte en España están las enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades del sistema digestivo. Todas ellas están directamente relacionadas con los hábitos de vida, haciéndose evidente la necesidad de planes de actuación.

La principal motivación para la realización de este trabajo ha sido la propia experiencia con la obesidad en los ancianos. Durante el último curso académico, se han realizado prácticas curriculares en una residencia geriátrica, en la cual, muchos de los ancianos padecían obesidad. Se observó que, aunque el menú semanal era saludable, se incluían alimentos como bollería, galletas, zumos comerciales y postres lácteos diariamente en desayunos, almuerzos y meriendas.

También se han realizado prácticas en una consulta de nutrición, que durante el mes de noviembre de 2019 realizó consultas gratuitas a personas mayores de 65 años, con el fin

de identificar desnutrición o riesgo de padecerla. Fuera de lo esperado, la mayor parte de las personas que acudieron a estas consultas tenían sobrepeso, además de una alta cantidad de grasa visceral y, sin embargo, muy pocos tenían riesgo de padecer desnutrición.

A pesar de que la prevalencia de obesidad en personas mayores está en aumento, y las graves consecuencias que ésta tiene en su salud, en España aún no hay estrategias de prevención y control de la obesidad directamente dirigidas a los ancianos. Además, a menudo son tratados en el sistema sanitario de una forma discriminatoria.

### **3. INTRODUCCIÓN**

El número de personas mayores de 65 años ha aumentado considerablemente durante las últimas décadas, lo cual se asocia a un deterioro biológico y un aumento de las enfermedades (1). Cuando nos referimos al grupo poblacional de los ancianos, es muy frecuente hablar de desnutrición, la cual puede deberse a distintas causas (2, 3):

- Causas no fisiológicas: en este apartado pueden distinguirse factores muy diversos.
  - Salud bucal: úlceras, mala dentición.
  - Gastrointestinales: estenosis esofágica, estreñimiento, malabsorción.
  - Neurológicas: demencia.
  - Psicológicas: duelo, depresión.
  - Sociales: pobreza, incapacidad, soledad.
  - Fármacos: pueden propiciar náuseas, anorexia, hipogeusia, etc.
- Causas fisiológicas:
  - Anorexia: el envejecimiento se asocia con una disminución fisiológica del apetito. Se reducen los mecanismos para instaurar la ingesta de alimento frente a estímulos anoréxicos (4).  
Según un estudio reciente, realizado en ancianos de la unión europea, el 27% referían tener poco apetito, y el 12,2% además, consumían una baja cantidad de proteínas (5).
  - Alteración del gusto y el olfato: hace menos agradable el alimento y por lo tanto reduce el interés en este.

- Mecanismos intestinales: disminución de la actividad enzimática, hipoclorhidria, etc.
- Mecanismos neuroendocrinos: disminuye la actividad hormonal.

La desnutrición en ancianos está relacionada con: sarcopenia, disminución de la masa ósea, déficit de la función inmunitaria, anemia, alteración del estado cognitivo, mala cicatrización, mala recuperación post cirugía, fragilidad, morbilidad y mortalidad (2, 6, 7).

La prevalencia de desnutrición en ancianos en España puede ser confusa, ya que dependiendo del método de evaluación utilizado y la población seleccionada, los datos varían (8).

Según una revisión sistemática realizada en España el año 2012, que incluía 47 estudios desde 1995 hasta 2011, la prevalencia de desnutrición en ancianos es un 16,6% cuando se utiliza el MNA, y un 21,4% cuando se utilizan parámetros antropométricos o bioquímicos (8).

En un estudio realizado en 2015 en un hospital de España, se utilizaron el NRS-2002 y el MNA-SF para todos los pacientes, excepto los oncológicos, para los cuales se utilizó el VGS-GP. Los resultados fueron un 29,31% de pacientes con riesgo de desnutrición al ingreso y un 57,89% al alta según el NRS-2002, datos que se tomaron como referencia al existir una concordancia pobre entre este y el MNA-SF. Según este último, un 54,65% de los pacientes estaba en riesgo de desnutrición y un 15,7% desnutridos al ingreso.

En este mismo estudio, teniendo en cuenta el IMC de los sujetos, se estableció que el 11,49% tenían un peso insuficiente para este grupo de edad ( $IMC < 22$ ), el 39,66% se encontraban un rango de normopeso y el 48,85% tenían sobrepeso u obesidad ( $IMC > 27$ ). Cabe destacar que solo el 36,21% de los pacientes tenían menos de 75 años (9).

A pesar de los casos de desnutrición, llama la atención el caso contrario, la alta prevalencia de malnutrición por exceso. Según la SEGG, se considera sobrepeso un IMC superior a  $27 \text{ kg/m}^2$  (10), valor superior al establecido para adultos jóvenes. A pesar de ello, la SEEDO estima que en España un 30,9 % de los varones y un 39,8% de las mujeres mayores de 65 años padecen obesidad, aumentándose esta cifra en ancianos no institucionalizados: 31,5% en hombres y 40,8% en mujeres (11).

**TABLA 1**  
**ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) = PESO/TALLA<sup>2</sup>**

Valor nutricional	OMS	SEEDO	Ancianos
Desnutrición severa			< 26 kg/m <sup>2</sup>
Desnutrición moderada			16-16,9 kg/m <sup>2</sup>
Desnutrición leve			17-18,4 kg/m <sup>2</sup>
Peso insuficiente	< 18,5 kg/m <sup>2</sup>	< 18,5 kg/m <sup>2</sup>	18,5-22 kg/m <sup>2</sup>
Normopeso	18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup>	18,5-21,9 kg/m <sup>2</sup>	22-29,9 kg/m <sup>2</sup>
Riesgo de sobrepeso		22-24,9 kg/m <sup>2</sup>	
Sobrepeso	25-29,9 kg/m <sup>2</sup>	25-26,9 kg/m <sup>2</sup>	27-29,9 kg/m <sup>2</sup>
Sobrepeso grado II (preobesidad)		27-29,9 kg/m <sup>2</sup>	
Obesidad grado I	30-34,9 kg/m <sup>2</sup>	30-34,9 kg/m <sup>2</sup>	30-34,9 kg/m <sup>2</sup>
Obesidad grado II	35-39,9 kg/m <sup>2</sup>	35-39,9 kg/m <sup>2</sup>	35-39,9 kg/m <sup>2</sup>
Obesidad grado III	> 40 kg/m <sup>2</sup>	40-49 kg/m <sup>2</sup>	40-49 kg/m <sup>2</sup>
Obesidad grado IV (extrema)		>50 kg/m <sup>2</sup>	>50 kg/m <sup>2</sup>

Figura 1. Índice de masa corporal en adultos y ancianos. Adaptada de: (10)

Según la SEGG, se ha estimado que un 35,5% de los hombres y un 40,8% de las mujeres de más de 60 años tienen obesidad, aunque por encima de 80 años estas cifras descienden a 19,4% en hombres y 29,2% en mujeres. Además, se ha observado un perímetro de cintura elevado en el 48,4% de los hombres y en el 78,4% de las mujeres (12).

En cuanto al sobrepeso en ancianos, es difícil concretar las cifras, ya que el punto de corte a partir del cual se considera sobrepeso es controvertido. Algunos autores consideran un IMC superior a 25 y otros, 27 kg/m<sup>2</sup>, el cual se utiliza generalmente, ya que es el aceptado por las grandes organizaciones. La SEEDO incluso, considera que en ancianos frágiles el peso adecuado está comprendido entre un IMC de 24 y 29 kg/m<sup>2</sup>, ya que cifras inferiores se asocian con un mayor riesgo de mortalidad (12).

Por otro lado, el CSIC estimó en 2016 que en España un 23,6% de las personas mayores de 65 años padecen obesidad y, un 45%, sobrepeso, asegurando que estas cifras superan la media de la Unión Europea. Junto con otros estudios, coincide en que la diferencia entre ambos sexos es significativa. La obesidad es más frecuente entre mujeres, mientras que el sobrepeso es más frecuente en hombres (13).

A pesar de que un IMC bajo suponga un importante riesgo para esta población, lo cierto es que un IMC alto, también. La SEGG declara incluso que, un peso corporal elevado a expensas del tejido graso es más perjudicial en algunos colectivos, como por ejemplo, los ancianos. Una de las causas más importantes de la severidad que supone la obesidad en



este colectivo, es la gran carga de enfermedades asociadas: síndrome de la apnea del sueño, insuficiencia venosa crónica, artrosis y riesgo de algunos tipos de cáncer, además de inmovilidad. Esta inmovilidad se asocia a una masa muscular insuficiente con una fuerza disminuida, factores que dificultan la carga del propio peso corporal, lo cual se denomina obesidad sarcopénica (12).

Un factor importante relativo al riesgo de la obesidad, es la distribución de la masa grasa en el cuerpo. El tejido graso acumulado en la zona central, es decir, en el abdomen, está asociado a un riesgo cardiovascular alto, favoreciendo enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemias e incluso, esteatosis hepática, produciéndose un estado proinflamatorio. Es por ello que, además de evaluar el IMC para diagnosticar la obesidad, la medición de la grasa abdominal puede ser una herramienta muy útil para evaluar el riesgo cardiovascular asociado. Existen técnicas sofisticadas para la medición de ésta, como la bioimpedancia, la resonancia magnética o la ecografía, sin embargo, pueden ser muy costosas o difíciles de emplear en estudios epidemiológicos. Para una medición más simple, barata y no invasiva, una buena alternativa es la utilización de los métodos antropométricos, como la medición del perímetro de la cintura (12,14).

En cuanto a las causas de este aumento en la prevalencia de obesidad en ancianos, podemos referirnos en su mayoría a los factores ambientales, ya que, aunque la genética puede ser un factor importante, el aumento de la obesidad en este grupo de edad los últimos años ha sido demasiado rápido como para atribuirlo a este factor.

Muchos estudios demuestran que en edades avanzadas la ingesta no aumenta, incluso en algunos casos disminuye. El balance positivo entre ingestión y gasto energético, se debe a una disminución de este último, causada por una disminución del gasto energético basal, junto con una reducción de la actividad física. La combinación de esta disminución en el gasto de energía con una ingestión calórica estable da como resultado una acumulación gradual de grasa (15).

El CSIC apunta también la relación entre el nivel educativo y los hábitos de vida en este grupo de edad. Según aumenta el nivel educativo, disminuye el número de mujeres obesas, dato que también se presenta en los hombres, aunque no tan acentuado. Esta relación no existe entre grupos de edad más jóvenes (13).

Aunque los estudios no coinciden en las cifras de desnutrición, sobrepeso u obesidad, es evidente que los casos malnutrición por exceso superan los casos de malnutrición por

defecto. A pesar de esto, en España existen estrategias de prevención de la obesidad generales, e incluso en grupos de edad específicos como los niños, sin embargo, no hay estrategias enfocadas en los ancianos (16).

La Organización Mundial de la Salud y otros organismos han llamado la atención sobre la necesidad urgente de la puesta en marcha de planes de acción efectivos. En el informe mundial sobre envejecimiento y salud, redactado por la OMS en 2015, se pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias que favorezcan la salud en la vejez. El objetivo es mejorar ámbitos de la salud como la nutrición, la actividad física, el maltrato a las personas mayores, la movilidad, la capacidad de decisión y una atención adaptada a estas personas (17).

En España está en marcha la estrategia NAOS desde hace años, la cual está dirigida a toda la población, aunque priorizando a las poblaciones más jóvenes (18). Dentro de esta estrategia se encuentra uno de los programas más importantes, el programa PERSEO, el cual se enfoca en promover una vida más activa dentro del colegio, donde los niños pasan gran parte del día (19). Además de este, hay varios programas dirigidos a la prevención de la obesidad infantil, como el programa THAO (20), sin embargo, siguen sin desarrollarse programas específicos para reducir la prevalencia de obesidad en ancianos.

Además, existe entre la población la creencia de que a edades avanzadas una dieta saludable ya no tiene sentido. Es frecuente la utilización de argumentos como la muerte cercana o el hambre pasado durante la juventud, para justificar una alimentación rica en azúcares y grasas saturadas; ignorando los beneficios que conlleva una dieta saludable hasta el final de la vida, como la movilidad, ausencia de comorbilidades e independencia (17).

El incremento de la prevalencia de obesidad entre las edades más avanzadas, ha hecho que aumente el interés y la cantidad de estudios realizados, sin embargo, es necesaria la creación de estrategias para frenar esta tendencia. Además, según el INE, varias de las provincias donde hay mayor porcentaje de ancianos ingresados en residencias, pertenecen a Castilla y León, por lo que estas personas suponen una población diana muy interesante para el desarrollo de estrategias en nuestra comunidad autónoma (21).

### Objetivo general

- Estudiar los aspectos éticos de la prevalencia de obesidad en personas mayores.

### Objetivos específicos:

- Estudiar la ética de las causas y promotores de la obesidad.
- Analizar los principios bioéticos en el paciente obeso.
- Identificar y analizar los derechos del paciente obeso de acuerdo con la normativa vigente.
- Realizar una estrategia propia de prevención y control de la obesidad específica de las personas mayores.

## **4. MATERIALES Y MÉTODOS**

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica, basada en documentación relativa a la ética de la obesidad en los ancianos y sus derechos en el ámbito sanitario.

Para ello, se han utilizado 40 fuentes bibliográficas, obtenidas a partir de bases de datos como pubmed o google scholar, páginas web de organizaciones como la OMS o la SEGG, fuentes bibliográficas citadas en otros estudios y material legislativo como el BOE.

Estas fuentes se dividen en:

- Libros publicados por asociaciones como la OMS y la SEEDO.
- Estudios publicados en revistas científicas, como:
  - Revista cubana de investigación biomédica.
  - Medicina interna de México.
  - Clinics in geriatric medicine.
  - Journal of the American Dietetic Association.
  - Medicina clínica.
  - Nutrición hospitalaria.
  - Arquivos Brasileiros de cardiología.
  - Algunas otras.
- Artículos publicados por asociaciones oficiales, tales como la OMS, la SEGG, la SEEDO y AESAN.

- Artículos publicados por universidades.
- Fuentes legislativas.
- Artículos sobre bioética relativa a la obesidad.

Para la selección de las fuentes bibliográficas se han utilizado distintos criterios de inclusión:

- El idioma debe ser inglés o español.
- Los artículos deben ser recientes en la medida de lo posible.
- La información debe ser objetiva, utilizando para ello fuentes bibliográficas adecuadas.
- Se seleccionan preferentemente metaanálisis o estudios aleatorizados.
- Se hace un análisis crítico de los artículos para evitar sesgos.

Una vez seleccionado el artículo, se realiza una lectura completa para identificar la información objeto de estudio. En el caso de la utilización de libros, se recurre al índice para una búsqueda más simple.

La principal limitación para esta revisión bibliográfica ha sido la escasa cantidad de estudios bioéticos realizados. Puesto que los temas relativos a ética de la obesidad provienen de una pequeña variedad de fuentes, ha sido muy difícil el contraste de información. Además, a causa de la pandemia del COVID-19, ha sido imposible la puesta en marcha de la estrategia de prevención de obesidad para ancianos.

## **5. DESARROLLO**

### La importancia de la salud en la vejez

El creciente aumento de la esperanza de vida en todo el mundo, está suponiendo un importante cambio demográfico. Aunque este cambio comenzó en aquellos países con una mejor situación económica, se está extendiendo también por los países con menos recursos (22). Según la OMS, en la actualidad el 11% de la población mundial tiene más de 60 años, porcentaje que se calcula que aumentará a un 22% para el año 2050 (23).

La OMS asegura que, en un estado de buena salud, las personas mayores pueden emprender o continuar actividades de una forma similar a la población más joven, además

de ser una ayuda para las familias y comunidades. Sin embargo, una disminución importante en la capacidad física o mental de estas personas, puede suponer graves consecuencias negativas, tanto para la propia persona, como para la sociedad (22).

Una de las consecuencias del aumento de personas dependientes y con enfermedades crónicas es, el gran impacto que supone sobre la economía de los países. Las enfermedades crónicas suponen un importante coste para los sistemas sanitarios, además de las dificultades de tratamiento que conllevan (24).

Pero además de las consecuencias para la sociedad, son muy importantes las consecuencias que conlleva para la propia persona un envejecimiento poco saludable. En condiciones negativas, el envejecimiento supone un conjunto de enfermedades que generan discapacidad. Esta situación, además de limitar las actividades de la vida diaria, supone una falta de adaptación para la persona, lo cual puede llevar a problemas como la depresión, muy extendida entre la población anciana.

Además, la persona anciana no se enfrenta a sus problemas sola, sino que involucra a su familia, lo que puede alterar la dinámica y situación familiar (25).

El concepto de envejecimiento ha ido evolucionando. En las dos últimas décadas se han definido modelos de envejecimiento desde un punto de vista más positivo. La OMS propuso en 1998 el modelo de envejecimiento saludable y en 2002 el modelo de envejecimiento activo. El primero de ellos se basa en la prevención de enfermedades desde edades tempranas, adoptando para ello un estilo de vida saludable. El segundo, incorpora la participación en actividades sociales, culturales, etc.

La salud comprende muchos ámbitos distintos. Como se ha mencionado anteriormente, uno de ellos es, por supuesto, el estado nutricional y los hábitos de vida, los cuales a menudo se subestiman. Sin embargo, suponen un papel fundamental en el mantenimiento de la salud y la calidad de vida (25).

De hecho, la OMS afirma: *“Los entornos también tienen una influencia importante en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables. El mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular llevar una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica y abstenerse de fumar, contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales.*

*En la vejez mantener esos hábitos es también importante. El mantenimiento de la masa muscular mediante entrenamiento y una buena nutrición pueden ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad” (22).*

En el informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, redactado por la OMS en 2015, se ponen de manifiesto los derechos de las personas mayores con respecto al mantenimiento de su estado de salud, y se justifican las razones por las que se debe destinar dinero público para el mismo cometido. En primer lugar, se apela al derecho humano de acceder al mayor nivel de salud posible, el cual es un derecho internacional consagrado. Naturalmente, las personas de edad avanzada deben estar incluidas en este derecho, sin embargo, a menudo sufren discriminación y estereotipos, por razón de su edad (17).

Este pensamiento discriminatorio hacia las personas de avanzada edad, se conoce con el nombre de edadismo. El edadismo, definido por Butler en el año 1969, se refiere a los estereotipos sistemáticos y discriminatorios contra las personas por el simple hecho de ser mayores y que se reflejan en conductas como el desdén, el desagrado, el insulto o, simplemente, evitando la cercanía y el contacto físico (26).

Según diversos artículos, el edadismo es la tercera mayor forma de discriminación en la sociedad occidental, después del racismo y el sexismo, sin embargo, el edadismo recibe mucha menos atención, entre otras razones, porque es difícil de detectar. Esta actitud puede verse reflejada de diversas formas, como por ejemplo con chistes haciendo referencia a los ancianos como “viejos verdes”; o tratando y hablando a los ancianos de forma diferente. Es muy común el uso de un habla infantil para dirigirnos a estas personas, o un tono excesivamente positivo, expresando un falso cariño. El estigma asociado a la edad influye en el estado de ánimo de las personas mayores, y conduce a un rechazo a la vejez, incluso por parte de ellas mismas. La discriminación hacia las personas mayores se ve reflejada en distintas áreas, como la educación, el ocio, el trabajo y el sistema de salud.

El edadismo también hace creer e interiorizar a las personas que, los deterioros en su estado de salud son normales, lo cual produce una actitud pasiva a la hora de adoptar hábitos saludables que prevengan estos cambios, y de implicarse en una mejor adaptación a estos (27).

En un meta análisis realizado por Brad A. Meisner en el año 2012 (28), se estudió la relación entre los estereotipos positivos o negativos relativos a la edad, y los efectos en el comportamiento de los ancianos. Este meta análisis muestra que los estereotipos negativos tienen mucha mayor influencia en el comportamiento de los ancianos, que los positivos. Se demostró que las personas con una buena percepción sobre su edad tenían una mejor salud, se curaban más rápido de enfermedades agudas, y tenían una mayor esperanza de vida. Por el contrario, las personas sometidas a estereotipos negativos, tienen mayores respuestas autonómicas al estrés, disminuye notablemente su velocidad de la marcha, tienen un decremento significativo en todos los tipos de memoria y se muestran reacios a aquellas actuaciones de riesgo destinadas a prolongar la vida.

Continuando con el informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de la OMS, se destacan las obligaciones jurídicas de respetar, proteger y garantizar los derechos de las personas mayores con el fin de promover un envejecimiento saludable. Se pone de manifiesto que el derecho a la salud incluye una gran variedad de factores, entre los que destacan la alimentación y la nutrición. Es por ello que los estados deben ofrecer, sin ningún tipo de discriminación, los recursos necesarios para ello, como instalaciones, bienes, servicios, asistencia sanitaria eficaz y programas de salud pública.

El informe apunta la necesidad de que las personas mayores participen activamente en la toma de decisiones informadas respecto a su salud y bienestar, para lo cual las políticas y programas deben tratar de empoderar (17).

### Causas y promotores de la obesidad

El comportamiento alimentario no es solo una conducta destinada a mantener la homeostasis. Este comportamiento puede ser concordante o no, con las necesidades fisiológicas.

Comer no es únicamente una actividad destinada a consumir calorías y obtener energía, es también una conducta social o individual, influida por factores psicológicos, sociales, religiosos, preferencias individuales, etc (29).

Algunos ancianos, tienen plena independencia y una buena salud física y mental, lo cual les permite llevar una vida muy similar a personas más jóvenes. En este caso, la obesidad

dependerá del estilo de vida que lleve cada persona, teniendo en cuenta la influencia de un ambiente obesogénico.

Sin embargo, muchos otros ancianos no cuentan con esta independencia. Es muy frecuente en este grupo de la población la presencia de una o varias enfermedades, entre las que se incluyen las mentales, además de la polifarmacia. Estas situaciones conducen a una disminución de la actividad física y a la reducción de la independencia, lo cual supone en muchos casos que los ancianos comiencen a convivir con familiares o en residencias geriátricas. El cambio en el estilo de vida de los ancianos puede suponer un factor muy importante en su estado nutricional.

Los estudios sobre envejecimiento han demostrado que el aumento de peso en esta edad, se debe principalmente a una reducción de las necesidades energéticas, causadas por: la disminución de la actividad física y una tasa metabólica inferior, debido entre otras causas a la disminución de la masa muscular, que es tejido más activo.

La obesidad tiene consecuencias físicas, psicológicas y sociales, las cuales se suman a las ya presentes por el factor de la edad. Además, con la edad aumenta la masa grasa, redistribuyéndose hacia la zona abdominal y en áreas viscerales, mientras disminuye en la zona subcutánea, lo cual es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (30).

Para evitar tanto la obesidad como la desnutrición en los ancianos, se deben tener en cuenta las necesidades nutricionales, ya que cambian con la edad. Aunque la nutrición es un factor fundamental en la salud en cualquier etapa de la vida, tanto la infancia como la vejez son las etapas más vulnerables, en las que la nutrición cobra más importancia. De hecho, dentro del grupo poblacional de los ancianos se distinguen diversos subgrupos a la hora de establecer recomendaciones nutricionales, ya que son un grupo muy heterogéneo. Los estudios estadísticos censales en Estados Unidos han subdividido este grupo en: ancianos jóvenes, que son aquellos que tienen entre 65 y 75 años; y ancianos viejos, que son aquellos con más de 75 años. Pero incluso otros autores como Durnin o Gray Donald, han considerado la necesidad de establecer más subgrupos, como los ancianos mayores de 85 años y los ancianos frágiles (31).

Puesto que el grupo de los ancianos es tan heterogéneo, es difícil establecer las necesidades nutricionales. En general, la ingesta calórica debe disminuir, ya que la tasa metabólica disminuye, sin embargo, la ingesta de proteínas, vitaminas y minerales



permanece prácticamente igual, incluso pueden aumentar en determinadas patologías. La recomendación diaria de proteínas es de 0,8 g/kg de peso/día, sin embargo, los estudios han demostrado que la cantidad ideal sería entre 1,2 y 2 g/kg/día. Estos estudios indican que el aumento en la proteína ingerida supone un beneficio, ya que los ancianos tienen una menor respuesta anabólica, la cual se incrementa con mayores cantidades de aminoácidos (32).

Entre las vitaminas, destaca la necesidad de suplementar la vitamina D en aquellos ancianos que no se expongan a la luz solar. Puesto que la síntesis y el metabolismo de esta vitamina disminuyen en la vejez, las recomendaciones diarias para personas jóvenes no son suficientes para mantener un nivel adecuado y un buen estado óseo.

Teniendo en cuenta las diferencias con la alimentación en los adultos jóvenes, los ancianos deberían llevar una alimentación adaptada a sus necesidades, además de a sus gustos, siendo variada, equilibrada y respetuosa con los hábitos alimenticios de cada individuo. Es necesario respetar los requerimientos energéticos de cada persona, estimulando el apetito y elaborando platos más densamente nutritivos para aquellos ancianos que presenten un peso inferior al recomendado y, por el contrario, reduciendo la ingesta calórica para aquellos que tengan sobrepeso u obesidad (31).

Estas medidas son especialmente sencillas de seguir en residencias geriátricas, donde la inclusión de un dietista-nutricionista que asegure una óptima alimentación es asequible y fácil. En el núcleo familiar, estos cambios pueden ser más difíciles de llevar a cabo, sin embargo, sería más sencillo con una buena educación nutricional a las familias.

El principal problema ético de la obesidad radica en las consecuencias que conlleva para la sanidad pública, la cual pertenece a todos los ciudadanos y les asegura una calidad de vida. Es por ello que las instituciones públicas y privadas tienen el deber de favorecer un buen estado de salud en las personas mayores, aportando la educación y los medios necesarios para ello (29).

### Principios bioéticos en el paciente obeso

En la década de los setenta surge una nueva disciplina denominada “bioética”, cuyo fin es estudiar y reflexionar sobre las conductas que ocurren en el ámbito de la salud y la vida

humana. Para ello, utiliza el análisis de los principios y valores morales que rigen dichas conductas.

Para la bioética lo más importante es la persona, ya que, como dicta la idea kantiana, son valiosas y fines por sí mismas, y no medios para otro fin. El fin de la bioética es siempre, lograr una mejor calidad de vida, tanto para el ser humano actual como para las futuras generaciones.

Los grandes principios que postula la bioética son: el respeto por la vida humana, el respeto por la libertad, la igualdad de derechos y la solidaridad. Se reconoce a la bioética por reflexionar sobre temas actuales y generados por las nuevas tecnologías, sin embargo, tiene una función muy importante estudiando el campo de la ética biomédica, con el estudio de las relaciones sanitarias y por supuesto, la necesidad de aplicar los principios morales en la decisión sanitaria.

La ética en la atención del paciente anciano obeso, debe seguir los mismos principios que en la atención de cualquier otro tipo de paciente. Para analizarla, partiremos de los cuatro principios morales en los que se basa la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (33).

El **principio de autonomía**: reconoce el derecho y la capacidad de las personas para tomar decisiones por sí mismas. Se debe respetar este principio, incluso cuando el sanitario considera que no es lo más beneficioso para la persona. El sanitario debe proponer, informar y explicar al paciente las opciones, sin embargo, debe ser el propio paciente el que decida y dé su consentimiento. Actualmente, es el principio por el que se rige la relación profesional sanitario-paciente.

La capacidad en la toma de decisiones es un factor especialmente importante cuando se trata de personas mayores, ya que muchas de ellas padecen enfermedades mentales que les impiden hacer un razonamiento adecuado. En caso de incapacidad, será la familia quien reciba la información y tomará decisiones, siempre velando por el mayor beneficio posible para el paciente. El lenguaje también debe estar adaptado a cada persona en concreto, explicando los conceptos de forma sencilla y comprensible. En el caso concreto de las personas mayores, muchas no han recibido una educación adecuada, ya que no

tenía el valor que tiene a día de hoy. Es por ello que el profesional sanitario debe ser capaz de hacerse entender, dando el tiempo necesario para la toma de decisiones.

Algunas personas con obesidad pueden encontrarse en situaciones de depresión, ansiedad, etc, en ocasiones debido a una baja autoestima por la propia enfermedad. El profesional sanitario debe ser capaz de detectar estos casos, ya que el paciente podría no hacer un análisis adecuado de la situación y prestarse reactio a la propuesta de soluciones o, por el contrario, demasiado manipulable.

Por otro lado, también se debe considerar la autonomía del profesional sanitario para no dejarse manipular por el propio paciente o su familia, y nunca realizar acciones con ánimo de lucro.

Debe de tenerse en cuenta que la obesidad es un problema de salud con uno de los mayores porcentajes de abandono del tratamiento. El paciente tiene unas expectativas muy altas respecto al tratamiento, esperando en muchos casos bajar de peso rápidamente y con poco esfuerzo. Sin embargo, al encontrarse con soluciones que requieren compromiso y un cambio en los hábitos de vida, en ocasiones recurren a la rotación de profesionales sanitarios, buscando a alguien que pueda cumplir sus expectativas.

El profesional sanitario debe reeducar al paciente para poder llevar a cabo estos cambios adecuadamente, llevando un seguimiento para poder valorar la evolución.

A pesar de que lo mejor para el paciente sería bajar de peso y cumplir con el tratamiento, será decisión suya si lo hace o no, ya que de lo contrario no se estaría respetando el principio de autonomía y se caería en el paternalismo.

**El principio de beneficencia:** es tanto un derecho como un deber para el profesional sanitario. Fue quizá, el primer principio bioético que se estableció en el campo de la medicina, y defiende que el profesional sanitario debe actuar siempre buscando el bien del paciente.

Para poder actuar en beneficio del paciente, el profesional sanitario debe tener las competencias pertinentes a su profesión, y ser capaz de aplicarlas en la práctica. Las profesiones sanitarias tienen la característica de irse actualizando continuamente, por lo que el profesional debe estudiar e informarse, además de poseer una capacidad crítica con la nueva información que obtiene.

Como se ha observado, el profesional debe buscar la mejor alternativa para el paciente, siempre respetando el principio de autonomía, por lo que lo mejor para el paciente será en muchas ocasiones según su perspectiva, teniendo en cuenta sus preferencias y valores.

También deberá hacerse un balance de riesgos y beneficios, individualizando el tratamiento a la situación de cada paciente. Los beneficios del tratamiento deben superar a los riesgos y, en el caso de la obesidad, los objetivos deben ser realistas y factibles por el paciente.

El **principio de no maleficencia:** defiende que el profesional sanitario tiene derecho y está obligado, a no hacer daño al paciente. No es necesaria la autorización del paciente para cumplir con este principio moral.

Para no hacer daño al paciente, el profesional sanitario debe cumplir con las siguientes características en el ejercicio de su profesión:

- Una adecuada competencia para realizar correctamente el diagnóstico, y poder sopesar las alternativas de tratamiento.
- Llevar a cabo las buenas prácticas de su profesión.
- Dar indicaciones precisas, que tengan evidencia científica.
- Tener los conocimientos adecuados y estar actualizado.
- Tener habilidades técnicas y sociales, ya que la comunicación es fundamental.

También es muy importante tener en cuenta las características individuales de cada paciente. Algunos de ellos habrán probado otros tratamientos en el pasado y habrán respondido de distinta forma. El profesional sanitario debe utilizar este conocimiento para valorar las distintas alternativas. Además, deberá tener en cuenta las características económicas del paciente. En el caso de la obesidad, lo ideal sería contar con la intervención de un dietista-nutricionista y un psicólogo, sin embargo, estas profesiones sanitarias se encuentran en el ámbito privado, por lo que muchos pacientes no tendrán acceso a ellas. En ese caso, se deberán buscar alternativas en las instituciones públicas, llevando a cabo la intervención de la mejor forma posible.

El **principio de justicia:** se basa en el reparto de recursos dentro de la sociedad, establece el orden de prioridad de las decisiones y determina el derecho de la población para acceder a la atención sanitaria.

Todas las personas deben tener igualdad de oportunidades, por lo tanto, el profesional sanitario debe atender por igual a todos los pacientes, sin discriminar por razón de sus condiciones, como pueden ser la raza, el nivel económico, la edad, el peso, etc.

Este principio se basa en varias actitudes que la sociedad debe cumplir:

- No hacer discriminación por la situación social en la que se encuentra el paciente.

A pesar de que por ley, las personas mayores tienen el mismo derecho a la atención sanitaria que el resto de personas, en un estudio realizado en 2016 se observó una clara diferencia entre la legislación y los comportamientos de algunos profesionales sanitarios que atienden a personas mayores.

Se concluyó que el trato hacia las personas mayores es en muchos casos discriminatorio, siendo la primera causa no proponer tratamientos más costosos o extraordinarios, sino optar por los más convencionales. Una forma de discriminación muy llamativa que se observó, fue también el trato paternalista y sobreprotector (34).

- Realizar planes de prevención y educación.

La educación es fundamental en el tratamiento de la obesidad, ya que se debe educar al paciente para llevar a cabo un cambio en los hábitos de vida. Puesto que la obesidad es una enfermedad prevenible y tratable, es especialmente importante la puesta en marcha de planes de prevención, facilitando un estilo de vida saludable y evitando un entorno obesogénico.

- Utilización de recursos para la investigación de la obesidad.

Este punto es imprescindible para llevar a cabo los planes de prevención anteriormente mencionados.

También deben utilizarse estos recursos para informar a la población, defendiendo verdades científicas. Es responsabilidad pública inducir a la población a un modelo de vida saludable, además de velar por un correcto manejo y tratamiento de la obesidad.

- Características de los profesionales de la salud.

Deben estar dispuestos a hacer el bien sobre el paciente. Además de tener los conocimientos y competencias adecuadas, deben tener ciertas aptitudes sociales, siendo comprensivos con los pacientes, prudentes, honestos y benevolentes (33).

## Derechos del paciente obeso

El artículo 43 de la Constitución española, reconoce el derecho de las personas a la protección de su salud. Declara el deber de la sanidad pública de velar por la salud de los ciudadanos, prestando los servicios necesarios y a través de medidas preventivas. Además, habla del deber por parte de los poderes públicos de fomentar la actividad física y el deporte y una adecuada educación sanitaria.

Puesto que la obesidad es una enfermedad en sí misma, todo paciente que la padezca tiene derecho a una atención sanitaria pública. Es cierto que la atención en consultas privadas tendrá un mayor seguimiento y mayor dedicación, sin embargo, es importante saber que no es la única alternativa posible, ya que muchas personas no pueden acceder a estos servicios por su situación económica (35).

Si nos referimos al paciente obeso más concretamente, sus derechos están recogidos en la ley 17/2011 de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición (36). Esta ley, no lucha contra la obesidad, para ese fin fue creada la estrategia NAOS en 2005. Esta ley complementa, mediante regulaciones en aspectos relacionados con la seguridad alimentaria y la nutrición.

Se divide en un capítulo preliminar y otros 10 posteriores. El capítulo 9 se inicia estableciendo la necesidad de aplicar la estrategia NAOS, en la que las administraciones públicas fomentarán una alimentación saludable y la práctica de actividad física. También se introducen una serie de principios que pretenden eliminar la discriminación hacia las personas que padecen sobrepeso u obesidad. Puesto que esta enfermedad afecta más a clases sociales más desfavorecidas, se pretende establecer medidas dirigidas a estas. Entre las personas más desfavorecidas y dependientes se encuentran, por ejemplo, los ancianos.

Se contemplan también las medidas dirigidas a los menores, que se centran sobre todo en la educación en el ámbito escolar, además de impulsar la actividad física, una alimentación adecuada en el centro y, en el ámbito familiar, la transmisión de unos correctos hábitos de vida desde la infancia.

El último capítulo, se centra en la publicidad de alimentos, especialmente aquellos destinados a menores. La información deberá ser veraz y exacta.

El artículo 37, incluido en el capítulo 7 de esta ley, declara que:

1. Está prohibida cualquier discriminación directa o indirecta por razón de sobrepeso u obesidad.
2. Se considera discriminación directa por esta razón, la situación en la que se encuentra una persona que sea, haya sido o pudiera ser tratada, en atención a su sobrepeso, de manera menos favorable que otra en situación comparable.
3. Se considera discriminación indirecta, por esta razón, la situación en la que una disposición, criterio o práctica, aparentemente neutros, pone a las personas con sobrepeso u obesidad en desventaja particular con respecto al resto de personas, salvo que dicha disposición, criterio o práctica puedan justificarse, objetivamente, en atención a una finalidad legítima, y que los medios para alcanzar dicha finalidad sean necesarios y adecuados.
4. Los actos y cláusulas, que constituyan o causen discriminación por razón de sobrepeso u obesidad, se considerarán nulos y sin efecto.
5. Los poderes públicos adoptarán las medidas específicas, a favor de las personas con sobrepeso u obesidad, para corregir situaciones patentes de desigualdad. También medidas para prevenir y tratar la obesidad y otros trastornos alimentarios (36).

Hasta hace pocos años, la discriminación por sobrepeso y obesidad era un fenómeno muy estudiado en países como Estados Unidos y Canadá. En las últimas décadas, se ha comenzado a realizar estudios relativos a este tema en España y otros países de Europa, evidenciando los prejuicios y estigmas sociales que la obesidad provoca, tanto en ámbitos públicos como en privados.

Una obesidad leve, estará sujeta a estereotipos relativos al aspecto físico, mientras que la obesidad mórbida, a menudo es identificada como discapacidad.

Sin embargo, en España, en el campo de la tutela antidiscriminatoria era invisible la obesidad hasta que se decretó la Ley 17/2011 anteriormente vista.

De hecho, el tribunal superior de justicia de la comunidad valenciana, en la sentencia 1259/2012 de 9 de mayo, declaró que un despido basado en la obesidad de un trabajador no estaba ligado a los criterios discriminatorios del artículo 14 de la Constitución Española ni del artículo 7 del estatuto de trabajadores (37).

En el año 2000, el Tribunal de Justicia de Luxemburgo confirmó que la obesidad podría ser una causa de incapacidad laboral en la sentencia 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre. En ella, se afirma que “si bien ningún principio general del Derecho de la Unión prohíbe las discriminaciones por motivo de obesidad en cuanto a tal, ésta se incluye en el concepto de discapacidad cuando en determinadas condiciones impide a la persona afectada participar plena y efectivamente en la vida profesional en pie de igualdad con los demás trabajadores”.

Esto significa que, a pesar de existir leyes que pretenden denunciar la discriminación hacia las personas con sobrepeso u obesidad en distintos ámbitos, despedir a un trabajador por motivos de su peso alegando una incapacidad, no se consideraría discriminatorio (38).

La Fundación Española de Expertos en Obesidad ha hecho una adaptación de los derechos del paciente obeso, los cuales no tienen carácter obligatorio. Sin embargo, son una importante guía para identificar casos de discriminación en la atención al paciente. Consta de 10 derechos (39):

1. Derecho a un trato en todo momento digno, respetuoso y humano
2. Recibir información de forma clara y veraz.

Sin prometer una pérdida de peso imposible o poco probable. Se debe optar por unas expectativas más conservadoras.

3. Recibir atención profesional adecuada y personalizada.
4. Libre elección de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.
5. La importancia de la discreción y la más estricta confidencialidad.
6. Contar con un expediente preciso y veraz.
7. Derecho al Consentimiento Informado y escrito.
8. Derecho a ser atendidos por profesionales expertos en obesidad.
9. Derecho a contar con una segunda opinión.
10. Derecho a ser atendido y en la medida de lo posible buscar soluciones amistosas, cuando el paciente quede inconforme con la atención recibida



Aunque no explícitamente, la filosofía de estos derechos está recogida en la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, del BOE. Esta ley es de fundamental cumplimiento para una buena praxis, es decir, para la aplicación de buenas prácticas en la atención del paciente.

### Estrategia para la prevención y control de obesidad en personas mayores en Valladolid

-Justificación:

En España han aumentado considerablemente los casos de sobrepeso y obesidad en los ancianos durante los últimos años (11,12,13). Teniendo en cuenta que la población anciana se habrá doblado para 2050, y que se espera que el segundo país más anciano sea España, por detrás de Japón, es urgente la puesta en marcha de acciones que mejoren la salud de las personas mayores (22,23). Un estilo de vida saludable puede suponer la diferencia entre una población anciana, dependiente y con escasa actividad, y una población ágil, con capacidad para realizar actividades similar a la población más joven. Además, debemos tener en cuenta el importante impacto que supondría una población enferma para la sanidad pública y los recursos disponibles (22,24).

Tal y como apunta el libro blanco de la nutrición, escrito por la SEEDO (40), hay una escasa atención a la nutrición en personas mayores, además de una falta de información en cuanto a necesidades nutricionales.

Según este libro, una de cada 5 personas mayores viven solas o con personas de su misma edad, por lo que la mayor parte viven con familias o en residencias, lo cual supone una ventaja a la hora de poner en marcha estrategias de intervención, ya que es más fácil educar a personas más jóvenes.

-Objetivos del programa:

- El objetivo principal es disminuir el porcentaje de ancianos obesos mediante la implementación de hábitos de vida saludables.
- Los objetivos secundarios son:
  - La educación alimentaria de la población, favoreciendo hábitos de vida saludables en las familias.
  - Estimular la inclusión de dietistas-nutricionistas en las residencias geriátricas, que faciliten una alimentación más saludable.

-Población a la que va dirigido:

Se pueden distinguir 3 poblaciones distintas a las que va dirigido el programa:

- Los ancianos de la ciudad de Valladolid: son los beneficiarios del programa. Comprenden la edad de 65 años en adelante.
- Las familias: ya que en muchos casos son los responsables de la alimentación de los ancianos. Además, no solo es importante una buena alimentación en los ancianos, sino en todos los miembros de la familia.
- Los trabajadores de residencias geriátricas públicas de la ciudad de Valladolid que se encargan de la alimentación de los ancianos: enfermeros, auxiliares, cocineros, etc.

-Intervención:

Las principales acciones a llevar a cabo en el programa se dividen en:

- Intervenciones en el ámbito familiar
  - Educación nutricional a las familias.  
Para ello se darán charlas por parte de dietistas nutricionistas o médicos especializados en geriatría. Estas charlas se darán en:
    - Ayuntamiento.
    - Centros cívicos.
    - Los hospitales universitarios clínico y Pío del Río Hortega.

Contenido de las charlas educativas:

- Calcular las necesidades energéticas para cada individuo.

- Calcular las necesidades proteicas.
  - Cómo modificar las texturas para aquellas personas que lo requieran.
  - Técnicas para facilitar la alimentación en personas con enfermedades mentales.
  - Guía sencilla para la elaboración de un menú saludable.
  - Razones por las que las personas mayores deben seguir una alimentación saludable.
- Mayor seguimiento por parte de la sanidad pública a personas que padecen obesidad.

La obesidad es una enfermedad y por ello debe ser tratada con la misma implicación que otras. Los pacientes obesos son tratados en la especialidad de endocrinología, aunque el seguimiento se hace cada 6 meses, el cual no es suficiente para un tratamiento adecuado.

Aunque lo ideal sería una revisión cada mes aproximadamente, la alta demanda y la limitación de los recursos no lo hacen posible. Una reducción entre las consultas a 3 meses supondría un gran beneficio para los pacientes.

Esta intervención incluye a los hospitales de Valladolid y a los centros sanitarios de atención primaria

- Intervenciones en residencias geriátricas
  - Incluir un dietista-nutricionista en las residencias de la ciudad de Valladolid que elabore el menú y facilite hábitos alimenticios más saludables.

Cambios a realizar:

Incluir proteína en el primer plato, de esta forma es seguro que los ancianos consumen la proteína necesaria.

Ajustar las kcal a las necesidades individuales. No servir las mismas raciones para todos los ancianos.

Ajustar la textura a las necesidades individuales.

Reducir el consumo de azúcares en desayunos, almuerzos y meriendas, procedentes de zumos, galletas, bollería, postres lácteos, etc.

Incentivar la actividad física: mediante la realización de excursiones, actividades en grupo, ejercicios sencillos guiados, etc. Esta propuesta debe aplicarse únicamente a aquellos ancianos que tengan un mejor estado físico y sean capaces de realizarlas.

La inclusión de un dietista nutricionista puede proponerse como obligatoria en aquellas residencias geriátricas públicas. En las residencias privadas o concertadas únicamente se podrá sugerir como una buena medida de prevención de obesidad y desnutrición.

#### -Cronograma:

La puesta en marcha del programa será el 1 de septiembre de 2021.

El fin del programa será el 1 de septiembre de 2023. En caso de un resultado positivo, se podrá mantener indefinidamente el seguimiento de los pacientes obesos cada 3 meses y la obligatoriedad de un dietista-nutricionista en las residencias geriátricas.

Las charlas educativas para familiares en materia de nutrición para ancianos, se realizarán una vez cada 4 meses hasta septiembre de 2023, en todos los establecimientos anteriormente mencionados.

En caso de un buen resultado al realizar la evaluación del programa, se podrá proponer la reanudación de las charlas educativas en un futuro.

#### -Recursos necesarios para la implementación del programa:

Los recursos humanos requeridos para la puesta en marcha de este programa son:

- Dietistas-nutricionistas y gerontólogos para dar conferencias o charlas educativas a las familias sobre alimentación en personas mayores, en el ayuntamiento, centros cívicos, y centros de salud.
- Dietistas-nutricionistas para trabajar en residencias geriátricas y poder realizar charlas educativas a los trabajadores de estos centros que son los que se encargan de preparar los menús.

Recursos materiales:

- El material necesario para la implementación de las charlas, el cual incluye: proyector, presentación en formato digital, etc.

Recursos legales:

- Es necesaria la aprobación de las charlas educativas por parte del ayuntamiento y los centros sanitarios en los que se van a realizar.
- Aprobación por parte de la dirección de los centros sanitarios y hospitales para la modificación de los tiempos de espera entre las consultas de pacientes con obesidad.
- Para la inclusión obligatoria de dietistas-nutricionistas en las residencias geriátricas públicas, es necesario contar con la aprobación de la junta de Castilla y León o de la dirección de las propias residencias.

-Presupuesto

Sin financiación externa, susceptible de solicitar ayudas de Investigación para poder realizar toda la estrategia o plan de investigación de forma más adecuada.

-Expectativas del programa

Las expectativas de este programa a corto plazo son la adquisición de hábitos saludables en las personas mayores principalmente, aunque también en el resto de la unidad familiar. Se espera la corrección de errores como la escasa aportación de proteínas y el consumo habitual de alimentos de consumo ocasional.

A largo plazo, se pretende conseguir una disminución de la prevalencia de obesidad y enfermedades cardiovasculares en las personas ancianas, además de una población más independiente y capaz de realizar actividades. Como consecuencia de ello se espera una reducción en los gastos sanitarios destinados a las personas mayores, ya que tendrán una mejor salud.

-Limitaciones del programa

La derivada de que se tratará de incidir en tres poblaciones diferentes: los ancianos: son los beneficiarios del programa, las familias, ya que en muchos casos son los responsables

de la alimentación de los ancianos. Y los trabajadores de residencias geriátricas que se encargan de la alimentación de los ancianos. Los resultados del estudio están condicionados por el grado de éxito de las estrategias diseñadas para tratar de llegar al máximo de población posible.

La posible interferencia de otras intervenciones simultáneas sobre el mismo tema por parte de otras personas, grupos o instituciones. Ello haría difícil discriminar la intensidad del efecto que corresponde a nuestra intervención.

Que para que sea exitosa nuestra estrategia la prevalencia de obesidad en personas ancianas debería de disminuir al menos un 10%.

Este programa es una breve propuesta a nivel provincial, para luego poder extrapolar a nivel de toda la Comunidad de Castilla y León, ver si funciona para futuras intervenciones en materia de prevención de la obesidad. Se debe desarrollar en profundidad para poder ponerlo en práctica a nivel Nacional.

#### -Evaluación de los resultados

Para la evaluación se realizará un estudio poblacional que estime la prevalencia de obesidad en Valladolid a agosto de 2021, y posteriormente este mismo estudio al final del 2023, comparando ambos porcentajes.

La muestra seleccionada para estos estudios deberá ser representativa de la población anciana de Valladolid, incluyendo personas desde los 65 años en adelante.

Se considerará que el programa ha sido exitoso si la prevalencia de obesidad en personas ancianas ha disminuido al menos un 10%.

Este programa es un estudio piloto que puede servir para futuras intervenciones en materia de prevención de la obesidad. En caso de resultar exitoso en la provincia de Valladolid se podrá extrapolar a Castilla y León y, posteriormente, a nivel nacional.

## **6. CONCLUSIONES**

- La obesidad es una enfermedad que está en aumento en las personas de edad avanzada, ocasionando discapacidad y enfermedades cardiovasculares.
- El principal factor que produce este aumento del índice de masa corporal en los ancianos, es la disminución del metabolismo basal y de la actividad física.
- La educación en materia de nutrición para ancianos es una herramienta muy útil para frenar esta tendencia.
- Las personas mayores sufren discriminación en el ámbito sanitario, lo cual dificulta el tratamiento de la obesidad.
- Es imprescindible el cumplimiento de los principios bioéticos y el respeto de los derechos del paciente por parte de los profesionales sanitarios.
- Es necesaria la implementación de planes de actuación, destinados a la prevención y control de la obesidad, enfocados a los ancianos.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Barrera Sotolongo Julián, Osorio León Sarah. Envejecimiento y nutrición. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet] 2007 Mar; 26(1). Disponible en: <https://n9.cl/afdq>
- 2 García Zenón T, Villalobos Silva JA. Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo. Med Int Mex [Internet] 2012; 28(1):57-64. Disponible en: <https://n9.cl/hgn0v>
- 3 Macías Montero M<sup>a</sup> Cruz, Guerrero Díaz M<sup>a</sup> Teresa, Prado Esteban Florentino, Hernández Jiménez M<sup>a</sup> Victoria, Muñoz Pascual Angélica. Síndromes geriátricos. Malnutrición. En: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C). Tratado de geriatría para residentes. Madrid: SEGG [Internet] 2007; p:227-242. Disponible en: <https://n9.cl/wvc6>
- 4 Chapman IM. The anorexia of aging. Clin Geriatr Med [Internet] 2007 Nov; 23(4):735-756. Disponible en: <https://n9.cl/d7mh>
- 5 Hung Y, Wijnhoven HAH, Visser M, Verbeke W. Appetite and Protein Intake Strata of Older Adults in the European Union: Socio-Demographic and Health Characteristics, Diet-Related and Physical Activity Behaviours. Nutrients [Internet] 2019; 11(4):777. Disponible en: <https://n9.cl/5jqj>
- 6 Morley JE. Nutrition and the brain. Clin Geriatr Med [Internet] 2010 Feb; 26(1):89-98. Disponible en: <https://n9.cl/poej>
- 7 Wardwell L, Chapman-Novakofski K, Herrel S, Woods J. Nutrient intake and immune function of elderly subjects. J Am Diet Assoc [Internet] 2008; 108(12):2005-2012. Disponible en: <https://n9.cl/5icc>
- 8 Milá Villarroel Raimon, Formiga Francesc, Duran Alert Patricia, Abellana Sangra Rosa. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. Medicina clínica [Internet] 2012 Nov; 139(11): 502-508. Disponible en: <https://n9.cl/2oxw>
- 9 Fernández López M<sup>a</sup> Teresa, Fidalgo Baamil Olga, López Doldán Carmen, Bardasco Alonso M<sup>a</sup> Luisa, de Sas Prada M<sup>a</sup> Trinidad, Lagoa Labrador Fiz, et al. Prevalencia de desnutrición en pacientes ancianos hospitalizados no críticos. Nutr Hops [Internet] 2015; 31(6): 2676-2684. Disponible en: <https://n9.cl/g8sr>
- 10 Planas Vilá Mercedes. Valoración nutricional en el anciano; recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición. Madrid: SEGG, SENPE [Internet]; 2007. [Citado 11 de marzo de 2020] Disponible en: <https://n9.cl/mlwpx>
- 11 Aranceta Bartrina Javier, Serra Majem Lluís, Foz Sala Marius, Moreno Esteban Basilio, y Grupo Colaborativo SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. Med Clin [Internet] 2005; 125(12): 460-466. Disponible en: <https://n9.cl/8174w>
- 12 Cuesta Triana, Federico. Obesidad en el anciano. Es más grave según aumenta la edad. SEGG [Internet]; 2014 Ene [citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://n9.cl/wrpb3>



- 13 Abellán García Antonio. La obesidad en las personas mayores, un problema de salud pública. Blog Envejecimiento [Internet], 10 de noviembre, 2016. [Citado 11 de marzo de 2020] Disponible en: <https://n9.cl/21gfe>
- 14 Tosta de Almeida Rogerio, Guimaraes de Almeida Maura María, Araújo Tania María. Obesidad abdominal y riesgo cardiovascular: desempeño de indicadores antropométricos en mujeres. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2009 May; 92(5): 375-380. Disponible en: <https://n9.cl/fyqn>
- 15 García Zenón Tania, Villalobos Silva José Antonio. Malnutrición en el anciano. Parte II: obesidad, la nueva pandemia. Med Int Mex [Internet] 2012;28(2): 154-161. Disponible en: <https://n9.cl/6x5us>
- 16 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Salud y prevención/salud y hábitos de vida. Estrategia 2, salud y hábitos de vida [Internet] [Citado 11 de marzo de 2020] Disponible en: <https://n9.cl/r57da>
- 17 Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet] 2015. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://n9.cl/29mq1>
- 18 Estrategia NAOS. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Aesan [Citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://n9.cl/1ptx>
- 19 Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Programa PERSEO. [Internet]. Disponible en: <https://n9.cl/2m1y>
- 20 Rafael Casas. Programa THAO salud infantil. [Internet] 2007 Mar. Disponible en: <https://n9.cl/riig>
- 21 INE. Instituto Nacional de Estadística INEbase. Demografía y población. Cifras de población y censos demográficos. Censos 2011. Características de población en colectivos. [Internet] [Citado 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://n9.cl/5pjh9>
- 22 Organización mundial de la salud. Envejecimiento y salud [Internet] 2018 Feb. [Citado 23 de mayo 2020]. Disponible en: <https://n9.cl/SakZ>
- 23 Organización mundial de la salud. Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet] 2015. [Citado 23 de mayo 2020] Disponible en: <https://n9.cl/f2i78>
- 24 González G. Rodrigo. Consecuencias de un aumento proporcional de adultos mayores. Universidad Maimónides. Área de ciencias del envejecimiento [Internet] 2011. [Citado 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://n9.cl/bovkq>
- 25 Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet] 2014 Jun; 25(2):57-62. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- 26 Butler Robert N, MD. Age-Isms: Another Form of Bigotry, The Gerontologist [Internet] 1969; 9(4): 243-246. Disponible en: <https://n9.cl/ckhqk>
- 27 Pérez Serrano María Gloria. Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional. Información psicológica [Internet] 2012; 105:4-13. Disponible en: <https://n9.cl/ht67>

- 28 Meisner Brad A. A Meta-Analysis of Positive and Negative Age Stereotype Priming Effects on Behavior Among Older Adults. *The Journals of Gerontology* [Internet] 2012; 67(1): 13-17. Disponible en: <https://n9.cl/0z3b>
- 29 Lolas Stepke Fernando. Ética y conducta alimentaria: la obesidad y sus desafíos. *O Mundo da Saúde, São Paulo* [Internet] 2014;38(3):349-354. Disponible en: <https://n9.cl/mg7v>
- 30 Bolet Astoviza Miriam, Socarrás Suárez María Matilde. La alimentacion y nutricion de las personas mayores de 60 años. *Rev haban cienc méd* [Internet] 2009 Mar; 8(1). Disponible en: <https://n9.cl/8fado>
- 31 Ruiz López M.D, Artacho Martín Lagos R, López Martínez M.C. Recomendaciones nutricionales para los ancianos. *Ars Pharmaceutica* [Internet] 2000; 41(1); 101-113. Disponible en: <https://n9.cl/woe7>
- 32 I. Baum Jamie, Il-Young Kim, R. Wolfe Robert. Protein Consumption and the Elderly: What Is the Optimal Level of Intake? *Nutrients* [Internet] 2016; 8(6): 359. Disponible en: <https://n9.cl/12am>
- 33 Rotondo, MT. Aspectos éticos en el tratamiento de la obesidad [Internet] 2002 Nov [Citado 20 de abril de 2020]. Disponible en: <https://n9.cl/vx9ou>
- 34 Ribera Casado Jose Manuel, Bustillos Antonio, Guerra Vaquero Ana Ilenia, Huici Casal Carmen, Fernández-Ballesteros Rocío. ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* [Internet] 2016 Oct; 51(5): 270-275. Disponible en: <https://n9.cl/79zbe>
- 35 Constitución española de 1978. Capítulo tercero, artículo 43 [Internet] 1978 [Citado 7 de mayo de 2020] Disponible en: <https://n9.cl/rha0>
- 36 Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. [Internet] 2011 [Citado 11 de mayo de 2020] Disponible en: <https://n9.cl/1h6l>
- 37 Rivas Vallejo Pilar. ¿Es la obesidad causa de discriminación tutelable en el ámbito laboral? *IUSLabor* [Internet] 2015. Disponible en: <https://n9.cl/rfgm>
- 38 Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación. [Internet] 2000 [Citado 13 de mayo de 2020] Disponible en: <https://n9.cl/lzbj>
- 39 Fundación Española de Expertos en Obesidad. Derechos del paciente obeso en la Fundación Española de Expertos en Obesidad. [Internet] 2016 [Citado 7 de junio de 2020] Disponible en: <https://n9.cl/o7wp5>
- 40 Fundación Española de la Nutrición. Libro blanco de la nutrición en España. [Internet] FEN; 2013. Disponible en: <https://n9.cl/6915>