

Cuidados de nutrición durante el ciclo vital para un envejecimiento saludable

Nutrition care throughout the life cycle for a healthy aging



Amaya Pavez¹
Lucía Castillo²
Carmen Rivera³
Vilma Salvatierra⁴

¹Doctora en Antropología, enfermera académica Unidad de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile.

²Magíster Administración y Recursos Humanos, enfermera Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile.

³Enfermera, académica del Departamento de Enfermería, Universidad de La Serena.

⁴Magíster en Nutrición, enfermera, profesora titular de la Universidad de Santiago de Chile.
amaya.pavez@usach.cl

Resumen

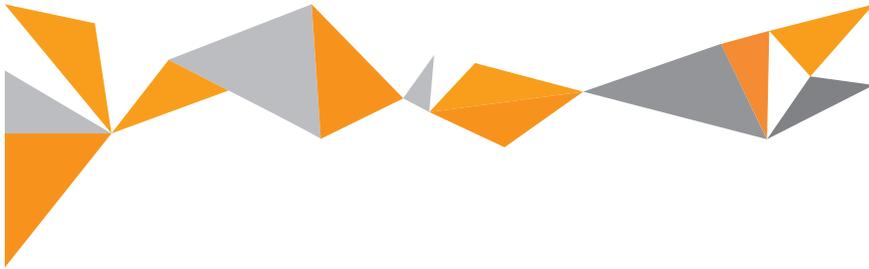
Durante los últimos 30 años, Chile ha transitado desde la desnutrición infantil a las enfermedades nutricionales por exceso. Actualmente atraviesa un acelerado proceso de envejecimiento, convirtiéndose en el segundo país más envejecido de América Latina, convergiendo el envejecimiento acelerado y el riesgo de presentar enfermedades nutricionales por exceso, proyectando un envejecimiento no saludable de la población chilena. La Enfermería propone en la Planificación del Cuidado de la nutrición para un envejecimiento saludable, valorar la situación de salud de las personas y comunidades, situándose en la biografía de las personas, reforzando su autonomía e incentivando su responsabilidad en el autocuidado, reconociendo a las personas como sujetos de derecho y políticamente activas en el cuidado de su salud. La promoción de una alimentación saludable a través de la vida, desde un enfoque de cuidado, fortalecería a su vez a la institucionalidad sanitaria.

Palabras claves: Cuidado, envejecimiento, promoción de la salud, enfermería, nutrición.

Abstract

During the last 30 years, Chile has moved from child malnutrition to nutritional excess diseases. Its population is in an accelerated aging process and has the second aged people population in Latin America. There is a convergence between accelerated aging and the growth of having nutritional excess disease risks, which suggests a projection of an unhealthy aging of the Chilean population. Nursing proposes that Nutrition Care Planning for a healthy aging, diagnose health situation status of people or communities, standing into the life story of people, and in the reinforcement of their autonomy by encouraging self-care responsibility. It is recognized that people are individual of law and politically active in health care. For these issues, to approach the promotion of healthy eating to people during their lives, from a perspective on care and strengthening at the same time the health institutions.

Keywords: Care, aging, health promotion, nursing nutrition.



Introducción

La reflexión sobre la nutrición en el proceso de envejecimiento surge de la interpretación de segundo orden (Ibañez, 1994), desde la enfermería, sobre los resultados acerca de los significados de la vejez obtenidos en la investigación “Hacia un envejecimiento saludable en Chile: significados de la vejez desde el género”⁵. Uno de los objetivos específicos de la investigación fue construir una propuesta de acciones para la promoción de un envejecimiento saludable en la atención primaria de salud. En este punto, se observó en los resultados una incipiente implementación de la promoción de la salud para un envejecimiento saludable desde la perspectiva de curso de vida (MIN-SAL, 2015a), una orientación que implica un enfoque de proceso y de acciones transversales en las distintas etapas del ciclo vital. Sin embargo, encontramos que en la práctica se enfocan, principalmente, en la salud del adulto mayor. Acciones que se refuerzan mediante la

asociación de significados de envejecimiento equivalente a vejez y adulto mayor, que tienen tanto los agentes de salud como los/as usuarios/as, marcados por el deterioro biológico, la dependencia y la pérdida del espacio social (Pavez y Garay, 2016).

Esta práctica se fortalece con la demanda de salud asistencialista y biomédica, por lo que el sistema de salud da respuesta a la morbilidad y requerimientos de protección social: el envejecimiento se aborda a través de acciones que homogenizan la diversidad de los beneficiarios del sistema al recibir atención de salud que no otorga respuestas a la complejidad del proceso de envejecimiento saludable. De este modo, se destaca en los resultados, en razón de la epidemiología del envejecimiento en Chile y la información aportada por los usuarios y agentes de cambio, la importancia de desarrollar planificaciones de promoción al envejecimiento saludable que

establezcan estrategias de intervención en salud desde una perspectiva holística, participativa y centrada en la persona (Pavez, 2016).

La elección de abordar el envejecimiento y la nutrición obedece a que, la nutrición es continua en el ciclo vital, indispensable e ininterrumpida para la vida. Además, tiene una doble acepción. Por un lado, la palabra en sí misma tiene una fuerte connotación simbólica que nos retrotrae al origen, a la emoción y expresión de los afectos, al significar vida, protección, pertenencia, supervivencia: nutrición es un concepto nutricional. Por otro lado, significa salud, alimentos, necesidad, nutrientes, desarrollo, crecimiento y funcionalidad orgánica. Los autores se apoyan en la diacronía y convergencia de ambas significaciones, porque a partir de ellas se puede instalar el Proceso de Enfermería orientado a la promoción de un envejecimiento saludable en el curso de la vida de las personas.

⁵ Investigación realizada con financiamiento del Programa de Atracción e Inserción de Capital Humano en la Academia de Conicyt, PAI N°791220019.



Antecedentes epidemiológicos

Chile es el segundo país más envejecido de América Latina y su población está en un proceso acelerado de envejecimiento. La disminución de la población joven y el aumento de la expectativa de vida proyectan que, para el año 2025, alrededor del 25% de las personas estará en la condición de adulto mayor, constituyéndose así en el país más envejecido de la Región (MINSAL, 2011).

Actualmente, Chile tiene una esperanza de vida de 82 años para las mujeres, 77 años para los hombres y un Índice de *Swaroop* también llamado tasa de mortalidad proporcional (tasa empleada en demografía y epidemiología para comparar la mortalidad entre poblaciones con diferente estructura por edades) de 75,6, que para las mujeres fluctúa entre 82,7-85,4 y, para los hombres, entre 69,5-69,9. Para el año 2030, se estima que el índice de envejecimiento será de 90,8 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años de edad, con un consecuente aumento sostenido de esta proporción: de un 10,2% en el año 2000 a un 28,2% en el año 2050, aumentando significativamente la proporción de mayores de 80 años. A su vez, una reducción de la tasa global de fecundidad de 2,67 en el quinquenio 1980-1985 a un valor de 1,89 estimado para el quinquenio 2010-2015 y siguientes, situándose bajo el nivel de reemplazo generacional de 2,1 (MINSAL, 2014a; SENAMA, 2011).

Además, para el año 2030, se estima que ambos grupos, hombres y mujeres, se habrán cuadruplicado. Con una estimación de 406.700 más mujeres que hombres, se espera que el índice de masculinidad alcance su máximo para el año 2025 -alrededor de 82-. Asimismo, la mayor esperanza de vida de las mujeres favorece la proporción de

mujeres por sobre 80 años (MINSAL, 2011), lo que implica una feminización del envejecimiento.

Las directrices internacionales y nacionales destacan que el abordaje del envejecimiento poblacional e individual debe considerarse como un proceso de la vida del ser humano donde ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales (OPS, 1993). Desde esta perspectiva, la nutrición se constituye como un cimiento para la salud de las personas por ser clave en la supervivencia humana y, a su vez, los factores nutricionales poblacionales determinan en gran medida las problemáticas de salud pública de las naciones.

En este ámbito, Chile ha presentado cambios epidemiológicos rápidos en las últimas décadas, transitando desde desnutrición infantil en los años 70 a las enfermedades nutricionales por exceso. Actualmente, la obesidad se presenta muy precozmente en la vida: un 10,3% de los niños y niñas menores de 6 años son obesos-as y un 24% tienen sobrepeso, es decir, uno de cada tres niños menores de seis años tiene malnutrición por exceso (MINSAL, 2015a).

Concomitante a esto, alrededor de tres millones de habitantes, hoy adultos, sufrieron en su niñez las consecuencias de la subnutrición en etapas tempranas de sus vidas. Esta condición en su historia de vida se expresa, en el presente, en un mayor riesgo para desarrollar enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, tales como obesidad, diabetes, hipertensión e infarto al miocardio (Uauy y Oyarzún, 2005), lo que corresponde alrededor del 60% de todas las causas de muerte entre el 2005-2009 (MINSAL, 2015b).

Comparativamente a nivel mundial, nuestro país está situado dentro de

los países con altas tasas de sobrepeso y obesidad, con tendencia hacia el aumento, producto de malos hábitos de alimentación siendo mayor en los niveles socio económicos más bajos y en las comunidades rurales. Es así como el Ministerio de Salud señala que, según lo observado en el Índice de Alimentación Saludable Chileno, solo un 5% de la población presenta alimentación saludable (MINSAL 2010a). Esta afirmación se refuerza en el cambio de las conductas alimentarias, que se relacionan directamente con el perfil epidemiológico actual, donde predominan las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta. Ha aumentado el consumo de alimentos de origen animal, procesados, bebidas analcohólicas y alcohólicas, así como de comidas fuera del hogar y para llevar -productos alimentarios caracterizados por su alto contenido en grasas totales, saturadas, sal y azúcares simples-. En cambio, ha disminuido el consumo de alimentos de origen vegetal, cereales, lácteos, huevos, aceites y, especialmente, legumbres.

De este modo, en las últimas tres décadas Chile ha transitado desde un patrón alimentario y nutricional diverso a uno procesado y de alta densidad calórica (Crovetto y Uauy, 2013; MINSAL, 2014b). Destacamos que las próximas generaciones de adultos mayores que vivieron y viven estos cambios de estilos de vida, que incluye baja actividad física, requerirán de mayores servicios de salud por el aumento de riesgo de enfermedades asociadas a mal nutrición por exceso y sedentarismo. Asimismo, existe una gran diferencia en el efecto según el estrato socioeconómico de las personas: los años de vida ganados por buena salud no son iguales para toda la sociedad (Albala *et al.*, 2011); esta afirmación nos lleva a considerar las acciones diferenciadas y políticas de salud flexibles.



Políticas Públicas para la nutrición y el envejecimiento

La nutrición y el envejecimiento saludable son temas prioritarios a nivel internacional y marcan las directrices para las políticas regionales de desarrollo y de salud. Nuestro país adscribe a estos lineamientos a través del gobierno, sus ministerios y su red de servicios públicos. Desde una perspectiva de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la promoción de la salud y destaca la importancia de trabajar los determinantes sociales para disminuir el riesgo a enfermar. Mediante acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, se busca modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan en la salud individual y colectiva a través del empoderamiento de las personas y de las comunidades (OMS, 1998).

Cabe resaltar que el envejecimiento, como factor biológico-genético, y la alimentación, como hábito y conducta de vida, constituyen en sí mismos determinantes de la salud poblacional, instalándose como motivadores para la generación de políticas de protección para un envejecimiento saludable, en acciones de promoción y prevención durante el ciclo de vida fortaleciendo la nutrición mediante intervenciones sanitarias efectivas (MINSAL, 2016a). En este proceso, es fundamental el rol inalienable de la familia en el cuidado de la nutrición, durante todo el ciclo de vida de la persona, para alcanzar una etapa de adulto mayor saludable. Para ello, el Estado apoya este rol a través de programas en la red de atención de salud pública que fomenten la participación y el empoderamiento individual y colectivo, contemplando una planificación con enfoque de curso de vida, el cual provee un marco conceptual que permite entender cómo múltiples determinantes de la salud interactúan entre sí.

Según este enfoque, el nivel primario constituye el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, con una continuidad en el cuidado de la nutrición de las personas (MINSAL, 2016c; MINSAL, 2016b).

El envejecimiento de la población se relaciona directamente con los determinantes de la salud, al igual que la nutrición. En Chile se observa una convergencia entre perfil demográfico, en tanto el país vive un envejecimiento acelerado, y el riesgo de presentar enfermedades por exceso, lo que implica una proyección de un envejecimiento de la población no saludable. Esto sugiere la importancia de destinar los esfuerzos hacia el abordaje de la promoción de una alimentación saludable para las personas durante el curso de sus vidas, desde un enfoque de cuidado.

Metodología

La investigación primaria corresponde a una investigación cualitativa interpretativa en la que confluyen la enfermería y la antropología. Una etnografía con un diseño abierto y flexible que facilitó la reconstrucción de las micro-realidades de los participantes en torno a la socialización de la vejez, debido a que en ellos-as convergen el testimonio de la subjetividad en la trayectoria y experiencia de vida de cada uno-a en el contexto de una época, de unas normas sociales y de unos valores compartidos con la comunidad de la que forma parte (Flores, 2009).

El trabajo de campo se hizo entre los años 2013 al 2015 en la comuna de Pichidegua, VI Región de Chile y las comunas de Santiago y Estación Central de la Región Metropolitana. Se escogió estos dos territorios de Chile Central referentes de la realidad urbana y rural, representativos de la matriz cultural en la conformación identitaria del país (Larraín, 2001).

Ambos territorios tienen una alta población de adultos mayores y se consideran zonas envejecidas del país, con similar caracterización socioeconómica de estrato medio-bajo y bajo (SENAMA, 2011). Los participantes fueron usuarios-as de los centros de salud, informantes claves los agentes de salud y municipales. La estrategia utilizada para el análisis de la información fue el análisis de discurso, el que corresponde a un método comparativo que va enfrentando casos similares entre sí, sujetos situados, que se diferencian en algunas características cruciales, tratando de formular interpretaciones que den cuenta de la dinámica de construcción del fenómeno en estudio (Pujadas, 2002). El análisis de la información fue simultáneo con el proceso de recolección para identificar la saturación discursiva en las semejanzas y diferencias de las experiencias, el análisis semántico con triangulación de información, profundizó en el proceso de construcción de sentido de las percepciones de lo social en torno a la vejez, que estructura el comportamiento de las personas (Ibañez, 1994).

Se resguardaron los aspectos éticos correspondientes, según los lineamientos internacionales de Protección a Seres Humanos. El protocolo de investigación se sometió y certificó en el comité de ética institucional de la Universidad de Santiago de Chile N°949-2012 y en el comité de ética científico del Servicio de Salud Metropolitano Central N° 674/13.

Nutrición y envejecimiento desde la teoría de enfermería

¿Por qué la Enfermería? Porque es una disciplina transdisciplinar (Morin, 2009) que integra y resignifica el conocimiento científico para crear conocimiento que permita abordar la complejidad del cuidado del ser humano en la perspectiva de la



salud, constituyéndose en la ciencia del cuidado. Es una propuesta que considera la salud de las personas como fenómeno complejo, holístico e integral de procesos, que requieren múltiples conocimientos con participación activa de la persona en el logro del equilibrio de su bienestar. Es decir, es un modelo que se instala en una relación humana horizontal, que reconoce la autonomía de la persona en la toma de decisiones sobre su salud y donde los profesionales son coadyuvantes en un proceso vital saludable.

La Enfermería trabaja un cuerpo de Diagnósticos de Enfermería, es decir, un juicio clínico sobre respuestas humanas observadas⁶, de naturaleza cambiante y dinámica, diversas y exclusivas, que constituyen experiencias/respuestas de una persona, familia, grupo o comunidad frente a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales (Hernández y Guardado de la Paz, 2004). Estos diagnósticos se establecen de acuerdo a 13 dominios, siendo los 2 primeros: promoción de la salud y nutrición. El dominio de Promoción de la Salud considera y evalúa el conocimiento y mantenimiento de la salud; el dominio de Nutrición valora la disposición para mejorar la nutrición por parte de las personas, familias y comunidades (NANDA International, 2015).

Desde Florence Nightingale a la actualidad, se han tratado cuatro conceptos metaparadigmáticos que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y cuidado. Estos constituyen el centro de interés de la enfermería: el cuidado, que es el objeto de estudio y razón de ser de la disciplina (Kérouac *et al.*, 1996). El cuidado se asienta en discernir las necesidades que tienen las

personas para el logro y mantenimiento de su salud. Esto exige la integración de conocimientos, capacidades y recursos: espirituales, biomédicos, culturales, sociales y personales de la enfermera, la persona, familia o comunidad en un contexto específico.

A mediados del siglo XX, Dorothea Orem acuñó el término autocuidado asociado a la salud y construyó su teoría del cuidado y autocuidado para la salud de las personas. Consiste en una función reguladora que las personas deben llevar a cabo por sí solas, o deben haber llevado a cabo, para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. Es una condición que se aprende y desarrolla de forma deliberada y continua, un proceso donde la enfermera tiene un rol promotor (Raile y Marri-net, 2011).

Cuidado y Nutrición

Una primera consideración que hacemos al pensar el cuidado y la nutrición es la relevancia que tienen los factores sociales y culturales sobre lo que come la gente, cómo preparan sus alimentos, sus prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren. Las personas tienen sus propias preferencias, rechazos y creencias respecto a los alimentos y muchas son conservadoras en sus hábitos alimentarios, porque mantiene un vínculo de identidad y pertenencia (FAO, 2002).

El encuentro alrededor de la comida constituye un rito que transmite significados y organiza la convivencia entre las personas. Así, la alimentación estructura la cotidianidad contribuyendo en el proceso de socialización. Las personas realizamos distintos rituales en torno a la comida y los alimentos, en ellos se

conjugan la tradición e innovación con las emociones: comer al celebrar, conmemorar, despedir, la muerte o el nacimiento, la alegría o la tristeza. Una continuidad de rituales que cohesionan al colectivo con la participación de cada persona para alimentarse, nutrirse, comer, compartir. Estas actividades y propósitos se entrelazan con las dimensiones de la complejidad durante la vida cotidiana, permiten que se expresen los cambios sociales y la diversidad cultural, aspectos que hay que considerar al momento de planificar el cuidado de la salud de las personas.

La enfermería dirige su acción hacia un sujeto –persona, grupo, familia o comunidad– que precisa un cuidado específico para alcanzar su bienestar o mejoría. En esta relación, el sujeto es políticamente activo en las decisiones sobre su proceso vital (Olivari y Urra, 2007). El foco de la enfermería es el cuidado de la salud de los seres humanos, con sus complejidades, diversidades y sus respuestas o experiencias frente a la situación de salud y enfermedad que viven. De este modo, las enfermeras no sanan a las personas, ellas se sanan a sí mismas con sus propios comportamientos. La planificación del cuidado de la nutrición para un envejecimiento saludable tendrá que diagnosticar la situación de salud en la que se encuentra el sujeto y la etapa de desarrollo vital que vive.

Así, si el sujeto es sano y tiene un equilibrio sistémico, requerirá acciones de cuidado dirigidas a la promoción. Es decir, se tendrá que valorar y estimular la motivación del sujeto para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud. Para ello, el plan de cuidados debe considerar el principio de flexibilidad y de proceso dinámico en el curso de vida del sujeto. Además, ser un

6 Observadas y no observables, porque la enfermería es una ciencia situada -directa- que se ejerce durante la inter-relación con el sujeto de cuidado. Sus patrones de conocimiento (Chinn y Kramer, 2013) le permiten discernir en el momento de la observación para construir un plan de cuidados.



cuidado situado en la diversidad cultural, el entorno, la biología, la actividad y las capacidades, de modo que reconozca la especificidad del sujeto en el momento vital que vive. Así, los sujetos pueden fortalecer conductas y comportamientos orientadas a una alimentación saludable en tanto nutra sus distintas dimensiones: dimensión biológica proporcionando los nutrientes que su cuerpo requiere en un momento determinado; dimensión social en tanto la alimentación es un espacio de socialización transversal en la vida de la persona; y dimensión psicológica al contribuir al desarrollo afectivo-emocional, la pertenencia y, por tanto, en la construcción de su identidad. Entonces, se constituye como un sujeto proactivo, que integra un aprendizaje sobre el autocuidado de la nutrición para alcanzar un envejecimiento saludable, esta condición de autonomía y desarrollo político, le permite orientarse en la toma de decisiones ante las necesidades nutritivas que le surjan en los cambios vitales propios de su vida.

En el caso que el sujeto presente factores de riesgo de enfermar o alterar el equilibrio de su salud, asociados a la edad o al ambiente, la planificación del cuidado se dirigirá hacia la identificación de estos factores de riesgo para establecer, junto a la persona, las acciones de salud que evitarán la expresión del riesgo. Entre estas, orientar al consumo de una alimentación adecuada que fortalezca su organismo, active y desarrolle sus propios recursos biológicos, psicológicos, culturales y sociales. Por ejemplo, a personas adultas con resistencia a la insulina, hay que propiciar el aprendizaje para discernir en el tipo de alimentos y las condiciones en la elaboración de su propia comida, además de incentivar la autonomía que les permita defender la elección, tipo y cantidad de los alimentos que

consume, eliminando algunos de uso habitual en nuestra cultura, como son los azúcares simples, e incluyendo otros olvidados, como las legumbres, que mantienen estables en el tiempo la curva de glicemia.

Cuando el sujeto enferma, la planificación del cuidado se dirige a colaborar con él a gestionar su proceso de enfermedad, iniciando la aceptación de vivir en condición de enfermedad y enfrentar los cambios que esto conlleva. Para ello, se precisa instalar el desarrollo de procesos de adaptación, reestructuración de su estilo de vida y una resignificación de su identidad en estado de enfermedad. De forma que estimule el aprendizaje de autocuidado para la conservación del equilibrio biopsicosocial y active comportamientos de prevención de nuevos riesgos que surgen de esta nueva condición de vida.

Por ejemplo, una persona que vive con diabetes tiene riesgo añadido de sufrir de hipertensión arterial, por lo cual se enfrentará a la decisión de cambiar su alimentación si quiere disminuir el riesgo de mayor compromiso de su salud. Para ello, debiera primero eliminar de la dieta azúcares simples porque esta medida le favorecerá controlar la evolución de la diabetes, segundo, debiera suprimir de la dieta el sodio y grasas saturadas para contrarrestar el factor de riesgo de hipertensión.

A su vez, deberá integrar a la dieta, grasas monoinsaturadas, como el aceite de oliva y las grasas polinsaturadas presentes en los frutos secos y pescados, que junto con el incremento de la actividad física contribuirán a disminuir este factor de riesgo y el de la arterioesclerosis. Así, desde un cuidado sistémico de su alimentación, el sujeto puede evitar el deterioro global de su salud por la superposición de enfermedades.

Por último, si el sujeto vive una condición de deterioro progresivo e irreversible del equilibrio de su salud, la planificación del cuidado deberá dirigirse hacia el buen morir, con una muerte digna que implica requerimientos de cuidado hasta el último aliento. Hay que fortalecer su autonomía en el proceso que está viviendo, en la última etapa de la vida es relevante fortalecer a la persona-familia en la conservación de la integridad humana, continuar con el ejercicio en plenitud de la toma de decisiones respecto a su salud, responsabilidades y condición de enfermedad.

Esto implica abordar la nutrición en toda su complejidad: la dimensión biológica, la alimentación y el aporte de nutrientes para la función bioquímica; la dimensión psicológica, estimular la integración social, la pertenencia, la auto percepción y autoestima que refuerce su identidad y le dé un sentido al momento que vive; la dimensión cultural, permitir un tránsito a la muerte que sea coherente con sus principios, valores y creencias; la dimensión espiritual, fortalecer el sentido de trascendencia de la persona que le permita cerrar procesos pendientes; y la dimensión social, un espacio donde su estilo de vida, asociado a la salud-enfermedad, se constituya en un legado para la sociedad. El cuidado al final de la vida debe resguardar y respetar las convicciones de la persona con dependencia severa; por ejemplo, en personas religiosas, la oración antes de la comida aunque se encuentren postradas y dependientes de técnicas de asistencia en la alimentación.

En todas las instancias anteriormente descritas hay que resaltar la relevancia del sujeto políticamente activo en la planificación del cuidado, reforzando la responsabilidad del autocuidado.



La complejidad en el concepto de salud tensiona a la hegemonía del modelo alópata: un tema no resuelto.

Ampliar el concepto de salud de las personas a un enfoque de complejidad, de múltiples relaciones simultáneas y paradójicas, obedece en parte a la dinámica social de apertura a la diferencia, la revalorización de otras culturas y cosmovisiones, el posicionamiento del ecologismo y el humanismo y de las personas como sujetos de derechos en un contexto de modernidad radical (Giddens, 1999; Bauman, 2008). Por otro lado, las instituciones de salud como la OMS (Organización Mundial de la Salud), OPS (Organización Panamericana de la Salud), y el MINSAL (Ministerio de Salud) en Chile, en la búsqueda de estrategias para solucionar los problemas de salud son receptivas a otras concepciones de la medicina y de la salud e incluyen en sus políticas las dimensiones sociales como determinantes sociales de la salud, lo que abre un espacio, hasta ahora marginal, en la resolución de las demandas de salud en el sistema convencional.

De esta forma, la institucionalidad reconoce otras teorías y prácticas diferentes a la medicina oficial insertas en nuestra sociedad pero que le son ajenas, entre ellas: la Homeopatía, Acupuntura, la Naturopatía, la Quiropraxia, Sintergética, las Terapias Florales, Apiterapia. Además, las distingue de la medicina de los pueblos originarios, que se denomina medicina tradicional (MINSAL, 2010b).

La accesibilidad a la información y la facilidad de crear redes, permite a las personas tomar decisiones y muchas veces cuestionar lo establecido como única realidad. Durante la última década, como señala Bruce Lipton (2010), las investigaciones epigenéticas -control sobre la genética- han establecido que los

moldes de ADN que se transmiten a través de los genes no están localizados en un lugar concreto en el momento del nacimiento.

Las influencias medioambientales, entre las que se incluyen la nutrición, el estrés y las emociones, pueden modificar esos genes sin alterar su configuración básica. Los epigenetistas han descubierto que esas modificaciones pueden transmitirse a las futuras generaciones de la misma forma que el patrón del ADN se transmite a través de la doble hélice y plantean la posible influencia de la epigenética en enfermedades como la diabetes, el autismo y el cáncer (Morin, 1993; Reik y Walter, 2001; Surani, 2001; Sánchez *et al.*, 2013).

Además, Lipton (2010) resalta que para experimentar a fondo la vitalidad y para prosperar de verdad en la vida, no solo debemos eliminar los agentes estresantes, sino también buscar de modo activo la alegría y el amor, y llenar nuestra vida de estímulos que desencadenen los procesos de crecimiento. Desde esta perspectiva, es que las personas cada vez más van conociendo las reacciones de su cuerpo a los diferentes alimentos, van tomando acción, haciéndose cargo y viendo la alimentación no solo como nutrición de su cuerpo o como una fuente de bienestar, sino también como una parte importante de un estilo de vida y, por qué no decirlo como una filosofía de vida, la que muchas veces no responde a lo que el Sistema de Salud recomienda, un Sistema que tiende a homogeneizar sus recomendaciones, con el fin de dar una mayor cobertura a la población. Para las instituciones, el enfrentamiento de estos grupos de personas es valorado negativamente, los considera desobedientes y los descalifica por interpelar la norma. ¿Qué sucederá con las guías alimentarias hechas por el saber experto? Una disrupción que precisa una respuesta.

La disidencia se expresa en el no consumo de productos animales, incluso carnes blancas y pescado, lácteos y huevos (vegetarianos, veganos) o consumiendo solo alimentos crudos (crudi o crudiveganos). Otras, aceptan solo alimentos orgánicos, buscando intencionalmente aquellos libres de transgénicos. Así, en esta sociedad, conviven personas que aceptan completamente las recomendaciones del Sistema de Salud, las que las aceptan en parte y otras que incluso se van a vivir en comunidades, cultivando sus propios alimentos y viviendo de forma autosustentable, saliéndose del sistema de salud y educación tradicional, planteando al Estado un desafío de integración y reconocimiento, generando muchas veces una tensión, con el sistema y sus profesionales para el cumplimiento de las metas y objetivos de salud pública.

Consideraciones finales

Al finalizar queremos dejar abierta la reflexión sobre la relevancia del cuidado en la nutrición para un buen envejecimiento, el protagonismo de las personas y el rol que tienen las instituciones como agentes de cambio y promotoras de bienestar desde el respeto a la diversidad.

Hemos distinguido tres grandes líneas que consideramos centrales desarrollar si queremos contribuir a una sociedad más sana, abierta e igualitaria. Donde las personas transitamos hacia una vejez digna en la mejor condición de salud posible.

La primera línea corresponde al fortalecimiento del sistema de salud, en principio en construir programas flexibles que puedan ajustarse a la diversidad cultural y social del país, cuestionar la lógica homogeneidad que permite indicadores de cobertura eficiente en salud. Un sistema que sin dejar su rol de velar por la salud de la población chilena, tenga



mayor apertura a otros saberes, que los cambios en las perspectivas de trabajo sean más fluidas –rápidas– para que la brecha entre el nivel central y local no sea tan profunda. Para ello, será necesario propiciar la reflexión al interior del sistema de forma intersectorial e interdisciplinar. Es prioritario desarrollar estrategias de sensibilización entre funcionarios y profesionales de salud, sobre envejecimiento como proceso, la centralidad de la nutrición en su amplia gama de significados.

La segunda, trabajar en la conciencia de la necesidad fortalecer el cuidado de la nutrición como transversalidad del cuidado en ciclo de vida de acuerdo a las personas y recursos y derecho de las personas. Esto requiere respetar la diferencia cultural y territorial que conforma nuestro país, el género, la edad y la actividad, entre otras, que la diferencia genere igualdad. Es decir, reconocer y aplicar acciones de equidad que fortalezcan la igualdad en la diferencia.

Por último la tercera línea, corresponde a potenciar la ciudadanía activa de las personas, como usuarias del sistema de salud y como funcionarias del mismo. Ya que no se pueden reconocer el derecho del otro, sin primero reconocerse a sí mismos-as como sujetos de derecho. De forma que, las personas tengan la máxima información para la toma de decisiones sobre su salud y generar ambientes positivos para descubrir la vida en todas las etapas del ciclo vital.

Referencias

- Albala C, Sánchez H, Lera L, Ángel B, Cea X. 2011. Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor: Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros). *Rev Med Chile* 139: 1276-1285.
- Bauman Z. 2008. *Tiempos líquidos*. Tusquets, Buenos Aires, Argentina.
- Crovetto M, Uauy R. 2013. Estimación de la disponibilidad y consumo de alimentos y nutrientes en el país en: Informe final "Estudio para revisión y actualización de las guías alimentarias para la población chilena". Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Departamento de Nutrición y Alimentos. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/dde0bc471a56a001e040010165012224.pdf>
- Chinn PL, Kramer K. 2013. *Integrated theory & knowledge development in nursing*. Elsevier Health Sciences, London, UK.
- Flores R. 2009. *Observando observadores*. 1st ed. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación). 2002. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Colección FAO: Alimentación y nutrición N° 29. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s00.htm> (Recuperado 1 de abril 2016).
- Giddens A. 1999. *Consecuencias de la Modernidad*. Alianza editorial, Madrid, España.
- Hernández A, Guardado de la Paz C. 2004. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cub Enfermería* 20: 1-1.
- Ibañez J. 1994. *El regreso del sujeto: la investigación social de segundo orden*. Siglo XXI, Madrid, España.
- Kérouac S, Pepin J, Ducharme F. 1996. *El pensamiento enfermero*. Elsevier, Madrid, España.
- Larraín J. 2001. *Identidad Chilena*. LOM, Santiago, Chile.
- Lipton B. 2010. *La Biología de la Creencia*. Gaia, Buenos Aires, Argentina.
- MINSAL. 2010a. Encuesta nacional consumo alimentario. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME_FINAL.pdf (Recuperado 20 de abril de 2016).
- MINSAL. 2010b. Diagnóstico situacional de medicinas complementarias alternativas en el país. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/9d59798ffb7dcbfae-04001011f0139a0.pdf> (Recuperado 25 de abril 2016)
- MINSAL. 2011. *Elige vivir sano metas sanitarias 2011-2020*. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf> Recuperado 20 marzo 2016.
- MINSAL. 2014a. Departamento de estadísticas e información en salud. *Indicadores Básicos de Salud 2014*. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/04/IBS-2014.pdf> Recuperado 11 de abril de 2016.



- MINSAL. 2014b. Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en atención primaria <http://www.enfermeriaaps.com/portal/nuevo-orientacion-tecnica-para-la-atencion-en-salud-de-las-personas-adultas-mayores-en-atencion-primaria-minsal-chile-2014>
- MINSAL. 2015a. Subsecretaría de Salud. Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años, guía de alimentación hasta la adolescencia. <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2016/01/Gu%C3%A1-da-de-alimentaci%C3%B3n-del-ni%C3%B1o-a-menor-de-2-a%C3%B1os-Gu%C3%A1-da-de-alimentaci%C3%B3n-hasta-la-adolescencia.-MINSAL-Chile-2015.pdf>
- MINSAL. 2015b. Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas. Directrices para la implementación. <http://www.enfermeriaaps.com/portal/modelo-de-atencion-para-personas-con-enfermedades-cronicas-minsal-chile-2015>
- MINSAL. 2015c. Orientaciones para la planificación y programación en red año 2015. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/OPPR_2015.pdf Recuperado el 10 de abril 2016.
- MINSAL. 2016a. Programa Nacional de las personas adulto mayor. Disponible en: <http://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-nacional-de-las-personas-adulto-mayor> Recuperado 26 abril 2016.
- MINSAL. 2016b. Subsecretaría de Redes asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en Red 2016. Disponible en: [file:///C:/Users/Lucia/Documents/BASES%20CONCEPTUALES%20PARA%20LA%20PLANIFICACION%20Y%20PROGRAMACION%20EN%20RED%202016\(CUADERNILLO1\)%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Lucia/Documents/BASES%20CONCEPTUALES%20PARA%20LA%20PLANIFICACION%20Y%20PROGRAMACION%20EN%20RED%202016(CUADERNILLO1)%20(2).pdf) Recuperado 3 de marzo 2016.
- Morin E. 1993. El paradigma perdido. Kairos, Barcelona, España.
- Morin E. 2009. Introducción al pensamiento complejo. Gedisa, Barcelona, España.
- Nanda International. 2015. Definiciones y clasificación de los diagnósticos NANDA 2015-2017. Disponible en: <http://www.nanda.org/nanda-internacional-definiciones-y-clasificacion.html> Recuperado 19 de abril de 2016.
- Olivari C, Urrea E. 2007. Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería* 13: 9 - 15.
- OMS. 1998. Declaración de Yakarta. Sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Disponible en: http://web.archive.org/web/20120310021925/http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf Recuperado 10 de abril 2016.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 1993. *Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. El proceso de envejecimiento. El envejecimiento.* Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173956/1/Enfermeria%20gerontologica%20conceptos%20para%20la%20practica.pdf> Recuperado 11 de abril 2016.
- Pavez A. 2016. Aspectos culturales y de género para la promoción del envejecimiento saludable en Chile. *Revista Intersecciones en Antropología.* (En evaluación).
- Pavez A, Garay P. 2015. Significados de la vejez para hombres y mujeres de Chile Central rural-urbano: un aporte a la promoción del envejecimiento saludable. *Revista de Salud Pública.* En evaluación.
- Pujadas JJ. 2002. El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. CIS, Madrid, España.
- Raile M, Marrinet A. 2011. *Modelo y teorías en enfermería.* Elsevier, Barcelona, España.
- Reik W, Walter J. 2001. Genomic Imprinting: Parental Influence on the Genome. *Nature Rev Genet* 2: 21 - 32.
- Sánchez P, Herrera M, Rodríguez M. 2013. ¿Sabes qué es la epigenética? *Medicentro Electrónica* 17: 40 - 42.
- SENAMA. 2011. Estudio de recopilación, sistematización y descripción de información estadística disponible sobre vejez y envejecimiento en Chile. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/INFORME%20FINAL%20ESTUDIO%20RECOPIACION%20ESTADISTICA.pdf> Recuperado 15 enero 2015.
- Surani MA. 2001. Reprogramming of genome function through epigenetic inheritance. *Nature* 414: 122 - 128.
- Uauy R, Oyarzún MT. 2005. Análisis del caso de Chile en el informe FAO: estado sobre la inseguridad alimentaria en el mundo. *Rev Chil Nut* 32: 262 - 270.