



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

“Estado nutricional y hábitos alimentarios de los adultos mayores que asisten al centro de jubilados de la zona sur de Rosario”

Tesista: Chamorro, Sol Belén

Título a obtener: Licenciada en Nutrición

Licenciatura en nutrición

Febrero, 2024

AGRADECIMIENTOS:

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi esposo Esteban, por su apoyo incondicional, por sostenerme y alentarme en cada logro con amor, alegría y paciencia.

También quiero agradecer a mi mamá, mi fiel compañera, que siempre estuvo a mi lado en los buenos y malos momentos. Gracias por tu amor incondicional.

Agradezco de corazón a mi papá, a mi hermano, a mis sobrinas y a toda la familia, que siempre me brindaron su amor, su apoyo y sus oraciones.

A mis amigas de toda la vida, mis hermanas del corazón y a aquellas que formé gracias a esta hermosa carrera, por su amistad, compañerismo y alegría.

Gracias a Dios y a la Virgen María por guiarme y sostenerme en los momentos más difíciles.

Agradecimiento a todos los profesores que me formaron y me acompañaron en esta etapa. Gracias por brindarme sus conocimientos con respeto y dedicación.

Agradezco especialmente a mi hermana, por enseñarme el valor de la vida, la bondad, el amor, la sencillez y la esperanza. Gracias por ser mi ángel de la guarda y por guiarme desde el cielo.

RESUMEN:

El propósito de esta investigación fue conocer el estado nutricional y los hábitos alimentarios de los adultos mayores que asisten al centro de jubilados de la zona sur de Rosario, una ciudad ubicada en la provincia de Santa Fe, Argentina.

Para llevar a cabo este trabajo se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, cualitativo y cuantitativo. La muestra fue de 36 adultos mayores. Se utilizaron como instrumentos una encuesta nutricional semi abierta, un recordatorio de 24 horas y un cuestionario de frecuencia de consumo para obtener información sobre los hábitos alimentarios de los adultos que posteriormente se comparó con las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. En cuanto a la evaluación del estado nutricional se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC) y para conocer la distribución del tejido adiposo se utilizó el Índice cintura / cadera.

Tras realizar un exhaustivo estudio, se concluyó que la hipótesis de la tesis es válida ya que, al analizar cuidadosamente los datos obtenidos de dicha investigación realizada en el centro de jubilados, se reflejó que los hábitos alimentos de los adultos mayores son inadecuados según las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina; al igual que el estado nutricional.

.

Palabras claves: Adulto mayor - Estado nutricional - Hábitos alimentarios – Anciano - Nutrición

ÍNDICE	
RESUMEN:	3
INTRODUCCIÓN:	6
MARCO TEÓRICO:	6
Fenómeno de envejecimiento:	6
Definición y características del envejecimiento:	7
Teorías que explican el envejecimiento:	8
Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento:	8
Aspectos sociales del adulto mayor:	12
Fragilidad del adulto mayor:	13
Valoración del Estado Nutricional en el anciano:	14
Malnutrición:	19
Hábitos alimentarios:	21
Necesidades nutricionales:	22
Características del plan alimentario:	26
Guías alimentarias para la Población Argentina:	26
Actividad Física en la ancianidad:	33
Hidratación en el adulto mayor:	33
ANTECEDENTES DEL TEMA:	34
PLANTEO DEL PROBLEMA:	37
JUSTIFICACIÓN:	37
HIPÓTESIS:	38
OBJETIVOS:	38
OBJETIVO GENERAL	38
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
MARCO METODOLOGICO	38
ÁREA DE ESTUDIO:	38
TIPO DE ESTUDIO:	38
UNIVERSO:	38
POBLACIÓN:	38
MUESTRA:	39
VARIABLES:	39
TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	44

PROCEDIMIENTO:.....	45
TRABAJO DE CAMPO	46
CONCLUSIÓN:	69
BIBLIOGRAFÍA:	73
ANEXOS	78

INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que todos los países del mundo están experimentando una transformación demográfica; caracterizada por un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores en la población. Se espera que, en el 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más.¹

Los avances ocurridos en el mundo, en relación al estilo de vida, condiciones ambientales y sistema sanitario, han favorecido el incremento de la expectativa de vida en la Argentina; lo cual, sumado a la disminución de la natalidad, provocan el aumento de la proporción de personas mayores.²

Se entiende por ancianidad como una etapa de la vida en la cual se manifiestan los resultados de la herencia genética, el medio ambiente, el estilo de vida, los hábitos alimenticios y el sistema sanitario que cada individuo debió afrontar a lo largo de su vida.³

En esta etapa, ya no es posible hacer referencia a la prevención a largo plazo, pero sí a mantener o mejorar el estado general y, en consecuencia, el estado nutricional que permite aumentar la expectativa y la calidad de vida del anciano.³

En esto mismo se centró este estudio, con el objetivo de evaluar el estado nutricional y los hábitos alimentarios de los adultos mayores que asisten al centro de jubilados de la zona sur de Rosario.

MARCO TEÓRICO:

Fenómeno de envejecimiento:

La población de adultos mayores se ha ido incrementando en los últimos años en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud describe lo rápidamente que está creciendo la población mayor incluso en los países subdesarrollados, y que en los próximos 40 años los países en desarrollo tendrán aproximadamente un 80% de los ancianos en los hogares de todo el mundo.⁴

La población actual de América Latina y el Caribe es de alrededor de 652 millones de habitantes. El 25% tiene menos de 15 años y las personas mayores representan el 12% del total de la población. La Argentina se encuentra entre los países en situación de envejecimiento avanzado, presentando tasas de fecundidad por debajo o al límite del nivel

reemplazo (entre 1,7 y 2,3 hijos por mujer); y porcentaje de personas de 60 años o más entre el 15% y el 17%.⁵

El proceso de envejecimiento poblacional se evidencia en la Argentina por el aumento en la proporción de personas de 60 años y más a partir del año 1960, con una tendencia que se profundizó de manera tal que se estima que para el año 2040 la proporción de personas mayores ascenderá al 20,6%.⁵

Este crecimiento poblacional se ha dado gracias a los avances ocurridos en el mundo, en relación al estilo de vida, condiciones ambientales y sistema sanitario, favoreciendo el aumento de la expectativa de vida que sumado a la disminución de la natalidad provocan el aumento de la proporción de personas mayores.²

Definición y características del envejecimiento:

Existen numerosas definiciones de envejecimiento; algunos autores lo han definido como “las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas consecutivas a la acción del tiempo sobre los seres vivos”. Otros lo definen como “un proceso natural de todo ser viviente, que conlleva pérdidas progresivas y uniformes de la salud y el vigor. Donde el paso el tiempo se va a ver reflejado en los cambios morfológicos, fisiológicos, psíquicos y sociales que el ser humano debe enfrentar y saber aceptar, si ha tenido la gracia de poder llegar”.³

La definición de envejecimiento más aceptada es aquella que lo considera como “la suma de todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte”.⁶

Los adultos mayores son el grupo etario con mayor diversidad en cuanto a composición y funciones fisiológicas con respecto a los otros grupos.³

En esta etapa ya no es posible hacer referencia a la prevención a largo plazo, pero si a mantener o mejorar el estado general y, por ende, el nutricional que, junto con otras pautas (correcta atención sanitaria, ambiente), aumentarán la expectativa y la calidad de vida del anciano.³

Según Rodota y Castro, la mayoría de los países desarrollados han aceptado la edad de 65 años como definición de “persona mayor”. Sin embargo, debido al aumento de la esperanza

de vida y la heterogeneidad del envejecer, se distinguen tres grandes grupos para clasificar a las personas mayores:³

- Ancianos “jóvenes” o menores (65 - 74 años).
- Ancianos propiamente dichos (75 – 84 años).
- Ancianos mayores (≥ 85 años).

Teorías que explican el envejecimiento:

Los gerontólogos estudian el envejecimiento y tienen diversas teorías acerca de por qué envejece el cuerpo. Ninguna teoría única puede explicar completamente los procesos complejos del envejecimiento. Una buena teoría integra los conocimientos y explica cómo y por qué se relacionan los fenómenos. En sentido amplio, las teorías pueden agruparse en dos tipos: lesión predeterminada (genética) y lesión acumulada. A medida que algunas células se deterioran y mueren y no son sustituidas se produce una pérdida de eficiencia. La identificación de los mecanismos que influyen en el envejecimiento podría conducir a intervenciones que lo enlentecieran o lo alteraran. Lo más probable es que varias teorías expliquen la heterogeneidad en las poblaciones mayores.⁴

Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento:

El envejecimiento es un proceso fisiológico, complejo y benigno, que difiere de un individuo a otro, e incluso de un órgano a otro. Este proceso está modulado por factores genéticos, ambientales, psicológicos y sociales.⁶

Los cambios fisiológicos producidos en diferentes órganos y sistemas afectan los tres tiempos de la nutrición (alimentación, metabolismo y excreción) y puede decirse que todas las funciones del organismo decaen. La disminución de la capacidad funcional del sistema nervioso, músculo y corazón se manifiesta precozmente debido a la falta de regeneración celular. Por el contrario, en órganos en continua renovación como el epitelio intestinal, los cambios son mínimos. A continuación, se detallan aquellos cambios fisiológicos con mayor repercusión nutricional:⁶

- Órganos de los sentidos: La pérdida del gusto y del olfato se debe a una disminución del número y función de papilas gustativas y células olfatorias. Esto no permite apreciar el sabor y aroma de los alimentos, lo cual ocasiona menor

ingesta por falta de deseo y adición excesiva de sal a las comidas para sentirles el gusto. A esto se suman la disminución de la agudeza visual y de la sensibilidad táctil. Estas alteraciones funcionales reducen el placer por las comidas y el apetito, y son factores de riesgo para padecer desnutrición.⁶

- Aspectos digestivos:

- Boca: Se produce una alteración en el primer tiempo de la nutrición, a veces en grado severo. La ausencia de dientes o las prótesis dentarias inadecuadas obligan a limitar la trituración, por lo cual la digestión se vuelve más difícil y molesta. Esto induce al anciano a ser más selectivo en la alimentación y, en algunos casos, a rechazarla por las dificultades acompañantes. Además, se produce atrofia del tejido óseo maxilar y mandibular, disminución de la fuerza de los músculos masticatorios, atrofia de la mucosa oral con pérdida de la elasticidad, reducción del 40% del flujo salival, aumento de la cantidad de mucina, saliva espesa y viscosa y menor secreción de amilasa salival.³⁻⁶
- Estómago: Se produce una disminución de la motilidad y se enlentece principalmente el vaciado de líquidos, atrofia de la mucosa gástrica (Gastritis atrófica) y existe una menor secreción de ácido clorhídrico, pepsina y factor intrínseco.⁶
- Intestino delgado: ocurre una disminución de la actividad de la lactasa (intolerancia a lácteos), menor secreción de enzimas pancreáticas (alteración de la digestión), disminución de la capacidad absorbente general debido a hipo flujo y a la menor capacidad funcional de los mecanismos de transporte. Asimismo, las vellosidades se acortan y ensanchan, ocasionando cierto grado de malabsorción de calcio, hierro, vitamina B12, ácido fólico y zinc. Este sector de la población se torna muy vulnerable al déficit de micro y macronutrientes ya que el intestino delgado pierde la capacidad de adaptarse a bajas ingestas de calcio, contribuyendo a su menor absorción.⁶
- Intestino grueso: Se altera la estructura (las fibras colágenas se endurecen y reducen su tamaño) y se produce una disminución de la motilidad en colon y recto. La inmovilidad, los fármacos, la menor ingesta de líquidos y la presencia de comorbilidades son factores que contribuyen al enlentecimiento del tránsito y a la aparición de constipación y diverticulosis.⁶

- Cambios en la función renal: se origina una reducción del flujo plasmático renal; menor tasa de filtrado glomerular (60 ml/min); menor capacidad para concentrar solutos; disminución de la síntesis de 1,25 dihidroxicolecalciferol o vitamina D3 y el peso del riñón se encuentra disminuido en un 10%, debido al menor número y tamaño de las nefronas. Esto explica la sensibilidad de los ancianos a la ingesta insuficiente de agua y la frecuente aparición de hipovolemia e hiponatremia.⁶
- Cambios endócrino – metabólicos:
 - Ligero aumento del nivel de glucosa en sangre (1mg/dl por década).
 - Intolerancia a la glucosa, por falla de la capacidad de la insulina para estimular la captación de este combustible por los tejidos periféricos, dando lugar a un “síndrome de resistencia a la insulina”.
 - El 16% de ancianos mayores de 65 años presenta diabetes mellitus tipo 2, lo cual acelera el proceso de envejecimiento.
 - Menor capacidad para movilizar y metabolizar lípidos, contribuyendo a su acumulación en sangre, tejido adiposo y en otros tejidos.
 - Disminuye la función de la glándula tiroides.
 - Menor función del sistema renina-angiotensina-aldosterona.

Estos cambios conllevan a una disminución del metabolismo, hiponatremia e hipovolemia.⁶

- Cambios en la composición corporal:
 - a) Peso: se ve afectado por el envejecimiento. En general disminuye después de los 65 – 70 años. En los adultos mayores los cambios en el peso, además de los cambios en la composición corporal, ocurren aún en ausencia de enfermedad. En esta población una disminución leve e involuntaria del peso corporal, es un marcador importante e independiente de riesgo de mortalidad. Es por eso que en este grupo poblacional el dato de mayor utilidad no es la medición del peso, sino sus variaciones en un periodo de tiempo determinado. La pérdida de peso en esta población cobra importancia como factor predictivo de discapacidad y de morbimortalidad.⁷
 - b) Talla: En el anciano, los cambios propios del esqueleto determinan una disminución paulatina de la talla, que se manifiesta por lo general a partir de los 50 años y es progresiva. En esta etapa de la vida, la estatura se ve afectada

por procesos fisiológicos, tales como el aplastamiento de los discos intervertebrales, adelgazamiento de las vértebras y/o dificultad de mantener la postura erecta, dando como resultado una curvatura general de la columna, con el consecuente impacto en la longitud del cuerpo. La presencia de osteoporosis o artritis es un agregado a considerar en esa disminución.⁷

- c) Disminución del agua corporal total: El agua corporal total disminuye del 70% del peso corporal en el adulto al 10 – 5%, fundamentalmente a expensas del agua intracelular. La menor sensibilidad de los osmorreceptores y receptores de volumen predisponen a la deshidratación.⁶
- d) Aumento y redistribución de la grasa corporal: La masa grasa corporal total aumenta en ambos sexos, siendo mayor en mujeres. Esto se debe en gran parte a la disminución de la actividad física y a cambios hormonales (menor síntesis de testosterona y de hormona de crecimiento). La grasa corporal se redistribuye de forma diferente, aumenta el depósito en la región intraabdominal (grasa visceral) y en la región superior del tronco, disminuyendo en el tejido subcutáneo y en las extremidades. El aumento de la grasa visceral determina un aumento del perímetro de la cintura abdominal, con incremento del riesgo metabólico de padecer diabetes, dislipemia, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular.⁶
- e) Descenso de la masa muscular: Se relaciona con la pérdida de masa muscular o sarcopenia. A los 20 años de edad, el músculo esquelético representa el 45% del peso corporal total; a los 70 años éste disminuye al 27%. Esta pérdida se debe principalmente a una menor actividad física, lo que ocasiona una disminución de la fuerza muscular y menor capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas. La disminución de la fuerza es un factor de riesgo para padecer alteraciones del equilibrio y de la marcha, y caídas. La sarcopenia, que conlleva pérdida de fuerza muscular, es frecuente.⁶
- f) Disminución de la masa ósea: La pérdida del 40% del calcio determina la disminución del contenido mineral óseo, principalmente en mujeres. El 50% se pierde en los primeros cinco años posteriores a la menopausia y el resto, a partir de los 60 años. Esta situación aumenta la prevalencia de la fractura de cadera y de la mortalidad. Además, suele observarse osteoartritis, la cual,

dificulta la adquisición y preparación de alimentos; osteoporosis senil y acortamiento de la columna vertebral, que se manifiesta por la disminución de la talla, de esta manera, se afecta así, la autonomía y la independencia. La disminución de la masa magra, del agua corporal total y el enlentecimiento del recambio proteico, junto con un aumento de la masa grasa, condicionan una disminución del metabolismo basal.⁶

- Cambios en el sistema nervioso: Disminuye el peso encefálico total y el riego sanguíneo, lo cual repercute en las propiedades intelectuales, como la memoria y el razonamiento abstracto.⁶
- Depresión del sistema inmunitario: Se relaciona con una mayor frecuencia de infecciones, patologías autoinmunes y desarrollo de cáncer.³
- Disminución del gasto metabólico: Se produce una disminución del gasto metabólico basal, el gasto energético en reposo y el gasto por actividad física. El gasto energético diario se reduce alrededor del 6% entre los 50 y los 75 años, otra caída similar ocurre después de esta edad.⁶

Aspectos sociales del adulto mayor:

Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran individuos, vulnerables socialmente, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado.⁸

Se considera como vulnerabilidad social a la desprotección de un grupo cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos por no contar con recursos personales, sociales y legales.⁸

Según la OMS, se calcula que la población mundial de 60 años o más en 2050 alcanzará los 2000 millones como efecto del aumento de la esperanza de vida, como resultado del desarrollo socioeconómico de los países que se manifiesta en el aumento de la cobertura de servicios de salud, el progreso de la ciencia y la investigación en salud y la incorporación de hábitos y comportamientos saludables por parte de la población. Si bien el adulto mayor ofrece oportunidades para la sociedad, al poseer una gran experiencia que contribuye al desarrollo social; el envejecimiento plantea varios retos a la sociedad por el aumento de la demanda de atención primaria de salud, atención de casos agudos y enfermedades de larga duración y asistencia social. Así mismo, es importante resaltar la necesidad de realizar

arreglos sociales que permitan a las personas mayores el desarrollo de todas sus potencialidades en busca de un envejecimiento exitoso.⁸⁻⁹

Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades. En las modificaciones que deban realizarse están involucrados el Estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada uno de los individuos.⁹

En el contexto de América Latina, de 48 millones de adultos mayores en el año 2005 (8,8%) de la población se pasará a 114,5 millones en el 2030 (16,3%). Las protecciones estadísticas en los países en vía de desarrollo muestran que el crecimiento de la población mayor de sesenta años es más acelerado con respecto a los países desarrollados.⁸

Fragilidad del adulto mayor:

El término “fragilidad” ha variado a lo largo del tiempo y fue conceptualizado como: riesgo de “romperse”, aumento del riesgo de morir, susceptibilidad inusual de enfermar, pérdida de la fuerza y la resistencia. Los fenotipos más comúnmente relacionados incluyen: debilidad muscular, fragilidad ósea, desnutrición, riesgo de caídas, vulnerabilidad al traumatismo, vulnerabilidad a infecciones, alto riesgo de confusión, presión arterial inestable y disminución de las capacidades. La sarcopenia, pérdida de la masa muscular, es característica de la fragilidad.¹⁰⁻¹¹

Las diversas definiciones han incluido distintos focos, entre los que se encuentran: función física, función cognitiva y factores psicológicos y psicosociales. Numerosas investigaciones proponen que la fragilidad es un síndrome clínico basado en la presencia de signos y síntomas específicos. Se incluyen varias combinaciones de las siguientes componentes: debilidad, fatiga, pérdida de peso, baja actividad física, alteraciones en la movilidad, deterioro cognitivo, problemas sociales y mayor vulnerabilidad ante eventos adversos.¹⁰

Para definir la fragilidad como un síndrome, las alteraciones deben presentarse combinadas, es decir, una sola manifestación no es suficiente para reconocerlo.¹⁰

En diferentes estudios se ha visto que la presencia de fragilidad en un adulto mayor con enfermedades cardiovasculares le confiere un aumento de dos veces en la mortalidad, efecto que persiste incluso después de hacer los ajustes por edad y comorbilidad.¹²

En la última década han surgido numerosos intentos de encontrar cuáles son los criterios que identifican mejor a los pacientes frágiles. Una de las principales investigadoras sobre el tema, Linda Fried, definió la fragilidad de acuerdo con la presencia de al menos 3 de 5 criterios: fatiga crónica autorreferida, debilidad, inactividad, disminución de la velocidad de la marcha y pérdida de peso.¹⁰

Muchas veces el concepto de fragilidad se utiliza como sinónimo o se confunde con el de discapacidad. Si bien muchos individuos que son frágiles tienen también discapacidad, la fragilidad no es sinónimo de ella, definida ésta como la dificultad o dependencia para algunas actividades de la vida diaria.¹⁰

Es imprescindible que todos los profesionales de salud, especialmente los de atención primaria, identifiquen este grupo de adultos mayores para poder intervenir. El ejercicio físico constituye la mejor forma de intervención en la prevención y tratamiento de la fragilidad. De entre los diferentes programas de ejercicio, aquellos que se llevan a cabo de forma supervisada, durante 30 a 45 minutos 3 veces a la semana, durante al menos 4 meses, han sido los más efectivos para mejorar los marcadores de fragilidad.¹¹⁻¹²

Valoración del Estado Nutricional en el anciano:

La valoración del Estado Nutricional (VEN) es un conjunto de prácticas clínicas que permiten diagnosticar y evaluar el estado clínico nutricional de un individuo o de una población y controlar su evolución.⁶

En los adultos mayores, es muy importante en primer lugar realizar una valoración del estado nutricional para conocer las características del grupo y, a partir de los resultados, adecuar el plan alimentario según las necesidades nutricionales y las posibilidades alimentarias y evaluar si requieren suplementar su alimentación o recurrir al soporte nutricional.³

Valoración global subjetiva

Esta valoración fue validada en distintas situaciones patológicas con pacientes oncológicos; geriátricos; críticos; portadores de HIV y IRC, hepatopatías o trasplante renal, y es un buen predictor del tiempo de estadías hospitalaria.³

La capacidad predictiva de la valoración global subjetiva sobre el riesgo nutricional es independiente de los factores no nutricionales y de las comorbilidades.³

Minievaluación nutricional:

La minievaluación nutricional (Mini - Nutritional Assessment, MNA) es mínimamente invasiva, económica y fácil de efectuar. Consta de 18 ítems con datos dietéticos y antropométricos, y una valoración subjetiva del estado nutricional.³

Su versión resumida (MNA - Short form), de 6 ítems, permite un análisis inicial; en caso de constatar un estado nutricional inadecuado, se completa con una valoración más profunda.³

Evaluación integral objetiva:

Evaluación clínica y funcional

Indicadores clínicos: la exploración física del anciano no difiere demasiado respecto de la del adulto joven. Para una evaluación nutricional, interesa conocer el estado de la boca (encías, dientes, paladar blando, lengua, faringe, mucosas), además de la búsqueda de signos clínicos indicativos de algún tipo de deficiencia en la ingesta de vitaminas, minerales, proteínas o en el aporte calórico.³

Pruebas funcionales: se destacan la dinamometría (fuerza muscular de los miembros) y la espirometría (músculo respiratorio) y diversas pruebas inmunológicas.³

Anamnesis alimentaria

Las encuestas dietéticas proporcionan información sobre la ingesta de alimentos del anciano o grupo de ancianos. Pueden ser métodos prospectivos (registro alimentario) como retrospectivos (recordatorio de 24 horas y la frecuencia de consumo).³

En las personas que viven en residencias geriátricas, la detección y el manejo de la malnutrición calórico proteica es uno de los desafíos más importantes que enfrentan los profesionales.³

Los datos respecto del estado nutricional incluyen; desnutrición resultante de la reducción de ingesta de alimentos, sobrepeso y obesidad resultante del consumo excesivo de alimentos, deficiencias selectivas de nutrientes y desequilibrios debido a ingesta desproporcionada.³

Evaluación bioquímica

El estado nutricional puede ser evaluado a través de la lectura de ciertos parámetros bioquímicos. La masa proteica corporal puede ser medida a través de las concentraciones en

el plasma de las proteínas viscerales como la albúmina, prealbúmina y transferrina; la masa muscular a través de las proteínas somáticas como la creatinina sérica y la respuesta inmunitaria a través del número total de linfocitos (Normalidad: $>1800/\text{mm}^3$, Desnutrición severa: $<800/\text{mm}^3$). Los valores de todos ellos cuando están disminuidos, se asocian tanto a la presencia de desnutrición como a aumento en la morbilidad y mortalidad.⁷

Por otra parte, está demostrado que niveles disminuidos de colesterol total están asociados al riesgo de mortalidad en los adultos mayores. Valores $< 3,36 \text{ mmol/l}$ se asocian con desnutrición.⁷

Entre los micronutrientes que deben evaluarse por su significación en la determinación del estado nutricional y la fragilidad en ancianos, predictores de desarrollo de discapacidad, se encuentran el selenio, vitaminas B6, B12, caroteno y retinol.⁷

Evaluación antropométrica

Los métodos antropométricos permiten realizar una estimación del estado nutricional de las personas a través del análisis de las dimensiones de cuerpo y de cada segmento corporal.⁷

Peso

El peso es un indicador de la masa corporal total de un individuo y sirve para identificar balances positivos o negativos de energía. No obstante, es un valor que tomado aisladamente carece de utilidad.⁷

Una pérdida involuntaria mayor o igual al 5% en un mes o superior al 10% en 6 meses es un importante indicador de desnutrición. El porcentaje de desviación del peso habitual es un parámetro más significativo que el peso actual del paciente, aunque los cambios en el estado de hidratación corporal, como edema o ascitis, pueden impedir el correcto análisis e interpretación de los resultados.³

Talla

Se denomina talla a la estatura del hombre, siendo la estatura la longitud del cuerpo, medida de pies y cabeza. Esta medida, junto con el peso constituye una de las mediciones corporales más utilizadas debido a la sencillez y facilidad de su registro. La talla indica la medida de la longitud ósea alcanzada, y se obtiene en bipedestación a partir de los tres años de edad. En

consecuencia, es el parámetro fundamental para evaluar el crecimiento en longitud, pero no tiene la misma sensibilidad del peso ante deficiencias nutricionales. Sólo se ve afectado en las carencias prolongadas, en períodos de crecimiento.⁷

La talla aisladamente tiene muy poco valor para definir el estado nutricional en sujetos adultos o ancianos, pero su utilidad cambia cuando se la combina con otros datos antropométricos, construyendo índices que permiten una mejor evaluación del estado nutricional, como por ejemplo el Índice de masa corporal o el Índice creatinina – talla, o ecuaciones para estimar el gasto energético basal.⁷

Índice de Masa Corporal

Es un índice ampliamente utilizado que permite, a partir de una forma sencilla, clasificar a la población en un estado nutricional determinado. En ancianos, valores bajos de IMC han sido relacionados no solamente con un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también con una disminución de la eficiencia y la capacidad de trabajo físico, que implica incluso la disminución a la actividad física en esferas que no sean las propiamente productivas (recreativas, domésticas, etc.).⁷

Por otra parte, valores elevados de IMC entrañan un aumento de los riesgos de ser obeso y de incremento de la morbilidad y muerte por entidades como diabetes no insulino dependiente, hipertensión arterial, dislipemias, coronariopatías, entre otras afecciones. Se debe aclarar que dichas co- morbilidades pueden ser afectadas por una serie de factores como el tipo de dieta, el grupo étnico de pertenencia y el nivel de actividad.⁷

Pliegues cutáneos

Son mediciones del tejido adiposo de la región subcutánea de distintas partes del cuerpo, utilizados para determinar la grasa subcutánea de la zona en que se realizó la medición y la grasa corporal total. El contenido de grasa corporal puede estimarse a partir de las medidas de un solo pliegue o de la sumatoria de los pliegues de diferentes sitios del cuerpo. La sumatoria de pliegues permite una estimación más precisa que la utilización de la medición de un solo pliegue.⁷

El anciano sufre cambios en su composición corporal que hacen necesario utilizar tablas específicas, ya que la relación entre la grasa subcutánea y la grasa corporal total no es constante y disminuye con la edad.³

Circunferencia del brazo

La circunferencia del brazo mide los tejidos muscular, óseo y graso del brazo. Mediante fórmulas específicas se calcula el área muscular y el área grasa del brazo, en combinación con la medida del pliegue tricipital.⁷

Las áreas muscular y grasa del brazo son indicadores simples y efectivos del exceso de grasa corporal o de la desnutrición proteico-energética. Son más indicativas como índices de los compartimentos graso y muscular que la medida del pliegue tricipital y la circunferencia del brazo, ya que éstos subestiman la magnitud de los cambios del depósito adiposo y masa muscular.⁷

Una circunferencia braquial o pliegue tricipital por debajo del percentilo 10 señala a un paciente con alto riesgo de desnutrición.³

Circunferencia de cintura

Se relaciona de forma directa con la cantidad de tejido adiposo localizado en el tronco. Constituye una estimación bastante confiable de la grasa visceral en ancianos. La circunferencia de cintura sería uno de los indicadores antropométricos más fuertemente asociados con el riesgo cardiovascular en ancianos, ya que tiende a correlacionarse más con la grasa visceral que la relación cintura/cadera. Es una medida conveniente, simple e independiente de la talla, que además se correlaciona estrechamente con el índice de masa corporal, la masa grasa intraabdominal y con la grasa corporal total.⁷

Valores superiores a 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres indican un exceso de adiposidad y están relacionados con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.⁷

Circunferencia cadera

Es una medida que, combinada con la circunferencia de cintura permite hacer la relación cintura – cadera, describiendo el patrón de distribución de grasa corporal. Sin embargo, no

permite distinguir con exactitud, cuantitativamente entre la grasa subcutánea abdominal y la visceral.⁷

Índice cintura/cadera

La relación cintura / cadera es un indicador que describe el patrón de distribución de grasa corporal. Es útil para determinar la presencia de obesidad abdominal y está relacionada con riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.²⁻⁷

Circunferencia de pantorrilla

Es la medida más sensible de la masa muscular en ancianos, e indica modificaciones de la masa magra que se producen con el envejecimiento y la disminución de la actividad física.⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la utilización de la circunferencia de la pantorrilla como una medida para valorar el estado nutricional en el anciano, utilizada conjuntamente con la circunferencia del brazo, en virtud de que se mantiene más o menos estable en la edad avanzada y es un indicador indirecto y confiable de los niveles de masa muscular por el bajo contenido graso.⁷

Examen Clínico:

La exploración clínica está dirigida a valorar globalmente la nutrición y a detectar la existencia de manifestaciones carenciales y cualquier otro signo patológico. El examen clínico general se hará en la forma habitual, mediante la exploración sistemática y ordenada de todos los sistemas orgánicos. En este examen se intentará detectar la presencia de manifestaciones clínicas sugestivas de carencias nutricionales.⁷

Se deberán examinar el aspecto general, piel, tejido subcutáneo, mucosas, pelo, ojos, labios, encías y dientes, glándula tiroides, esqueleto, extremidades y síntomas neurológicos, donde se manifiestan con mayor frecuencia los signos de carencia o exceso de macro y micronutrientes.⁷

Malnutrición:

Los adultos mayores presentan riesgo de malnutrición debido a los cambios durante el envejecimiento en lo físico, psíquico y social, además de las modificaciones en los hábitos de vida.¹³

Al hablar de malnutrición se debe pensar en las dos posibilidades: por exceso o por déficit. En ambas posibilidades se debe trabajar en la prevención para asegurar una mejor calidad de vida.⁷

Malnutrición por exceso

Se observa especialmente en los ancianos que están más protegidos por su familia. Se estima que el peso comienza a aumentar a partir de los 40 a 50 años y decrece desde los 70 años.³

Con el envejecimiento declinan el requerimiento basal, la actividad física y el consumo de alimentos, pero no en forma proporcional. Por lo general, este grupo de personas ingieren más de lo que requieren, consumo una alta cantidad de alimentos procesados y densamente calóricos, lo que ocasiona un incremento del comportamiento graso total del organismo y de la adiposidad central, disminución de la masa corporal, mayor predisposición a comorbilidades asociadas con la obesidad y reducción de la actividad física.³⁻¹³

Es necesario tratar de mejorar este estado de malnutrición, pero no por esto someterlos a regímenes restrictivos. Se debe tener en cuenta que el acto de comer es muy importante para ellos y es uno de los pocos placeres de la vida que pueden gozar; a su vez es un grupo vulnerable de padecer malnutrición futura por déficit.³

Malnutrición por déficit

Los adultos mayores son una población expuesta a padecer deficiencias nutricionales importantes, sobre todo los de edad más avanzada, que viven solos o en residencias e instituciones geriátricas u hospitalarias en donde no se controla el estado nutricional.³

Factores como la redistribución de la grasa corporal y la pérdida de músculo esquelético, el deterioro sensorial del olfato y el gusto, las pérdidas dentales y las alteraciones gastrointestinales entre otros, llevan a la desnutrición.¹³

El diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo permitirán disminuir los porcentajes de desnutrición.³

Hábitos alimentarios:

La manera en que un individuo o grupo humano selecciona, prepara y consume determinados alimentos, constituyen los "HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN".

Los hábitos alimentarios son de naturaleza compleja y en su configuración intervienen múltiples factores que se pueden diferenciar en dos grandes bloques de condicionantes: el primero determinado por factores geográficos, climáticos, políticos, agropecuarios, económicos, de infraestructura y transporte, que influyen en la cantidad, variedad, calidad, tipo de alimentos disponibles y accesibles para el consumo. El segundo se refiere a los factores que intervienen en la toma de decisiones y en la elección individual de alimentos en base a la oferta disponible. Dentro de este grupo se destacan los aspectos psicológicos, sociales, antropológicos, culturales, tradiciones, simbolismo, nivel educativo, nivel de información y concientización por la salud y cuidado personal, el marketing, la publicidad y los medios de comunicación entre otros. El acto de comer tiene entonces, un significado complejo que excede con frecuencia la necesidad biológica de satisfacer los requerimientos energéticos y nutricionales individuales.¹⁴

Si los hábitos alimentarios establecidos por los adultos mayores son deficientes, es indudable que llevan varios años así. Estos hábitos no son fáciles de cambiar. Los malos hábitos alimenticios que empezaron a una edad avanzada también pueden representar problemas. La disminución del sueldo durante la jubilación, la falta de transporte, la discapacidad física y las instalaciones para cocinar inadecuadas pueden producir dificultades para seleccionar y preparar la comida. La anorexia por duelo, la soledad, el aburrimiento, la depresión o la dificultad para masticar pueden disminuir el consumo de alimentos. La demencia y el Alzheimer pueden hacer que los ancianos piensen que han comido cuando en realidad no lo han hecho.¹⁵

Por todo lo mencionado anteriormente resulta importante difundir que los adultos mayores adopten prácticas alimenticias y estilos de vida que minimicen el riesgo adicional de mala salud y potencien las perspectivas de un envejecimiento activo y saludable.¹⁴

Necesidades nutricionales:

Energía

Los requerimientos nutricionales deben estimarse individualmente o teniendo en cuenta las características medias de la población senescente a atender. La reducción de los requerimientos calóricos es la consecuencia de una disminución en el número de células funcionales y la consiguiente merma de los procesos metabólicos.¹⁶

La reducción de la actividad física que en la mayoría de los casos acompaña al envejecimiento contribuye a esta disminución en las necesidades energéticas. No se aconsejan planes de alimentación con menos de 1600 a 1800 kcal diarias ya que se asocian a inadecuados aportes de proteínas, calcio, hierro y vitaminas.¹⁶

Macronutrientes

Hidratos de Carbono

Se aconseja que representen del 45-65% del aporte energético, se dará preferencia a aquellos alimentos en los cuales predominan los carbohidratos complejos, ya que éstos exigen un cierto tiempo de digestión intestinal; lo que hace más lenta su absorción y evitan fluctuaciones elevadas de la glucemia postprandial. Los azúcares simples agregados no deberán exceder el 25% del total de energía. Se recomienda una cantidad no menor a 130 g de carbohidratos diarios para evitar la cetosis.¹⁶

Proteínas

Aunque existe controversia respecto a las necesidades proteicas en el adulto mayor, las mismas se calculan de igual manera que en los adultos más jóvenes: 0,8 g/kg de peso, cifra que debe corregirse por la digestibilidad de la alimentación. Estudios recientes sugieren que las necesidades estimadas a partir de la distribución porcentual pueden representar del 10 al 35% del total de energía.¹⁶

Grasas

Se sugiere el aporte del 20 al 35% del total de energía. Lo importante es la elección de la calidad de las grasas, a predominio de ácido oleico, siendo relevante su propiedad

antioxidante en el proceso de envejecimiento. Asimismo, el aporte de ácidos grasos poliinsaturados por su trascendencia biológica.⁶⁻¹⁶

Micronutrientes

Se deberán cubrir las necesidades de vitaminas y minerales de acuerdo a las recomendaciones nutricionales dadas para los Organismos Internacionales. Idealmente los aportes se cubren con el plan de alimentación, si los hábitos alimentarios no son los adecuados y la modificación de los mismos no es posible en el corto plazo, se aconsejará la utilización de un suplemento vitamínico-mineral en bajas dosis.¹⁶

Vitaminas

- Vitamina C: por su acción antioxidante se recomienda su uso en la prevención de enfermedades crónicas como arteriosclerosis, cataratas, cáncer, deterioro cognitivo o inmunodeficiencia. Una dieta adecuada no requiere suplemento, salvo en fumadores, ancianos enfermos y durante el invierno.
- Ácido Fólico: el incremento de su recomendación a 400µ/día logra reducir los niveles de homocisteína sérica. Es importante para la función cognitiva; su déficit estaría involucrado en la patogénesis de la depresión y otros trastornos psiquiátricos.
- Vitamina B1 (Tiamina): las mujeres presentan mayor riesgo de déficit. Diversos estudios demostraron que un 70% de los ancianos presenta déficit, especialmente en sujetos con riesgo de desnutrición o con insuficiencia cardíaca tratados con diuréticos a largo plazo. La carencia más importante se origina con la ingesta elevada de alcohol y un consumo elevado de hidratos de carbono.
- Vitamina B6 (Piridoxina): su déficit aumenta el riesgo de padecer enfermedades coronarias. Junto con el ácido fólico y la vitamina B12 están implicados en el metabolismo de la homocisteína. Por su acción en la síntesis de neurotransmisores, su déficit ocasiona alteración de la memoria y de la concentración.
- Vitamina D: el 87% de ancianos institucionalizados o recluidos tienen déficit de esta vitamina, contribuyendo a agravar la pérdida fisiológica de masa ósea con mayor incidencia de fracturas e hiperparatiroidismo secundario.
- Vitamina A (Retinol): debido al consumo indiscriminado de multivitamínicos y a su menor aclaramiento, existe mayor riesgo de toxicidad. No se recomienda el consumo

de cápsulas de carotenos, pues las evidencias epidemiológicas demostraron que poseen actividad pro oxidante, favoreciendo el desarrollo de cáncer y enfermedades cardiovasculares. Sólo los carotenos procedentes de la alimentación tienen acciones beneficiosas.

- Vitamina E: es un potente antioxidante. Su déficit es poco frecuente; cuando ocurre se relaciona con la aparición de cataratas, enfermedades de Alzheimer, Parkinson y con alteraciones de la inmunidad.
- Vitamina K: el uso de fármacos como las sulfamidas, los antibióticos que afectan la flora intestinal y los anticoagulantes dicumarínicos, así como la presencia de diarreas severas o el ayuno prolongado pueden ocasionar su déficit.⁶

Minerales

Tienen necesidades similares a la de los adultos, excepto para el hierro, debido a un incremento de sus depósitos con la edad y al cese de las menstruaciones. El zinc está involucrado en el gusto, en la cicatrización de heridas y en la regulación del sistema inmune. El cromo permite una óptima captación y utilización de glucosa a nivel celular. Las dietas disarmónicas, el alcoholismo, la interacción fármaco - nutriente, la malabsorción o la desnutrición severa pueden ocasionar déficit de cobre, manganeso o selenio.¹⁶

Agua

Es necesario no olvidar que el anciano debe ingerir una adecuada cantidad de agua, que le asegure una buena diuresis y la eliminación de catabolitos proteicos y otros residuos metabólicos. Esto se ve dificultado por la disminución en la sensación de sed que ocurre en la senectud.¹⁶

Caracteres físicos y químicos de la alimentación

Caracteres físicos

- Consistencia: Se modificará según la capacidad de masticar o deglutir la comida, adaptándose al individuo y a las patologías existentes.
- Fibra: El aporte recomendado es de 20 g/día en las mujeres a 30 g/día en los hombres (o 14 g por cada 1000 kcal). Si el anciano no está habituado a consumir estas cantidades; se irán incorporando los alimentos ricos en fibra lentamente según

tolerancia individual. La fibra cruda es mal tolerada en algunos ancianos; de ser así se administrará cocida y subdividida. Se aconseja el consumo de frutas, hortalizas, cereales integrales para aumentar el volumen de las heces, mantener una flora colónica útil y favorecer la evacuación de la materia fecal.

- Volumen: Estará en relación al apetito y a la capacidad digestiva individual.
- Fraccionamiento: Al menos 4 comidas diarias. Se ampliarán en casos de anorexia o adelgazamiento.¹⁶

Caracteres químicos

- Sabor y aroma: suave, realzar y preservar al máximo los sabores de los alimentos.
- Purinas: normo purínico, si no hay patologías que lo contraindiquen.
- Sodio: normo sódico, si no hay patologías que lo contraindiquen.¹⁶

Selección de alimentos y formas de preparación

Todos los alimentos pueden formar parte de la alimentación de un anciano sano, como así también todas las formas de preparación. Se aconsejará disminuir las frituras si estas no se realizan correctamente y deberá instruirse sobre la forma adecuada de realizarlas. En la selección de alimentos y formas de preparación en casos de dificultad en la masticación y/o deglución se deberá tener en cuenta, la incorporación de:

- Carnes picadas (blancas y/o rojas), en preparaciones tales como: panes, albóndigas, budines, hamburguesas, pasteles, salsas.
- Hortalizas subdivididas y cocidas en: purés, soufflés, budines (enriquecidos con queso, crema, leche, huevo, salsas, etc.).
- Frutas subdivididas: ralladas, en purés, picadas, cocidas al horno, en compota; enriquecidas con azúcar, merengue, almíbar, salsas, jugos.
- Legumbres: en purés, sopas, budines.

- Cereales y pastas: fideos de laminado fino, pastas rellenas, canelones, lasañas, arroz, sémola, avena, tapioca, almidón de maíz, enriquecidos con leche, huevo, queso, salsas, en preparaciones dulces o saladas.¹⁶

Características del plan alimentario:

Para establecer la alimentación de un anciano es importante ser cuidadoso con las restricciones alimentarias (chocolates, dulces, embutidos, etc.). En el momento de elaborar un plan alimentario, la alimentación debe ser:

- Variada, para evitar la monotonía.
- Equilibrada y armónica, para cubrir todas las necesidades nutricionales.
- Atractiva y agradable al gusto y el olfato, para que estimule el apetito.
- Alimentos completos, de fácil masticación y digestión.
- Abundante cantidad de líquidos (2 litros), repartidos en varias tomas (agua, caldo, jugos de frutas, gelatinas, infusiones).
- Rica en fibra: cereales integrales, legumbres, frutas y hortalizas (según tolerancia).
- Aumentar el consumo de alimentos ricos en calcio (leche, yogur y queso, preferentemente descremados).
- Evitar el consumo de alimentos ricos en grasas y colesterol (quesos cremosos, fiambres, embutidos, frituras, manteca, crema, productos de panadería).
- Reducir el consumo de sal y alimentos salados.
- Disminuir el consumo de alcohol.
- Evitar el exceso de azúcar.
- Respetar la opinión del consumidor. Se debe evitar restringir como norma un alimento. En algunos casos es más importante disminuir la cantidad que suprimirlo.³

Guías alimentarias para la Población Argentina:

Las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) son un instrumento educativo que adapta conocimientos científicos sobre requerimientos nutricionales y composición de los alimentos. Es una herramienta práctica que orienta a la población a la hora de la selección y del consumo de alimentos. Las mismas están destinadas para la población general mayor a 2 años de edad.¹⁷

Del mismo modo sirven de herramienta de planificación para sectores como: salud, educación, producción, industria, comercio, y todos los que trabajen en el área de alimentación.¹⁷

Es importante destacar que son de carácter nacional y para su diseño se contempló la situación alimentario – nutricional y epidemiológica de todo el país.¹⁷

Cabe mencionar que las GAPA estimulan la educación alimentaria tanto en la prevención de problemas de salud nutricionales originados por déficit de consumo de energía y nutrientes, como anemia; así como la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), tales como diabetes, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades vasculares (incluyendo cerebro, cardiovasculares y renales).¹⁷

El propósito de las guías es contribuir a un cambio de hábitos alimentarios en la población argentina que conlleven a mejorar su estado de salud y calidad de vida. Por ello, está conformada por 10 mensajes principales acompañados por sus mensajes secundarios y una gráfica que sintetiza la información.¹⁷

Mensajes y Grafica de las Guías Alimentarias para la Población Argentina¹⁷

Mensaje 1

INCORPORAR A DIARIO ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS Y REALIZAR AL MENOS 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FISICA.

- Realizar 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda, cena). Incluir frutas, verduras, legumbres, cereales, leche, yogur o queso, huevos, carnes y aceites.
- Realizar actividad física moderada continua o fraccionada todos los días para mantener una vida activa.
- Comer tranquilo, en lo posible acompañado y moderar el tamaño de las porciones.
- Elegir alimentos preparados en casa en lugar de procesados
- Mantener una vida activa, un peso adecuado y una alimentación saludable previene enfermedades.

Mensaje 2

TOMAR A DIARIO 8 VASOS DE AGUA SEGURA

- A lo largo del día beber al menos 2 litros de líquidos sin azúcar, preferentemente agua.
- No esperar a tener sed para hidratarse.
- Para lavar los alimentos y cocinar, el agua debe ser segura.

Mensaje 3

CONSUMIR A DIARIO PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS EN VARIEDAD DE TIPOS Y COLORES.

- Consumir al menos medio plato de verduras en el almuerzo, medio plato en la cena y 2 o 3 frutas por día.
- Lavar las frutas y verduras con agua segura.
- Las frutas y verduras de estación son más accesibles y de mejor calidad.
- El consumo de frutas y verduras diario disminuye el riesgo de padecer obesidad, diabetes, cáncer de colon y enfermedades cardiovasculares.

Mensaje 4

REDUCIR EL USO DE SAL Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SODIO.

- Cocinar sin sal, limitar el agregado en las comidas y evitar el salero en la mesa.
- Para reemplazar la sal utilizar condimentos de todo tipo (por ejemplo: pimienta, perejil, ají, pimentón, orégano).
- Los fiambres, embutidos y otros alimentos procesados (como caldos, sopas, conservas) contienen elevada cantidad de sodio, al elegirlos en la compra leer las etiquetas.

- Disminuir el consumo de sal previene la hipertensión, enfermedades vasculares y renales, entre otras.

Mensaje 5

LIMITAR EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE ALIMENTOS CON ELEVADO CONTENIDO DE GRASAS, AZÚCAR Y SAL.

- Limitar el consumo de golosinas, amasados de pastelería y productos de copetín (como palitos salados, papas fritas de paquete, etc.).
- Limitar el consumo de bebidas azucaradas y la cantidad de azúcar agregada a infusiones.
- Limitar el consumo de manteca, margarina, grasa animal y crema de leche.
- Si se consumen, elegir porciones pequeñas y/o individuales. El consumo en exceso de estos alimentos predispone a la obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, entre otras.

Mensaje 6

CONSUMIR DIARIAMENTE LECHE, YOGUR O QUESO, PREFERENTEMENTE DESCREMADOS.

- Incluir 3 porciones al día de leche, yogur o queso.
- Al comprar mirar la fecha de vencimiento y elegirlos al final de la compra para mantener la cadena fría.
- Elegir quesos blandos antes que duros. Tienen menor contenido de grasas y sal.
- Los alimentos de este grupo son fuente de calcio y necesarios en todas las edades.

Mensaje 7

AL CONSUMIR CARNES QUITARLE LA GRASA VISIBLE, AUMENTAR EL CONSUMO DE PESCADO E INCLUIR HUEVO.

- La porción diaria de carne se representa por el tamaño de la palma de la mano.

- Incorporar carne con las siguientes frecuencias: pescado 2 o más veces por semana, otras carnes blancas 2 veces por semana y carnes rojas hasta 3 veces por semana.
- Incluir hasta un huevo por día especialmente si no se consume la cantidad necesaria de carne.
- Cocinar las carnes hasta que no queden partes rojas o rosadas en su interior previene las enfermedades transmitidas por alimentos.

Mensaje 8

CONSUMIR LEGUMBRES, CEREALES PREFERENTEMENTE INTEGRALES, PAPA, BATATA, CHOCLO O MANDIOCA.

- Combinar legumbres y cereales es una alternativa para reemplazar la carne en algunas comidas.
- Entre las legumbres puede elegir arvejas, lentejas, soja, porotos y garbanzos y entre los cereales arroz integral, avena, maíz, trigo burgol, cebada y centeno entre otros.
- Al consumir papa o batata lavarlas adecuadamente antes de la cocción y cocinarlas con cáscara.

Mensaje 9

CONSUMIR ACEITE CRUDO COMO CONDIMENTO, FRUTAS SECAS O SEMILLAS.

- Utilizar dos cucharadas soperas al día de aceite crudo.
- Optar por otras formas de cocción antes que la fritura.
- En lo posible alternar aceites (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y canola).
- Utilizar al menos una vez por semana un puñado de frutas secas sin salar (maní, nueces, almendras, avellanas, castañas, etc.) o semillas sin salar (chía, girasol, sésamo, lino, etc.)
- El aceite crudo, las frutas secas y semillas aportan nutrientes esenciales.

Mensaje 10

EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DEBE SER RESPONSABLE. LOS NIÑOS, ADOLESCENTES Y MUJERES EMBARAZADAS NO DEBEN CONSUMIRLAS. EVITARLAS SIEMPRE AL CONDUCIR.

- Un consumo responsable en adultos es como máximo al día, dos medidas en el hombre y una en la mujer.
- El consumo no responsable de alcohol genera daños graves y riesgos para la salud.

Grafica de la alimentación diaria ¹⁷(ANEXO 1)

La gráfica de la alimentación diaria hace referencia al consumo de distintos grupos de alimentos que se deben distribuir a lo largo del día. Su elaboración se basó en la proporción de alimentos dentro de un círculo en base a las cantidades representadas por porciones que se recomiendan consumir al día.¹⁷

La distribución fue la siguiente:

El grupo de **frutas y verduras** representa el 45% de la imagen, del lado izquierdo del círculo. El propósito es resaltar la importancia de aumentar la cantidad de estos productos en la alimentación diaria, elegir variedad de los mismos y al menos 5 porciones por día. Una porción equivale a medio plato de verduras o una fruta chica. No se incluyen papa, batata, choclo y mandioca en este grupo. Son fuente principal de vitamina A y C, fibra, agua y de minerales, como el potasio y el magnesio. ¹⁷

A la derecha del grupo anterior siguiendo el sentido de las agujas del reloj, se ubica el grupo de **legumbres, cereales, papa, pan y pastas** que ocupa el 27 % de la imagen. Fuente principal de hidratos de carbono complejos, fibra (en el caso de las legumbres y los cereales integrales) y vitaminas del complejo B. Se busca promover el consumo de legumbres y optar por cereales y derivados integrales. La papa, batata, choclo y mandioca (vegetales feculentos) se incluyen en este grupo porque la composición nutricional de estas verduras es más similar a los cereales que a las hortalizas. ¹⁷

El grupo de **leche, yogur y queso** ocupa el 12 % de la imagen a la derecha del grupo anterior. Fuente principal de calcio, aportan proteínas de alto valor biológico, vitaminas A y D. Se

busca promover el consumo de 3 porciones y la elección de las versiones con menor aporte de grasa (descremado o parcialmente descremado), preferentemente. Una porción equivale a una taza de leche líquida o un pote de yogur o una rodaja de queso fresco.¹⁷

Un 9 % de la gráfica corresponde al grupo de **carnes y huevos**. Se busca resaltar la importancia de incorporar pescado y huevo en la alimentación y que las carnes sean magras. Se recomienda una porción por día, que equivale al tamaño de la palma de la mano o media porción de carne más un huevo.¹⁷

El grupo de **aceites, frutas secas y semillas** ocupando el 4% de la gráfica. Fuente principal de vitamina E y antioxidantes. El aceite y las semillas tienen grasas de buena calidad que aportan ácidos grasos esenciales. Se enfatiza la importancia de la incorporación de frutas secas y semillas, el uso del aceite preferentemente crudo y sin el agregado de sal en frutas secas y semillas. Se recomienda el consumo de 3 porciones por día de este grupo. Una porción equivale a una cucharada de aceite o un puñado cerrado de frutas secas o una cucharada de semillas.¹⁷

El 3% de la imagen corresponde a los **alimentos de consumo opcional** (mayonesa, crema, manteca, grasas sólidas, azúcar, dulces, mermeladas, bebidas e infusiones azucaradas, alfajores, galletitas dulces, chocolates, golosinas, snacks, panificados dulces o salados, tortas, postres azucarados, helados, barra de cereales con azúcar agregada, cereales de desayuno con azúcar agregada). Los alimentos de este grupo no deberían formar parte de la alimentación diaria, ya que su consumo en exceso daña nuestra salud -aumentando el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, entre otras enfermedades. Tienen excesivas cantidades de grasas, azúcares y/o sal, además de conservantes, aditivos y colorantes.¹⁷

Se suman 3 elementos importantes: el consumo de **agua segura**, ubicándose en el centro de la gráfica, cuya finalidad es resaltar su consumo. Siendo la recomendación 8 vasos diarios o equivalente de 2 litros de agua segura de red y no envasadas, sin azúcar. Se destaca el no esperar a tener sed para hidratarse. Además, se hace hincapié en la **actividad física** y el **menor consumo de sal** rodeando a los grupos de alimentos que conforman la alimentación diaria. Buscando promover un menor consumo de sal agregado como así también de alimentos con alto contenido en sodio y evitar el salero en la mesa; y realizar actividad física diaria al menos 30 minutos con el fin de mantener una vida activa.¹⁷

Actividad Física en la ancianidad:

Cuando observamos los cambios frecuentes del envejecimiento, una de las principales características es la disminución de la actividad física y la tendencia a la inmovilidad. Junto a ello vemos que aparecen con mayor frecuencia diversas enfermedades y problemas asociados que comprometen la salud física y mental, la capacidad funcional y la vida social de las personas.¹⁸

La OMS define la actividad física como los movimientos corporales producidos por los músculos esqueléticos que consumen energía. La actividad física se refiere a todos los movimientos hacia o desde un lugar en particular o como parte del trabajo, incluso durante el tiempo libre. La actividad física moderada e intensa mejora tu salud (OMS, 2020).¹⁹

En los adultos mayores, la actividad física es de vital importancia, ya que proporciona un estilo de vida saludable y más activo. El ejercicio y el deporte son eficaces para prevenir, tratar y recuperarse de enfermedades y conducir a una buena salud.¹⁹

Los beneficios que proporciona en esta población son: mejoran las habilidades de autogestión, mejor bienestar. Además, aumenta el tono y la masa muscular y, por consiguiente, la fuerza; mejora la hemodinámica y la dinámica respiratoria y su eficacia. Por otro lado, previene enfermedades como aterosclerosis, dislipemia y osteoporosis y ayuda al control de la diabetes. Por último, aumenta la flexibilidad, el equilibrio y la movilidad de las articulaciones.¹⁹

Hidratación en el adulto mayor:

El agua es un componente o sustancia primordial para todos los seres vivos de cualquier edad, pero especialmente para las personas mayores; hasta tal punto que no es posible sobrevivir sin ella más allá de una semana. Presenta funciones esenciales para el organismo (transporte y disolvente de fluidos orgánicos, lubricante de tejidos y articulaciones, termorregulación, protección de infecciones, digestión, dilución, absorción y eliminación de toxinas).²⁰

El agua representa aproximadamente las dos terceras partes del peso corporal, pero a medida que envejecemos, va disminuyendo la proporción de agua del organismo, pasando del 80% del peso corporal en los niños, hasta el 60% en hombres y el 50% en mujeres de edad avanzada.²⁰

Es cierto que, en personas sanas, un consumo deficiente de líquidos no conlleva a un riesgo inmediato de deshidratación, debido a los mecanismos compensadores que permiten un amplio margen de ingestión; si bien no es menos cierto que va produciendo un estado de déficit de agua corporal o deshidratación crónica, que alteran la homeostasis orgánica.²⁰

Las personas mayores son especialmente sensibles a la deshidratación; su prevalencia puede oscilar entre el 12% y el 50% y hay varios factores que pueden asociarse a ella tanto a nivel clínico como funcional, mental o social. Por ello, importante destacar que, en los adultos mayores, las manifestaciones clínicas por pérdidas de líquidos en fases iniciales, son bastantes inespecíficas, e incluso atípicas, manifestándose en forma de caídas, desorientación, déficit cognitivo o síndrome confusional; y por tanto poco fiables para su detección, especialmente en los mayores con problemas mentales.²⁰⁻²¹

Según un estudio publicado en eBioMedicine de los Institutos Nacionales de la Salud, afirma que los adultos que se mantienen bien hidratados parecen ser más saludables, desarrollan menos afecciones crónicas, como enfermedades cardíacas y pulmonares, y viven más que aquellos que no obtienen suficientes líquidos.²²

Usando datos de salud recopilados de 11.255 adultos durante un periodo de 30 años, los investigadores analizaron los vínculos entre los niveles séricos de sodio, que aumentan cuando disminuye la ingesta de líquidos, y varios indicadores de salud. Descubrieron que los adultos con niveles séricos de sodio en el extremo superior de un rango normal tenían más probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas y mostrar signos de envejecimiento biológico avanzado que aquellos con niveles séricos de sodio en los rangos medios. Los adultos con niveles más altos también tenían más probabilidades de morir a una edad más temprana.²²

Como se nombró anteriormente, las GAPA recomiendan el consumo de al menos 2 litros de agua segura por día, sin azúcar, preferentemente agua y no esperar a tener sed para hidratarse.¹¹

ANTECEDENTES DEL TEMA:

El estudio titulado: **“Condiciones de vida, estado nutricional y estado de salud en adultos mayores, Córdoba, Argentina”**,²³ realizado por L. Acosta, E.D Carrizo, E. Peláez, V. Torres, en la provincia de Córdoba; en el año 2015.

El objetivo del estudio fue describir y comparar el estado nutricional y el estado de salud de dos grupos de adultos mayores de diferentes condiciones de vida, residentes en la ciudad de Córdoba. Se trató de un estudio descriptivo, correlacional y transversal. Se llevó a cabo en dos grupos; adultos mayores concurrentes a Comedores Sociales de la Provincia de Córdoba (CSPC) y el otro grupo, adultos mayores afiliados a la obra social universitaria Dirección de Asistencia Social del Personal Universitario (DASPU). En cuanto a la recolección de datos, se utilizaron los siguientes parámetros antropométricos: Índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura (CC) e índice cintura cadera (ICC). Para la determinación del estado de salud, se utilizaron indicadores subjetivos (autopercepción de salud, autoinforme de enfermedades crónicas), obtenidos a través de una encuesta. Los resultados obtenidos fueron: en hombres, se observó mayor sobrepeso y obesidad en el grupo DASPU; mientras que en las mujeres no se encontraron mayores diferencias. En cuanto a los indicadores del estado de salud, se observó en ambos sexos, una mejor percepción de la salud en el grupo DASPU, mayor prevalencia de diabetes en hombres del grupo CSPC, hipertensión en mujeres de CSPC y tumor maligno en hombres del grupo DASPU. Se concluyó que las condiciones sociales de vida influyen en el estado nutricional y de salud en esta población, sobre todo en hombres; esto implica riesgos diferentes para ambos grupos.

Otro estudio cuyo título es: **“Estado nutricional e influencia de factores de riesgo de desnutrición, en una población de ancianos, institucionalizados y ambulatorios, de la ciudad de Santa Fe; en el año 2014”**,²⁴ cuyo objetivo fue evaluar el estado nutricional, analizar la influencia de factores de riesgo de desnutrición en adultos mayores institucionalizados y ambulatorios, y establecer diferencias entre ambas poblaciones. Se trató de un estudio descriptivo, comparativo y transversal. La muestra fue de 87 adultos mayores de 65 años; 44 ancianos residían en el Hogar de Ancianos y 43 concurren al Centro de Jubilados y Pensionados. Para la recolección de datos se utilizó el Test Mini Nutricional Assessment (MNA) para evaluar el estado nutricional. Además, se analizaron otras variables como la capacidad funcional utilizando el Test de Katz, capacidad cognoscitiva mediante el Test cognoscitivo de Lobo, síntomas depresivos empleando la escala de Depresión geriátrica (Yesavege), nivel de instrucción, estado civil, convivencia, situación económica, sexo y edad de los adultos mayores.

También se analizaron las asociaciones existentes entre el estado nutricional y los factores de riesgo. Los resultados fueron: 5% de prevalencia de desnutrición en el Hogar de ancianos y del 2% en el Centro de jubilados, prevalencia de riesgo de desnutrición del 43% en los institucionalizados y del 19% en los ambulatorios. Además, el 61% en el hogar de ancianos y el 53% en el centro de jubilados, presentaron un nivel medio de instrucción; el 73% de los institucionalizados y el 63% de los ambulatorios se encontraban viudos; en el centro de jubilados, el 53% vivían solos; el 57% de los institucionalizados presentaron un ingreso mínimo y el 58% de los ambulatorios un ingreso medio; síntomas de depresión 27% en los institucionalizados y un 16% en los ambulatorios. Por último, el 48% (institucionalizados) y el 28% (ambulatorios) presentaron deterioro cognitivo. Se concluyó que en la mayoría de los adultos mayores ambulatorios presentaron un buen estado nutricional, en cambio, en los institucionalizados se observó riesgo de desnutrición (43%).

Otro estudio cuyo título es: **“Patrones alimentarios de adultos mayores en una región argentina y su relación con factores socioeconómicos”**,²⁵ realizado por M. Geri, E. Gutiérrez y G. González, en la provincia de Buenos Aires; en el año 2019, cuyo objetivo fue estudiar los patrones de consumo de alimentos en adultos mayores de la provincia de Buenos Aires y relacionarlos con factores socioeconómicos. A partir de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares revelada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos entre 2012 y 2013, se describió estadísticamente el consumo de alimentos de 259 hogares de la provincia de Buenos Aires habitados exclusivamente por adultos mayores. De los 303 alimentos consumidos, se excluyeron 76 por no poder clasificarlos en un único grupo o por encontrarse medidos en unidades y no poder dimensionar las cantidades consumidas en kilos o litros. Mediante pruebas de diferencia de media y proporciones, se estableció relaciones entre el puntaje de los hogares en cada patrón alimentario, el ingreso promedio y la condición de vivir solo o sola. Los resultados obtenidos fueron: en función de las cargas factoriales asociadas a cada grupo alimentario, los patrones que, en conjunto, explican el 44,6% de la varianza total son dieta variada tradicional, dieta anti proteica, dieta vegetariana y dieta de hidratos de carbono. Además, se observó que, en todos los grupos de alimentos, excepto en el de carne, el 50% o más de los hogares consume cantidades inferiores a las recomendadas para la unidad de referencia. Por otro lado, se evidencio un elevado consumo promedio de carnes, cantidades inferiores a las recomendadas de leche y yogurt. Se concluyó que el nivel de ingreso y la condición de vivir solo son factores que podrían estar asociados a la adopción o

no de la dieta variada tradicional, patrón alimentario recomendado por las guías alimentarias para la población argentina.

Los artículos citados anteriormente aportan información del contexto en que viven los adultos mayores y los diversos factores que afectan directa e indirectamente la calidad de vida de los mismos. Por ejemplo, se hace mención de los hábitos alimentarios y cómo los mismos están atravesados por múltiples factores como ser los fisiológicos, enfermedades, psicológicos, sociales, económicos y culturales. También, se pone en evidencia el grado de vulnerabilidad que padece este tipo de población y de la importancia de una correcta evaluación del estado nutricional en los mismos, junto con un correcto abordaje nutricional.

PLANTEO DEL PROBLEMA:

¿Son adecuados los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores que asisten al centro de jubilados de la zona sur de Rosario?

JUSTIFICACIÓN:

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital; desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte.²⁶

En los adultos mayores, cambios muy sutiles en el estado nutricional pueden tener efectos adversos sobre su situación funcional y su calidad de vida. Este grupo poblacional es más susceptible que el de los adultos jóvenes a los trastornos nutricionales debido a una combinación de factores. Entre los mismos se encuentran los cambios fisiológicos que modifican sus requerimientos nutricionales y la utilización de los alimentos por el organismo, así como también la coexistencia de enfermedades físicas y/o mentales, el aislamiento social, modificaciones en la ingesta de medicamentos, los cambios culturales y la situación de vulnerabilidad económica en la que muchos de ellos desarrollan esta etapa de la vida.²⁷⁻²⁸

Los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento, lo que disminuye su calidad de vida. Por ello que cualquier variación en su alimentación, afecta directamente sobre la calidad de vida del mismo²⁹

Por todo lo remarcado anteriormente, esta investigación tiene como objetivo lograr conocer y analizar el estado nutricional y los hábitos alimentarios de los adultos mayores que viven en sus hogares.

HIPÓTESIS:

Los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los adultos mayores no son adecuados.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Conocer el estado nutricional y los hábitos alimentarios de los adultos mayores que asisten al centro de jubilados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la realización de la actividad física, el tipo, la duración y la frecuencia.
- Determinar el índice cintura / cadera y compararlo según sexo.
- Relacionar el estado nutricional con el Índice cintura/cadera.

MARCO METODOLOGICO

ÁREA DE ESTUDIO:

Esta investigación se realizó en un centro de jubilados, ubicado en la zona sur de Rosario, provincia de Santa Fe. Se inauguró en el año 1991, y depende de PAMI. En el mismo se realizan diversas actividades semanales y actividades especiales anuales destinadas a los adultos mayores, las cuales se desarrollan todos los días. Los talleres que se dictan son computación, yoga, pilates, gimnasia, tejido a dos agujas y pintura. Además, cuenta con servicio de nutrición los días jueves.

TIPO DE ESTUDIO:

Cualitativo, cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal.

UNIVERSO:

Todos los adultos mayores que concurren al centro de jubilados.

POBLACIÓN:

47 adultos mayores de 65 años que asisten al centro de jubilados.

MUESTRA:

36 adultos mayores que concurren al centro de jubilados que cumplen con los siguientes criterios de inclusión y de exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Todos los adultos mayores de 65 años que concurren al centro de jubilados, de la ciudad de Rosario.
- Aquellos adultos mayores de 65 años que aceptaron responder el cuestionario de manera voluntaria.
- Adultos mayores de 65 años que se encontraban cognitivamente aptos para responder el cuestionario y auto válidos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos menos de 65 años.
- Adultos mayores de 65 años que no aceptaron responder el cuestionario de manera voluntaria.
- Aquellos adultos mayores de 65 años dependientes, con problemas neurológicos y cognitivos.
- Aquellos adultos mayores de 65 años que no concurren al centro de jubilados.

VARIABLES:

- **Valoración del estado nutricional**
- **Índice cintura/cadera**
- **Hábitos alimentarios**

- **Valoración del estado nutricional**

Dimensiones: relación peso/ talla al cuadrado. Índice ampliamente utilizado que permite clasificar a la población en un estado nutricional determinado.⁷

Indicador: Peso/talla² (Kg/m²)

Categorización:

Clasificación	IMC (Kg/m ²)
Desnutrición Severa	<16
Desnutrición Moderada	16 – 19,9
Desnutrición Leve	17 – 18,4
Peso insuficiente	18,5 – 21,9
Normopeso	22 – 26,9
Sobrepeso	27 – 29,9
Obesidad grado I	30 – 34,9
Obesidad grado II	35 – 39,9
Obesidad grado III	40 – 40,9
Obesidad grado IV	≥50

Fuente: Wanden. Berghe, Carmina. Valoración antropométrica en Valoración nutricional del anciano. Documento de consenso. SENPE – SEGG. Novartis.

- **Índice cintura/ cadera**

Dimensiones: relación cintura/ cadera útil para determinar la presencia de obesidad abdominal y está relacionada con riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.³⁰

Indicador: Perímetro cintura / perímetro cadera

Categorización: Distribución del tejido adiposo.

SEXO	SUPERIOR O ANDROIDE	INFERIOR O GINOIDE
Varones	> 0,95	<0,75
Mujeres	>0,85	<0,70

Fuente: Torresani, Somoza. Lineamientos para el cuidado nutricional

- **Hábitos alimentarios**

Dimensiones: 10 mensajes de las Guías alimentarias para la población argentina.¹¹⁻³¹

A continuación, se detallan los puntos de corte correspondientes a los 10 mensajes de las Guías Alimentarias para la Población Argentina.

Mensaje 1: Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física.

Evalúa la frecuencia de comidas que cada sujeto de la investigación realiza en forma diaria.

RECOMENDACIÓN: 4 comidas diarias (Desayuno, Almuerzo, Merienda y Cena)

INSUFICIENTE: menos de 4 comidas diarias.

ADECUADO: 4 – 6 comidas diarias.

EXCESIVO: 7 o más comidas diarias.

Evalúa si el adulto mayor realiza actividad física y su frecuencia.

RECOMENDACIÓN: 30 minutos diarios = 150 minutos semanales de actividad física.

% de adecuación: 90% (135 minutos) – 110% (165 minutos).

INSUFICIENTE: menor a 135 min semanales.

ADECUADO: de 135 minutos a 165 minutos semanales.

Mensaje 2: Tomar a diario 8 vasos de agua segura.

Evaluar el consumo de agua por día. 2 litros por día.

RECOMENDACIÓN: 8 vasos por día.

Porcentaje de adecuación: 7 a 9 vasos por día.

ADECUADO: 7 – 9 vasos por día.

INSUFICIENTE: < 7 vasos por día.

Mensaje 3: Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores.

RECOMENDACIÓN: frutas 300 gramos (gr) diarios.

% de adecuación: 90% (270gr) – 110% (330gr)

ADECUADO: de 270 gr a 330 gr diarios.

INSUFICIENTE: menos de 270 gr diarios.

Excesivo: mayor a 330 gr diarios.

RECOMENDACIÓN: verduras 400 gr por día.

% de adecuación: 90% (360 gr) – 110% (440gr)

INSUFICIENTE: menor a 360g diarios.

ADECUADO: de 360 gr a 440 gr diarios.

EXCESIVO: mayor a 440 gr diarios.

Mensaje 4: Reducir el consumo de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.

Evalúa el agregado de sal a las comidas que los adultos mayores consumen diariamente.

RECOMENDACIÓN: 5 gr. 90% (4 gr) – 110% (6 gr).

ADECUADO: de 4 a 6 gr diarios.

EXCESIVO: mayor a 6 gr diarios.

Mensaje 5: Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal.

Consumo de azúcar agregada.

RECOMENDACIÓN: azúcar añadida menos del 10% del total de la energía diaria = 50 gr por día (10 cucharaditas). (1 cucharada de tipo té equivale a 5gr).

ADECUADO: menos al 10% del total de la energía diaria = 50 gr por día.

EXCESIVO: mayor o igual al 10% del total de la energía diaria = 50 gr por día.

Consumo de ultra procesados.

ADECUADO: no consume.

INADECUADO: consume.

Productos ultra procesados: golosinas, galletitas, amasado de pastelería, productos de copetín.

Mensaje 6: Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.

Evalúa el consumo de leche, yogur o queso diariamente.

RECOMENDACIÓN: 3 porciones por día descremados preferentemente.

% de adecuación: de 2 a 3 porciones por día.

INSUFICIENTE: menor de 2 porciones por día.

ADECUADO: de 2 a 3 porciones por día.

EXCESIVO: mayor a 3 porciones por día.

Mensaje 7: Al consumir carne quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo.

RECOMENDACIÓN: porción diaria 130 gr.

% DE ADECUACIÓN: 90% (117 gr) – 110% (143 gr).

INSUFICIENTE: menor de 117 gr por día.

ADECUADO: de 117 gr a 143 gr por día.

EXCESIVO: más de 143 gr por día.

RECOMENDACIÓN: HUEVOS: 1 unidad por día.

% de adecuación: 90% (1/2 unidad) – 110 % (2 unidades).

INSUFICIENTE: menos de ½ unidades por día.

ADECUADO: de ½ unidad a 2 unidades por día.

EXCESIVO: mayor a 2 unidades por día.

Mensaje 8: consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca.

RECOMENDACIÓN: 250 gr diarios.

% de adecuación: 90% (225 gr) – 110% (275 gr).

INSUFICIENTE: menos de 225 gr diarios.

ADECUADO: de 225 gr a 275 gr diarios.

EXCESIVO: más de 275 gr diarios.

Mensaje 9: Consumir al día aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas.

RECOMENDACIÓN: 2 cucharadas soperas en crudo equivalen a 30 gr por día.

% de adecuación: 90% (27 gr) – 110% (33 gr).

INSUFICIENTE: menos de 27 gr por día.

ADECUADO: de 27 gr a 33 gr por día.

EXCESIVO: más de 33 gr por día.

Mensaje 10: El consumo de bebidas a alcoholicas debe ser responsable. Los niños, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas. Evitarlas siempre al conducir.

RECOMENDACIÓN: cantidad máxima recomendada en hombres 2 medidas.

ADECUADO: hasta 2 medidas por día

EXCESIVO: más de 2 unidades por día.

RECOMENDACIÓN: cantidad máxima recomendada en mujeres 1 medida.

ADECUADO: hasta 1 medida por día.

EXCESIVO: más de 1 medida por día.

Control Puntos de Corte de los Mensajes GAPA.

Validación GAPA: (Cantidad de mensajes cumplidos).

IDEAL 100%: 10 mensajes.

SUFICIENTE 60%: 6 mensajes.

INSUFICIENTE <60%: menos de 6 mensajes

Considerando que cada mensaje de las guías alimentarias se cumple cuando más del 50% de los encuestados satisfacen las recomendaciones de dicho mensaje.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizaron como instrumentos una encuesta nutricional semi abierta para conocer los hábitos alimentarios, un recordatorio de 24 horas para calcular la ingesta del 10% de azúcares añadidos y un cuestionario de frecuencia de consumo con el fin de obtener información cuanti - cualitativa del consumo de alimentos. Este método (retrospectivo) se investiga a través del recordatorio del paciente la frecuencia con que son consumidos todos los alimentos en un tiempo determinado.⁶ A través de la encuesta nutricional además se obtuvo información sobre la actividad física.

En cuanto a la evaluación del estado nutricional se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC), cuya ecuación es peso/talla.⁷

Para la medición de peso se utilizó una balanza de precisión o báscula de pie con un margen de error de 100g.¹⁶

En cuanto a la talla, se utilizó un tallímetro fijo con cartabón deslizante y visor, fijado a una pared.⁷

Por último, para el cálculo del índice cintura/ cadera se procedió a la realización de la ecuación perímetro cintura / perímetro cadera. Anteriormente se midió la cintura y la cadera utilizando el instrumento de la cinta métrica metálica e inextensible. Cabe mencionar que este índice es útil para determinar la presencia de obesidad abdominal y está relacionada con riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.⁷

Para la relación entre variables se aplicó el test estadístico de Fisher, tomando como significativos valores de p-value inferiores al 0,05 ($p \leq 0,05$). Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 23.0

PROCEDIMIENTO:

Inicialmente se acordó un día y un horario con la coordinadora del centro de jubilados con el fin de solicitarle su autorización para poder llevar a cabo las encuestas. El día establecido se le explicó a la misma en qué consistía la encuesta, el tiempo aproximado que se necesitaría para poder realizarla y se programó el día para la recolección de datos.

Primeramente, se pidió el consentimiento a los participantes y luego, se explicó la encuesta a los mismos y las mediciones que les iba a realizar. La encuesta estaba conformada por preguntas semi abiertas, donde explique cada uno de las preguntas a medida que cada adulto mayor iba completando la encuesta. Luego se les entregó el cuestionario de frecuencia de consumo donde ellos tuvieron que marcar con una cruz el casillero correspondiente según su frecuencia de consumo y el recordatorio de 24 hs donde el adulto mayor tuvo que anotar todo lo que consumió el día anterior.

En cuanto a las mediciones antropométricas; se les indicó a los adultos mayores que se acerquen a la balanza calibrada y se les pidió que se coloquen en el centro de la misma con los brazos a los costados del cuerpo para posteriormente realizar la lectura. Con respecto a la medición de la talla; se les pidió a los adultos mayores que se quiten el calzado y se ubiquen

en posición parada con los pies juntos, los talones sin elevar, en posición erecta, con talones, glúteos y parte superior de la espalda tocando la pared. Se posicionó la cabeza en plano de Frankfort y los brazos al costado del cuerpo. Luego, se procedió a deslizar la pieza móvil hasta tocar la coronilla de la cabeza del sujeto para posteriormente efectuar la lectura.⁷

Circunferencia de cadera: se ayudó al sujeto a que se ubique en posición erguida, con los brazos cruzados, los pies juntos y abdomen relajado. Se colocó la cinta rodeando la parte más prominente de la región glútea (cadera), en un plano horizontal al suelo. Luego se procedió a leer y registrar el valor.⁷

Circunferencia de cintura: Se le pidió al adulto mayor que mantenga la posición erguida, pero con los brazos a los costados del tronco y el abdomen relajado. Le solicité que la zona de la cintura esta descubierta. Me situé detrás del paciente y con la cinta métrica rodeo la cintura en la parte más estrecha del tronco en la región lumbar. En algunas personas me costó ubicar el punto de la medición, por lo cual le pedí al sujeto que me ubiqué la última costilla y la parte más sobresaliente del hueso de la cadera, para poder identificar la medición.

Posteriormente, les agradecí por la predisposición que han tenido.⁷

TRABAJO DE CAMPO

Resultados:

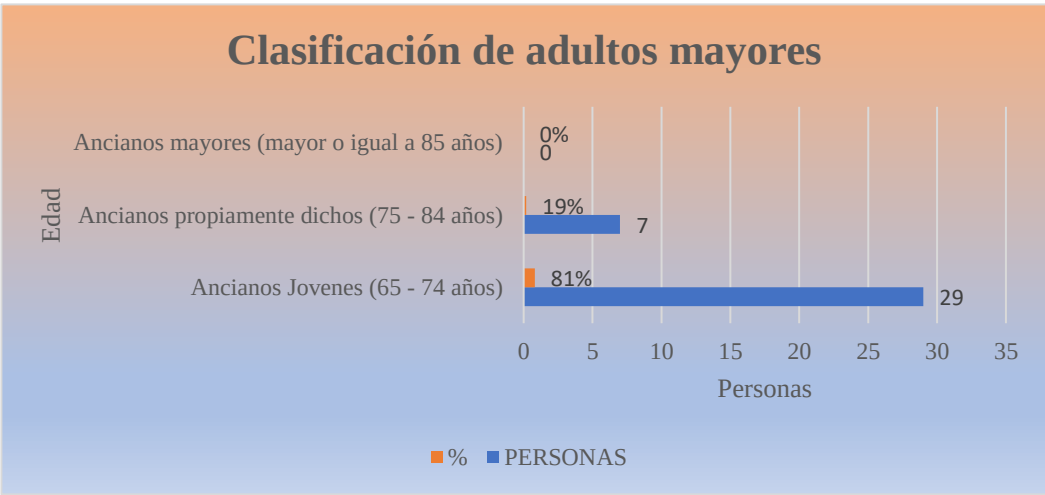
A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de una encuesta realizada a adultos mayores que pertenecen al Centro de Jubilados de la ciudad de Rosario.

Tabla 1: Prevalencia según edad

Edad	Frecuencia	%
Ancianos Jóvenes (65 - 74 años)	29	81%
Ancianos propiamente dichos (75 - 84 años)	7	19%
Ancianos mayores (mayor o igual a 85 años)	0	0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 1:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

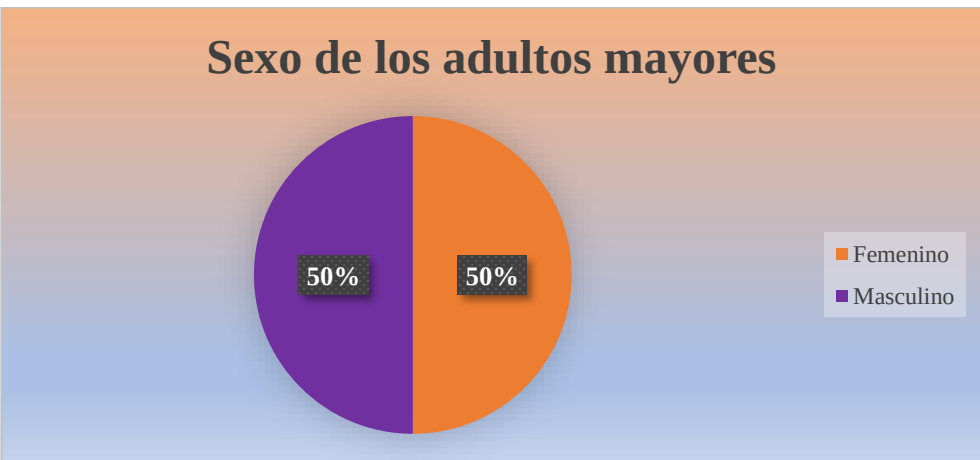
De acuerdo a los datos obtenidos, más de la mitad de los adultos mayores que asisten al centro de los jubilados se encuentran en la clasificación de Ancianos Jóvenes, representando el 81% del total (n=29). El 19% restante corresponde a Ancianos propiamente dichos (n=7).

Tabla 2: Prevalencia según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	18	50%
Masculino	18	50%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 2:



Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos, 2023

Del total de los adultos encuestados, el 50% (n=18) corresponde al sexo femenino, y el 50% (n=18) restante al sexo masculino.

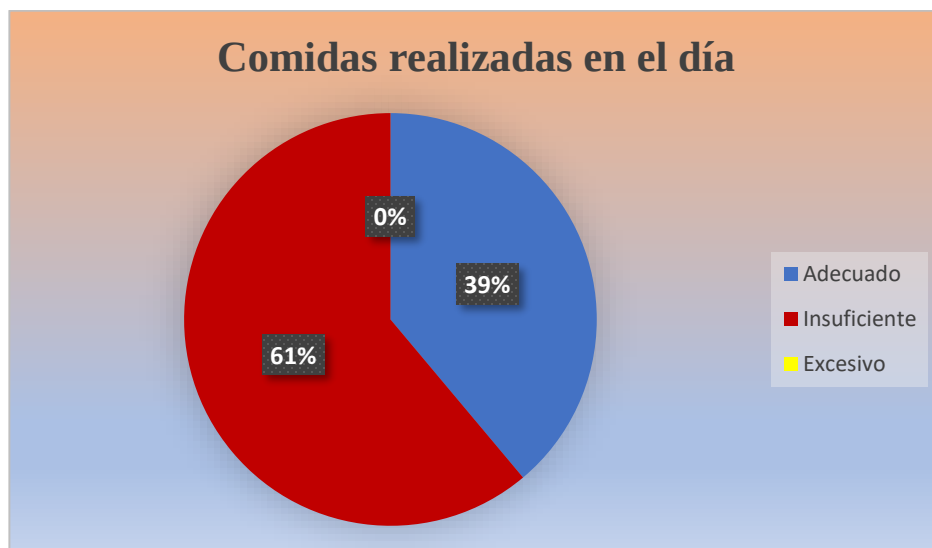
Mensaje 1:

Tabla 3: Distribución de adultos mayores según la cantidad de comidas realizadas por día.

Comidas que realiza por día	Frecuencia	%
Adecuado	14	39%
Insuficiente	22	61%
Excesivo	0	0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 3:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

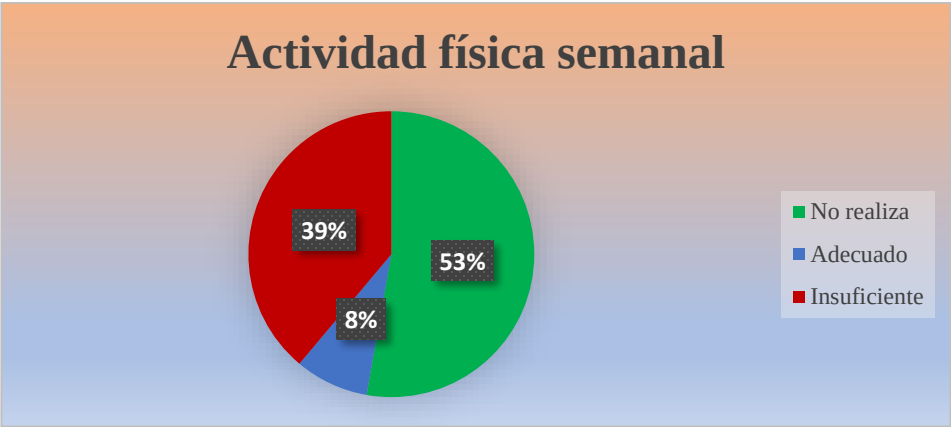
En el gráfico número 3, se puede observar que el 39% (n=14) de los encuestados cumplen con las recomendaciones de las GAPA (de 4 a 6 comidas/día), en cambio, el 61% (n=22) no las cumplen (3 o menos comidas/día).

Tabla 4: Actividad física semanal.

Actividad física semanal	Frecuencia	%
No realiza	19	53%
Adecuado	3	8%
Insuficiente	14	39%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 4:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

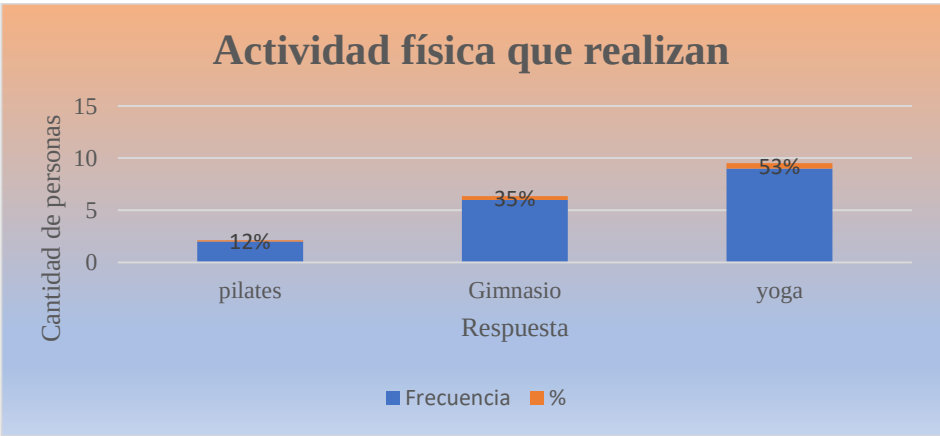
Con respecto a la actividad física, el 53% (n=19) de los encuestados no realiza; en cambio, el 47% (n=17) si realiza actividad física. De este último grupo, sólo el 8% (n=3) alcanza la recomendación semanal según las GAPA (de 135 minutos a 165 minutos semanales), y el 39% (n=14) no alcanza la recomendación semanal (menor a 135 minutos semanales), lo que se considera “Insuficiente”.

Tabla 5: Actividad física que realizan.

Actividad física que realizan	Frecuencia	%
Pilates	2	12%
Gimnasio	6	35%
Yoga	9	53%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 5:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

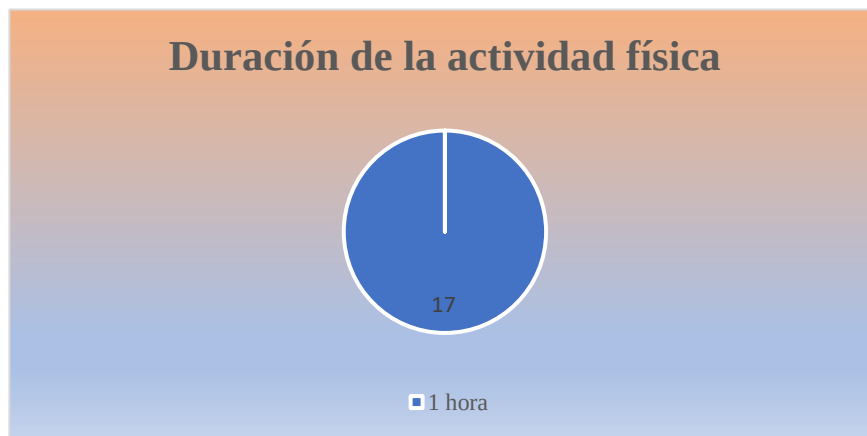
En cuanto a la actividad física que realizan, el 12% (n=2) ha manifestado como actividad física pilates, el 35% (n=6) gimnasio y el 53% (n=9) yoga.

Tabla 6: Duración de la actividad física.

Duración	Frecuencia	%
1 hora	17	100%
Total	17	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 6:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

En este gráfico se pudo observar que la duración de la actividad física es de una hora.

De acuerdo a los datos obtenidos, el **mensaje nro. 1** “no se cumple”. En el gráfico 4 podemos observar que el mayor porcentaje (61%) de los encuestados consumen habitualmente 3 o menos comidas por día, no cumpliendo la recomendación indicada por las GAPA. Por otro lado; tampoco se cumple la recomendación de la actividad física, ya que el 53% no realiza; y el 39% de las encuestados que, si hacen, no cumple lo mínimo recomendado por semana.

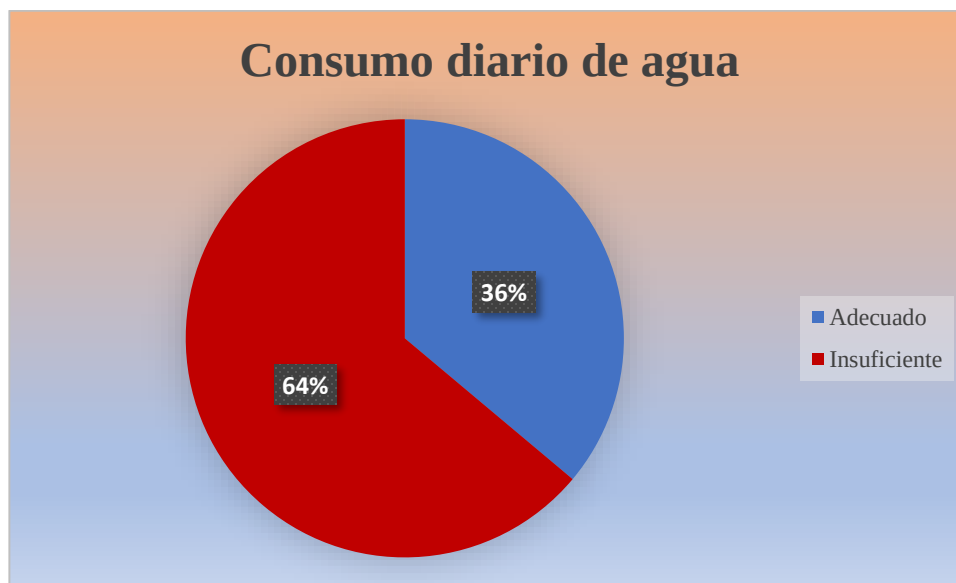
Mensaje 2:

Tabla 7: Consumo diario de agua.

Consumo diario de agua	Frecuencia	%
Adecuado	13	36%
Insuficiente	23	64%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 7:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Del total de los adultos mayores, el 100% (n=36) refiere consumir agua. El 36% (n=13) cumple con el mensaje de las recomendaciones de las GAPA (de 7 a 9 vasos por día). En cambio, el 64% (n=23) no alcanza la recomendación diaria de ingesta hídrica (menos de 7 vasos por día), lo que se considera “Insuficiente”.

En el gráfico nro. 7 podemos visualizar que el **mensaje nro.2 “no se cumple”** debido a que el 64% de los encuestados consume menos de 7 vasos por día, por lo que se considera “Insuficiente”. Sólo el 36% consumen de 7 a 9 vasos todos los días (adecuado).

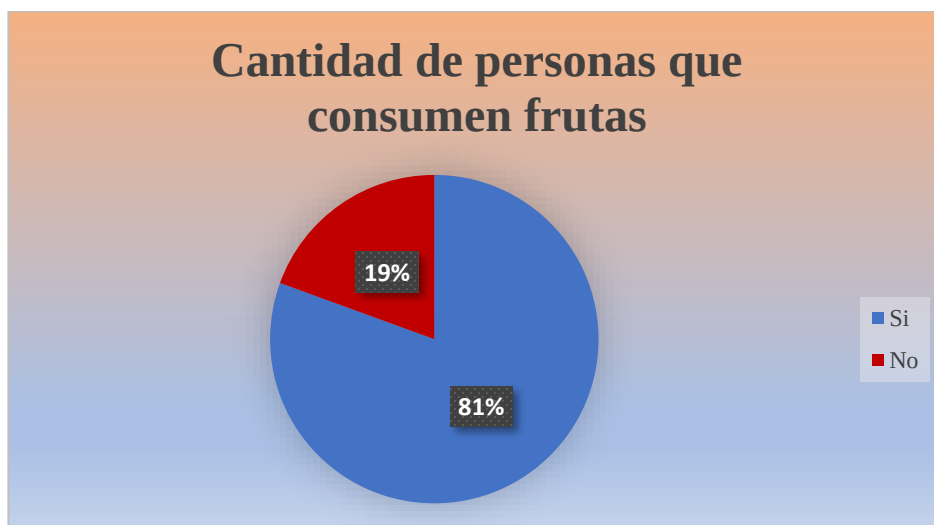
Mensaje 3:

Tabla 8: Cantidad de adultos mayores que consumen frutas.

Consumo de frutas	Frecuencia	%
Si	29	81%
No	7	19%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 8:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

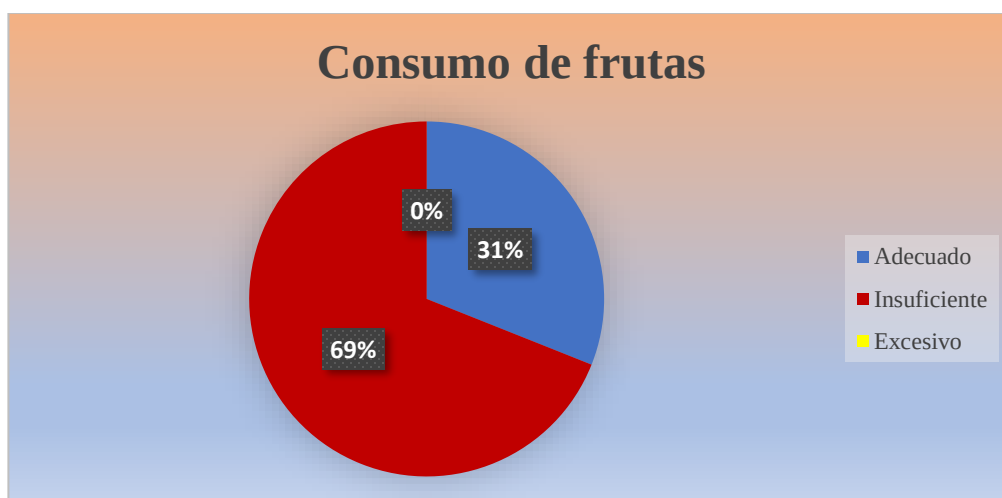
Del total de los encuestados, el 81% (n=29) consumen frutas, mientras que el 19% (n=7) no consumen.

Tabla 9: Consumo de frutas diario.

Consumo de frutas	Frecuencia	%
Adecuado	9	31%
Insuficiente	20	69%
Excesivo	0	0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 9:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

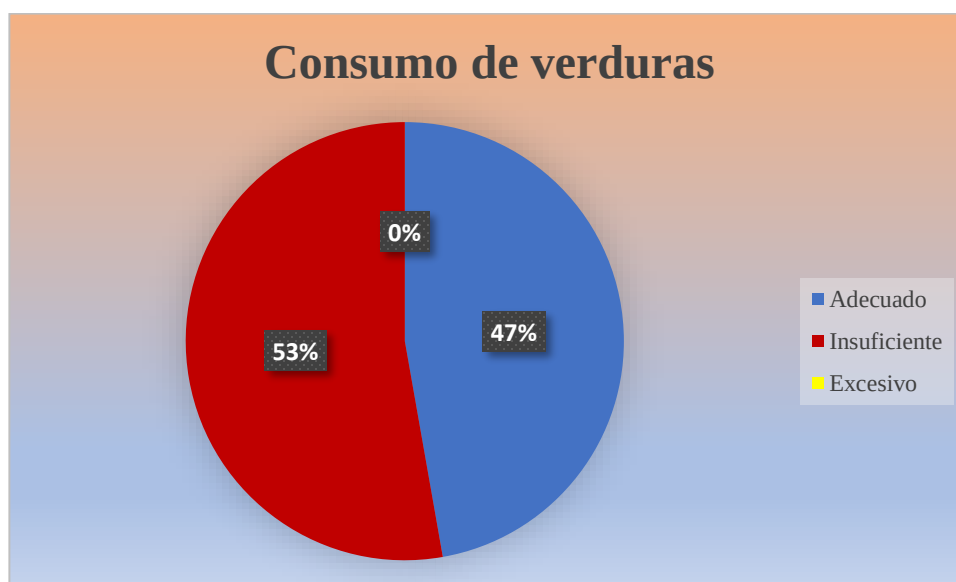
Según el gráfico 9; del 81% (n=29) de los adultos mayores que consumen frutas, el 31% (n=9) cumple con el mensaje 3 recomendado por las GAPA de frutas (de 270 gr a 330 gr.). El 69% (n=20) consume de manera insuficiente (menos de 270 gr.). No se ha registrado exceso de consumo de frutas.

Tabla 10: Consumo de verduras diario.

Consumo de verduras	Frecuencia	%
Adecuado	17	47%
Insuficiente	19	53%
Excesivo	0	0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 10:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Del total de adultos mayores 100% (n=36); el 47% (n=17) cumplen con el mensaje 3 recomendado por las GAPA (de 360 gr a 440 gr de verduras por día, adecuado), mientras que el 53% (n=19) consume de forma insuficiente (menor a 360gr de verduras por día). No se ha registrado exceso de consumo de verduras.

Podemos visualizar en los gráficos 8, 9 y 10 que el **mensaje nro.3 “no se cumple”**; ya que, en el caso de las frutas, el 69% (n=20) consumen habitualmente menos de 270 gramos de frutas por día, por lo que es “insuficiente” su consumo, sumado a que el 19% (n=7) directamente no las consumen. En el caso de las verduras; si bien todos la consumen, el 53%

(n=19) ingieren de forma insuficiente (menos de 360gr de verduras por día) y el 47% (n=17) consumen de manera adecuada.

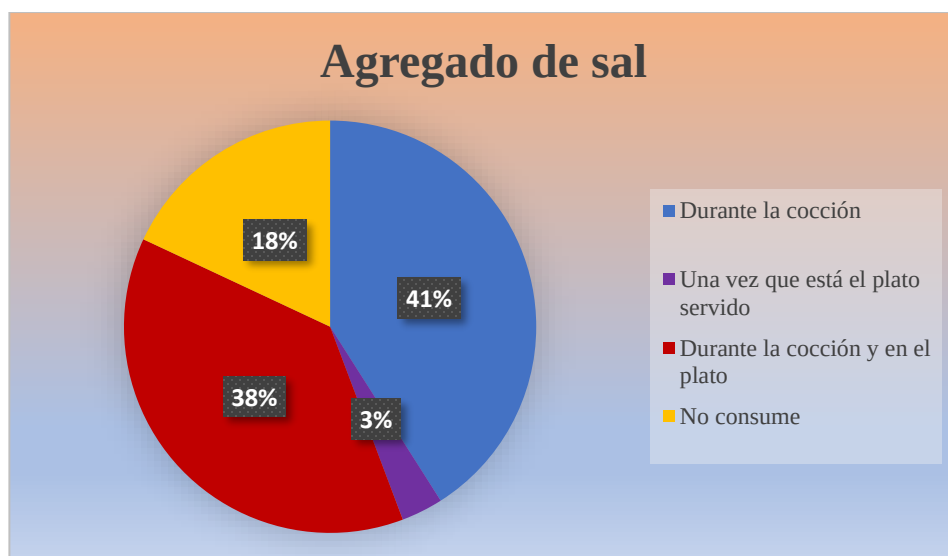
Mensaje 4:

Tabla 11: Agregado de sal.

Agregado de sal	Frecuencia	%
Durante la cocción	25	41%
Una vez que está el plato servido	2	3%
Durante la cocción y en el plato	23	38%
No consume	11	18%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 11:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

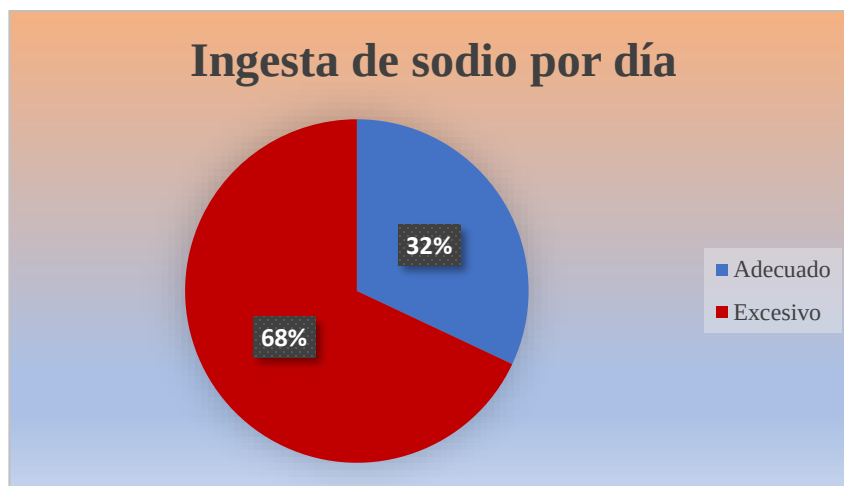
Según los datos recabados, el 18% (n=11) no consume sal. El 41% (n=25) le agrega sal durante la cocción, el 3% (n=2) le agrega solo una vez que el plato está servido, y el 38% (n=23) le adiciona sal durante la misma y cuando el plato está servido. En este caso, no se cumple la recomendación de limitar el agregado de sal en las comidas.

Tabla 12: Ingesta de sodio por día.

Ingesta de sodio por día	Frecuencia	%
Adecuado	8	32%
Excesivo	17	68%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 12:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

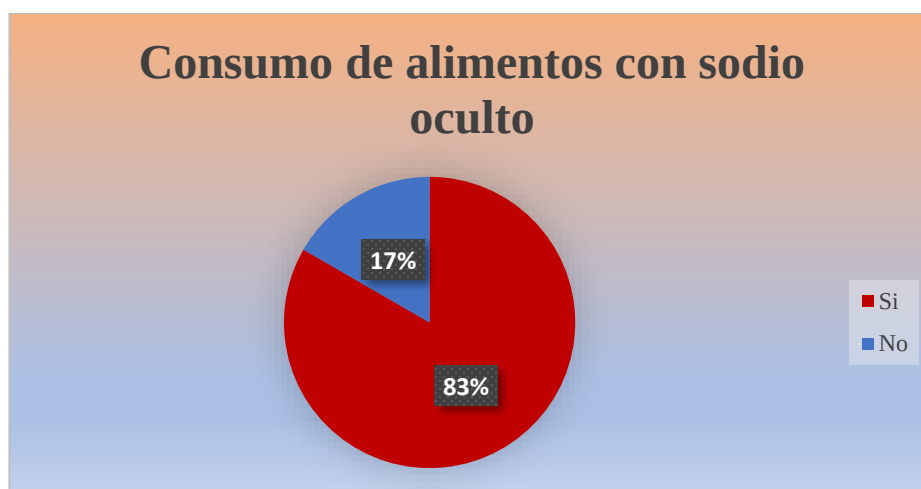
Según los resultados podemos observar que más de la mitad; es decir, el 68% (n=17) no cumple con las recomendaciones de las GAPA, ya que su consumo es excesivo (mayor a 6 gramos de sal por día). En cambio; el 32% (n=8) si cumple.

Tabla 13: Consumo de alimentos con sodio oculto.

Consumo de alimentos con sodio oculto	Frecuencia	%
Si	30	83%
No	6	17%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 13:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Con respecto al consumo de alimentos con sodio oculto; el 83% (n=30) consumen alimentos con sodio oculto, y el 17% (n=6) no lo consumen. Por lo tanto, no se cumple la recomendación de limitar el consumo de sodio oculto.

Según los datos obtenidos por los gráficos 11, 12 y 13, el **mensaje nro. 4 “no se cumple”**. La ingesta de sodio es excesiva (mayor a 6 gramos de sal por día) en más de la mitad de los adultos mayores (68%) y es mayor el porcentaje que consumen alimentos con sodio oculto diariamente (83%). Además, no se cumple la recomendación de cocinar sin sal y limitar el agregado de sal, ya que el 41% (n=25) le agrega sal durante la cocción, el 3% (n=2) le agrega solo una vez que el plato está servido, y el 38% le adiciona sal durante la misma y cuando el plato está servido.

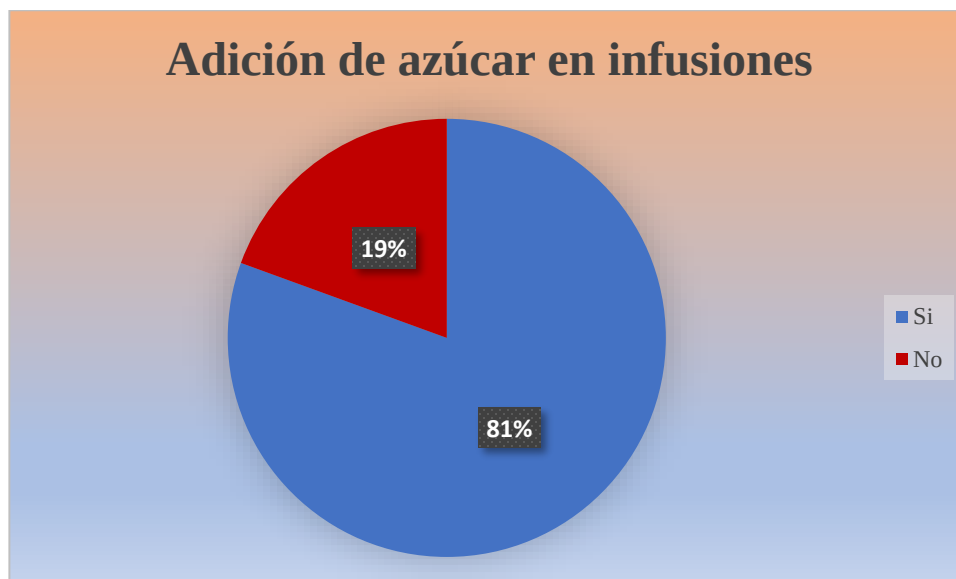
Mensaje 5:

Tabla 14: Adición de azúcar en infusiones.

Adición de azúcar en infusiones	Frecuencia	%
Si	29	81%
No	7	19%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 14:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Del total de los encuestados, el 81% (n=29) refiere que adiciona azúcar a sus infusiones, mientras que el 19% (n=7) indica no hacerlo.

Tabla 15: Azúcar añadido.

Azúcar añadido	Frecuencia	%
Adecuado	6	17%
Excesivo	30	83%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 15:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

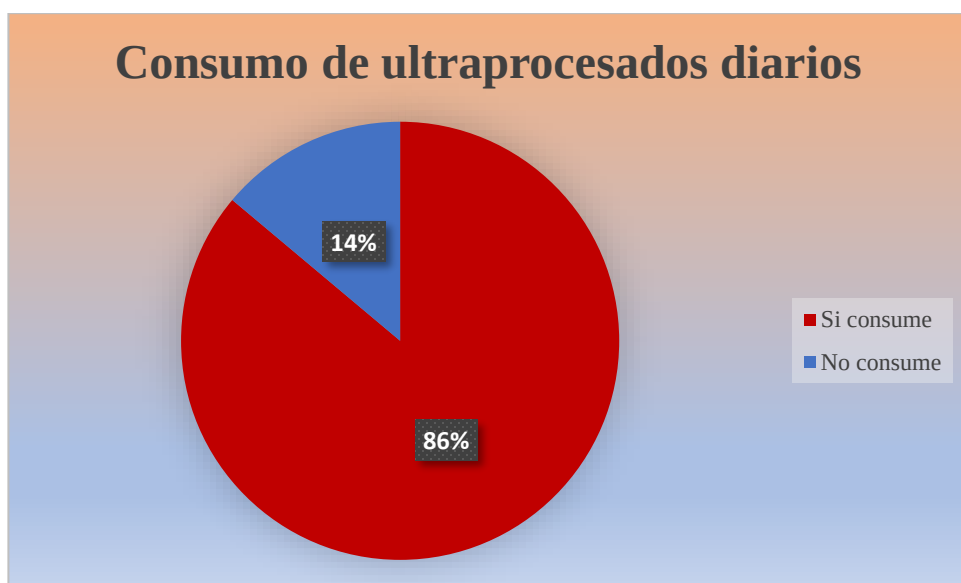
De los datos obtenidos, más de la mitad, es decir el 83% (n=30) excede la recomendación del mensaje 5 de las GAPA. Por otro lado, el 17% (n=6) cumple con dicha recomendación.

Tabla 16: Consumo de ultraprocesados diarios.

Consumo de ultraprocesados diarios	Frecuencia	%
Si consume	31	86%
No consume	5	14%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Gráfico 16:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Como se observa en el gráfico; del 100% (n=36) de los encuestados, el 86% (n=31) consume productos ultra procesados. Por lo cual, no se cumple con las recomendaciones del mensaje 5 de las GAPA. El 14% (n=5) restante si lo cumple.

Según los datos obtenidos en los gráficos 14, 15 y 16, el **mensaje nro.5** “no se cumple”. Más de la mitad de los encuestados, el 86% (n=31) de estos consumen productos ultra procesados diarios. Además, el 83% (n=30) excede la recomendación de azúcar añadido.

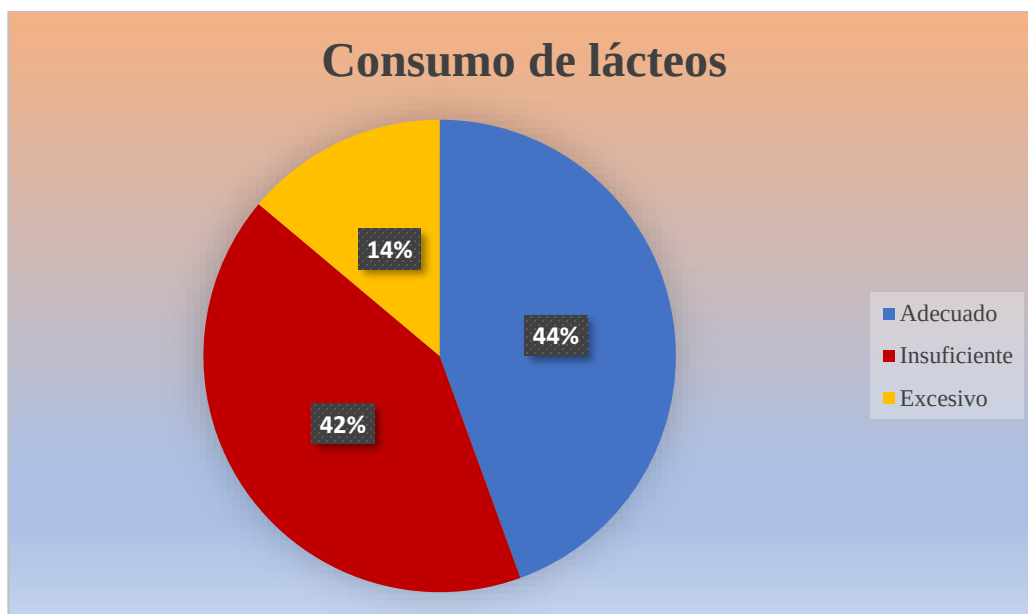
Mensaje 6:

Tabla 17: Consumo de lácteos diario.

Consumo de lácteos	Frecuencia	%
Adecuado	16	44%
Insuficiente	15	42%
Excesivo	5	14%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 17:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Según se observa en el gráfico 17; del total de adultos mayores encuestados (n=36), el 44% (n=16) cumplen con la cantidad recomendada por las GAPA de lácteos (de 2 a 3 porciones por día), el 42% (n=15) consume de manera insuficiente, y el 14% (n=5) de manera excesiva.

Como podemos ver en el gráfico 17; el **mensaje 6 “no se cumple”**. Menos de la mitad de los adultos mayores 44% (n=16) cumplen con la cantidad de consumo recomendada por las GAPA de lácteos (de 2 a 3 porciones por día).

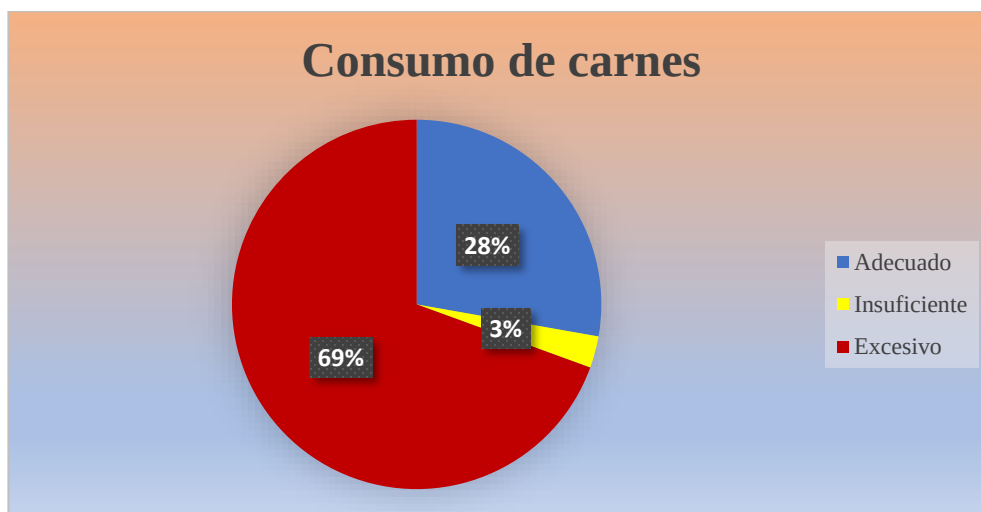
Mensaje 7:

Tabla 18: Consumo de carnes por día.

Consumo de carnes	Frecuencia	%
Adecuado	10	28%
Insuficiente	1	3%
Excesivo	25	69%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 18:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

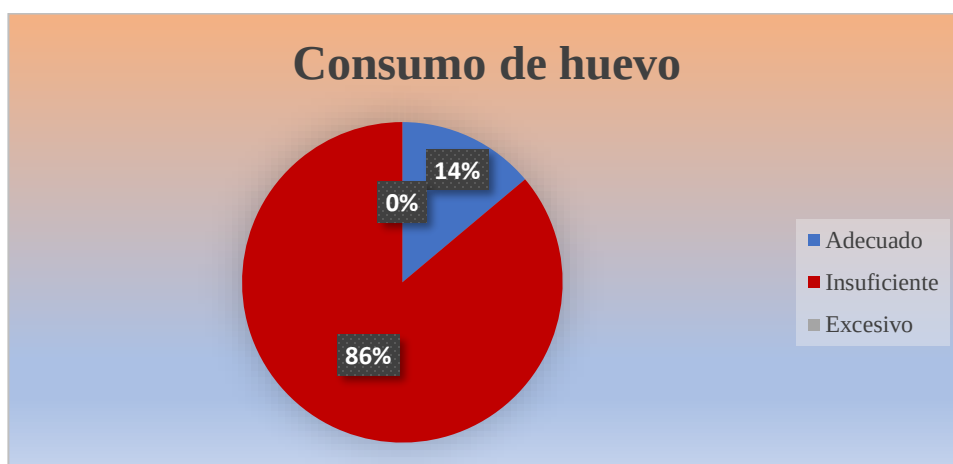
Según los resultados; podemos observar que del total de los encuestados ($n=36$), más de la mitad, el 69% ($n=25$) no cumple con las recomendaciones de las GAPA, ya que su consumo es excesivo (más de 143 gr/día). El 3% ($n=1$) es insuficiente (menor de 117 gr/día), y el 28% ($n=10$) restante posee un consumo adecuado (de 117 gr a 143 gr/día).

Tabla 19: Consumo de huevo/día.

Unidad/día de huevo	Frecuencia	%
Adecuado	5	14%
Insuficiente	31	86%
Excesivo	0	0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 19:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

De los datos obtenidos de las encuestas; el 14% (n=5) cumplen con las recomendaciones de las GAPA (de ½ unidad a 2 unidades/día). En cambio, en el 86% (n=31) su consumo es insuficiente (menos de ½ unidad/día).

Según los datos obtenidos de los gráficos 18 y 19, el **mensaje nro. 7 “no se cumple”**. Del total de los encuestados (n=36), el 69% (n=25) consume carnes de manera excesiva (más de 143 gr/día) y el 86% (n=31) tiene un consumo insuficiente de huevo/día. Por todo lo anteriormente expuesto, queda demostrado que este mensaje no se cumple.

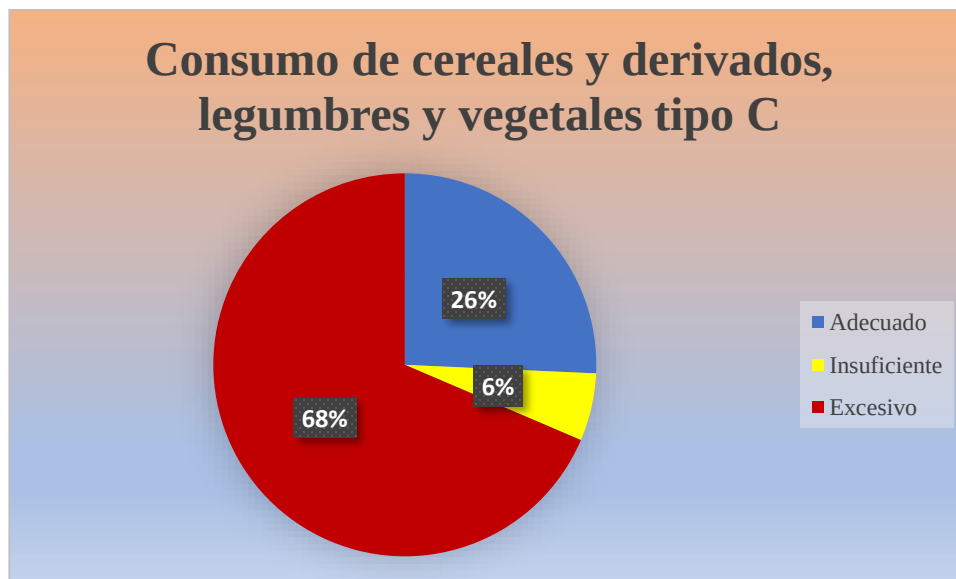
Mensaje 8:

Tabla 20: Consumo diario de cereales y derivados, legumbres y vegetales tipo C.

Consumo diario de cereales y derivados, legumbres y vegetales C	Frecuencia	%
Adecuado	9	26%
Insuficiente	2	6%
Excesivo	24	68%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 20:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

De acuerdo al gráfico 20; el 26% (n=9) cumple con las recomendaciones de las GAPA, ya que tienen un consumo adecuado de cereales y derivados, legumbres y vegetales tipo C (de

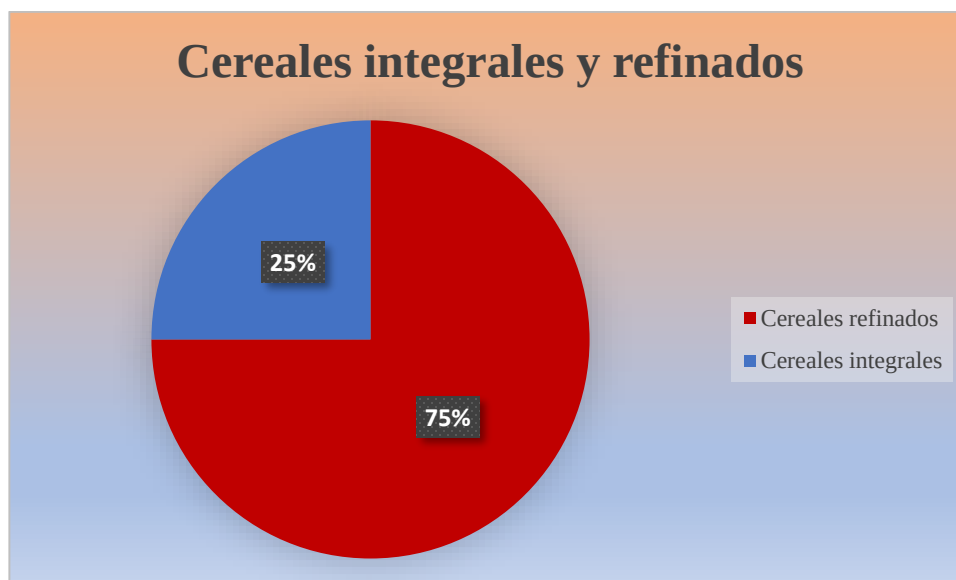
225 gr a 275 gr/día). El 68% (n=24) lo excede (más de 275 gr/día) y el 6% (n=2) lo hacen de forma insuficiente (menos de 225 gr/día).

Tabla 21: Consumo de cereales integrales y refinados.

Respuesta	Frecuencia	%
Cereales refinados	27	75%
Cereales integrales	9	25%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 21:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

En este gráfico se puede observar que del total de encuestados (n=36); más de la mitad, el 75% (n=27) consumen cereales refinados, y sólo el 25% (n=9) cumple con la recomendación de consumir cereales preferentemente integrales.

Según los datos obtenidos de los gráficos 20 y 21, el **mensaje nro. 8** “no se cumple” ya que del total de los encuestados (n=36), el 68% (n=24) exceden su consumo (más de 275 gr/día) y el 75% (n=27) prefiere consumir cereales refinados en lugar de los integrales.

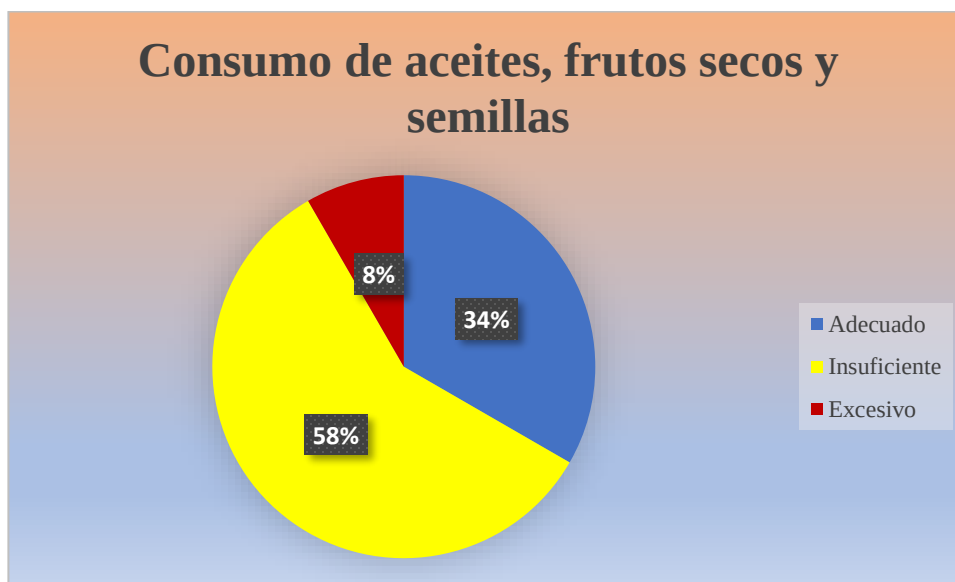
Mensaje 9:

Tabla 22: Consumo diario de aceites, frutos secos y semillas.

Consumo de aceites, frutos secos y semillas	Frecuencia	%
Adecuado	12	34%
Insuficiente	21	58%
Excesivo	3	8%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 22:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Según los resultados obtenidos del mensaje 9, sólo el 34% (n=12) cumplen con dicha recomendación en frecuencia y cantidad, el 58% (n=21) consume de forma insuficiente, y el 8% (n=3) de forma excesiva.

El **mensaje n°9 “no se cumple”**. Más de la mitad; el 58% (n=21) de los encuestados consume de forma insuficiente (menos de 27gr/día) y el 8% (n=3) de forma excesiva (más de 33 gr/día). Sólo el 34% (n=12) consume en forma adecuada.

Mensaje 10:

Tabla 23: Consumo de alcohol.

¿Consume alcohol?	Frecuencia	%
Si	21	58%
No	15	42%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 23:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

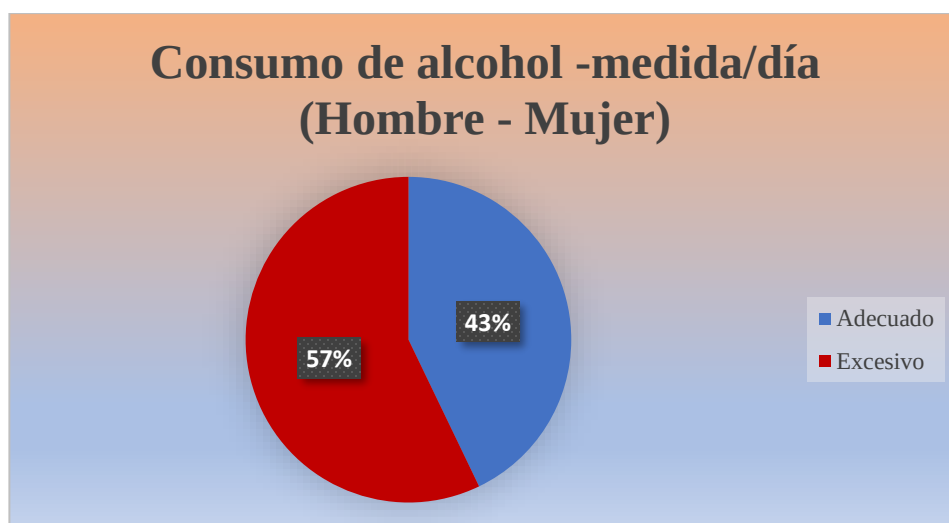
En el gráfico, se puede observar que más de la mitad de los encuestados, el 58% (n=21) consume alcohol, mientras que el 42% (n=15) no lo hace.

Tabla 24: Consumo de alcohol, medida/día (hombre - mujer)

Consumo de alcohol (medida/día)	Frecuencia	%
Adecuado	9	43%
Excesivo	12	57%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 24:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Del 58% (n=21) de los encuestados que consumen alcohol, el 43% (n=9) cumple con la recomendación de alcohol según las GAPA, el 57% (n=12) restante no las cumple debido a que consumen en exceso.

Como podemos ver en los gráficos 23 y 24, el **mensaje nro.10** “no se cumple”. El 57% (n=12) excede la medida por día de alcohol, incumpliendo con las recomendaciones de las GAPA.

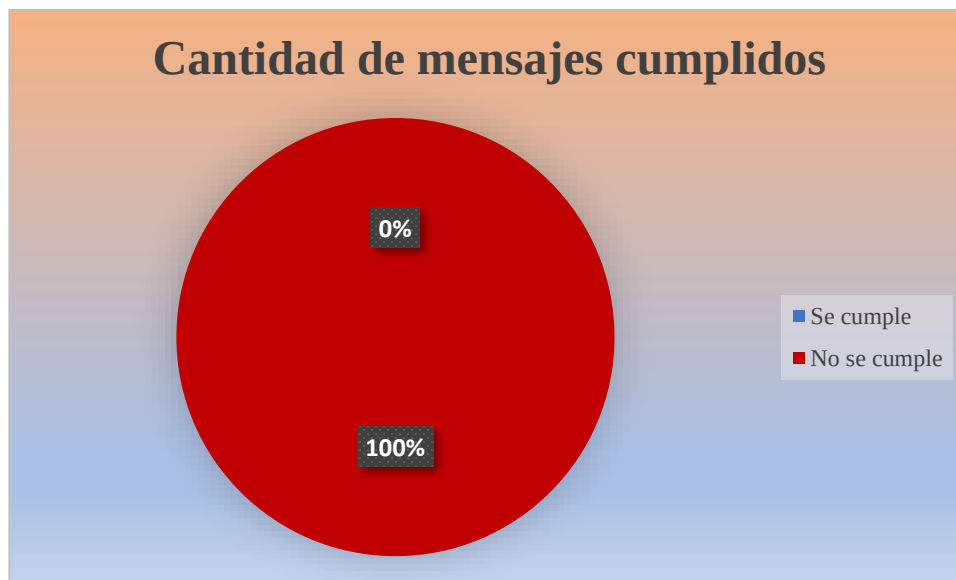
Mensajes cumplidos

Tabla 25: Cantidad de mensajes cumplidos.

Cantidad de mensajes cumplidos	Frecuencia	%
Se cumple	0	0%
No se cumple	10	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 25:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

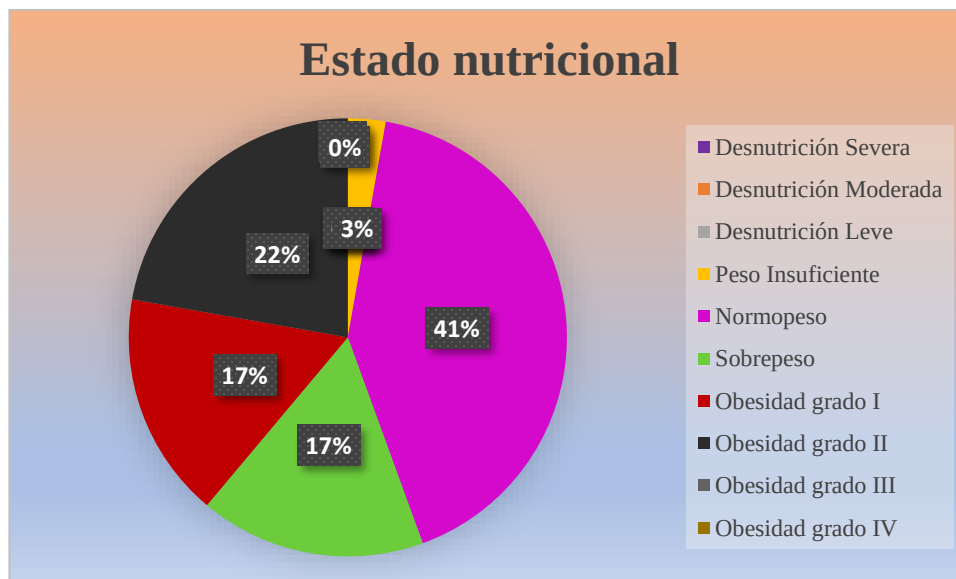
En el gráfico 25 se puede observar que del total de los mensajes 100% (10 mensajes), ninguno de estos se cumple. Por lo cual; las recomendaciones propuestas por las GAPA no se están cumpliendo.

Tabla 26: Estado nutricional.

IMC	Frecuencia	%
Desnutrición Severa	0	0%
Desnutrición Moderada	0	0%
Desnutrición Leve	0	0%
Peso Insuficiente	1	3%
Normopeso	15	41%
Sobrepeso	6	17%
Obesidad grado I	6	17%
Obesidad grado II	8	22%
Obesidad grado III	0	0%
Obesidad grado IV	0	0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 26:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

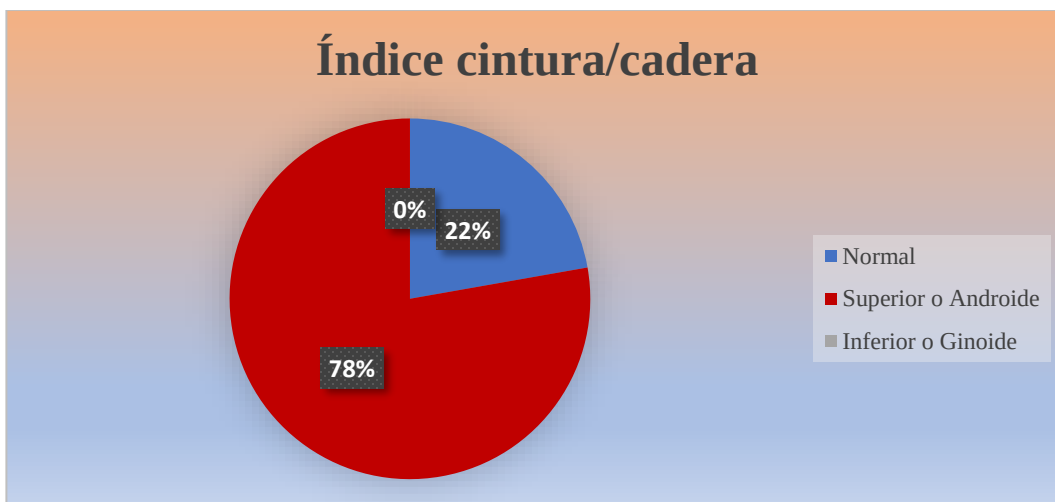
De acuerdo al gráfico 26, se puede visualizar que del total de los adultos mayores (n=36), el 41% (n=15) presentan un estado nutricional normal (normopeso), el 17% (n=6) tiene sobrepeso, el 17% (n=6) obesidad grado I y el 22% (n=8) obesidad grado II. El 3% (n=1) presenta peso insuficiente. Ningún encuestado presentó desnutrición ni obesidad grado III y IV.

Tabla 27: Índice cintura/cadera.

Índice cintura/cadera	Frecuencia	%
Normal	8	22%
Superior o Androide	28	78%
Inferior o Ginoide	0	0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 27:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

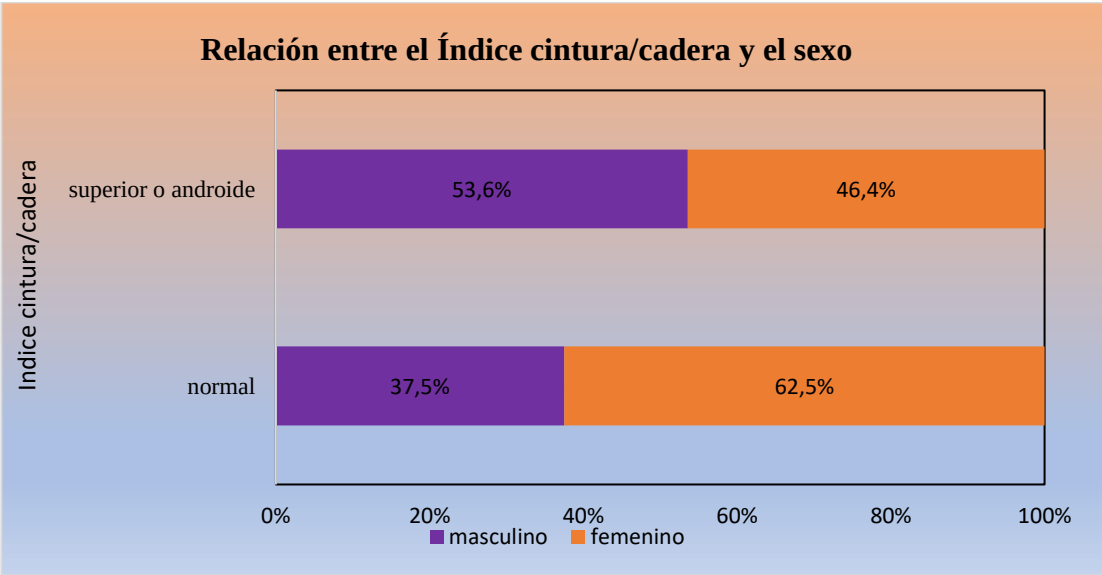
De acuerdo a la gráfica 27, se puede visualizar que del total de los adultos mayores (n=36), las personas con distribución normal de tejido adiposo son el 22% (n=8). En relación a la distribución de tejido adiposo de tipo Androide o Superior; el 78% (n=28) de los encuestados posee dicho tipo de distribución. Podemos mencionar que ninguno presentó una distribución de tipo Ginoide o inferior.

Tabla 28: Relación ente el Índice cintura/cadera y el sexo de los adultos mayores

SEXO		INDICE CINTURA/CADERA		Total
		normal	superior o androide	
masculino	n	3	15	18
	%	37,5%	53,6%	50,0%
femenino	n	5	13	18
	%	62,5%	46,4%	50,0%
Total	n	8	28	36
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 28:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

De acuerdo a la gráfica 28; del total de adultos mayores que presentaron una distribución de tejido adiposo normal se observó que el 37,5% (n=3) son de sexo masculino y el 62,5% (n=5) de sexo femenino. En cuanto a los adultos mayores que presentaron una distribución de tejido adiposo de tipo androide o superior, se observó que el 53,6% (15) son de sexo masculino y el 46,4% (13) de sexo femenino.

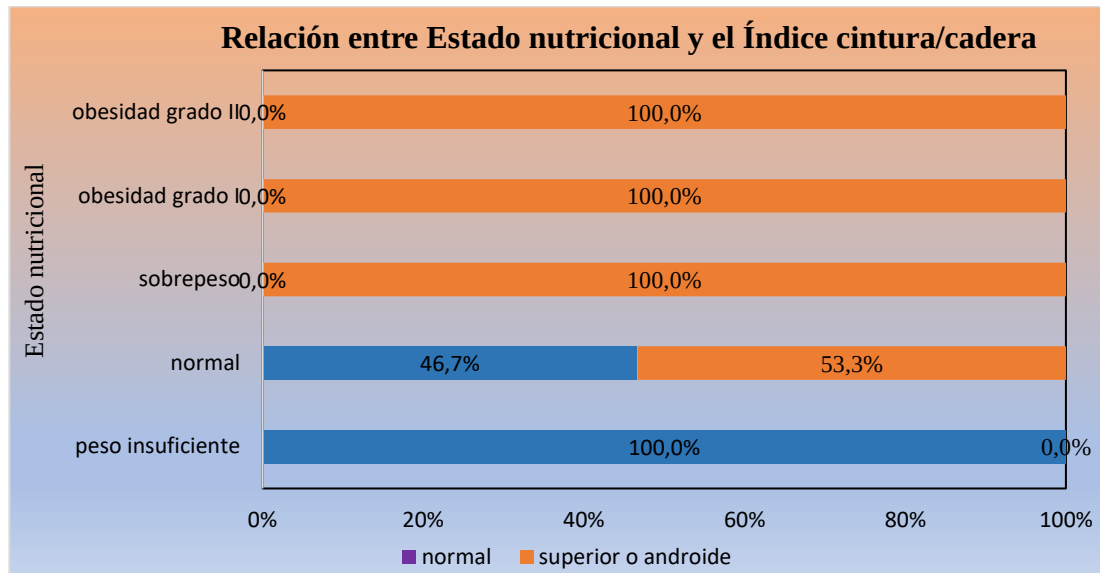
El cuadro muestra como el índice de cintura/cadera se ve distribuido según el sexo de las personas. Se observa que no existe una relación estadísticamente significativa, lo que nos permite deducir que el sexo no influye en el índice de cintura/cadera de las personas(p=0,35).

Tabla 29: Relación entre el Estado Nutricional y el Índice Cintura/Cadera

INDICE CINTURA/CADERA		ESTADO NUTRICIONAL					Total
		peso insuficiente	normal	sobrepeso	obesidad grado I	obesidad grado II	
normal	n	1	7	0	0	0	8
	%	100,0%	46,7%	0,0%	0,0%	0,0%	22,2%
superior o androide	n	0	8	6	6	8	28
	%	0,0%	53,3%	100,0%	100,0%	100,0%	77,8%
Total	n	1	15	6	6	8	36
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico 29:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

En esta gráfica se pudo observar que; de las 15 personas con estado nutricional normal, el 46,7% (n=7) presento una distribución normal de tejido adiposo, mientras que el 53,3% (n=8) una distribución de tipo androide o superior. Con respecto al resto de los estados nutricionales (Sobrepeso y Obesidades), todos los pacientes presentaron una distribución de tejido adiposo de tipo androide o superior. Sólo un adulto mayor presento peso insuficiente con una distribución normal de tejido adiposo.

El cuadro muestra como el estado nutricional se ve distribuido según los valores del índice de cintura/cadera. Se observa una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0,007$).

CONCLUSIÓN:

A partir de los resultados obtenidos se llegó a la conclusión de que los adultos mayores que asisten al centro de jubilados no cumplen con las recomendaciones dadas por las Guías Alimentarias para la Población Argentina. Se comprobó que, de los 10 mensajes de dichas guías, ningún mensaje se cumple; por lo cual, los hábitos alimentarios son inadecuados.

A continuación, analizaremos más minuciosamente las recomendaciones de estas guías.

Con respecto al consumo de agua, se observó como dato positivo que todos los adultos mayores la consumen, pero solo el 36% incorpora la cantidad adecuada imprescindible para que el cuerpo funcione correctamente.

En relación a la cantidad de comidas consumidas por día, más de la mitad de los encuestados (61%) afirma que realiza 3 o menos comidas por día. Dato interesante ya que las guías recomiendan 4 comidas al día.

Con respecto a la actividad física, el 53% no la realiza; y quienes lo hacen, sólo el 8% cumple la recomendación semanal según las GAPA de 135 minutos a 165 minutos semanales. En relación al tipo y a la duración, se encontró que los adultos mayores prefieren el gimnasio, el pilates y el yoga, los cuales practican durante una hora cada uno.

En lo que se refiere al consumo de verduras, el 100% de los adultos mayores la consumen, no obstante, sólo el 47% lo hace siguiendo las pautas de las Guías Alimentarias. Por otro lado; en el caso de las frutas, existe un elevado porcentaje (69%) de los que no cumplen con las recomendaciones de las GAPA.

Algunos de los alimentos más elegidos por los adultos mayores fueron los alimentos con sodio oculto (83%) como snacks, caldos, enlatados, embutidos y fiambres. Lo que también ocurre con el consumo diario excesivo de productos ultra procesados (86%), como golosinas, amasados de pastelería, productos de copetín; dato alarmante, ya que las GAPA recomiendan limitarlos, debido a que su exceso predispone a enfermedades como la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras. Todo lo anteriormente mencionado no contribuye a una alimentación saludable; repitiéndose esto con el consumo excesivo de sal de mesa y azúcar añadido.

Si se analiza el consumo de lácteos, podemos resaltar que, si bien todos los adultos mayores la consumen, el 56% no cumple con la porción diaria establecida (de 2 a 3 porciones por día). En relación a las carnes (vacuna, pollo, pescado y cerdo), el 69% las consume por encima de lo recomendado por las GAPA. Sin embargo; respecto al consumo de huevo, un elevado porcentaje (86%) tiene un consumo insuficiente de huevo/día (1 unidad por día).

La mayor parte de los encuestados (68%) exceden el consumo diario (más de 275 gr/día) del grupo de cereales (y derivados), legumbres y vegetales tipo C. Además, los adultos mayores han manifestado que prefieren cereales refinados en lugar de los integrales.

Siguiendo con el análisis de los grupos de alimentos, se detectó que; respecto al consumo de aceites, frutos secos y semillas, sólo el 34% responde a las recomendaciones de las GAPA. Esto es un dato importante, ya que estos alimentos aportan nutrientes esenciales; es decir, nutrientes que nuestro cuerpo no puede producir y que son necesarios para su normal funcionamiento.

Al hablar del consumo de alcohol; el 57% de los adultos mayores superan el consumo máximo por día, que es 1 medida en mujeres y 2 medidas en hombres. Esto es preocupante ya que su exceso puede dañar el organismo y contribuir al desarrollo de enfermedades como el cáncer, la cirrosis hepática, entre otras.

Al analizar la distribución de tejido adiposo; se observó que un amplio porcentaje (78%) tiene una distribución del tejido adiposo de tipo Androide o Superior, dato alarmante debido a su relación directa con el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. También observamos que el 53,6% de las personas con este tipo de distribución del tejido adiposo corresponden al sexo masculino, mientras que el 46,6% al sexo femenino. Con estos últimos datos, podemos llegar a la conclusión de que no existe una relación estadísticamente significativa entre la distribución del tejido adiposo y el sexo.

Pudimos observar que todos los adultos mayores con sobrepeso o algún grado de obesidad tienen una mayor acumulación del tejido adiposo en la parte superior del cuerpo (Androide). En consecuencia, se llegó a la conclusión de que ambas variables son estadísticamente significativas y tienen una relación directa una con la otra.

El Sobrepeso y la Obesidad afectan de manera negativa al estado nutricional de más de la mitad de los adultos mayores (56%). Sólo se registró un caso de peso insuficiente (3%), dato alarmante ya que también aumenta la morbilidad y mortalidad.

Para finalizar; este trabajo de investigación demostró que la hipótesis de la tesis es válida ya que, al analizar los datos obtenidos en dicha investigación, se observó en los gráficos que los hábitos alimentarios de los adultos mayores son inadecuados según las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina; al igual que su estado nutricional.

Como futura profesional de la salud, al realizar este estudio he podido observar que los hábitos alimentarios de la población de los adultos mayores, así como también su estado nutricional, son inadecuados. Siento que es nuestra responsabilidad como sociedad, incluir de manera activa y constante a dicha población, ayudándola a mejorar la calidad de vida en los últimos años de la misma. Es importante que comencemos a actuar; primero para poder dar a conocer la problemática que dichos hábitos implican, para luego poder trabajar en la manera de cambiarlos. Siempre con el objetivo de que estos cambios sean positivos y se mantengan en el tiempo.

Para finalizar, recordemos que en algún momento nosotros mismos pasaremos a ser parte de este grupo población. Que mejor que comenzar desde temprano a cambiar y mejorar nuestros hábitos alimentarios con el fin de mejorar nuestra calidad de vida y prolongar la misma.

BIBLIOGRAFÍA:

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. 2022[citado: 1/10/2022] Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. FAGRAN. Reunión nacional de alimentación del adulto mayor. RENAAM [Internet]. 2014. [citado: 1/10/2022];pág 10. Disponible en:
<https://fagran.org.ar/wp-content/uploads/2016/01/RENAAM-Reunion-Nacional-de-Alimentacion-del-Adulto-Mayor.pdf>
3. Rodota, Castro. Nutrición clínica y dietética. 1ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2012.
4. Krause. Dietoterapia. 14ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2017.
5. Ministerio de Salud Argentina. Estado de situación de salud de las personas mayores. [Internet] 2020 [citado: 2/2/2024]. Disponible en:
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/situacion_personas_mayores_23-11-2022.pdf
6. Girolami Daniel, Carlos Gonzales Infantino. Clínica y Terapéutica en la Nutrición del Adulto. Buenos Aires: El Ateneo; 2008
7. Acosta, Raquel Susana. Evaluación nutricional de ancianos. 1a ed. Córdoba: Editorial Brujas; 2008.
8. Guerrero N, Yépez MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Pasto, Colombia. Rev. Univ. Salud. [Internet] 2015 [citado:1/2/2024];17(1):121-131. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
9. Zavala g Mercedes, Vidal G Daisy, Castro S Manuel, Quiroga Pilar, Klassen P Gonzalo. Funcionamiento social del adulto mayor. Cienc. Enferm. [internet]. 2006 dic [citado: 1/2/2024];12(2): 53-62. Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. Jauregui J, Rubin R. Fragilidad en el adulto mayor. Bs. As, Argentina. Rev. Hospital Italiano [Internet]. 2012 [citado: 20/1/2024]. Disponible en:
https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/8040.pdf

11. Carrillo Esper Raúl, Muciño Bermejo Jimena, Peña Pérez Carlos, Carrillo Cortés Ulises Gabriel. Fragilidad y sarcopenia. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2011 oct [citado 1/2/2024]; 54(5): 12-21. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422011000500003&lng=es.
12. Rodriguez T, Pinedo L. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. Rev. peruana de medicina experimental y salud pública. [Internet]. 2016[citado: 29/1/2024];33(2). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n2/328-334/es/>
13. Giraldo NA, Estrada – Restrepo A, Agudelo – Suárez A. Malnutrición y su relación con aspectos de salud en adultos mayores. Medellín, Colombia. Nutr. Clín. Diet. Hosp [Internet]. 2019 [citado: 1/2/2024];39(2):156-164. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/PDF/GIRALDO.pdf>
14. Cornatosky MA, Barrionuevo OT, Rodríguez NL, Zeballos JM. Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la Provincia de Catamarca, Argentina. Diaeta [Internet]. 2009 [citado: 4/10/2022]; 27(129): 11-17. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372009000400003
15. Ruth, A. Roth. Nutrición y Dietoterapia. 1ª ed. México.: Mc Graw - Hill. Interamericana Editores; 2009.
16. López, L. B, Suárez, M M. Fundamentos de Nutrición Normal.1ª ed. Buenos Aires: Hipocrático S.A; 2009.
17. Dr. Fernández, Dr. García, Dra. Vizzoti, Dr. Costa, Dra. Abriata. Manual para la aplicación de las Guías alimentarias para la población argentina. Ministerio de Salud. Ed. 2018.
18. Rafael Jara L. Efectos del ejercicio en adultos mayores. Chile. Rev. Hospital Clínico Universidad de Chile [Internet]. [citado: 3/2/2024]. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Efectos-del-ejercicio-en-adultos-mayores.pdf>
19. Vargas, Guerrero, Chara, Flores. Actividad física en el adulto mayor. Revista científica [internet]. 2021 [citado:14/10/2022]; Volumen (8): nro. 5. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383840>

20. Casado Moragón A, Garea Herranz E, Gil Gregorio P, Moreno Villajos N, Ramos Cordero N, Rodríguez Salazar J. Guía de buena práctica en Geriátría, hidratación y salud. Madrid, España. Sociedad española de geriatría y gerontología. [Internet]. [citado: 1/2/2024]. Disponible en:
<https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/Gu%C3%ADa%20de%20buena%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica%20en%20Geriatr%C3%ADa%20-%20Hidrataci%C3%B3n%20y%20salud.pdf>
21. Botigué Teresa, Miranda Jéssica, Escobar-Bravo Miguel Ángel, Lavedán Ana, Roca Judith, Masot Olga. Análisis de la deshidratación de adultos mayores en una residencia geriátrica de España: prevalencia y factores asociados. Nutr. Hosp. [Internet]. 2021 abr [citado 30/1/2024]; 38(2): 252-259. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112021000200252&script=sci_arttext&tlng=pt
22. Dmitrieva NI, Gagarin A, Liu D, et al. Hidratación, salud y mortalidad. Intramed [Internet]2023 [citado:1/2/2024]. Disponible en:
<https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=102906>
23. L. Acosta, E. Carrizo, E. Peláez, V. Torres. Condiciones de vida, estado nutricional y estado de salud en adultos mayores, Córdoba, Argentina. RDU-UNC [Internet]. 2015 [citado: 28/9/2022]; Volumen (18):107, 108, 109. Disponible en:
<https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/26573/Acosta%2C%20LD.%20%28et%20al.%29%20%282015%29%20Condiciones%20de%20vida%2C%20estado%20nutricional%20y%20estado%20de%20salud%20en%20adultos%20mayores%2C%20C%C3%B3rdoba%2C%20Argentina.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
24. Marina, Ballejos. Estado nutricional e influencia de factores de riesgo de desnutrición, en una población de ancianos, institucionalizados y ambulatorios, de la ciudad de Santa Fe, en el año 2014. Biblioteca virtual [Internet]. 2014 [citado: 28/9/2022]: 1, 2, 3. Disponible en:
<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/1318/3.2.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

25. M. Geri, E. Gutiérrez, G. González. Patrones alimentarios de adultos mayores en una región argentina y su relación con factores socioeconómicos. Rev. salud pública [Internet]. 2019, [citado: 4/10/2022] vol.21, n.6, pp.581-587. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642019000600581&lang=es
26. A. García, A. Maya. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado: 28/9/2022]; 25(2):57-62. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
27. T. Suárez, F. Stéfano, M. Rossi, M. Leal, M. Cynthia, J. Herrera, et al. Evaluación del estado nutricional en adultos mayores residentes de un hogar de ancianos. Electron J Biomed [Internet]. 2015 [citado: 28/9/2022]; 1:9. Disponible en: <https://biomed.uninet.edu/2015/n1/suarez.pdf>
28. Bazalar-Silva Lorena, Runzer-Colmenares Fernando M, Parodi José F. Asociación entre el estado nutricional según índice de masa corporal y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Médico Naval del Perú, 2010-2015. Acta méd. Perú [Internet]. 2019. [citado: 28/9/2022]; 36(1):5-10. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000100002&lng=es.
29. P. Enriquez, Beatriz, A. Franco, Erminia. Hábitos alimenticios y su influencia en la salud del adulto mayor del hospital lucio aldazabal pauca Huancane - Huancané - Puno – 2015. Repositorio Unas [Internet]. 2015. [citado: 28/9/2022]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2137>
30. Torresani, Somoza. Lineamientos para el cuidado nutricional. 3° ed. Buenos Aires: Eudeba; 2009.
31. Ministerio de Salud de la Nación “Se estableció que las Guías Alimentarias para la Población Argentina sean los estándares para el diseño de políticas públicas” [En línea]; 25 de abril de 2019; [Citado: 2/2/2024]; disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-establecio-que-las-guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina-sean-los-estandares>
32. López LB, Poy MS, Barreto L. Atlas fotográfico de alimentos. [Libro internet] 1° ed. Buenos Aires, Argentina: Escuela de nutrición UBA.2019 [Citado:1/2/2024]. Disponible en:

<https://escuelanutricion.fmed.uba.ar/revistani/pdf/22a/se/afa.pdf>

33. Suárez M, López LB. Alimentación saludable: Guía práctica para su realización. 1^o ed. Buenos Aires; Hipocrático; 2009.

ANEXOS

Anexo 1:



Anexo 2:

ENCUESTA ALIMENTARIA

Datos personales:

Fecha:

Edad:

Sexo:

1. ¿Cuántas comidas realiza en el día?

1 comida: []

2 comidas: []

3 comidas: []

4 comidas: []

2. ¿Realiza actividad física? SI/NO

¿Cuál o cuáles?.....

¿Cuántas veces por semana?

Duración:

3. ¿Consume líquidos? SI/NO

Si la respuesta es sí ¿Qué cantidad de líquidos consume por día?

1 - 3 vasos por día: []

4 – 6 vasos por día: []

7 – 9 vasos por día: []

Más de 9 vasos por día: []

4. ¿Consume sal? SI / NO

5. Si la respuesta es sí, ¿En qué momento la agrega a la comida?

Agrego sal durante la cocción: []

Agrego sal una vez que el plato está servido: []

Agrego sal en los dos momentos (durante la cocción y cuando está el plato servido):

[]

6. En caso de adicionar sal, marcar con una cruz la porción diaria:

1: Media cuchara de té: []

2: una cuchara de té: []

3: una cuchara sopera: []



3



2



1

7. ¿Consume habitualmente algunos de estos alimentos? Seleccionar cuál o cuáles consume)

Caldos: []

Enlatados: []

Embutidos: []

Fiambres: []

Ninguno: []

8. ¿Consumir alcohol? SI / NO

Si la respuesta fue sí, ¿Cuántas veces por semana?

1 -3 veces por semana: []

4 – 6 veces por semana: []

7 veces por semana: []

¿Cuántos vasos por día?: []

Especifique cual bebida alcohólica consume.....

9. ¿Consume amasados de pastelería (bizcochos, facturas, tortas, postres, entre otros)?
SI / NO

Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces por semana?

10. ¿Consume golosinas (caramelos, alfajores, chocolates)? SI / NO

Si la respuesta es sí, ¿Cuántas veces por semana consume golosinas?

11. ¿Consume galletitas dulces? SI/NO

Si la respuesta es sí, ¿Cuántas veces por semana consume golosinas?

12. ¿Consume snack (palitos salados, chizitos, papas fritas de paquete, entre otros)?: SI/
NO

Si la respuesta es sí, ¿Cuántas veces por semana consume golosinas?

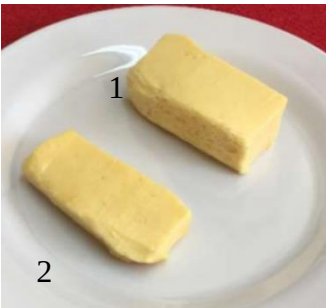
13. ¿Consume cereales integrales (arroz integral, fideos, integrales, panificados integrales)?

Si la respuesta es sí, ¿Cuántas veces por semana?

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Complete con una cruz en la columna que corresponda de acuerdo a la frecuencia con la que consumen los alimentos detallados en la siguiente lista.³²⁻³³

ALIMENTO	TIPO	FRECUENCIA SEMANAL				PORCIÓN
		NUNCA	1 – 3 VECES	4 – 6 VECES	7 VECES	
LÁCTEOS	Leche					1 [] taza mediana (250 cc) 2 [] vaso chico (200 cc) 
	Yogurt					1 [] Pote de yogur (190 CC) 2 [] Vaso chico (200 CC) 

						1 [] Porción de 100 gr 2 [] Porción de 50 gr  1 [] cuchara sopero (15 CC) 2 [] cuchara de té (5 CC) 
CARNES	Roja, pescado, pollo, cerdo					Pinte la/las porciones de carne que consume por día. 

HUEVO						1 [] una unidad 50 gr 
VERDURAS (A EXCEPCIÓN DE LA PAPA Y LA BATATA)						Pintar la/ las porciones que consume por día. 
FRUTAS						1: [] unidad grande (250 gr) 2: [] unidad mediana (180 gr) 
CEREALES Y DERIVADOS, VEGETALES C	Arroz (blanco, integral), maíz, trigo, avena, cebada, centeno, amaranto, mijo papa, batata, mandioca, choclo.					Pintar la/ las porciones que consume por día. 

LEGUMBRES	Arvejas, lentejas, porotos, garbanzos.					Pintar la/ las porciones que consume por día. 
ACEITES	Girasol, oliva, girasol alto oleico, maíz.					1 [] cuchara sopero (15 CC) 2 [] cuchara de té (5 CC) 
FRUTAS SECAS	Nueces, avellanas, almendras, maní, castañas.					1 [] cuchara sopero (15 CC) 2 [] cuchara de té (5 CC) 
SEMILLAS						1 [] cuchara sopero (15 CC) 2 [] cuchara de té (5 CC) 

AZÚCAR						1 [] cuchara sopero (15 CC) 2 [] cuchara de té (5 CC)  
BEBIDAS AZUCARADAS						1 [] vaso chico (200 cc) 

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Medidas antropométricas	
Peso	
Talla	
IMC	
Circunferencia de cintura	
Circunferencia de cadera	
Índice cintura/cadera	

RECORDATORIO DE 24HS:

Desayuno:	
Almuerzo:	
Merienda:	
Cena:	

Colaciones (opcional):

.....