



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DEL URUGUAY

CENTRO REGIONAL ROSARIO

Licenciatura en Nutrición

Facultad de Ciencias Médicas

**“EVALUACION DEL CONSUMO DIARIO DE ALIMENTOS PROTECTORES DE
LA SALUD EN ADULTOS MAYORES SEGÚN SUS INGRESOS”**

**Tesina presentada para completar los requisitos del Plan de Estudios de
la Licenciatura en Nutrición.**

Alumna: FAVRE JULIETA

Directora: EEZCKUI, ALICIA. LIC. EN NUTRICION

ROSARIO, SANTA FE, ARGENTINA

Fecha de entrega: Noviembre/2019

“Las opiniones expresadas por el autor de esta Tesina no representa necesariamente los criterios de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay”.

AGRADECIMIENTOS

A mi papá por apostar siempre por mí, por su confianza y exigencia las cuales me mantuvieron siempre dentro del camino.

A mi mamá por su compañía, amor y aliento, las cuales fueron indispensables para estar hoy donde estoy.

A mi hermano por su cariño, respeto y por estar en los momentos más importantes de mi vida.

A mi hermana por ser mi sostén y mi compañera en crisis y alegrías.

A mi novio por ser incondicional y apoyarme en cada paso con su amor y paciencia.

A mis amigas por vivir y sentir cada paso junto a mí.

A mis profesores de la universidad por formarme y guiarme hacia mi meta.

Mi especial gratitud, a mi directora de tesina por su dedicación, tiempo y aporte profesional los cuales fueron de gran valor.

DEDICATORIAS

Esta tesina se la dedico a mis padres Claudia y Fernando, por educarme, por ser mi sostén, por ser mis guías, por sus esfuerzos y sacrificios, los cuales forjaron la persona y profesional que logre ser.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	14
2. INTRODUCCIÓN.	15
2.1. Fundamentación.	15
2.2. Justificación.....	17
3. ANTECEDENTES	19
4. PLATEO DEL PROBLEMA.	25
5. OBJETIVOS.....	25
5.1. Objetivo General.	25
5.2. Objetivos Específicos.....	25
6. HIPÓTESIS.	25
7. MARCO TEÓRICO.	26
7.1. Envejecimiento.....	26
7.1.1 Envejecimiento saludable	27
7.1.2 Envejecimiento activo	27
7.2. Envejecimiento y demografía.....	27
7.3. Clasificación del Anciano.	29
7.4. Alteraciones fisiológicas.....	29
7.4.1. Composición corporal	30
7.4.2. Alteraciones sensoriales.....	31
7.4.3. Alteraciones en la masticación y deglución	32
7.4.4. Alteraciones digestivas	33

7.4.5. Cambios en la microbiota	33
7.4.6. Alteraciones cardiovasculares	35
7.4.7. Alteraciones renales	35
7.4.8. Alteraciones óseas.....	36
7.4.9. Alteraciones neurológicas	36
7.5. Competencia inmunitaria	37
7.6. Malnutrición en la ancianidad.....	37
7.7. Factores sociales	38
7.7.1. Calidad de vida	39
7.8. Alimentos protectores y recomendaciones diarias según Guías Alimentarias para la Población Argentina (Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2016)	41
7.8.1. <i>Cereales, sus derivados y legumbres secas</i>	41
7.8.2. <i>Hortalizas, verduras y frutas:</i>	42
7.8.3. <i>Leche, yogur y quesos</i>	43
7.8.4. <i>Carnes y huevos</i>	44
7.8.5. <i>Aceites y grasas</i>	45
7.9. Jubilaciones	46
7.9.1. Ingresos jubilatorios en Argentina.....	47
7.10. Canasta básica	49
7.11. Canasta básica para un Jubilado	51
8. REFERENTE EMPÍRICO	52
9. MATERIALES Y MÉTODOS.....	53

9.1. Tipo de investigación	53
9.2. Tipo de Estudio	53
9.3. Tipo de Diseño	53
9.4. Población y Muestra.....	54
9.5. Variables e Indicadores.....	55
9.5.1 Sexo:.....	55
9.5.2. Edad:	55
9.5.3. Tipo de Jubilación	56
9.5.4. Montos Jubilatorios	57
9.5.5. Compra de alimentos	57
9.5.6. Consumo de alimentos protectores:	58
9.5.7. Frecuencia de consumo de alimentos protectores.....	58
9.5.8. Motivos del no consumo de alimentos protectores.	59
9.6. Reparos éticos	59
9.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	60
9.8. Análisis de la información	60
9.9. Tratamiento de datos	60
10. RESULTADOS ALCANZADOS.....	61
10.1. Gráfico n°1: Distribución de la muestra según sexo.....	61
10.2. Gráfico n°2: Distribución según grupos de edad	62
10.3. Gráfico n°3: Distribución según tipo de jubilación	62
10.4. Gráfico n°4: Distribución según monto jubilatorio.....	63

10.5. Gráfico n°5: Distribución según otros ingresos	63
10.6. Gráfico n°6: Distribución según realización de compras de alimentos.....	64
10.7. Gráfico n°7: Distribución según frecuencia de consumo de cereales y derivados.	65
10.8. Gráfico n°8: Distribución según frecuencia de consumo de legumbres secas	65
10.9. Gráfico n°9: Distribución según frecuencia de consumo de hortalizas C	66
10.10. Gráfico n°10: Distribución según frecuencia de consumo de leche, yogur y quesos.	67
10.11. Gráfico n°11: Distribución según frecuencia de consumo de carnes	68
10.12. Gráfico n°12: Distribución según frecuencia de consumo de huevo	68
10.13. Gráfico n°13: Distribución según frecuencia de consumo aceites vegetales	69
10.14. Gráfico n°14: Distribución según frecuencia de consumo de frutos secos y semillas	70
10.15. Gráfico n°15: Distribución según frecuencia de consumo de frutas	71
10.16. Gráfico n°16: Distribución según frecuencia de consumo de hortalizas y verduras	71
10.17. Gráfico n°17: Distribución según motivo de no consumo de cereales derivados	72
10.18. Gráfico n°18: Distribución según motivo de no consumo de legumbres secas.....	73

10.19. Gráfico n°19: Distribución según motivo de no consumo de leche, yogur y quesos.	73
10.20. Gráfico n°20: Distribución según motivo de no consumo de carnes.	74
10.21. Gráfico n°21: Distribución según motivo de no consumo de frutos secos y semillas.	75
10.22. Gráfico n°22: Distribución según relación entre el consumo de alimentos protectores y sus ingresos.	76
10.23. Gráfico n°23: Distribución según no consumo de tipo de alimento por falta de ingresos.	76
11. DISCUSIÓN	77
12. CONCLUSIONES	80
13. RECOMENDACIONES	83
14. BIBLIOGRAFÍA	84
15. ANEXOS	88
ANEXO N°1	88
ANEXO N°2	91
ANEXO N°3	92
Tabla N° I: Distribución de la muestra según sexo	92
Tabla N°II: Distribución de la muestra según grupos de edad	92
Tabla N°III: Distribución de la muestra según tipo de jubilación recibida	93
Tabla N° IV: Distribución de frecuencia según monto jubilatorio en pesos	93
Tabla N°V: Distribución de la muestra que cuenta con otros ingresos	93

**“EVALUACION DEL CONSUMO DIARIO DE ALIMENTOS PROTECTORES DE LA SALUD EN ADULTOS
MAYORES SEGÚN SUS INGRESOS”
JULIETA FAVRE**

Tabla N° VI: Distribución según la realización de compras de alimentos	94
Tabla N° VII: Distribución según frecuencia de consumo de hortalizas C	94
Tabla N° VIII: Distribución según frecuencia de consumo de cereales y derivados	94
Tabla N° IX: Distribución según frecuencia de consumo de legumbres secas. ..	95
Tabla N° X: Distribución según frecuencia de consumo de leche, yogur y quesos	95
Tabla N° XI: Distribución según frecuencia de consumo de carnes.....	95
Tabla N° XII: Distribución según frecuencia de consumo de huevos	96
Tabla N° XIII: Distribución según frecuencia de consumo de frutas.....	96
Tabla N° XIV: Distribución según frecuencia de consumo de hortalizas y verduras.....	96
Tabla N° XV: Distribución según frecuencia de consumo de aceites vegetales .	97
Tabla N° XVI: Distribución según frecuencia de consumo de frutos secos y semillas.....	97
Tabla N° XVII: Distribución según motivo de no consumo de cereales y derivados	97
Tabla N° XVIII: Distribución según motivo de no consumo de legumbres secas	98
Tabla N° XIX: Distribución según motivo de no consumo de leche, yogur y quesos	98
Tabla N° XX: Distribución según motivo de no consumo de carnes	98
Tabla N° XXI: Distribución según motivo de no consumo de frutos secos y semillas.....	99
Tabla N°XXII: Distribución según no consumo de alimentos por falta de ingresos.	99

Tabla N°XXIII: Distribución según la relación entre el consumo de alimentos protectores y sus ingresos99

ÍNDICE DE GRÁFICOS

10.1. Gráfico n°1: Distribución de la muestra según sexo.....	61
10.2. Gráfico n°2: Distribución según grupos de edad	62
10.3. Gráfico n°3: Distribución según tipo de jubilación	62
10.4. Gráfico n°4: Distribución según monto jubilatorio.....	63
10.5. Gráfico n°5: Distribución según otros ingresos	63
10.6. Gráfico n°6: Distribución según realización de compras de alimentos.....	64
10.7. Gráfico n°7: Distribución según frecuencia de consumo de cereales y derivados.	65
10.8. Gráfico n°8: Distribución según frecuencia de consumo de legumbres secas	65
10.9. Gráfico n°9: Distribución según frecuencia de consumo de hortalizas C	66
10.10. Gráfico n°10: Distribución según frecuencia de consumo de leche, yogur y quesos.	67
10.11. Gráfico n°11: Distribución según frecuencia de consumo de carnes	68
10.12. Gráfico n°12: Distribución según frecuencia de consumo de huevo	68
10.13. Gráfico n°13: Distribución según frecuencia de consumo aceites vegetales	69
10.14. Gráfico n°14: Distribución según frecuencia de consumo de frutos secos y semillas	70
10.15. Gráfico n°15: Distribución según frecuencia de consumo de frutas	71

10.16. Gráfico n°16: Distribución según frecuencia de consumo de hortalizas y verduras	71
10.17. Gráfico n°17: Distribución según motivo de no consumo de cereales derivados	72
10.18. Gráfico n°18: Distribución según motivo de no consumo de legumbres secas.....	73
10.19. Gráfico n°19: Distribución según motivo de no consumo de leche, yogur y quesos.	73
10.20. Gráfico n°20: Distribución según motivo de no consumo de carnes.	74
10.21. Gráfico n°21: Distribución según motivo de no consumo de frutos secos y semillas.....	75
10.22. Gráfico n°22: Distribución según relación entre el consumo de alimentos protectores y sus ingresos.	76
10.23. Gráfico n°23: Distribución según no consumo de tipo de alimento por falta de ingresos.	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° I: Distribución de la muestra según sexo	92
Tabla N°II: Distribución de la muestra según grupos de edad	92
Tabla N°III: Distribución de la muestra según tipo de jubilación recibida	93
Tabla N° IV: Distribución de frecuencia según monto jubilatorio en pesos	93
Tabla N°V: Distribución de la muestra que cuenta con otros ingresos	93
Tabla N° VI: Distribución según la realización de compras de alimentos	94
Tabla N° VII: Distribución según frecuencia de consumo de hortalizas C.....	94
Tabla N° VIII: Distribución según frecuencia de consumo de cereales y derivados	94
Tabla N° IX: Distribución según frecuencia de consumo de legumbres secas. ...	95
Tabla N° X: Distribución según frecuencia de consumo de leche, yogur y quesos	95
Tabla N° XI: Distribución según frecuencia de consumo de carnes.....	95
Tabla N° XII: Distribución según frecuencia de consumo de huevos	96
Tabla N° XIII: Distribución según frecuencia de consumo de frutas	96
Tabla N° XIV: Distribución según frecuencia de consumo de hortalizas y verduras.....	96
Tabla N° XV: Distribución según frecuencia de consumo de aceites vegetales .	97
Tabla N° XVI: Distribución según frecuencia de consumo de frutos secos y semillas.....	97
Tabla N° XVII: Distribución según motivo de no consumo de cereales y derivados	97
Tabla N° XVIII: Distribución según motivo de no consumo de legumbres secas	98

**“EVALUACION DEL CONSUMO DIARIO DE ALIMENTOS PROTECTORES DE LA SALUD EN ADULTOS
MAYORES SEGÚN SUS INGRESOS”
JULIETA FAVRE**

Tabla N° XIX: Distribución según motivo de no consumo de leche, yogur y quesos	98
Tabla N° XX: Distribución según motivo de no consumo de carnes	98
Tabla N° XXI: Distribución según motivo de no consumo de frutos secos y semillas.....	99
Tabla N°XXII: Distribución según no consumo de alimentos por falta de ingresos.	99
Tabla N°XXIII: Distribución según la relación entre el consumo de alimentos protectores y sus ingresos	99

1. RESUMEN.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, cualitativo y cuantitativo en el “Centro de Jubilados y Pensionados Ferroviarios Renovadora” de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina; durante los meses de octubre y noviembre de 2019, cuyo objetivo fue determinar el consumo de alimentos protectores de la salud en adultos mayores de 60 años en relación a sus ingresos.

La muestra fue seleccionada por conveniencia, no aleatoria, conformada por un total de 45 adultos mayores de ambos sexos pertenecientes al Centro de Jubilados y Pensionados Ferroviarios Renovadora, aplicando criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó una encuesta con preguntas cerradas y se comparó con los ingresos jubilatorios.

El 60% de los encuestados indicó que su ingreso jubilatorio estaba relacionado con su alimentación, sin embargo, el 40% restante no manifestó que el monto jubilatorio en pesos es un factor determinante en la compra de alimentos. La mayoría de ellos no dejó de consumir ningún tipo de alimento por falta de ingresos (82,22%). De todos modos, el 11,11% dejó de consumir frutos secos y semillas, el 4,44% dejó de consumir carnes y el 2,22% dejó de consumir leche, yogur y quesos, por no contar con los ingresos suficientes.

<p>Palabras claves: Adulto mayor; Alimentos protectores; Jubilaciones; Ingresos; Envejecimiento saludable.</p>

2. INTRODUCCIÓN.

2.1. Fundamentación.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (OMS, 2015). Se suele imaginar a la persona mayor como un sujeto pasivo, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud también postula la definición de envejecimiento activo a “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS, 2015).

El envejecimiento adecuado depende de muchos factores. El ritmo del descenso de la capacidad funcional de una persona está determinado, al menos en parte, por su comportamiento y las experiencias de vida. Entre ellas cabe mencionar la alimentación, la actividad física y la exposición a factores de riesgo como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas (OMS, 2017).

Una alimentación adecuada es indispensable para cursar su envejecimiento exitoso. Los alimentos protectores de la salud se definen como aquellos que por la cantidad y calidad de proteínas, vitaminas y minerales que contienen, al ser incorporados diariamente en cantidades suficientes, protegen al organismo de enfermedades por carencia. (López y Suarez, 2017 p.40). Ellos son leche, yogur, quesos, huevos, carnes, hortalizas, frutas, legumbres, cereales integrales, aceites vegetales y frutas secas y semillas.

Además, durante el envejecimiento hay modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas consecutivas a la acción del tiempo sobre todos los seres vivos, las cuales influyen también en el consumo de distintos alimentos protectores. Hay pérdida de la capacidad sensorial, fundamentalmente por atrofia en las papilas gustativas, deterioro en la estructura dentaria lo que dificulta la masticación de alimentos de consistencia dura, alteraciones gastrointestinales, alteraciones emocionales. Estas alteraciones están íntimamente relacionadas con los tres tiempos de la nutrición: *alimentación*, ya que puede verse alterada su capacidad de selección, adquisición, combinación, preparación e ingestión de los alimentos; *metabolismo*, toda alteración funcional y motora del aparato digestivo puede afectar la correcta utilización de nutrientes en el organismo del anciano; *excreción*, algunas funciones pueden verse alteradas a nivel renal, intestinal y respiratorio, lo que dificultará la correcta eliminación de desechos del organismo.

Frente a estas condiciones, la mayoría de los adultos mayores, compran los alimentos en función de costos y sencillez en la preparación, y no de sus cualidades nutricionales. La población mencionada es la más propensa a padecer malnutrición por déficit en su mayoría (Rodota, 2012, p.17).

En esta investigación se pretendió demostrar que el consumo de alimentos protectores de la salud tiene íntima relación con los ingresos del adulto mayor, de modo que, si no pueden adquirir los alimentos necesarios para una alimentación saludable, esto repercutirá directa o indirectamente en su estado nutricional, predisponiéndolos al riesgo de diversas enfermedades crónicas no transmisibles y malnutrición.

2.2. Justificación.

La elección de tema surge a partir, de una reflexión sobre la etapa biológica como es la ancianidad. ¿Qué sucede con ese anciano que en algún momento fue niño, fue joven, fue trabajador y hoy debería gozar de su retiro?

Cuando el ser humano comienza a envejecer, la mayoría se ha realizado en varios aspectos de su vida, ya sea laboral, familiar, social y económico, algunos en mayor y otros en menor medida. La manera en que cursen esta etapa biológica dependerá de su estado de salud, íntimamente relacionado con los aspectos antes mencionados. Entonces es de suma importancia que cuenten con los recursos necesarios, tanto económicos, sociales, familiares y de salud, para cursar su ancianidad dignamente y con buena salud.

Un adecuado estado nutricional en el anciano mejorará la calidad de vida, promoverá su salud, disminuirá la evolución de posibles enfermedades, y contribuirá a transitar la última etapa del camino de la vida con más dignidad (Rodota Castro, 2012, p.27).

Lograr un envejecimiento saludable, proceso por el cual un individuo mantiene y fomenta la capacidad funcional, permitirá el bienestar de la vejez (OMS, 2015).

En varios países del mundo, sobre todo los industrializados, los adultos mayores han logrado contar con suficientes recursos económicos para mantener un nivel de vida aceptable, satisfaciendo la mayoría de sus necesidades básicas. En los países de ingresos bajos las personas se enfrentan a una mayor exposición a factores de estrés y recursos económicos limitados para satisfacer las necesidades básicas, esto los llevará a un deterioro más rápido de la calidad de vida. Es decir, que las personas de nivel socioeconómico alto viven más y en mejores condiciones de salud que las personas de nivel socioeconómico más bajo.

Actualmente el valor de las jubilaciones y pensiones en Argentina no tienen relación con la canasta básica de un jubilado.

Si bien cada caso es particular, en líneas generales la población anciana se ve afectada por una reacción en cadena, ya que por falta de ingresos no podrán adquirir los alimentos necesarios para mantener un buen estado nutricional y de salud.

En esta investigación se pretendió demostrar mediante los resultados de una encuesta realizada a Jubilados y pensionados, del Centro Ferroviario y Renovadora la directa relación que tienen sus ingresos con el consumo de alimentos protectores de la salud.

3. ANTECEDENTES

Varios estudios descriptivos realizados tanto a nivel nacional como internacional afirman que el adulto mayor se ve afectado por cambios físicos, fisiológicos y psicosociales, sumado a las conductas y hábitos alimentarios que llevan a cabo, y a una situación económica insuficiente, condicionan en este grupo etario el consumo de alimentos protectores de la salud, los cuales por la cantidad y calidad de proteínas, vitaminas y minerales que contienen, al ser incorporados diariamente en cantidades suficientes, protegen al organismo de enfermedades por carencia (López y Suarez, 2017 p.40). Ellos son leche, yogur, quesos, huevos, carnes, hortalizas, frutas, legumbres, cereales integrales, aceites vegetales y frutas secas y semillas.

Un estudio sobre **“Relación entre consumo de alimentos y el estado nutricional del adulto mayor que acude al Centro de Salud de La Esperanza”** (Kelly Ureta Domínguez. 2017, Huánuco, Perú) tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre consumo de alimentos y el estado nutricional de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud La Esperanza. El estudio fue observacional, analítico y de corte transversal. Los datos se recolectaron a través de una encuesta a una muestra de 75 adultos mayores, también fueron registradas sus medidas de talla y peso, y para valorar el estado nutricional se utilizó una guía para diagnóstico nutricional según índice de masa corporal. Los resultados de la investigación reflejaron que, respecto al consumo de alimentos en los adultos mayores en estudio, se encontró que en el 52,0% de encuestados el consumo de alimentos fue de tipo saludable (lácteos, carnes, cereales, legumbres, tubérculos, frutas, verduras), mientras que en el 48,0% restante el consumo de alimentos fue de tipo no saludable (frituras, dulces, gaseosas, helados); y en relación al estado nutricional, el 66,7% de

adultos mayores evaluados presentaron un estado nutricional normal y el 33,3% restante tuvieron delgadez. En base a los hallazgos de la investigación, se propone a las autoridades y personal asistencial del Centro de Salud La Esperanza que se implementen estrategias educativas de promoción de la alimentación saludable con el enfoque metodológico de educación en salud y de intervención nutricional basadas en el enfoque preventivo promocional en salud que permitan sensibilizar a los adultos mayores, sus familiares y población en general respecto a la importancia del consumo de alimentos saludables en sus diversas dimensiones para poder tener acceso a un buen estado nutricional y a una mejor calidad de vida durante la vejez, promoviendo el envejecimiento saludable.

Por otro lado, un estudio realizado sobre **“Determinantes sociales de salud y consumo de alimentos en adultos mayores concurrentes a centros de jubilados de Mar del Plata”** (Sofía Vigne. 2014, Mar del Plata, Argentina) tuvo como objetivo identificar los determinantes sociales que caracterizan a la población de adultos mayores que asisten a diferentes centros de jubilados de la ciudad de Mar del Plata durante el 2014 y su perfil de salud. El estudio fue descriptivo y de corte transversal. Se tomó una muestra de 130 personas, conformada por hombres y mujeres entre 63 y 91 años. Dicha muestra fue determinada aleatoriamente en los nueve centros de jubilados de la ciudad de Mar del Plata. La información fue recolectada por medio de una encuesta con preguntas específicas sobre características personales, patrones alimentarios y medidas antropométricas; y una frecuencia de consumo de alimentos. Como resultado de la investigación se pudo observar que, según el índice de masa corporal el 55% tiene sobrepeso y 24% algún grado de obesidad. El riesgo cardiovascular según circunferencia de cintura determinó que 27% tiene riesgo aumentado y 55% riesgo muy aumentado.

En relación al nivel educativo, se determinó que la mitad de ellos finalizó sus estudios primarios, el 22% los inició, pero no los culminó, el 22% consiguió finalizar el secundario. La mitad de los encuestados manifestó tener un ingreso mensual menor a \$4000, este valor es insuficiente para afrontar los gastos indispensables en todos los aspectos de sus vidas y para mantener un buen estado nutricional.

La mayoría de los encuestados considera que vive en una zona insegura, esto afecta directamente su salud impidiéndole realizar tareas diarias como la compra de alimentos y poder realizar caminatas por el barrio, entre otras actividades que colaboran con el mantenimiento de un buen estado de salud.

No beben alcohol diariamente el 90%, y son fumadores actuales sólo el 11%. Realiza actividad física con frecuencia el 85% de los encuestados. Tienen diagnóstico de hipertensión arterial el 61%, hipercolesterolemia el 28% y diabetes el 6%. Con respecto a datos alimentarios se observa que en cuanto a la distribución de las comidas diaria 86% desayuna, 25% realiza una colación de media mañana, almuerza el 98%, 90% merienda, 15% realiza una colación de media tarde y 81% cena.

Más de la mitad manifestó agregar sal en las comidas diariamente. Los alimentos que tiene un consumo inadecuado por deficiencia en la mayor parte de los entrevistados fueron: leche, yogurt, queso, carne, vegetales crudos y cocidos, frutas, pan, azúcar y aceite. Los alimentos consumidos inadecuadamente por exceso en gran parte de las personas fueron: huevo, cereales y pastas, legumbres, manteca, margarina y frutos secos. La autora concluye el accionar de un Nutricionista en los centros de Jubilados y Pensionados de la ciudad de Mar del Plata, a través de la educación nutricional, con el objetivo de obtener cambios duraderos en las conductas alimentarias que mejoren el estado nutricional de los adultos mayores que

concurren a estos centros, revalorizando sus conocimientos e identificando las diferentes patologías relacionadas con la alimentación

Del mismo modo se realizó otro estudio sobre **“Ingesta de alimentos y su relación con factores socioeconómicos en un grupo de adultos mayores”** (Daniela Gil Toro, Nubia A. Giraldo, Alejandro Estrada Restrepo. 2017, Antioquia, Colombia) el cual fue descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 178 Adultos Mayores, que asistieron a la facultad de odontología de la Universidad de Antioquia, entre septiembre de 2014 y febrero de 2015. Por medio de cuestionarios se analizaron las características sociodemográficas de los participantes, la escala de seguridad alimentaria en el hogar y la frecuencia de consumo de alimentos. En las características sociodemográficas se tuvieron en cuenta variables como sexo, edad, estrato socioeconómico, estado civil, nivel educativo e ingreso económico en el último mes. Los resultados indicaron que cerca del 50 % consumieron diariamente entre uno y tres veces lácteos y de uno a dos veces carnes, frutas y verduras. El 74,7% consumieron cereales, bananas y tubérculos más de cuatro veces al día, contrario a los granos secos y grasa monoinsaturada donde la frecuencia fue menor a una vez por día.

Con los datos obtenidos se concluyó que la ingesta de los principales grupos de alimentos está relacionada con variables socioeconómicas, reforzando que el nivel de ingresos y la seguridad alimentaria determinan la frecuencia con la que se pueden consumir los diferentes alimentos. Una gran parte de estos adultos mayores no incluye diariamente en su alimentación carnes, lácteos, frutas, verduras, cereales, los cuales son de suma importancia por el aporte de nutrientes, claves en el mantenimiento de la salud.

Además, un estudio sobre **“Hábitos alimentarios en relación al consumo de alimentos protectores de la salud en adultos mayor es de más 70 años.”**

(Cecilia Silvestri. 2011, Rosario, Argentina) de tipo descriptivo y transversal, en adultos mayores de 70 años no institucionalizados, de ambos sexos que concurren a la mutual La Roca de la ciudad de Rosario, tuvo el objeto de conocer los hábitos alimentarios en relación con el consumo de alimentos protectores de la salud, teniendo en cuenta que estos afectan a la calidad de vida de ellos.

Los datos fueron recolectados mediante encuestas estructuradas con preguntas sobre hábitos alimentarios y cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos considerados como protectores de la salud. La muestra fue de 50 adultos mayores de 70 años, de los cuales 43 eran mujer y 7 hombres. Los resultados de la investigación fueron que el 78% realiza cuatro comidas diarias y el 22% realiza tres de ellas, en cuanto a las formas de preparación el 100% usa hervido y horneado, el 46 % usa el método frito, un 44 % prepara alimentos crudos, un 43 % al vapor, un 34 % enlatados y ninguno utiliza productos congelados y microondas. El 62% agrega sal a las comidas y el resto no lo hace. En cuanto a la adquisición de alimentos el 84% realiza las compras por si mismos mientras que el 16% restante no. Se encontró un alto consumo de agua, lácteos enteros, fiambres e hidratos de carbono simples (postres, flanes, helados), un moderado consumo de carnes de vaca y pollo; moderado consumo de vegetales y frutas, un bajo consumo de manteca, mayonesa y cereales integrales.

Con los datos obtenidos de esta investigación, se concluyó que los adultos mayores de 70 años no incluyen un adecuado consumo de alimentos protectores de la salud frente a enfermedades crónicas no transmisibles.

Por último, una investigación sobre **“Consumo de alimentos protectores de la salud en adultos mayores, beneficiarios del programa Probienestar” (I.N.S.S.J.P – PAMI)**. (Fernanda Colmegna. 2018, Totoras, Argentina) fue descriptiva, cuali-cuantitativa, transversal, observacional, llevándose a cabo en adultos mayores de 65 años, de ambos sexos, pertenecientes a dos centros de jubilados de la ciudad de Totoras, con el objeto de analizar el consumo de alimentos considerados protectores de la salud y su adecuación a las recomendaciones diarias para la población Argentina.

Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos protectores, entrevista estructurada con preguntas cerradas sobre los motivos del no consumo de alimentos protectores y modelos visuales de raciones por grupo de alimentos protectores. Los resultados fueron que el 91,1% consume al menos un tipo de lácteos. En cuanto a las carnes el 100% las consume, siendo la carne de pollo la más frecuente. Todos ellos consumen al menos un tipo de hortalizas y frutas. Con respecto a papas y pastas el 100% las consumo, siendo el grupo de alimento de mayor frecuencia de consumo. Solo el 35% consume productos integrales. Todos ellos consumen aceites, en el caso de los frutos secos los consume el 25% de ellos y en cuanto a las semillas solo el 6,7% consumió algún tipo de semilla.

Con los datos obtenidos se concluyó que el consumo de alimentos protectores de la salud en la mayoría de los adultos mayores de 65 años no se adecua a las recomendaciones diarias para la población Argentina.

4. PLATEO DEL PROBLEMA.

¿Existe relación entre el consumo de alimentos protectores de la salud en los adultos mayores con sus ingresos que asisten al Centro de Jubilados y Pensionados Nacionales Ferroviarios Renovadora de la ciudad de Rosario durante los meses de octubre y noviembre del 2019?

5. OBJETIVOS.

5.1. Objetivo General.

Determinar el consumo de alimentos protectores de la salud en adultos mayores en relación a sus ingresos

5.2. Objetivos Específicos.

- Evaluar la cantidad y frecuencia de consumo de alimentos protectores de la salud.
- Conocer posibles motivos sensoriales por el cual se rechazan alimentos protectores
- Analizar factores socioeconómicos que influyen en el consumo y adquisición de alimentos protectores.
- Determinar el tipo de jubilación que reciben.
- Evaluar la compra de alimentos.

6. HIPÓTESIS.

El consumo diario de los alimentos protectores en adultos mayores que asisten al Centro de Jubilados y Pensionados Nacionales Ferroviarios Renovadora de la ciudad de Rosario durante los meses de octubre y noviembre del 2019, está directamente relacionado con sus ingresos.

7. MARCO TEÓRICO.

7.1. Envejecimiento

Para la Organización Mundial de la Salud, los cambios que constituyen e influyen en el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte (OMS 2015).

Según la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (2015), postula al envejecimiento como: *“un proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio”*.

Para Frontera Roura W. (2004, p.59) debe entenderse por envejecimiento a: *“la suma de todos los cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales con el paso del tiempo independientemente de la edad cronológica de la persona”*.

Girolami (2008, p.104) define, el envejecimiento 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”*.

Si bien no hay una definición única, todas coinciden en explicar el envejecimiento como la acción al paso del tiempo y que éste debe ser entendido como un proceso no solo biológico, sino también social, psicológico y económico.

7.1.1 Envejecimiento saludable

Se define como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Incluye el aprendizaje durante toda la vida, poder trabajar más tiempo, jubilarse más tarde, y en forma gradual tener una vida activa después de la jubilación y ocuparse en actividades que mejoren la capacidad y mantengan la salud (OMS, 2015).

7.1.2 Envejecimiento activo

Se define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS, 2015).

7.2. Envejecimiento y demografía.

En la especie humana, la única manera de establecer cuál es esa esperanza de vida máxima la constituye la constatación fehaciente de las fechas de nacimiento y muerte de los individuos. Eso, solamente ha sido posible establecerlo con rigor a partir de los inicios del siglo XIX con la instauración progresiva del registro civil, inicialmente en los países europeos y, más tarde, en el resto del mundo. De acuerdo con ello, hoy se admite que la esperanza de vida máxima en la especie humana se sitúa en torno a los 120 años (Instituto Nacional de Estadística. Encuestas Nacionales de Salud. Ministerio del Interior. Madrid. 1993, 1995, 1997, p.25).

Desde principios de 1900, las inmunizaciones y otras medidas de reducción de riesgos, tratamiento de enfermedades, disminución de los índices de mortalidad infantil y de la niñez, y el agua limpia y alimentos seguros han aumentado la esperanza de vida, que se acerca al potencial del tiempo de vida del ser humano.

De 1970 a 1990 la esperanza de vida ha aumentado más de cuatro años, en gran parte debido a menos muertes por cardiopatía, accidente vascular cerebral y accidentes entre los adultos mayores (Healthy People 2010: National health promotion and disease prevention objectives).

Aunque la esperanza de vida está en aumento y la población envejece, el tiempo máximo de vida del ser humano sigue estable, alrededor de 110 a 120 años (Hayflick L. How and why we age. Exp Gerontol, 1998).

Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.

La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado. Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico (OMS, 2017).

El envejecimiento demográfico no es una realidad exclusiva de los países desarrollados. En Latinoamérica, la mayoría de los países están transitando la etapa avanzada del proceso. Entre ellos, Uruguay, Argentina y Chile se encuentran entre los más envejecidos. El envejecimiento es evidente en un intervalo de sólo 10 años.

De 1990 a 2000, en Uruguay el índice de envejecimiento poblacional pasó de 69 a 74 (se incrementó un 7.2%); en Argentina de 42 a 48 (incremento del 14.3%); en Chile de 33 a 44 (incrementándose un 33.33%); en Brasil de 21 a 29 (con un incremento del 38.1%); y en México de 18 a 22 (incremento del 22.22%).

En el conjunto de países de América Latina la estructura de la población se modifica fuertemente, con un crecimiento pronunciado de la proporción de mayores

de 65 a partir de 1990. Según las proyecciones esta tendencia no hará sino profundizarse hasta 2050. La evolución de la estructura poblacional Argentina refleja claramente la transición demográfica, disminuyendo fuertemente la importancia de la población joven e incrementándose, paralelamente, la de mayores de 65 años (María Sol Torres Minoldo y Enrique Peláez, 2012, p. 4).

7.3. Clasificación del Anciano.

La Organización Mundial de la Salud clasifica al anciano de la siguiente manera (2015):

Anciano Joven: de 65 a 74 años, en general este grupo goza de buena salud, con independencia de realizar actividades.

Ancianos: de 75 a 84 años, este grupo presenta alguna invalidez funcional, con necesidad de ayuda para las tareas domésticas o de transporte.

Ancianos Mayores: de 85 años en adelante, los aspectos más relevantes de este grupo son la fragilidad y la incapacidad.

7.4. Alteraciones fisiológicas.

El envejecimiento es un proceso fisiológico irreversible, asociado a cambios estructurales y funcionales que se producen a lo largo de la vida, desde el desarrollo embrionario hasta la senescencia, pasando por la madurez. Estos cambios suponen una alteración progresiva de la respuesta homeostáticas adaptativas del organismo, aumentando la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad (López y Suarez, 2017, p. 449).

Para L. Kathleen Mahan (2017, p.1338) el envejecimiento es un proceso biológico normal. Sin embargo, implica cierto deterioro de la función fisiológica. Los órganos cambian con la edad. La velocidad de cambio difiere entre los individuos y en los distintos sistemas orgánicos. El período de crecimiento humano llega a su fin

aproximadamente a los 30 años de edad, cuando comienza la senescencia. La senescencia es el proceso orgánico de envejecimiento que muestra los efectos del aumento de edad. La enfermedad y la alteración funcional no son partes inevitables del envejecimiento. No obstante, hay ciertos cambios sistémicos que aparecen formando parte del envejecimiento. Estos cambios dan lugar a diversos grados de deterioro funcional y de la eficiencia. Algunos factores como la genética, las enfermedades, la situación socioeconómica y el estilo de vida determinan la progresión del envejecimiento en cada persona.

7.4.1. Composición corporal

La composición corporal cambia con la edad. La masa grasa y la grasa visceral aumentan, mientras que la masa muscular magra disminuye. La sarcopenia, es decir, la pérdida de masa, fuerza y función musculares puede guardar relación con la edad y afectar considerablemente a la calidad de vida del adulto mayor, al reducir su movilidad, aumentar el riesgo de caídas y alterar los índices metabólicos (Janssen, 2009; Thomas, 2010). La sarcopenia se acelera al disminuir la actividad física, mientras que el ejercicio físico para desarrollar músculo puede frenar su progresión. Aunque las personas inactivas presentan pérdidas mayores y más rápidas de masa muscular, la sarcopenia se observa también en individuos mayores activos, aunque en menor grado. En la actualidad no existe un grado específico de pérdida de masa corporal magra que determine el diagnóstico de sarcopenia. Todas las pérdidas son importantes, debido a la estrecha conexión entre masa muscular y fuerza. En la cuarta década de vida, la evidencia de sarcopenia es detectable y el proceso se acelera aproximadamente a partir de los 75 años.

La obesidad sarcopénica es la pérdida de masa muscular magra en personas mayores con tejido adiposo excesivo. El exceso de peso y la menor masa muscular contribuyen a la disminución de la actividad física, lo cual, a su vez, acelera la sarcopenia. Un estilo de vida extremadamente sedentario en personas obesas es un importante factor condicionante de la calidad de vida, diabetes, dislipidemia, obesidad, sobrepeso e incluso muerte (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

7.4.2. Alteraciones sensoriales.

Las pérdidas sensoriales afectan a la gente en grado variable, a ritmos distintos y a diferentes edades (Benelam, 2009; Schiffman, 2009). La genética, el entorno y el estilo de vida forman parte del deterioro de la competencia sensorial. Las alteraciones del sentido del gusto, el olfato y el tacto relacionadas con la edad pueden llevar a pérdida del apetito, elección inadecuada de los alimentos y menor ingesta de nutrientes. Aunque en parte la disgeusia (alteración del gusto), la pérdida gustativa o la hiposmia (disminución del sentido del olfato) son atribuibles al envejecimiento, muchos cambios se deben a los medicamentos (L. Kathleen Mahan, 2017, p.1341).

Según Rodota (2012, p.14), la pérdida parcial de las capacidades sensoriales está dado fundamentalmente por atrofia de las papilas gustativas, la sensibilidad por el gusto salado o dulce cambia, lo que lleva al consumo de alimentos fuertemente sazonados o azucarados.

El gusto y el olfato estimulan cambios metabólicos como la secreción de saliva, de ácido gástrico y de enzimas pancreáticas y un aumento de las concentraciones plasmáticas de insulina, la disminución de la estimulación sensitiva

también puede alterar estos procesos metabólicos (L. Kathleen Mahan, 2017, p.1341).

7.4.3. Alteraciones en la masticación y deglución

La pérdida de dientes, el uso de dentadura y la xerostomía (boca seca) pueden llevar a dificultades para la masticación y la deglución. La disminución de sensibilidad gustativa y de producción de saliva hace que comer sea menos placentero y más dificultoso (L. Kathleen Mahan, 2017, p.1344).

De acuerdo con Judith E. Brown (2014, p. 426) la salud oral depende de varios sistemas de órganos que trabajan juntos, secreciones intestinales (saliva), sistemas esqueléticos (dientes y mandíbula), membranas mucosas, músculos (lengua y mandíbula), papilas gustativas y nervios olfatorios, para oler y degustar. Los trastornos de la salud oral están relacionados con el envejecimiento. Los malos hábitos dietéticos son un factor de riesgo modificable que contribuye a la pérdida de piezas dentales. La falta de piezas dentales y las dentaduras mal ajustadas dificultan la masticación y tienen un impacto negativo en la alimentación.

La saliva que lubrica la boca y empieza el proceso digestivo también ayuda a mantener el esmalte limpio. Sin embargo, la saliva se hace más viscosa y espesa con la edad. La falta de saliva también retarda la absorción de nutrientes.

La ausencia de dientes o prótesis dentaria inadecuada obligan a limitar la trituración, con lo que 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 (Rodota, Castro, 2012, p.15).

7.4.4. Alteraciones digestivas

Algunos cambios digestivos pueden relacionarse con la edad afectando negativamente a la ingesta de nutrientes de una persona.

- La disminución de la función mucosa gástrica lleva a incapacidad para resistir lesiones como úlceras, cáncer e infecciones.
- La gastritis causa inflamación y dolor, retraso del vaciamiento gástrico y malestar.
- La aclorhidria es la producción insuficiente de ácido en el estómago. Para la absorción de la vitamina B12 se requiere una cantidad suficiente de ácido y de factor intrínseco en el estómago. Aunque en el hígado se almacenan cantidades significativas, pueden producirse carencias de vitamina B12 (L. Kathleen Mahan, 2017, p.1345).
- Las personas mayores son más propensas al estreñimiento que los adultos más jóvenes por la disminución de la motilidad intestinal probablemente debido a atrofia en la musculatura propulsora y atenuación de la mucosidad intestinal, por reducción de secreciones. A eso se le suma el consumo insuficiente de fibra y la falta de ejercicio regular, y en algunos casos la inmovilidad absoluta (Rodota Castro, 2012 p. 15).

7.4.5. Cambios en la microbiota

Según Ribera Casado J. M (2016) la microbiota intestinal, es dinámica y con el envejecimiento se va limitando la diversidad de gérmenes presentes en ella. La variabilidad interindividual se va haciendo mucho mayor según envejecemos y, además influye el estado de salud, estado nutricional, dieta, fármacos (antibióticos, antiinflamatorios). Se ha comprobado que, en combinación de todo lo anterior,

existen diferencias importantes entre los sujetos sanos que viven en sus domicilios y los institucionalizados en hospitales y residencias, así como diferencias vinculadas al tipo de vida previo de cada persona.

Principales cambios asociados con el proceso de envejecer de la microbiota intestinal

- Aumenta la variabilidad interindividual
- Disminuye la diversidad entre los gérmenes que componen la microbiota
- Disminuyen en número y en variedad de especies los bacteroides y las bifidobacterias
- Disminuye la capacidad amilolítica
- Aumenta el número de anaerobios, Clostridium, fusobacterias y eubacterias
- Aumenta la actividad proteolítica

Por otra parte, según Mansilla Fernández N. (2017) en el anciano, la asociación entre la microbiota y el estado de salud se hace más evidente ya que es más habitual que estén inmunológicamente comprometidos. También se puede relacionar con desequilibrios en la microbiota intestinal. Existe una asociación clara entre la inflamación, la dieta y la microbiota.

Estas alteraciones o desequilibrios entre el número o tipo de colonias bacterianas, reciben el nombre de disbiosis que puede ser desencadenada por múltiples factores como la dieta desequilibrada, los antibióticos o el estrés psicológico y manifestarse como síndrome metabólico, alergias, obesidad, diabetes, entre otras.

En el adulto mayor, existen varios factores que pueden modificar su microbiota intestinal y por tanto ocasionar desórdenes a nivel digestivo y/o sistémico. La dieta es un pilar fundamental, el consumo de probióticos y prebióticos deben

estar presentes en su alimentación diaria para prevenir o corregir la disbiosis intestinal.

7.4.6. Alteraciones cardiovasculares

Entre las enfermedades cardiovasculares se incluyen la cardiopatía y el accidente cerebrovascular. Esta enfermedad relacionada con la nutrición tiene sus raíces en opciones alimentarias no saludables mantenidas a lo largo de la vida del individuo (Neidert, 2005). Las alteraciones cardiovasculares relacionadas con la edad son extremadamente variables y están afectados por influencias ambientales, como el tabaquismo, el ejercicio y la dieta. Los cambios consisten en una disminución de la distensibilidad de la pared arterial, una disminución de la frecuencia cardíaca máxima, una disminución de la respuesta al estímulo b-adrenérgico, un aumento de masa muscular del ventrículo izquierdo y enlentecimiento de la relajación ventricular. A menudo, el resultado final de la hipertensión y la arteriopatía es una insuficiencia cardíaca crónica. La dieta baja en sodio y la restricción de líquidos son fundamentales para el tratamiento de esta enfermedad. Estas restricciones dietéticas, junto con los demás efectos colaterales de la insuficiencia cardíaca, suelen llevar a un consumo reducido de nutrientes (L. Kathleen Mahan, 2017, p.1346).

7.4.7. Alteraciones renales

Se evidencia una reducción aproximada del 50% de la función renal debido a la disminución progresiva del número y tamaño de nefrones, con menor tasa de filtrado glomerular y flujo sanguíneo renal. La capacidad de reabsorber glucosa y para concentrar o diluir la orina esta disminuida, lo que afecta la excreción de los desechos nitrogenados. También es frecuente la nicturia, lo que conduce a menudo

a una disminución de la ingesta de líquidos, incrementando la acumulación de urea y ácido úrico. Existe una menor capacidad para mantener el equilibrio de sodio, por lo que una restricción excesiva del mineral podría provocar deshidratación (López y Suarez, 2017, p. 457).

7.4.8. Alteraciones óseas

A partir de la tercera edad la resorción ósea supera al depósito, provocando una pérdida del contenido mineral en huesos, situación que es más severa en mujeres y que predispone al padecimiento de osteoporosis. Las vértebras pueden colapsarse y desintegrarse, dando como consecuencia un acortamiento y mayor curvatura de la columna, lo que se traduce en un descenso de la talla y una postura inclinada hacia adelante (López y Suarez, 2012, p. 454).

7.4.9. Alteraciones neurológicas

Puede existir un deterioro significativo de los procesos neurológicos relacionado con la edad. La función cognitiva, la estabilidad mental, el tiempo de reacción, la coordinación, la marcha, la sensibilidad y las tareas de la vida diaria pueden deteriorarse hasta un 90% o tan solo un 10%. Como media, el encéfalo pierde de un 5 a un 10% de su peso entre los 20 y los 90 años de edad, pero la mayoría de las neuronas, si no todas, son funcionales hasta la muerte, a menos que esté presente un trastorno patológico específico. Es importante hacer una distinción entre el deterioro normal relacionado con la edad y la alteración debida a trastornos como la demencia, un proceso patológico. Las dificultades de memoria no necesariamente indican demencia, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson ni otro trastorno mental. Muchos cambios de la memoria pueden atribuirse a factores ambientales como el estrés, exposición a sustancias químicas y una mala

dieta más que a procesos fisiológicos. Sin embargo, incluso una alteración cognitiva leve puede afectar a la alimentación, la masticación y la deglución, aumentando así el riesgo de malnutrición (L. Kathleen Mahan, 2017, p.1347).

7.5. Competencia inmunitaria

La respuesta inmunitaria es más lenta y menos eficaz a medida que la competencia inmunitaria se deteriora con la edad. Los cambios aparecen en todos los niveles del sistema inmunitario, desde alteraciones químicas en las células hasta diferencias en los tipos de proteínas que se encuentran en la superficie celular, e incluso mutaciones en órganos completos. El deterioro progresivo de la función de los linfocitos T y la inmunidad celular contribuye al aumento de la frecuencia de infecciones y cáncer en la población de mayor edad. El mantenimiento de un buen estado nutricional fomenta una buena función inmunitaria (L. Kathleen Mahan, 2017, p.1343).

7.6. Malnutrición en la ancianidad

Según Rodota Castro (2012, p. 16), al hablar de malnutrición se debe pensar en dos posibilidades, por exceso o por déficit.

En malnutrición por exceso se observa en los menos ancianos o en los que están más protegidos por la familia y en quienes las alteraciones o enfermedades que poseen no deterioran el estado nutricional, salvo que favorece el aumento de peso.

La malnutrición por déficit está presente en esta población por estar expuesta a padecer deficiencias nutricionales importantes, sobre todo los de edad más avanzada, que viven solos o en residencias e instituciones geriátricas u hospitalarias.

Según López y Suarez (2012, p. 379) existen distintos factores de riesgo para el desarrollo de malnutrición en los adultos mayores:

Primarios

- Pérdida de interés por la alimentación a raíz de las alteraciones sensoriales.
- Ignorancia acerca de la importancia de una alimentación equilibrada.
- Pobreza o menor nivel de ingresos que condicionan la compra de alimentos.
- Soledad, que disminuye el interés por la alimentación.
- Discapacidad física para moverse y obtener alimentos.
- Desórdenes en la conducta, depresión.

Secundarios

- Padecimientos de enfermedades crónicas que requieren de un plan alimentario especial y que no es llevado a cabo adecuadamente.
- Uso de medicamentos que interfieren con la absorción de nutrientes.
- Alcoholismo.
- Malabsorción condicionada por trastornos intestinales que alteran la absorción de vitaminas y minerales.

7.7. Factores sociales

Según López y Suarez (2012, p.376) en la ancianidad es frecuente una disminución en el consumo de alimentos, en consecuencia, no se alcanzan a cubrir las cantidades mínimas de recomendación de nutriente. Varios factores contribuyen al aporte limitado, el aislamiento social; que reduce el interés en la alimentación, la invalidez física; que restringe la posibilidad de acceso a una variedad de alimentos, la falta de conocimientos acerca de la necesidad de recibir una alimentación equilibrada, la alteración de las funciones mentales que resulta incompatible con una

adecuada selección de alimentos, y la falta de recursos económicos, que condicionan la restricción en cantidad, calidad y variedad de alimentos disponibles. Este último aspecto debe ser analizado con detenimiento pues puede convertirse en el mayor condicionante en grupos de ancianos que no presentan patologías severas pero que perciben un nivel de ingresos inadecuado.

Por otra parte, Rodota Castro indica como factores al asilamiento, depresión, pobreza, alteraciones emocionales, son frecuentes y las causas pueden estar relacionados con jubilaciones precarias por menos poder adquisitivo, disminución de las responsabilidades familiares y laborales, soledad, pérdidas de seres queridos, presencia de enfermedades que alteran la calidad de vida, negación a cambios físicos productos de la vejez (Rodota Castro, 2012, p. 16).

7.7.1. Calidad de vida

Numerosos cambios sociales, económicos y psicológicos están involucrados en el proceso de envejecimiento, muchos de ellos implican una pérdida y generan modificaciones en el entorno social del anciano. En nuestra cultura, comer es una actividad social y privarse de contactos sociales puede tener un efecto negativo sobre la ingesta de alimentos.

Pérdida de familiares, amigos y vecinos: la pérdida de cónyuge es habitualmente el episodio más complejo que el anciano debe superar y debido a que las mujeres son más longevas que los hombres, sobrepasan el número de hombres en edades avanzadas de vida. La dispersión y alejamiento geográfico de los miembros de una familia hace que disminuya el apoyo mutuo y la sociabilidad que esta relación aporta.

Pérdida de ingresos: la mayoría de los jubilados perciben ingresos notoriamente menores comparados con los que recibían cuando trabajaban. Esta situación modifica sustancialmente el nivel de vida de los ancianos y genera sentimientos de preocupación y de pérdida de independencia económica.

Pérdida de movilidad: los cambios fisiológicos en los sentidos de la audición, visión, movilidad de las articulaciones y modificaciones esqueléticas ocasionan una disminución de la capacidad de los ancianos para movilizarse con lo que se altera críticamente la actividad social, así como la posibilidad para realizar compras de alimentos.

Pérdida de autoestima: la dependencia de los ancianos en otra persona aumenta como consecuencia de la disminución en la fuerza física, la movilidad y el nivel de ingresos. Es común que experimenten sentimientos de impotencia para tomar decisiones y de pérdida de autoestima (López y Suarez, 2012, p. 378).

Según Girolami (2008, p.104) la percepción de cada anciano respecto a la propia declinación es crítica y de ello depende el logro de un envejecimiento exitoso. Esta percepción de declinación se define por:

- Disminución de la autoconfianza y de la autoestima.
- La percepción de su propia mortalidad se acrecienta con la presencia de enfermedad.
- Sentimientos de vergüenza, temor a las caídas y a la pérdida de control de esfínteres.
- La jubilación es vivida como un hecho traumático, generando sentimientos de minusvalía y dependencia.
- La pérdida de los seres queridos, amigos, el trabajo, los ingresos y la salud son vividos con sentimientos de abandono, soledad y depresión.

7.8. Alimentos protectores y recomendaciones diarias según Guías Alimentarias para la Población Argentina (Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2016)

7.8.1. Cereales, sus derivados y legumbres secas.

- Cereales: arroz, avena, cebada, centeno, maíz, trigo, mijo y sorgo.
- Sus derivados: harinas y productos elaborados con ellas: fideos, pan, pastas, galletas, etc.
- Legumbres secas: arvejas, garbanzos, lentejas, porotos, soja y habas.

Aporte nutricional: Este grupo de alimentos es fuente de hidratos de carbono complejos, que son absorbidos lentamente por el organismo y dan sensación de saciedad. Proveen la energía suficiente que el organismo necesita para aprovechar bien el resto de los nutrientes, siempre y cuando se consuman en la cantidad adecuada.

Los cereales integrales son aquellos que conservan el salvado (que es el que contiene la mayor parte de nutrientes). Estos alimentos aportan:

- Hidratos de carbono complejos.
- Proteínas: no son abundantes, y además son pobres en calidad.
- Grasas: se encuentran principalmente en el germen.
- Minerales: contienen mayormente fósforo y potasio.
- Vitaminas: las más abundantes son las del complejo “B”.
- Fibra.

Estos nutrientes se conservan en los granos enteros, pero a medida que éstos sufren procesos de molienda, son separadas las envolturas y el valor de los cereales se modifica considerablemente.

Las legumbres aportan:

- Hidratos de carbono complejos: el principal es el almidón.
- Proteínas: tienen casi el doble que los cereales y son de mejor calidad.
- Grasas: el contenido de lípidos es muy bajo.

7.8.2. Hortalizas, verduras y frutas:

- Hortaliza: toda planta herbácea producida en la huerta, de la que una o más partes pueden utilizarse como alimento en su forma natural.
- Verduras: son las partes comestibles de color verde de las plantas, aptas para la alimentación.
- Tubérculos o raíces: son las partes subterráneas de las diferentes especies de vegetales.
- Frutas: son los productos maduros procedentes de la fructificación de una planta sana. Fruta fresca es la que se consume en su estado natural, con madurez adecuada que conserva sus propiedades organolépticas.

Aporte nutricional: Hidratos de carbono que se encuentran como azúcares, que le dan sabor dulce, especialmente a las frutas. Cuanto más maduras son, mayor concentración de azúcar poseen. En las hortalizas predominan los almidones.

Proteínas: el contenido es bajo.

Grasas: el contenido es muy bajo por lo que no se considera en la alimentación, excepto los casos de la palta y las aceitunas que son frutos ricos en grasa.

Vitaminas y minerales: Gran variedad y cantidad de estos micronutrientes. Mayormente se encuentran en las cáscaras por lo que se recomienda consumir aquellas hortalizas y frutas cuya estructura lo permita, con la cáscara, previamente lavada.

En cuanto a los minerales las verduras son más ricas que las frutas. Los que más se destacan son el potasio, el sodio, el magnesio, el calcio y el hierro.

En cuanto a las vitaminas, podemos encontrar vitamina A en vegetales de hoja verde, zanahoria, zapallo, calabaza, frutas amarillas y frutas y hortalizas rojas.

También las frutas y verduras proveen gran cantidad de vitamina C, la cual disminuye con la cocción en agua, por lo que se recomienda consumir crudos los vegetales y frutas

Fibra: soluble e insoluble

Agua: el contenido es muy importante ya que se encuentra entre el 70% y 95%.

Recomendaciones

- Comer entre 3 y 5 porciones diarias de hortalizas y entre 2 y 3 porciones diarias de frutas, de diferentes colores.
- Una vez al día, por lo menos, que sean crudas.
- Si se consumen cocidas, cocinarlas preferentemente con cáscara y en trozos grandes, al vapor o al horno. Si se hierven, usar poca agua.
- Para disminuir las pérdidas de vitaminas y minerales se recomienda comer las frutas recién peladas o con cáscara, bien lavadas; cocinar las hortalizas y verduras al vapor, peladas, lavadas y enteras; cocinar con cáscara las papas, batatas, zapallitos, berenjenas; hervir las verduras y las frutas sin cortar, con poca agua, a fuego fuerte y con el tiempo mínimo que necesiten.

7.8.3. Leche, yogur y quesos

Aporte nutricional

Hidratos de carbono: el principal es la lactosa (azúcar de la leche)

Proteínas: son todas de alto valor biológico.

Grasas: de acuerdo a la cantidad de grasa que poseen, se clasifican en lácteos enteros, semidescremados o descremados.

Minerales: el calcio y el fósforo son los más abundantes, y algunas industrias suplementan la leche con hierro.

Vitaminas: la leche contiene variedad de vitaminas, pero en cantidades muy bajas, que no alcanzan a cubrir las necesidades diarias recomendadas. La industria suplemente a la leche con vitaminas A y D.

Agua: principal componente.

Quesos: aportan los mismos nutrientes que la leche y el yogur, pero a medida que aumenta la dureza del queso, es menor el contenido de lactosa y mayor el contenido de grasa, sodio y calcio.

Recomendaciones

- Consumir 2 a 3 porciones diarias.
- Incrementar las porciones en etapas especiales, como niñez, adolescencia y menopausia.
- Se recomiendan productos semidescremados en adultos y productos enteros en niños y adultos mayores.

7.8.4. Carnes y huevos.

Aporte nutricional.

- Proteínas: de alto valor biológico.
- Grasas: las cantidades de grasas varían de acuerdo con la especie del animal, el tipo de carne y los distintos cortes del mismo animal.
- Minerales: aportan hierro, zinc, fósforo, cobre, magnesio, sodio y calcio.
- Vitaminas: del complejo "B" y carotenos.

- Agua: es el componente principal del músculo.

Huevo:

- Proteínas de excelente calidad, aportadas por la clara.
- Grasas: se encuentran en la yema.
- Minerales: en la clara: azufre, sodio y potasio. En la yema: fósforo, hierro, azufre, calcio y potasio.
- Vitaminas: en la clara su contenido es pobre y en la yema, contiene vitamina A y del complejo “B”.

Recomendaciones

En cuanto a las carnes:

- Moderar el consumo de fiambres y embutidos.
- Alternar los tipos de carne que se consumen.
- Elegir los cortes de carne más magros.
- Quitar la grasa visible.
- Las formas de cocción más recomendables son: horno, parrilla, plancha y hervido.

En cuanto al huevo:

- se recomienda hasta un huevo por día.
- Para evitar la contaminación se recomienda consumir tanto la yema como la clara bien cocidas.

7.8.5. Aceites y grasas.

Las grasas pueden ser de origen animal, vegetal, aceites de semillas o frutos oleaginosos, y grasas alimenticias modificadas por hidrogenación (margarina).

Aporte nutricional

- Grasas: aportan ácidos grasos esenciales. Su función básica se debe a su aporte energético, por lo que son la fuente de energía más concentrada.
- Vitaminas: A, D, E y K.

Recomendaciones

- Consumir las cantidades necesarias evitando un aporte excesivo.
- Consumir diariamente frutos secos y semillas sin sal, agregándolos a otras preparaciones.
- Se recomienda el uso de aceites puros, preferentemente crudos.
- No se recomienda el consumo frecuente de productos envasados tipo copetín, debido a su alto contenido graso y elevado aporte de sodio,

7.9. Jubilaciones

Según la ley número 6.915 las jubilaciones se clasifican de la siguiente manera:

Jubilación ordinaria (Art. 14) Los afiliados mujeres y varones que acrediten (sesenta) 60 y sesenta y cinco (65) años de edad respectivamente, y treinta (30) años de servicios ambos computables, podrán obtener la Jubilación Ordinaria establecida en este artículo. El afiliado podrá compensar el exceso de edad con la falta de servicios mínimos requeridos, a razón de tres (3) años de excedentes por uno (1) de servicio faltante y viceversa. En ningún caso se podrá utilizar este excedente para incrementar el haber.

Jubilación por invalidez (Art. 16) Tendrán derecho a la jubilación por invalidez, cualquiera sea su edad y antigüedad en el servicio, los afiliados que se incapaciten física e intelectualmente en forma total para el desempeño de cualquier actividad compatible con sus aptitudes profesionales, siempre que la incapacidad se hubiera producido durante la relación de trabajo.

Jubilación por edad avanzada (Art. 23) Tendrán derecho a la jubilación por edad avanzada los afiliados que:

- a) Hubieran cumplido setenta (70) años de edad cualquiera fuera su sexo;
- b) Acrediten veinte (20) años de servicios computables con una prestación de por lo menos ocho (8) años durante el período de diez (10) inmediatamente anteriores al cese de la actividad.

Pensiones (Art. 24) En caso de muerte del jubilado o del afiliado en actividad o con derecho a jubilación, gozarán de pensión:

- a) La viuda.
- b) El viudo.
- c) La conviviente.
- d) El conviviente.
- e) Los hijos solteros, las hijas solteras y las hijas viudas, siempre que no gozaran de jubilación, pensión, retiro o prestación no contributiva, salvo que optaren por la pensión que acuerda la presente, todos ellos hasta los dieciocho (18) años de edad.

7.9.1. Ingresos jubilatorios en Argentina

Una mayor proporción de población pasiva genera un aumento del esfuerzo que debe hacer la sociedad para financiar las jubilaciones. La crisis financiera de los sistemas contributivos en aquellos países más afectados por el envejecimiento demográfico parece respaldar esta apreciación inicial.

No puede establecerse que el envejecimiento genere una escasez de recursos que amenace la capacidad de la sociedad de sostener económicamente una mayor población pasiva mayor. En Argentina, el PBI (Producto Bruto Interno) ha

crecido en mayor proporción que la población mayor. Por otro lado, hemos observado que el PBI por habitante no sólo no se ha reducido, sino que la tendencia predominante es a un crecimiento sostenido.

De este modo, lo más lógico sería destinar una proporción de PBI creciente a la población mayor, de manera consecuente con el crecimiento de su proporción en la sociedad. El resto de la sociedad no vería disminuidos sus ingresos por ello debido a un incremento de la productividad que permite, con una PEA (Población Económicamente Activa) proporcionalmente menor, producir proporcionalmente más.

El crecimiento de la economía permite que una mayor proporción de PBI para la población anciana no requiera afectar el acceso del resto al PBI por habitante que le corresponde, de acuerdo a la proporción de población que representa.

No obstante, el impacto del envejecimiento en los sistemas previsionales es indiscutible, los fondos previsionales se tornan cada vez más insustentables. La población activa contribuyente ha dejado de constituir una base de financiamiento suficiente, poniendo en juego la calidad y sustentabilidad del sistema. En realidad, se trata de reformular la interpretación de los indicadores demográficos tradicionales, aplicando sus conclusiones exclusivamente a las consecuencias del envejecimiento sobre los sistemas de carácter contributivo. Son éstos, y no la economía en su conjunto, los que no pueden hacer frente al incremento de jubilados.

Si la vejez es cubierta por las contribuciones de los trabajadores, frente a la transición demográfica sería necesaria una expansión del mercado de trabajo formal de las mismas proporciones que el aumento de la población anciana. Pero los problemas de desempleo, subempleo, informalidad y precarización, así como el deterioro o estancamiento de los salarios, hacen que el aumento de población

pasiva mayor se convierta una importante fuente de dificultades de financiamiento. Aunque se produzcan mejoras en la economía que potencialmente permitan afrontar nuevos gastos, en el esquema contributivo, no existen los canales necesarios para que parte de las mismas se transfiera al sistema previsional.

El impacto negativo del aumento demográfico de adultos mayores depende entonces de la existencia de un paradigma contributivo. Por lo tanto, lo que genera el envejecimiento no es un problema social general sino un problema institucional: pone en crisis la tradicional estructura previsional.

Sin depender de un esquema contributivo, el impacto del envejecimiento dependerá de lo que pase con la productividad.

Mirar la economía en su conjunto y los recursos disponibles, dentro y fuera del mercado de trabajo formal, permite definir cuánto se destinará a la vejez de acuerdo a un esquema distributivo social de ingresos que pueda orientarse por criterios solidarios y propios de una sociedad que asume colectivamente su responsabilidad para con la vejez y reconoce los derechos de la misma (María Sol Torres Minoldo y Enrique Peláez, 2012, p. 13).

7.10. Canasta básica

La canasta básica de alimentos es un conjunto de alimentos básicos que forman parte de la estructura de consumo de la población en cantidades que satisfacen los requerimientos energéticos, y la mayor proporción posible de las recomendaciones de nutrientes al menor costo posible.

La lista de alimentos expresados en cantidades de proteínas y energía que satisfacen los requerimientos predefinidos se multiplica por los precios que los hogares deben pagar por ellos, obteniendo el costo total de una canasta básica de

alimentos, que es un instrumento fundamental en la medición de la pobreza e indigencia por insuficiencia de ingresos.

A diferencia de las guías alimentarias que sí indican pautas de alimentación saludable, la canasta básica de alimentos no representa lo que se debe comer sino solo una noción de lo que se come, aplicando criterios normativos y económicos.

En Argentina, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC), define la canasta básica de alimentos como: *“el conjunto de alimentos que satisfacen ciertos requerimientos nutricionales, y cuya estructura refleja el patrón de consumo de alimentos de la población de referencia”*.

Se construye a partir de las necesidades energéticas y proteicas indispensables para que un hombre de entre 30 y 59 años que realiza actividad moderada, denominado adulto equivalente, pueda cubrir dichas necesidades durante un mes. Los alimentos y cantidades que responden a esas necesidades se seleccionan a partir de la Encuesta de Gastos de los Hogares.

Pero las necesidades energéticas y nutricionales de las personas mayores podrían no ser capturadas completamente a partir de la conversión al adulto equivalente, ya que motivos asociados a los procesos biológicos del envejecimiento, procesos sociales relacionados con la pérdida de redes familiares y la reducción de ingreso derivada de la jubilación constituye un riesgo de caer en la pobreza y sufrir un deterioro en la calidad de vida.

La Canasta Básica Total a partir de su ampliación, considerando los bienes y servicios no alimentarios (indumentaria, vivienda y equipamiento del hogar, transporte y comunicaciones, educación, salud y esparcimiento) consumidos por la población permite definir la línea de pobreza, considerando “pobres” a aquellos

hogares, cuyos ingresos declarados no superan su valor (Revista Española de Nutrición Comunitaria, 2019).

7.11. Canasta básica para un Jubilado

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la Food and Agriculture Organization, la Organización Mundial de la Salud, las Guías Alimentarias de la Población Argentina y los datos de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares, la Defensoría de la Tercera Edad de la ciudad de Buenos Aires difunde mensualmente una canasta básica de los jubilados (Revista Española de Nutrición Comunitaria, 2019).

La Canasta Básica del Jubilado se mide dos meses por año, desde hace casi una década.

Según Eugenio Semino defensor de la tercera edad, al mes de octubre la medición total alcanzó \$ 37.815. Los rubros que se consideran son alimentos (20%), productos de higiene y limpieza (10%), medicación y artículos de farmacia (20%), impuestos y servicios (8%), transporte (6%), vestimenta (6%), gastos de vivienda (27%) y recreación (3%).

Este valor continúa denotando un desfasaje con los haberes de alrededor de 2.500.000 jubilados y pensionados que perciben una remuneración mínima de \$12.937, quienes apenas alcanzan a cubrir un 30% de las necesidades básicas que deberían garantizar su vida digna.

Sin olvidar que las Pensiones No Contributivas y la Pensión Universal para adultos mayores están en un rango del 70 – 80% menos de la jubilación mínima, \$9.055,99 y \$ 10.349,78 respectivamente, que perciben aproximadamente 1.300.000 de personas (Eugenio Semino, octubre 2019).

8. REFERENTE EMPÍRICO

La ciudad de Rosario está ubicada en la zona sur de la provincia de Santa Fe, República Argentina.

Se encuentra en una posición geoestratégica en relación con el Mercosur, en el extremo sur del continente americano. Cabecera del Departamento homónimo, es el centro del Área Metropolitana Rosario y se sitúa a 300 kilómetros de la ciudad de Buenos Aires.

El municipio de Rosario ocupa una superficie total de 178,69 kilómetros², de la cual la superficie urbanizada es de 120,37 kilómetros².

La ciudad está integrada por 8.271 manzanas (considerando 1 manzana a la superficie rodeada por calles u otras manzanas) y 16.607 cuadras (considerando 1 cuadra a la comprendida entre calles principales, tenga o no pasaje en el medio), de las cuales 16.001 se encuentran pavimentadas.

Limita al Este con el río Paraná, al Norte con las localidades de Granadero Baigorria e Ibarlucea, al Oeste con las localidades de Funes y Pérez y al Sur con las localidades de Soldini, Piñeiro y Villa Gobernador Gálvez.

Los arroyos Ludueña al Norte y Saladillo al Sur cruzan el municipio de Oeste a Este y en algunos tramos también le sirven de límite.

La investigación fue llevada a cabo en el “Centro de Jubilados y Pensionados Nacionales Ferroviarios Renovadora” ubicado en Avenida Alberdi 33 bis, en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, durante los meses de octubre y noviembre de 2019. Aquí los jubilados y pensionados participan en las diversas actividades talleres de estimulación cognitiva como el taller de la memoria, actividades físicas y de motricidad como tai chi y yoga, recreativas como bingo y fiestas de té.

9. MATERIALES Y MÉTODOS

9.1. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, cualitativo y cuantitativo.

9.2. Tipo de Estudio

Los estudios descriptivos buscan definir las propiedades, describir las características de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno sometido a un análisis. Este estudio fue descriptivo debido a que se recolectaron datos para comprender un fenómeno. La investigación fue de tipo cuali-cuantitativo, porque se basó en analizar los procesos de estudios de acuerdo con el contexto donde se dieron. Cuantitativo porque se utilizó la recolección de datos para poder probar relación entre los alimentos protectores y los ingresos de los adultos mayores, mediante medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

9.3. Tipo de Diseño

La recolección de datos fue de campo, debido a que se recolectaron datos propios. Los datos de interés se recogieron en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto del investigador. Fue observacional, debido a que no se manipularon las variables. Transversal por que la recolección de datos se realizó en un solo período de tiempo, la búsqueda fue de tipo prospectivo ya que se inició con la exposición de una supuesta causa, y luego se debe siguió a través del tiempo a una población determinada hasta determinar o no la aparición del efecto.

9.4. Población y Muestra

Población

La población fue conformada por todos los adultos mayores que asisten al Centro de Jubilados Ferroviarios Renovador que tengan entre 60 y 85 años o más.

Muestra

La muestra fue conformada por un total de 45 adultos mayores de ambos sexos, pertenecientes al Centro de Jubilados Ferroviarios Renovador de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina; en los meses de octubre y noviembre del año 2019, aplicando los criterios de inclusión y exclusión. Fue un muestreo por conveniencia, no aleatorio, razón por la que se desconocerá la probabilidad de selección de cada unidad o elemento del universo. El investigador decidió, según los objetivos, los elementos que integraron la muestra, considerando aquellas unidades supuestamente típicas de la población que se deseó conocer. En este caso el investigador tuvo conocimiento de la población y las características que fueron útiles para seleccionar la muestra.

Criterios de Inclusión

- Ser mayor de 60 años de edad y de ambos sexos
- Asistir al Centro de Jubilados Ferroviarios Renovador
- Adultos mayores que acepten responder a la encuesta

Criterios de Exclusión

- Ser menor de 60 años de edad
- No asistir al Centro de Jubilados y Pensionados Ferroviarios Renovador
- Adultos mayores que no acepten responder a la encuesta

9.5. Variables e Indicadores

- Sexo
- Edad
- Tipo de jubilación
- Montos jubilatorios
- Compra de alimentos
- Consumo de Alimentos protectores

Operacionalización de variables

9.5.1 Sexo:

Definición conceptual: Es el conjunto de las peculiaridades orgánicas que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.

(Elaboración propia)

Definición operacional: Género de los adultos que van a realizar la encuesta.

(Elaboración propia)

Indicador:

- Masculino.
- Femenino.

Tipo de variable: independiente.

Categorización: Femenino/ Masculino.

9.5.2. Edad:

Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento

Definición operacional: Período de tiempo de los adultos mayores que concurren al Centro de Jubilados Ferroviarios Renovador, con edades comprendidas entre 60 años a 85 años o más.

Indicador: años

Tipo de variable: independiente.

Categorización:

- 60-74 años
- 75-84 años
- 85 más años

9.5.3. Tipo de Jubilación

Definición conceptual: tipo de jubilación que recibe un trabajador que pasa a inactividad laboral según la causa del cese de la actividad, dada por distintas clasificaciones según la Ley n° 6.915

Definición operacional: tipo de jubilación que recibe el adulto mayor que asiste al Centro de Jubilados y Pensionados Ferroviarios Renovador. (Elaboración propia)

Indicador: tipo de jubilación que recibe el adulto mayor según el cese de sus actividades.

Tipo de variable: independiente.

Categorización:

- Jubilación ordinaria
- Jubilación por invalidez
- Jubilación por edad avanzada
- Pensión

9.5.4. Montos Jubilatorios

Definición conceptual: Los montos de las prestaciones establecidas se determinan en base al promedio de las remuneraciones actualizadas percibidas en los últimos ciento veinte meses de servicios con aportes inmediatamente anteriores a la fecha de cesación del afiliado en toda actividad (Ley n°6.915).

Definición operacional: Los montos recibe el adulto mayor que asiste al Centro de Jubilados y Pensionados Ferroviarios Renovador, dada por un valor en pesos, establecido en rangos tomando un promedio de montos jubilatorios máximos y mínimos.

Indicador: pesos argentinos

Tipo de variable: independiente

Categorización:

- \$12000 A \$16000
- \$17000 A \$21000
- \$22000 A \$26000
- \$27000 A \$31000

9.5.5. Compra de alimentos

Definición conceptual: obtención de alimentos a cambio de dinero. (Elaboración propia)

Definición operacional: obtención de alimentos a cambio de dinero, por accionar individual o de un tercero. (Elaboración propia)

Indicador: Realiza las compras el adulto mayor por si mismo o realiza a las compras un tercero

Tipo de variable: independiente.

Categorización:

- Compra los alimentos por sí mismo
- Compra los alimentos un tercero

9.5.6. Consumo de alimentos protectores:

Definición conceptual: se definen como aquellos que por la cantidad y calidad de proteínas, vitaminas y minerales que contienen, al ser incorporados diariamente en cantidades suficientes, protegen al organismo de una enfermedad por carencia (López y Suarez, 2017 p.40).

Definición operacional: consumo del tipo de alimento protector, su frecuencia y motivos del no consumo, de los adultos mayores que asiste al Centro de Jubilados y Pensionados Ferroviarios Renovador (Elaboración propia).

Indicador: Que grupo de alimentos consume

Tipo de variable: dependiente.

Categorización:

- Feculentos cocidos y pan
- Leche, yogur y quesos
- Carnes y huevos
- Hortalizas, verduras y frutas
- Aceites vegetales, frutas secas y semillas

9.5.7. Frecuencia de consumo de alimentos protectores.

Indicador: número de veces por semana que consume cada alimento protector

Tipo de variable: dependiente.

Categorización:

- Todos los días
- 1 a 2 veces por semana
- 3 a 4 veces por semana
- 5 a 6 veces por semana

9.5.8. Motivos del no consumo de alimentos protectores.

Indicador: adultos mayores que presentan un consumo nulo de alimentos protectores

Tipo de variable: dependiente.

Categorización:

- Son costosos
- No puedo salir a comprarlos
- Me causan mal estar
- Se me dificulta masticarlos
- No me gustan
- Se me dificulta cocinarlos

9.6. Reparos éticos

Esta investigación se llevó a cabo, mediante la autorización dada por el presidente Jorge Fernández del Centro de Jubilados y Pensionados Ferroviarios Renovador. Se encuestó a los adultos mayores que aceptaron responder voluntariamente el cuestionario. Las planillas se completaron de forma anónima y no se dieron a conocer datos personales de los adultos mayores que participaron.

9.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se recogió la información en tres encuentros ya que son grupos diferentes que asisten en distintos días de la semana según tengan asignado. Se realizó una encuesta, a través de la cual se recogieron datos acerca de frecuencia de consumo de alimentos protectores de la salud, motivos del no consumo, y además se tuvo conocimiento sobre montos y tipos de jubilaciones.

9.8. Análisis de la información

Los datos obtenidos de las encuestas fueron cargados en una planilla de Excel, y luego procesados y analizados en el programa estadístico SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences). Se construyeron gráficos de barras y tortas para una mejor lectura de los resultados.

9.9. Tratamiento de datos

Para conocer el consumo de alimentos protectores, se utilizó un cuestionario de frecuencia de consumo y motivos de no consumo validado mediante una prueba piloto que se realizó a 13 adultos mayores los cuales asistieron el día de dicha prueba y aceptaron responder. Se comprobó que no hubo dificultades para realizar el cuestionario.

La encuesta consto de preguntas iniciales como sexo, edad, tipo de jubilación, monto jubilatorio, realización de compras. Se prosiguió con el cuestionario de frecuencia semanal de consumo de alimentos protectores divididos en: cereales y derivados; legumbres secas; leche, yogur y quesos; carnes; huevos; aceites vegetales; frutos secos y semillas; frutas; hortalizas y verduras. Seguido de motivos de no consumo de alimentos categorizados en: no me gustan; no puedo salir a comprarlos; se me dificulta cocinarlos; me causan mal estar; son costosos; tengo problemas para masticarlos.

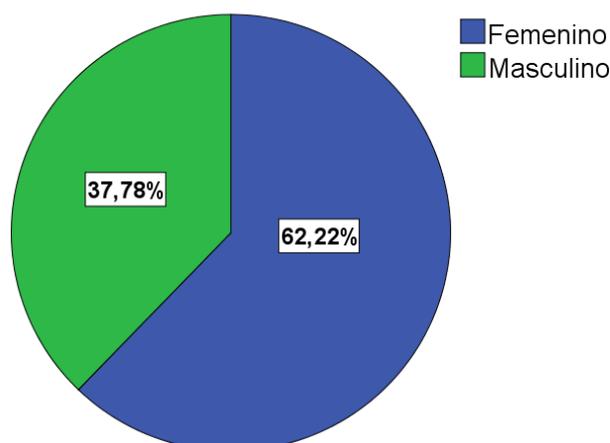
10. RESULTADOS ALCANZADOS

La muestra estuvo conformada por 45 adultos, mayoritariamente de sexo femenino (62,22%). El grupo etario predominante se encontró en el rango de 60 a 74 años (46,67%), seguido del de 75 a 84 años (42,22%), siendo la minoría los que se encontraron en un rango de 85 años o más con un porcentaje mínimo del 11,11%.

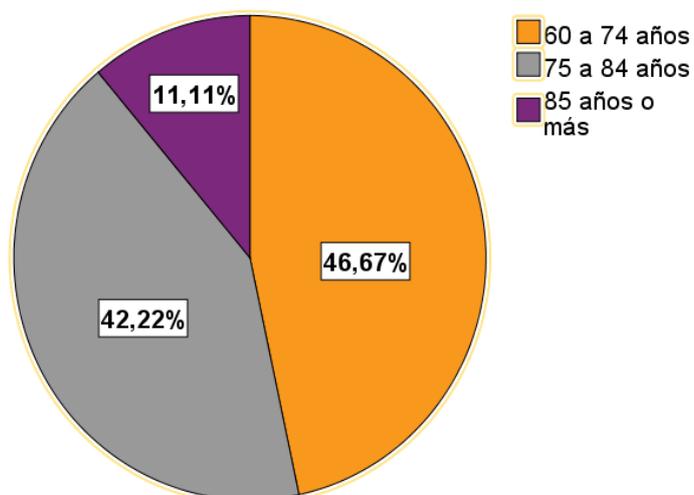
Con respecto al tipo de jubilación que recibían, la jubilación ordinaria con un 77,8% del total de los adultos mayores representó a la mayoría. Además, el 15,56% de ellos recibe una pensión en complemento con dicha jubilación. En cuanto a los montos jubilatorios en pesos argentinos, el 35,56% de los adultos mayores se encuentra recibiendo un rango jubilatorio mínimo de 12000 a 16000 pesos, seguido por el 26,66% de ellos quienes reciben entre 17000 y 22000 pesos, el 20% se encuentra recibiendo entre 23000 a 27000 y solo el 17,78% recibe entre 28000 y 31000 pesos mensuales. El 8,89% (4 personas) manifiestan contar con otros ingresos además de su jubilación.

La mayoría de los adultos mayores realizan por sí mismo la compra de alimentos (86,67%), el resto necesita que lo haga otra persona por ellos. (13,33%)

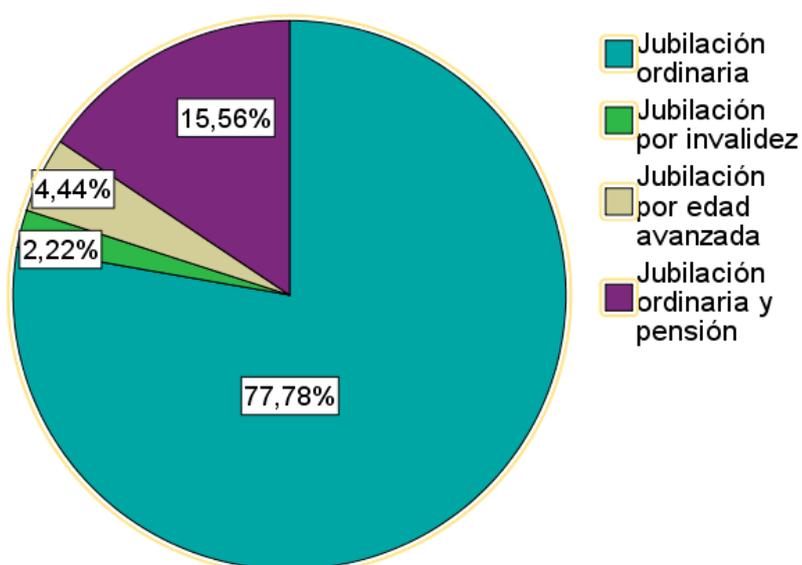
10.1. Gráfico n°1: Distribución de la muestra según sexo



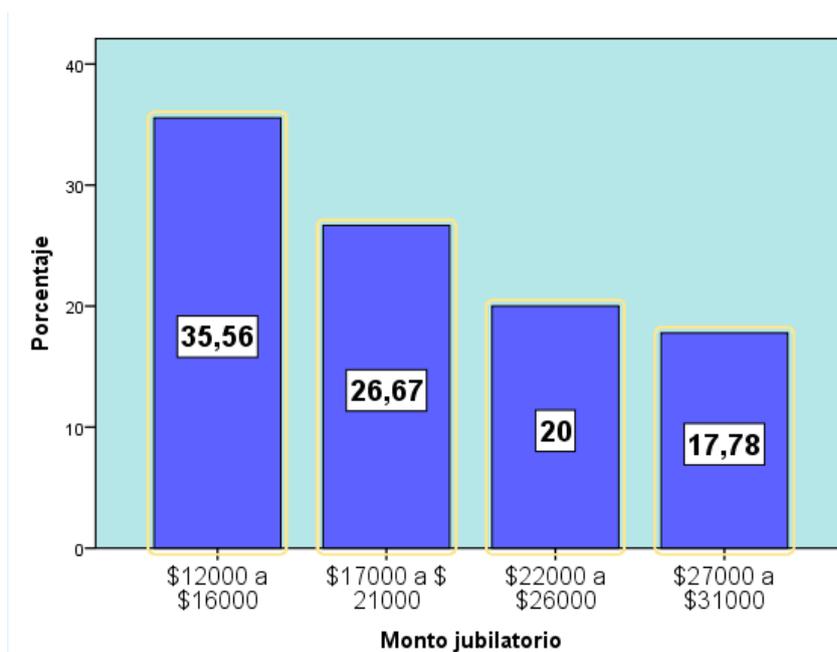
10.2. Gráfico n°2: Distribución según grupos de edad



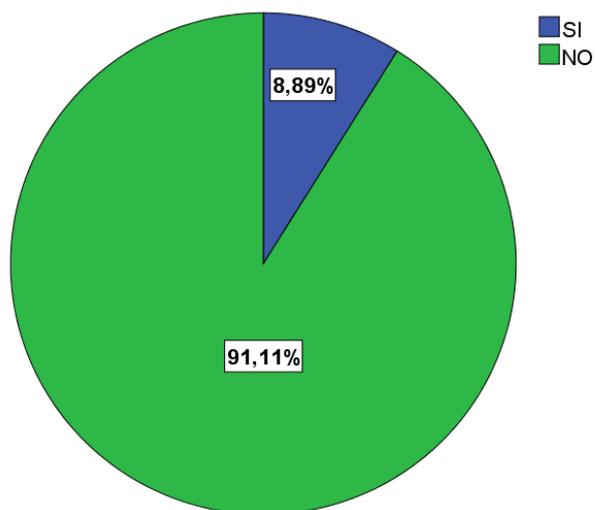
10.3. Gráfico n°3: Distribución según tipo de jubilación



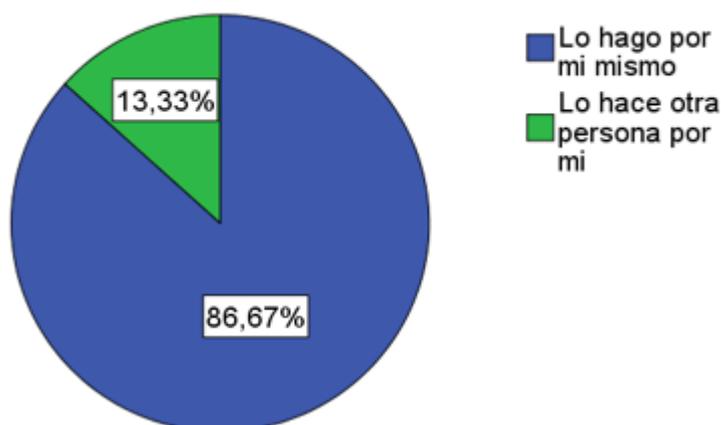
10.4. Gráfico n°4: Distribución según monto jubilatorio



10.5. Gráfico n°5: Distribución según otros ingresos



10.6. Gráfico n°6: Distribución según realización de compras de alimentos



Frecuencia de consumo de alimentos protectores

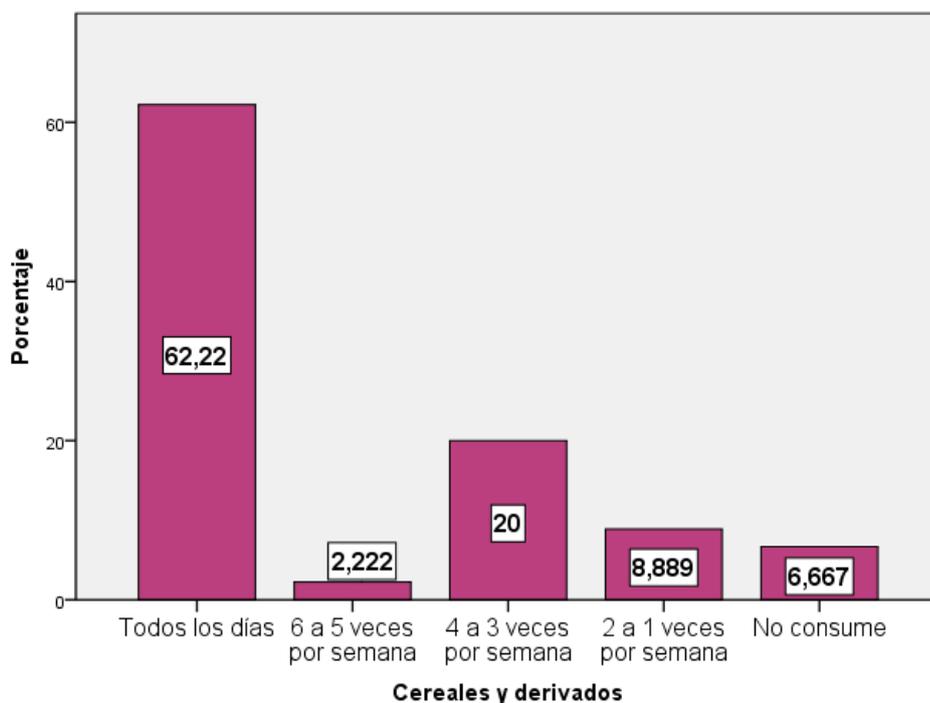
Feculentos cocidos y pan

El 62,22% del total de los adultos mayores consume cereales y derivados todos los días de la semana, el 20% tiene un consumo de 4 a 3 veces a la semana, un 8,88% los consume de 1 a 2 veces por semana, el 2,22% tiene un consumo de 6 a 5 veces por semana, y el resto de los adultos mayores no los consume.

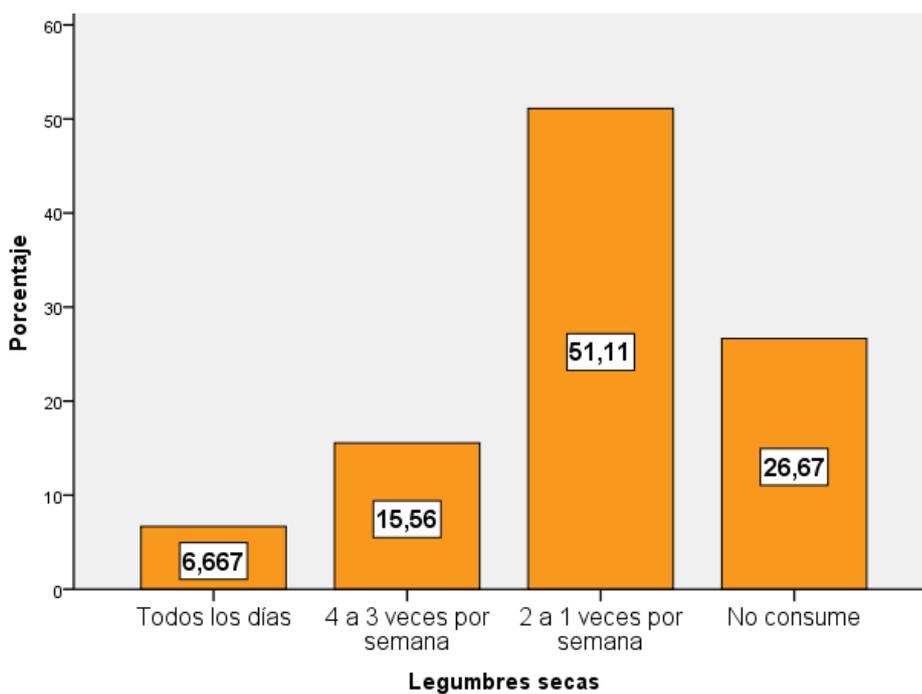
Las legumbres son consumidas por el 51,11% en una frecuencia de consumo mínima de 1 a 2 veces por semana, además el 26,67% no las consume.

En cuanto a las hortalizas C (papa, batata, mandioca y choclo) se presentó un consumo diario del 48,9% de los adultos mayores, el 31,1% las consume de 1 a 2 veces a la semana, y el resto (20%) las consume de 4 a 3 veces por semana

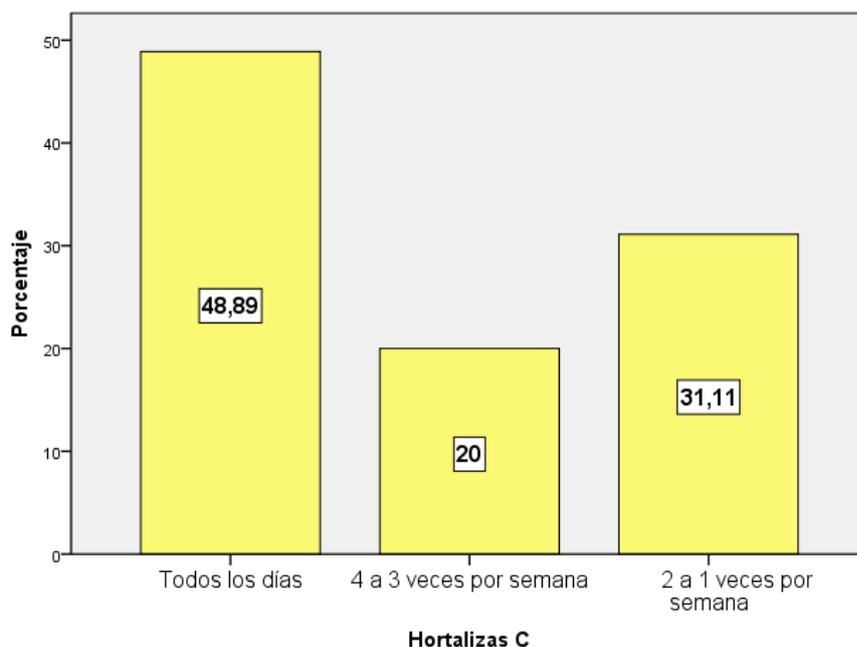
10.7. Gráfico n°7: Distribución según frecuencia de consumo de cereales y derivados.



10.8. Gráfico n°8: Distribución según frecuencia de consumo de legumbres secas



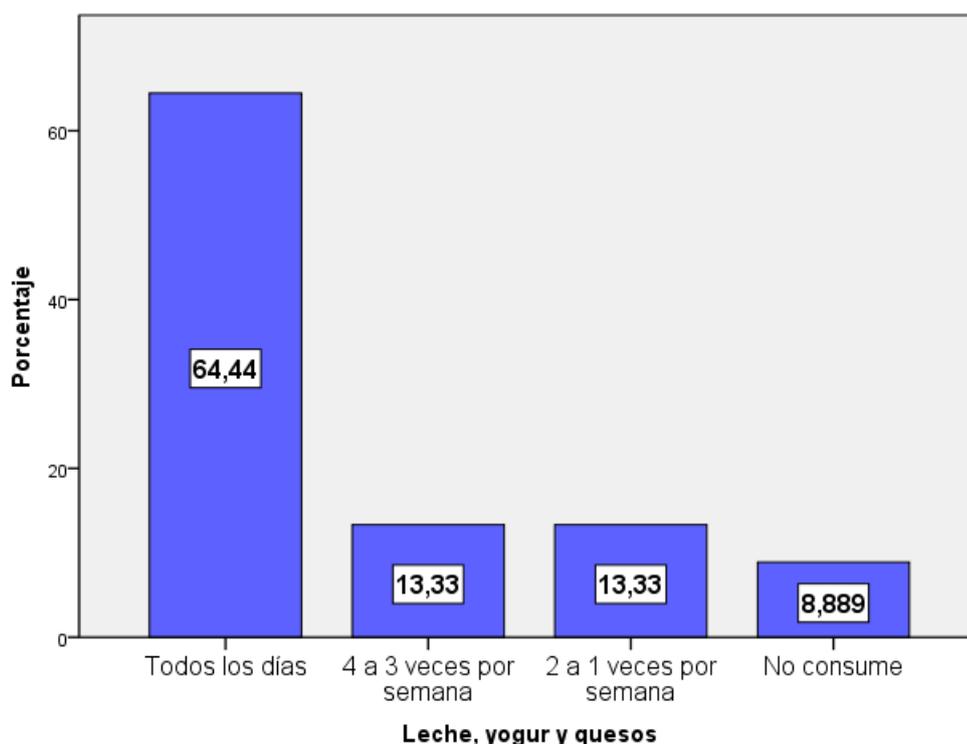
10.9. Gráfico n°9: Distribución según frecuencia de consumo de hortalizas C



Leche, yogur y quesos

El 8,89% de adultos mayores manifiesta no consumir leche, yogur y quesos. La mayoría de ellos consume estos productos todos los días de la semana (64,44%). El 13,33% de ellos consume 4 a 3 veces por semana, y de manera similar el 13,3% presenta un consumo de 1 a 2 veces por semana.

10.10. Gráfico n°10: Distribución según frecuencia de consumo de leche, yogur y quesos.

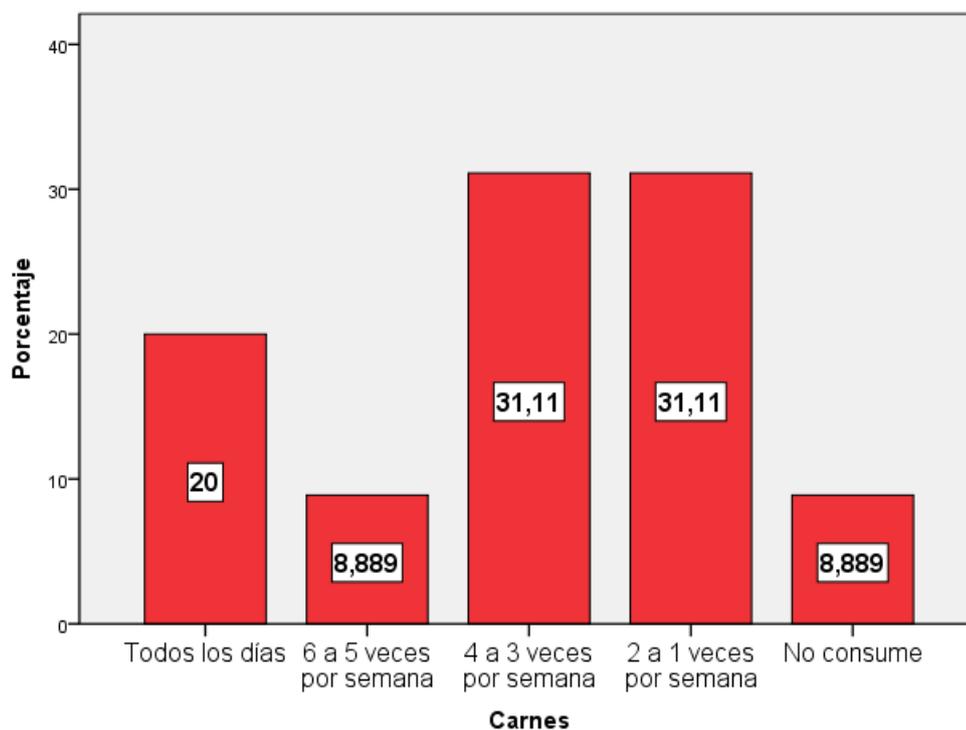


Carnes y huevos

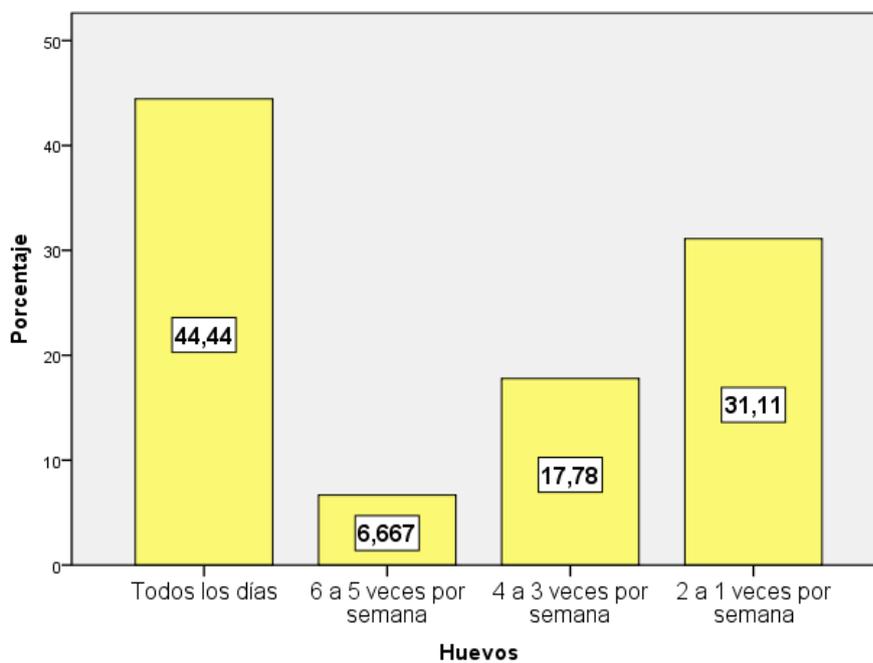
En el caso de las carnes la mayor frecuencia fue encontrada en un consumo de 4 a 3 veces por semana y 1 a 2 veces por semana, ambas frecuencias con un 31,11%. El 20% del total de los adultos mayores consume carnes todos los días de la semana. El consumo de 6 a 5 veces a la semana es representado por una minoría del 8,88%, y el resto no las consume (8,88%)

Los huevos son consumidos todos los días de la semana por la mayoría de los adultos mayores (44,44%). El 31,11% presenta una frecuencia de consumo mínima de 1 a 2 veces a la semana, el 17,78% tiene un consumo de 4 a 3 veces por semana y el resto los consume de 6 a 5 veces a la semana (6,66%)

10.11. Gráfico n°11: Distribución según frecuencia de consumo de carnes



10.12. Gráfico n°12: Distribución según frecuencia de consumo de huevo

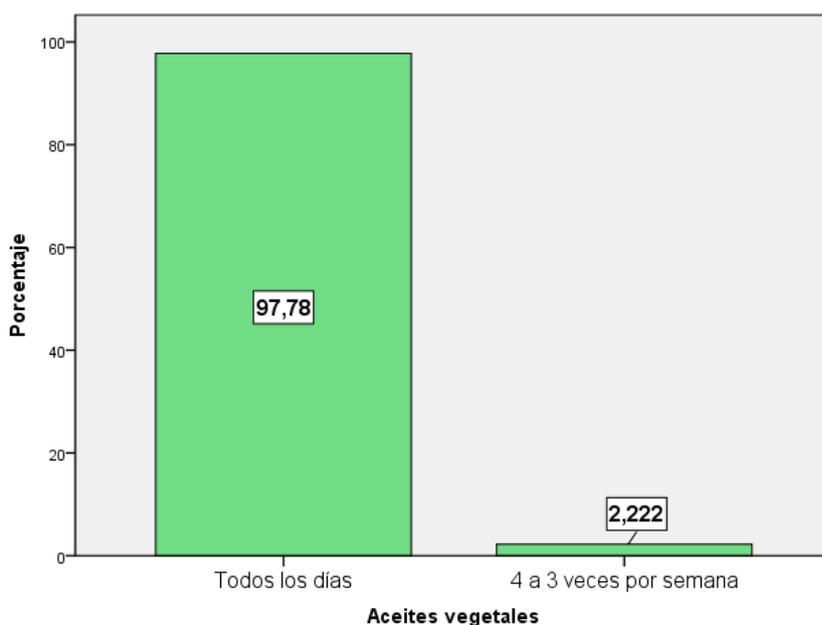


Aceites vegetales, frutos secos y semillas

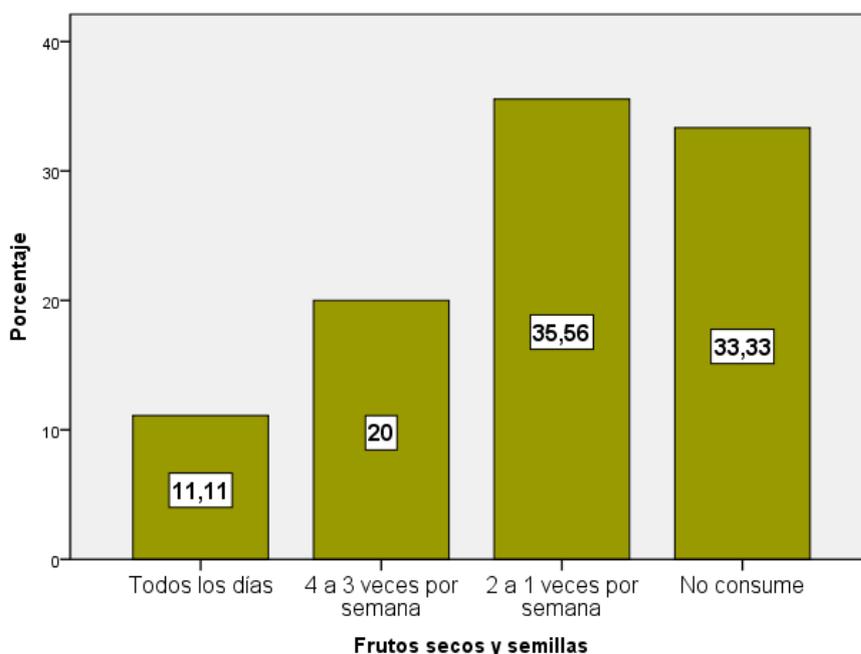
El consumo de aceites vegetales es de todos los días de la semana representado por la mayoría de los adultos mayores con un 97,78%. Solo un 2,22% no los consume.

Por otra parte, los frutos secos y semillas son consumidos en una frecuencia mínima de 1 a 2 veces por semana por el 35,56%, seguido por un 33,33% que no los consume. El 20% dice consumirlos 4 a 5 veces a la semana, y solo un 11,11% los consume a diario.

10.13. Gráfico n°13: Distribución según frecuencia de consumo aceites vegetales



10.14. Gráfico n°14: Distribución según frecuencia de consumo de frutos secos y semillas

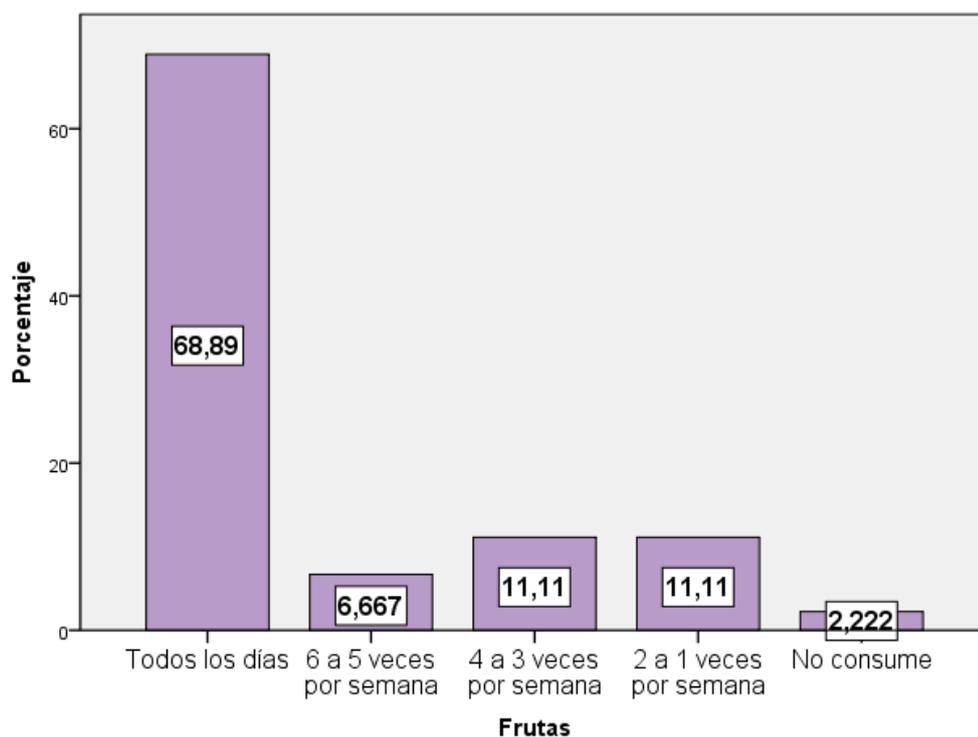


Hortalizas, verduras y frutas

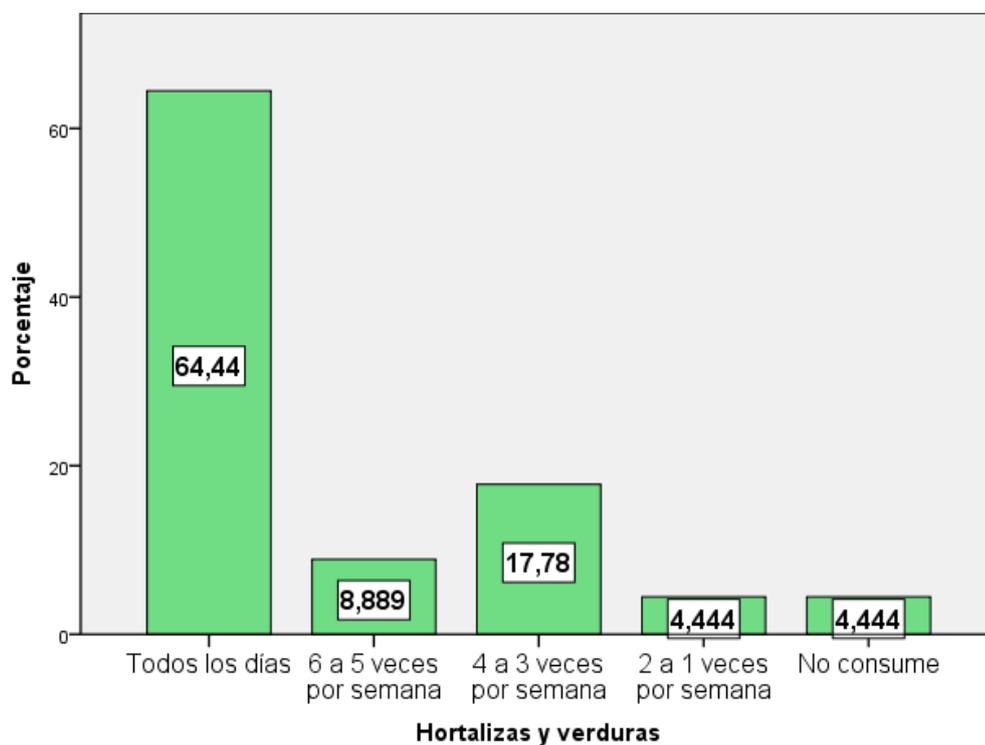
El consumo diario de frutas es representado por la mayoría de los adultos mayores con un 68,89%. Representando el no consumo solo el 2,22%. De 6 a 5 veces a la semana son consumidas por el 6,66%. El resto se distribuye en frecuencias de consumo de 4 a 3 veces por semana y 1 a 2 veces a la semana con un porcentaje del 11,11% igualmente.

Las hortalizas y verduras son consumidas todos los días por la mayoría de los adultos mayores (64,44%). Representando una frecuencia de 4 a 3 veces por semana un 17,78%, 6 a 5 veces por semana un 8,89%, 1 a 2 veces por semana un 4,44% y el resto no las consume (4,44%).

10.15. Gráfico n°15: Distribución según frecuencia de consumo de frutas



10.16. Gráfico n°16: Distribución según frecuencia de consumo de hortalizas y verduras



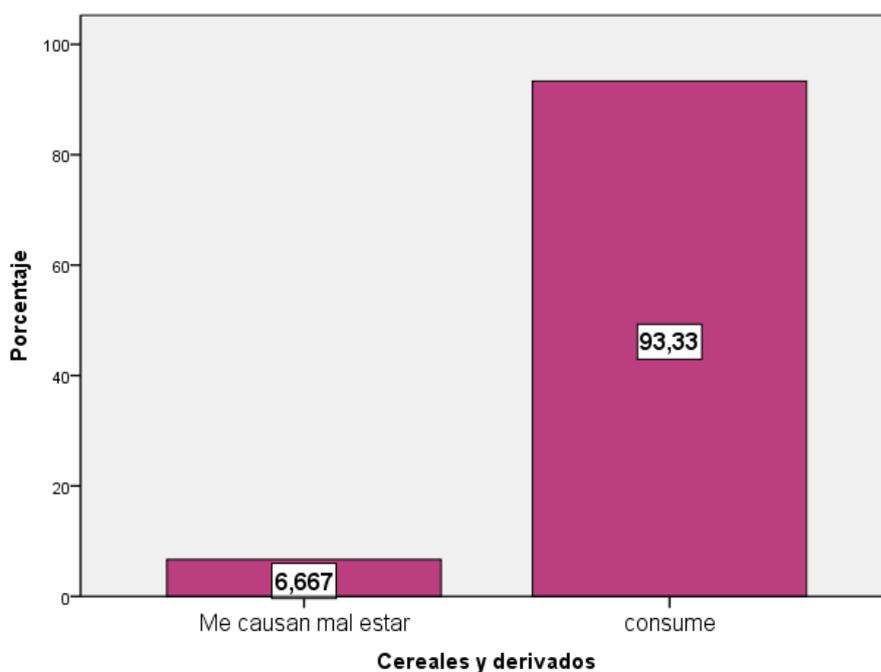
Motivos de no consumo de alimentos protectores

Feculentos cocidos y panes

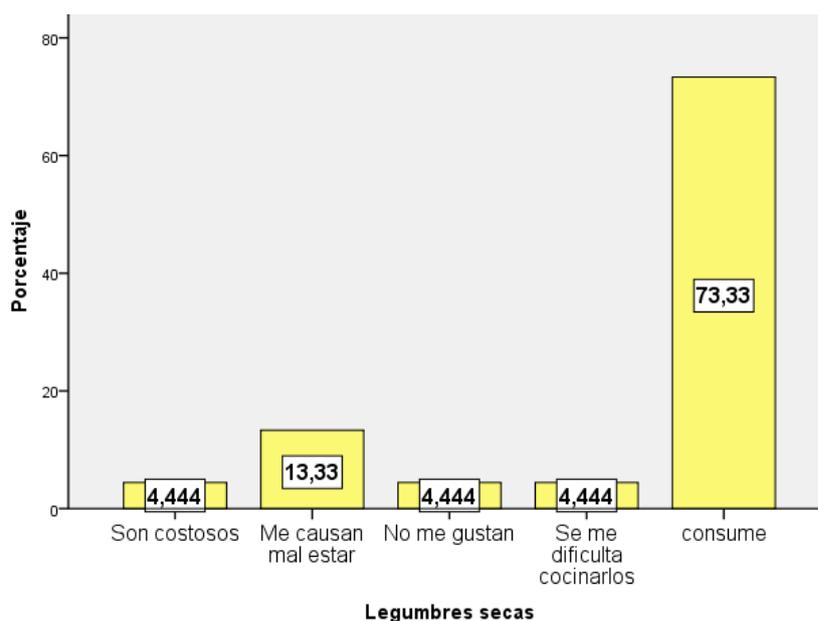
Una minoría del 6,66% manifestó no consumir cereales y derivados por ser causante de mal estar físico.

En el caso de las legumbres se indicaron diversos motivos del no consumo tales como que eran costosos (4,44%), causante de mal estar físico (13,33%), dificultad para cocinarlos (4,44%) y no agradables al gusto (4,44%)

10.17. Gráfico n°17: Distribución según motivo de no consumo de cereales derivados



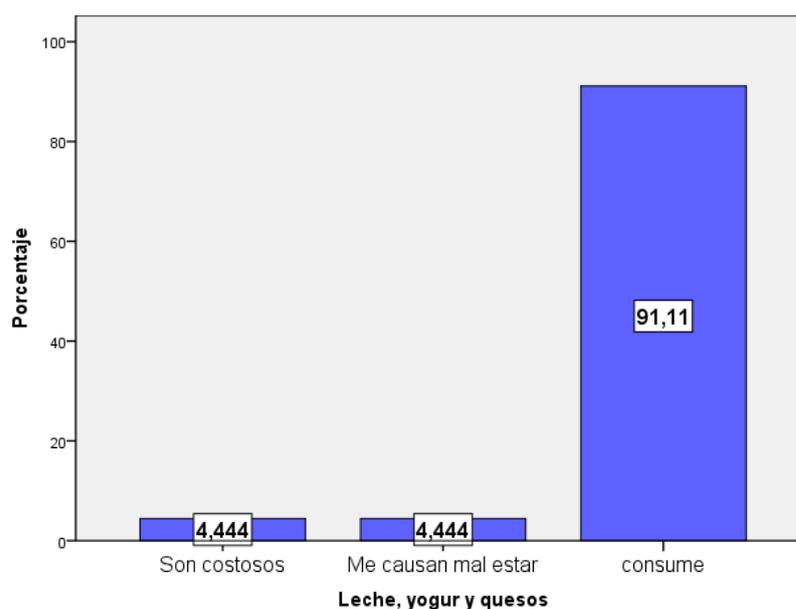
10.18. Gráfico n°18: Distribución según motivo de no consumo de legumbres secas



Leche, yogur y quesos

Los motivos reflejados del no consumo de leche, yogur y quesos fueron el costo (4,44%) y ser causante de mal estar (4,44%), siendo solo una minoría los representantes de estos motivos.

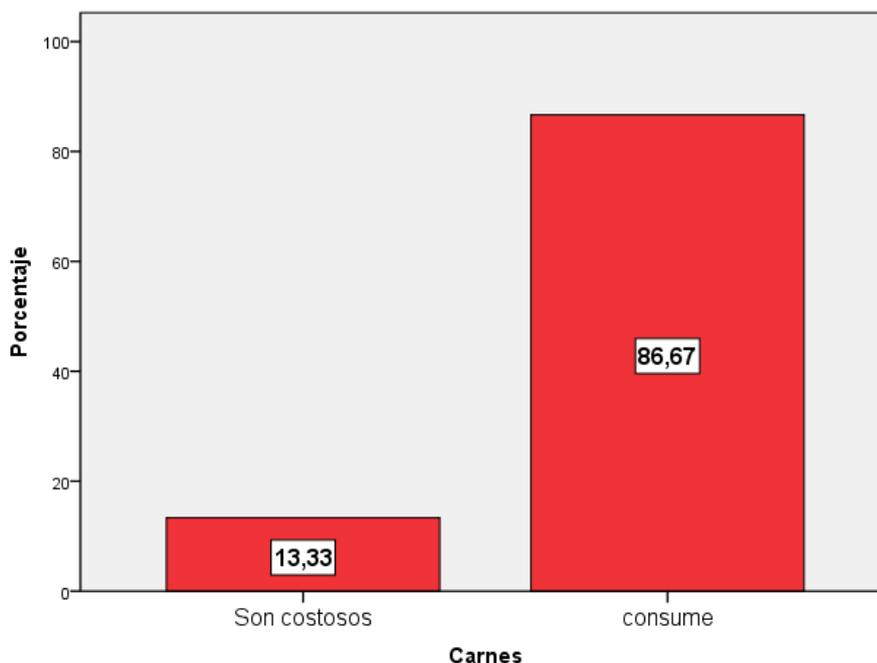
10.19. Gráfico n°19: Distribución según motivo de no consumo de leche, yogur y quesos.



Carnes

Solo el 13,33% del total de la muestra de adultos mayores presentó como motivo de no consumo de las carnes al costo de dicho alimento.

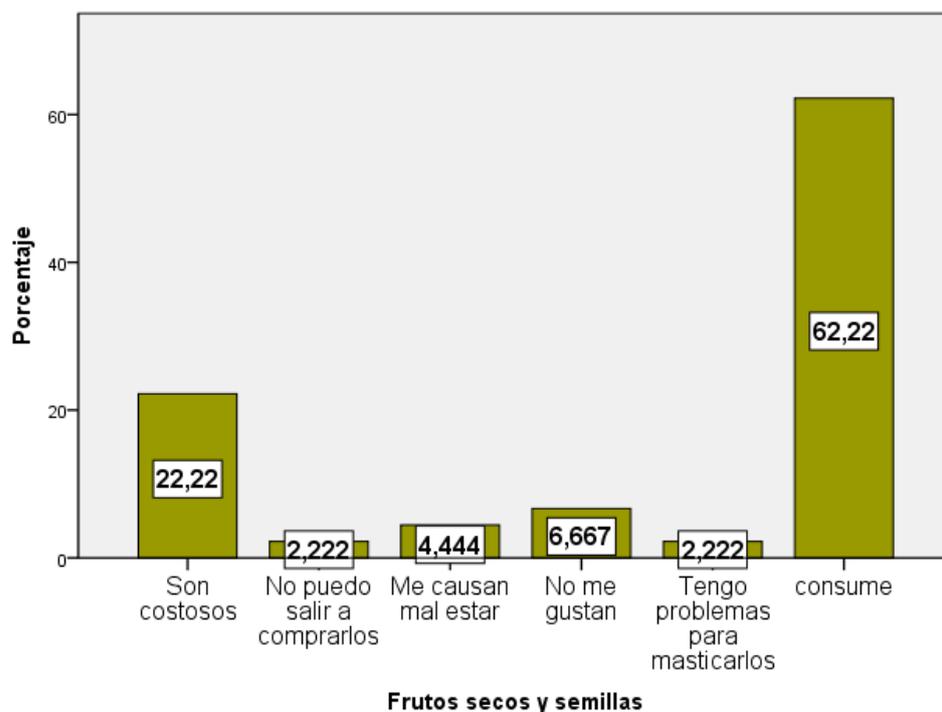
10.20. Gráfico n°20: Distribución según motivo de no consumo de carnes.



Frutos secos y semillas

Se presentaron varios motivos de no consumo de frutos secos y semillas, principalmente por su costo (22,22%), por no ser agradables al gusto (6,66%), por ser causantes de mal estar (4,44%), por tener problemas para masticarlos (2,22%) y por no poder salir a comprarlos (2,22%).

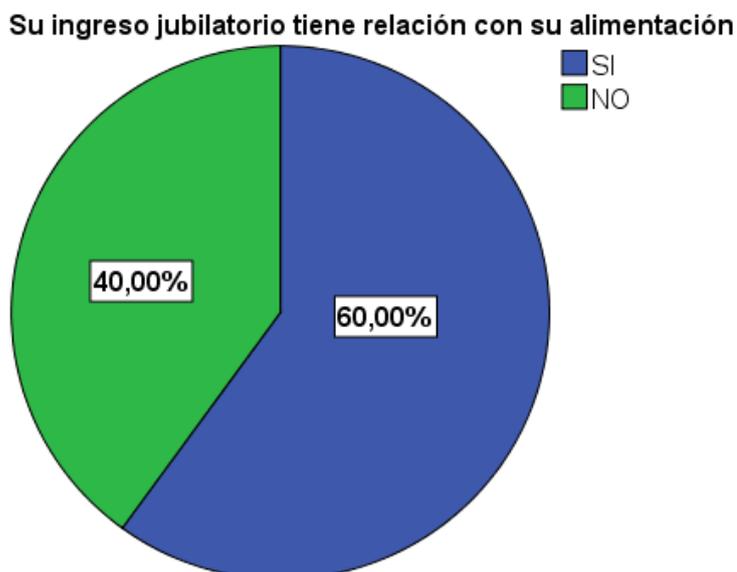
10.21. Gráfico n°21: Distribución según motivo de no consumo de frutos secos y semillas.



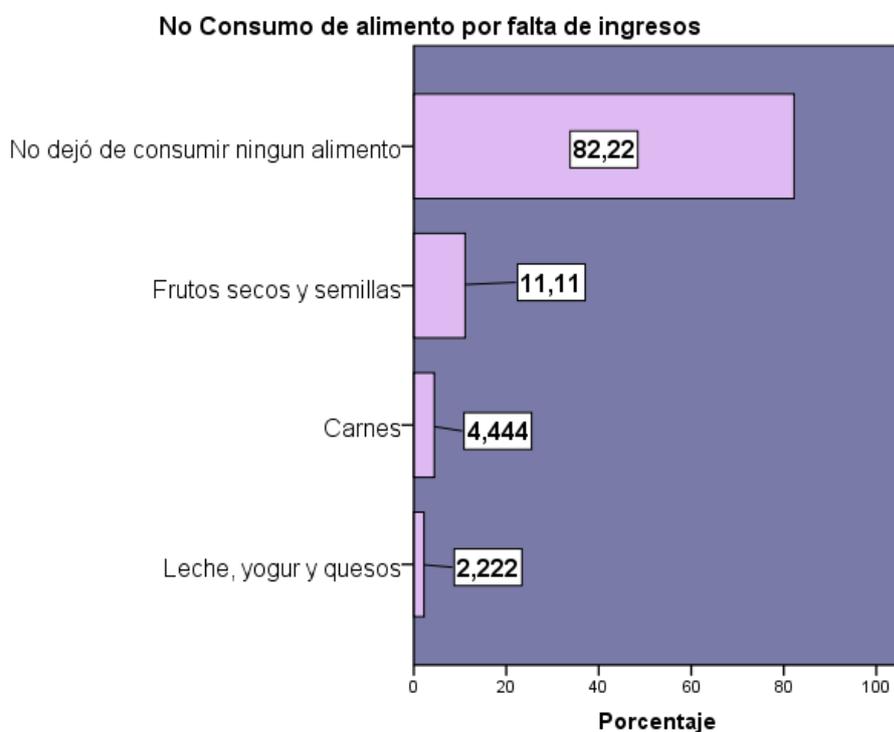
Relación entre el consumo de alimentos protectores y sus ingresos

De los 45 adultos mayores encuestados el 60% cree que su ingreso jubilatorio tiene relación con su alimentación, sin embargo, el 40% restante no piensa que el monto jubilatorio en pesos es un factor determinante a la hora de comprar alimentos. Por otra parte, la mayoría de ellos no dejó de consumir ningún tipo de alimento por falta de ingresos (82,22%). De todos modos, el 11,11% dejó de consumir frutos secos y semillas, el 4,44% dejó de consumir carnes y el 2,22% dejó de consumir leche, yogur y quesos, por no contar con los ingresos suficientes.

10.22. Gráfico n°22: Distribución según relación entre el consumo de alimentos protectores y sus ingresos.



10.23. Gráfico n°23: Distribución según no consumo de tipo de alimento por falta de ingresos.



11. DISCUSIÓN

A través de la encuesta realizada a los adultos mayores del Centro de Jubilados y Pensionados Ferroviarios Renovador se pudo observar que la mayoría de la muestra era de sexo femenino (62,22%). Este predominio también se encontró en un estudio realizado por *Cecilia Silvestri* (2011) en Rosario, Argentina y en el de *Fernanda Colmegna* (2018) en Totoras, Argentina.

El 35,56% de los adultos mayores se encuentra recibiendo un rango jubilatorio mínimo de 12000 a 16000 pesos, el cual les es insuficiente en relación a una canasta básica de \$ 37.815 (Eugenio Semino 2019). Esta situación también se encontró en el estudio de *Sofia Vigne* (2014) en Mar del Plata, Argentina el cual refleja el ingreso mensual insuficiente para afrontar gastos básicos.

En cuanto a la compra de alimentos la mayoría de los adultos mayores realizan por sí mismo la compra de alimentos (86,67%). Por el contrario, en el estudio realizado por *Sofia Vigne* (2014), en Mar del Plata, Argentina se indica que la mayoría no realiza las compras de alimentos por habitar en una zona insegura, reflejando este factor socioeconómico como determinante.

Al analizar el consumo de feculentos cocidos y pan se observó que el 62,22% del total de los adultos mayores consume cereales y derivados todos los días de la semana, en cuanto a las hortalizas c (papa, batata, mandioca y choclo) se presentó un consumo diario del 22%, por último las legumbres secas fueron consumidas por el 51,11% en una frecuencia de consumo mínima de 1 a 2 veces por semana. En comparación con el estudio de *Daniela Gil Toro, Nubia A. Giraldo, Alejandro Estrada Restrepo* (2017) en Antioquia, Colombia se puede afirmar que este grupo de alimentos es el más consumidos entre la población de adultos mayores.

En el caso de leche, yogur y quesos el 64,44% representa un consumo diario de estos alimentos, de forma similar se evidencia el alto consumo en el estudio de *Cecilia Silvestri* (2011) en Rosario, Argentina y en el estudio de *Kelly Ureta Domínguez* (2017) en Huánuco, Perú.

Las carnes y huevos presentaron un consumo 1 a 2 veces por semana en un 31,11%, en comparación con el estudio realizado por *Daniela Gil Toro, Nubia A. Giraldo, Alejandro Estrada Restrepo* (2017) en Antioquia, Colombia en donde se presentó la misma frecuencia semanal, pero en un 50% de los encuestados.

El consumo de aceites vegetales es de todos los días de la semana representado por la mayoría de los adultos mayores con un 97,78%. Por otra parte, los frutos secos y semillas son consumidos en una frecuencia mínima de 1 a 2 veces por semana por el 35,56%, resultados similares de este patrón de consumo se ve reflejado en el estudio realizado por *Fernanda Colmegna* (2018) en Totoras, Argentina.

El consumo diario de frutas es representado por la mayoría de los adultos mayores con un 68,89%, las hortalizas y verduras son consumidas todos los días por la mayoría de los adultos mayores (64,44%). Valores similares se afirman en el estudio de *Fernanda Colmegna* (2018) en Totoras, Argentina.

En el caso de las legumbres se indicaron diversos motivos del no consumo, pero el más determinante fue ser causante de mal estar físico (13,33%).

Los motivos reflejados del no consumo de leche, yogur y quesos fueron el costo (4,44%) y ser causante de mal estar (4,44%), siendo solo una minoría los representantes de estos motivos.

Solo el 13,33% del total de la muestra de adultos mayores presentó como motivo de no consumo de las carnes al costo de dicho alimento.

Se presentaron varios motivos de no consumo de frutos secos y semillas, principalmente por su costo (22,22%).

De los 45 adultos mayores encuestados el 60% cree que su ingreso jubilatorio tiene relación con su alimentación, sin embargo, el 40% restante no piensa que el monto jubilatorio en pesos es un factor determinante a la hora de comprar alimentos. Por otra parte, la mayoría de ellos no dejó de consumir ningún tipo de alimento por falta de ingresos (82,22%). De todos modos, el 11,11% dejó de consumir frutos secos y semillas, el 4,44% dejó de consumir carnes y el 2,22% dejó de consumir leche, yogur y quesos, por no contar con los ingresos suficientes.

12. CONCLUSIONES

Luego del análisis de los resultados de la investigación realizada se puede concluir:

De los 45 adultos mayores encuestados el 62,22% de ellos fueron mujeres; el grupo etario predominante se encontró en el rango de 60 a 74 años (46,67%)

La jubilación ordinaria representa a la mayoría con un 77,8% del total de los adultos mayores. Además, el 15,56% de ellos recibe una pensión en complemento con dicha jubilación.

En cuanto a los montos jubilatorios en pesos argentinos, el 35,56% de los adultos mayores se encuentra recibiendo un rango jubilatorio mínimo de 12000 a 16000 pesos en pesos argentinos. Únicamente el 8,89% (4 personas) manifiestan contar con otros ingresos además de su jubilación.

Un alto porcentaje de los adultos mayores realizan por sí mismo la compra de alimentos (86,67%).

El 62,22% del total de los adultos mayores consume cereales y derivados todos los días de la semana, con esta misma frecuencia consumen hortalizas C (48,89%), solo una minoría del 6,66% manifestó no consumir cereales y derivados por ser causante de mal estar físico. Las legumbres son consumidas por el 51,11% en una frecuencia de consumo mínima de 1 a 2 veces por semana, el motivo más determinante del no consumo fue ser causante de mal estar físico (13,33%).

Un alto porcentaje de ellos consume leche, yogur y quesos todos los días de la semana (64,44%).

En el caso de las carnes la mayor frecuencia fue encontrada en un consumo de 4 a 3 veces por semana y 1 a 2 veces por semana, ambas frecuencias con un

31,11%, solo el 13,33% del total de la muestra presentó como motivo de no consumo al costo de dicho alimento. Los huevos son consumidos todos los días de la semana por la mayoría de los adultos mayores (44,44%). El 31,11% presenta una frecuencia de consumo mínima de 1 a 2 veces a la semana.

El consumo de aceites vegetales es de todos los días de la semana representado por la mayoría de los adultos mayores con un 97,78%. Por otra parte, los frutos secos y semillas son consumidos en una frecuencia mínima de 1 a 2 veces por semana por el 35,56%, seguido por un 33,33% que no los consume. El 20% dice consumirlos 4 a 5 veces a la semana, y solo un 11,11% los consumo a diario. Se presentaron varios motivos de no consumo de frutos secos y semillas, principalmente por su costo (22,22%).

El consumo diario de frutas es representado por la mayoría de los adultos mayores con un 68,89%. Las hortalizas y verduras son consumidas todos los días por la mayoría de ellos (64,44%).

Se puede afirmar la hipótesis planteada, el consumo diario de los alimentos protectores en adultos mayores que asisten al Centro de Jubilados y Pensionados Nacionales Ferroviarios Renovadora de la ciudad de Rosario durante los meses de octubre y noviembre del 2019, está directamente relacionado con sus ingresos.

Se evidencia que del total de la muestra el 60% cree que su ingreso jubilatorio tiene relación con su alimentación, sin embargo, el 40% restante no piensa que el monto jubilatorio en pesos es un factor determinante a la hora de comprar alimentos.

Por otra parte, la mayoría de ellos no dejó de consumir ningún tipo de alimento por falta de ingresos (82,22%). De todos modos, el 11,11% dejó de consumir frutos secos y semillas, el 4,44% dejó de consumir carnes y el 2,22% dejó de consumir leche, yogur y quesos, por no contar con los ingresos suficientes.

Teniendo en cuenta la información recolectada en la presente investigación, se considera de importancia seguir realizando estudios más profundos y precisos, con poblaciones más representativas. Para obtener datos de significancia sobre el consumo de alimentos protectores de la salud en relación a sus ingresos, teniendo en cuenta diversos factores socioeconómicos, fisiológicos, psicológicos, colaborando y promoviendo así un envejecimiento saludable.

13. RECOMENDACIONES

Luego de concluir este trabajo de investigación se puede sugerir las siguientes recomendaciones:

- Realizar acciones comunitarias en Centros de jubilados con el fin de instruir sobre alimentación y fomentar el consumo de alimentos protectores de la salud, promoviendo así un envejecimiento saludable.
- Brindar herramientas para el aprovechamiento de sus recursos, tales como realizar compra económica, para así tener una mejor administración de sus ingresos y poder acceder a una alimentación equilibrada en el marco de sus posibilidades económicas.
- Implementar algún programa de huerta comunitaria, o bien realizarla en sus hogares si fuera posible.
- Promover nuevas actividades y talleres grupales en Centros de jubilados, que fomenten a la participación e interacción social del adulto mayor.
- Optimizar las actividades al aire libre, como caminatas contribuyendo a la participación y seguridad con el fin de promover un envejecimiento activo

14. BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Brown J. E (2014) *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*, Nueva York: McGraw-Hill.
- Girolami, D., González Infantino (2008). *Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto*. Buenos Aires: El Ateneo.
- López, L y Suarez, M. (2012). *Fundamentos de la nutrición normal*. Buenos Aires: El Ateneo.
- López, L y Suarez, M. (2017). *Fundamentos de la nutrición normal*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Mahan, L. Kathleen (2017) *Krause Dietoterapia*. (14° ed.) España: Elsevier.
- Rodota, L. y Castro, M. E (2012) *Nutrición clínica y Dietoterapia* (2° ed.). Buenos Aires: Panamericana.

Internet

- Alvarado García, A. y Salazar Maya, A (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Doctorado en Enfermería. Universidad de Antioquia, Colombia. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Bermúdez, I (14 de abril del 2019). *Incrementos por encima de la inflación, las subas en alimentos, remedios y vivienda impactan en la canasta de los jubilados*. Diario Clarín. Recuperado de: https://www.clarin.com/economia/economia/subas-alimentos-remedios-vivienda-impactan-canasta-jubilados_0_sCodg-IBo.html

- Bermúdez, I (6 de octubre del 2019). *La canasta básica para un jubilado ya se acerca a los 38.000 pesos*. Diario Clarín. Recuperado de: https://www.clarin.com/economia/canasta-basica-jubilado-acerca-38-000-pesos_0_qaxGGQCd.html
- Bigne, S. (2014). *Determinantes sociales de salud y consumo de alimentos en adultos mayores concurrentes a centros de jubilados de Mar del Plata*. Universidad Fasta. Mar del Plata, Argentina. Recuperado de: <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/759>
- Caballero García, J. C. (2017) *Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico*. Departamento de Ciencias Médicas de la Universidad de Oviedo, España. Recuperado de: https://www.academia.edu/19075932/5115318f944d1-Envejecimiento_Fisiol%C3%B3gico_y_Patol%C3%B3gico
- Facundo Durán, Helena Briatore, Fiorella Mezzanotte, Milva Geri, María Eugenia Elorza, Nebel Moscoso, Laura Vázquez, Mariana Inchausti y Emiliano Gutiérrez(2019). *Canasta básica alimentaria para la persona mayor en Argentina*. Revista Española de Nutrición Comunitaria. Recuperado de: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm#inbox/FMfcgxwGBwPFSqnTfPhcsVgHJZFMdkg?projector=1&messagePartId=0.2>
- Gil Toro, D., Giraldo N.A. y Estrada Restrepo, A (2014). *Ingesta de alimentos y su relación con factores socioeconómicos en un grupo de adultos mayores*. Escuela de nutrición y dietética de la Universidad de Antioquia, Colombia. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/rsap/2017.v19n3/304-310/es/>
- Mansilla Fernández N. (2017) *Microbiota intestinal saludable en el anciano para mejorar su calidad de vida*. Geriatricarea. Recuperado de:

<https://www.geriatricarea.com/2017/04/03/microbiota-intestinal-saludable-anciano-mejorar-calidad-vida/>

- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2016) *Guías Alimentarias para la población Argentina*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar>.
- Naciones Unidas (2019) *Envejecimiento*. Página web oficial de Naciones Unidas. Recuperado de: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) *Día Internacional de las Personas de Edad – 1° de octubre*. Página web oficial de la OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/features/qa/72/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015) *Envejecimiento y ciclo de vida*. Página web oficial de la OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015) *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Página web oficial de la OMS. Recuperado de: <file:///C:/Users/54341/Desktop/TESINA/ancianidad%20articulo%20oms.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) *Envejecimiento y salud. Datos y cifras*. Página web oficial de la OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Restrepo M., Morales G., Ramírez G., López L. y Varela L. (2006). *Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud*. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia, Colombia. Recuperado de:

<https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717->

[75182006000500006&script=sci_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182006000500006&script=sci_arttext&tlng=en)

- Ribera Casado J. M (2016) *Microbiota intestinal y envejecimiento: ¿un nuevo camino de intervención?* Revista española de geriatría y gerontología. Elsevier. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-microbiota-intestinal-envejecimiento-un-nuevo-S0211139X16000147>
- Semino, E (15 de abril del 2019). *Canasta Básica de los Jubilados de abril 2019*. Gerontovida. Recuperado de: <http://www.gerontovida.org.ar/categ/Canasta-basica/17>
- Silvestri, S. (2011). *Hábitos alimentarios en relación al consumo de alimentos protectores de la salud en adultos mayores a 70 años*. Universidad Abierta Interamericana. Rosario, Argentina Recuperado de: <file:///C:/Users/54341/Desktop/TESINA/habitos%20alim%20uai.pdf>
- Torres Minoldo, M. S y Peláez, E(2012). *Envejecimiento Demográfico Análisis de Argentina y Latinoamérica*. Aposta Revista de Ciencias Sociales. Recuperado de: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/minoldo.pdf>
- Ureta Domínguez. K (2017). *Relación entre consumo de alimentos y el estado nutricional del adulto mayor que acude al Centro de Salud de La Esperanza*. Universidad de Huánuco, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1070/URETA%20DOMINGUEZ%2c%20Kelly.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. ANEXOS

ANEXO N°1

Encuesta a completar por los Jubilados y Pensionados del Centro Ferroviario
Renovador

1) ¿SEXO?	
MASCULINO	
FEMENINO	
2) ¿EN QUE RANGO DE EDAD SE ENCUENTRA?	
60 A 74 AÑOS	
75 A 84 AÑOS	
85 AÑOS O MÁS	
3) ¿CUÁL DE ESTAS JUBILACIONES RECIBE USTED?	
JUBILACIÓN ORDINARIA	
JUBILACIÓN POR INVALIDEZ	
JUBILACIÓN POR EDAD AVANZADA	
PENSIÓN	
4) ¿CUÁL ES EL MONTO EN PESOS DE SU JUBILACIÓN SEGÚN LOS SIGUIENTES RANGOS?	
\$12000 A \$16000	
\$17000 A \$21000	
\$22000 A \$26000	
\$27000 A \$31000	
5) ADEMÁS DE SU INGRESO JUBILATORIO, ¿CUENTA CON OTRO TIPO DE INGRESOS?	
SI	NO
¿CUÁL?.....	
6) ¿USTED REALIZA LAS COMPRAS DE ALIMENTOS?	
LO HAGO POR MI MISMO	
LO HACE OTRA PERSONA POR MI	
7) ¿CREE USTED QUE SU INGRESO JUBILATORIO TIENE RELACIÓN CON SU ALIMENTACIÓN?	
SI	
NO	

**“EVALUACION DEL CONSUMO DIARIO DE ALIMENTOS PROTECTORES DE LA SALUD EN ADULTOS
MAYORES SEGÚN SUS INGRESOS”**

JULIETA FAVRE

	8) ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS CONSUME?									
	SI					NO				
	¿CON QUE FRECUENCIA?					¿PORQUE NO?				
	TODOS LOS DÍAS	6 A 5 VECES POR SEMANA	4 A 3 VECES POR SEMANA	1 A 2 VECES POR	SON COSTOSOS	NO PUEDO SALIR A COMPRARLOS	ME CAUSAN MAL ESTAR	SE ME DIFICULTA MASTICARLOS	NO ME GUSTAN	SE ME DIFICULTA COCINARLOS
CEREALES Y DERIVADOS (Cereales como, arroz, avena, cebada, centeno, maíz, trigo, mijo y sorgo. Sus Derivados: harinas y productos elaborados con ellas: fideos, pan, pastas, galletas)										
LEGUMBRES SECAS (lentejas, arvejas, garbanzos, porotos, soja, habas)										
HORTALIZAS C (papa, batata, mandioca, choclo)										
LECHE, YOGUR Y QUESOS										
CARNES (vaca, pollo, pescado, cerdo)										
HUEVOS										
ACEITES VEGETALES (Maíz, girasol, oliva)										
FRUTOS SECOS Y SEMILLAS (Frutas secas como almendras, nueces, avellanas, pistachos, y semillas de lino, chía, sésamo, girasol, amapola)										

**“EVALUACION DEL CONSUMO DIARIO DE ALIMENTOS PROTECTORES DE LA SALUD EN ADULTOS
MAYORES SEGÚN SUS INGRESOS”
JULIETA FAVRE**

FRUTAS (ananá, cereza, ciruela, damasco, durazno, frambuesa, frutilla, granada, guinda, kiwi, lima, limón, mandarina, naranja, mango, manzana, melón, membrillo, mora, quinoto, pera, pomelo, sandia, banana, uva, higo, dátil)										
HORTALIZAS Y VERDURAS (Acelga, achicoria, ají, apio, berenjena, berro, brócoli, cardo, coliflor, escarola, espinaca, espárrago, endivia, hinojo, hongos, lechuga, pepino, rabanito, rábano, radicheta, repollo, repollitos de bruselas, tomate, zapallitos, alcaucil, arvejas frescas, cebolla, cebolla de verdeo, chauchas, palmitos, puerro, remolacha, zanahoria, zapallo.)										
9) ¿HA DEJADO DE CONSUMIR Y/O COMPRAR TOTALMENTE ALGÚN ALIMENTO POR FALTA DE INGRESOS?										
NO										
SI										
¿CUÁL?										
Cereales y derivados	Legumbres secas	Hortalizas	Leche, yogur y quesos	Carnes	Huevos	Aceites vegetales	Frutos secos y semillas	Frutas	Hortalizas y verduras	

ANEXO N°2

Rosario, 4 de junio de 2019.

Sr. Presidente del Centro de Jubilados y Pensionados Nacional “Ferroviarios Renovador” de la ciudad de Rosario

Sr. Jorge Fernández

De mi consideración,

Por la presente me dirijo a usted a los efectos de solicitarle expresa autorización para efectuar una encuesta alimentaria con fines académicos en dicho establecimiento, durante los meses de octubre y noviembre de 2019.

En este momento me encuentro realizando una tesina para completar los requisitos del plan de estudios de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay, Centro Regional Rosario, razón por la cual necesito evaluar el consumo de alimentos protectores de la salud de los adultos mayores de 60 años que concurran a dicho establecimiento durante los meses de octubre y noviembre del corriente año, con el fin de obtener los datos necesarios para mi trabajo de investigación.

Sin otro particular, y esperando una respuesta favorable a mi petición lo saludo atentamente.

Julieta Favre

DNI 36.860.977

ANEXO N°3

Tabla N° I: Distribución de la muestra según sexo

Estadísticos

Sexo

N	Válidos	45
	Perdidos	0

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Femenino	28	62,2	62,2	62,2
Masculino	17	37,8	37,8	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Tabla N°II: Distribución de la muestra según grupos de edad

Edad

N	Válidos	45
	Perdidos	0

Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 60 a 74 años	21	46,7	46,7	46,7
75 a 84 años	19	42,2	42,2	88,9
85 años o más	5	11,1	11,1	100,0
Total	45	100,0	100,0	

**“EVALUACION DEL CONSUMO DIARIO DE ALIMENTOS PROTECTORES DE LA SALUD EN ADULTOS
MAYORES SEGÚN SUS INGRESOS”
JULIETA FAVRE**

Tabla N°III: Distribución de la muestra según tipo de jubilación recibida

Jubilacion

N	Válidos	45
	Perdidos	0

Jubilacion

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Jubilación ordinaria	35	77,8	77,8	77,8
Jubilación por invalidez	1	2,2	2,2	80,0
Jubilación por edad avanzada	2	4,4	4,4	84,4
Jubilación ordinaria y pensión	7	15,6	15,6	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° IV: Distribución de frecuencia según monto jubilatorio en pesos

Monto jubilatorio

N	Válidos	45
	Perdidos	0

Monto jubilatorio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos \$12000 a \$16000	16	35,6	35,6	35,6
\$17000 a \$ 21000	12	26,7	26,7	62,2
\$22000 a \$26000	9	20,0	20,0	82,2
\$27000 a \$31000	8	17,8	17,8	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Tabla N°V: Distribución de la muestra que cuenta con otros ingresos

Otros ingresos

N	Válidos	45
	Perdidos	0

Otros ingresos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	4	8,9	8,9	8,9
NO	41	91,1	91,1	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° VI: Distribución según la realización de compras de alimentos

Compras de alimentos

N	Válidos	45
	Perdidos	0

Compras de alimentos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Lo hago por mi mismo	39	86,7	86,7	86,7
	Lo hace otra persona por mi	6	13,3	13,3	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° VII: Distribución según frecuencia de consumo de hortalizas C

Estadísticos

Hortalizas C

N	Válidos	45
	Perdidos	0

Hortalizas C

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Todos los días	22	48,9	48,9	48,9
	4 a 3 veces por semana	9	20,0	20,0	68,9
	2 a 1 veces por semana	14	31,1	31,1	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° VIII: Distribución según frecuencia de consumo de cereales y derivados

Cereales y derivados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Todos los días	28	62,2	62,2	62,2
	6 a 5 veces por semana	1	2,2	2,2	64,4
	4 a 3 veces por semana	9	20,0	20,0	84,4
	2 a 1 veces por semana	4	8,9	8,9	93,3
	No consume	3	6,7	6,7	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° IX: Distribución según frecuencia de consumo de legumbres secas.

Legumbres secas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Todos los días	3	6,7	6,7	6,7
	4 a 3 veces por semana	7	15,6	15,6	22,2
	2 a 1 veces por semana	23	51,1	51,1	73,3
	No consume	12	26,7	26,7	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° X: Distribución según frecuencia de consumo de leche, yogur y quesos

Leche, yogur y quesos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Todos los días	29	64,4	64,4	64,4
	4 a 3 veces por semana	6	13,3	13,3	77,8
	2 a 1 veces por semana	6	13,3	13,3	91,1
	No consume	4	8,9	8,9	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° XI: Distribución según frecuencia de consumo de carnes

Carnes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Todos los días	9	20,0	20,0	20,0
	6 a 5 veces por semana	4	8,9	8,9	28,9
	4 a 3 veces por semana	14	31,1	31,1	60,0
	2 a 1 veces por semana	14	31,1	31,1	91,1
	No consume	4	8,9	8,9	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

**“EVALUACION DEL CONSUMO DIARIO DE ALIMENTOS PROTECTORES DE LA SALUD EN ADULTOS
MAYORES SEGÚN SUS INGRESOS”
JULIETA FAVRE**

Tabla N° XII: Distribución según frecuencia de consumo de huevos

		Huevos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Todos los días	20	44,4	44,4	44,4
	6 a 5 veces por semana	3	6,7	6,7	51,1
	4 a 3 veces por semana	8	17,8	17,8	68,9
	2 a 1 veces por semana	14	31,1	31,1	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° XIII: Distribución según frecuencia de consumo de frutas

		Frutas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Todos los días	31	68,9	68,9	68,9
	6 a 5 veces por semana	3	6,7	6,7	75,6
	4 a 3 veces por semana	5	11,1	11,1	86,7
	2 a 1 veces por semana	5	11,1	11,1	97,8
	No consume	1	2,2	2,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° XIV: Distribución según frecuencia de consumo de hortalizas y verduras

		Hortalizas y verduras			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Todos los días	29	64,4	64,4	64,4
	6 a 5 veces por semana	4	8,9	8,9	73,3
	4 a 3 veces por semana	8	17,8	17,8	91,1
	2 a 1 veces por semana	2	4,4	4,4	95,6
	No consume	2	4,4	4,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° XV: Distribución según frecuencia de consumo de aceites vegetales

		Aceites vegetales			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Todos los días	44	97,8	97,8	97,8
	4 a 3 veces por semana	1	2,2	2,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° XVI: Distribución según frecuencia de consumo de frutos secos y semillas

		Frutos secos y semillas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Todos los días	5	11,1	11,1	11,1
	4 a 3 veces por semana	9	20,0	20,0	31,1
	2 a 1 veces por semana	16	35,6	35,6	66,7
	No consume	15	33,3	33,3	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° XVII: Distribución según motivo de no consumo de cereales y derivados

		Cereales y derivados			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Me causan mal estar	3	6,7	6,7	6,7
	consume	42	93,3	93,3	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

**“EVALUACION DEL CONSUMO DIARIO DE ALIMENTOS PROTECTORES DE LA SALUD EN ADULTOS
MAYORES SEGÚN SUS INGRESOS”
JULIETA FAVRE**

Tabla N° XVIII: Distribución según motivo de no consumo de legumbres secas

		Legumbres secas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Son costosos	2	4,4	4,4	4,4
	Me causan mal estar	6	13,3	13,3	17,8
	No me gustan	2	4,4	4,4	22,2
	Se me dificulta cocinarlos	2	4,4	4,4	26,7
	consume	33	73,3	73,3	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° XIX: Distribución según motivo de no consumo de leche, yogur y quesos

		Leche, yogur y quesos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Son costosos	2	4,4	4,4	4,4
	Me causan mal estar	2	4,4	4,4	8,9
	consume	41	91,1	91,1	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° XX: Distribución según motivo de no consumo de carnes

		Carnes			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Son costosos	6	13,3	13,3	13,3
	consume	39	86,7	86,7	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N° XXI: Distribución según motivo de no consumo de frutos secos y semillas

		Frutos secos y semillas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Son costosos	10	22,2	22,2	22,2
	No puedo salir a comprarlos	1	2,2	2,2	24,4
	Me causan mal estar	2	4,4	4,4	28,9
	No me gustan	3	6,7	6,7	35,6
	Tengo problemas para masticarlos	1	2,2	2,2	37,8
	consume	28	62,2	62,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N°XXII: Distribución según no consumo de alimentos por falta de ingresos.

		No Consumo de alimento			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Leche, yogur y quesos	1	2,2	2,2	2,2
	Carnes	2	4,4	4,4	6,7
	Frutos secos y semillas	5	11,1	11,1	17,8
	No dejó de consumir ningún alimento	37	82,2	82,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Tabla N°XXIII: Distribución según la relación entre el consumo de alimentos protectores y sus ingresos

		Su ingreso jubilatorio tiene relación con su alimentación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	27	60,0	60,0	60,0
	NO	18	40,0	40,0	100,0
	Total	45	100,0	100,0	