

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Luciana Belén Forestieri

**CALIDAD DE ALIMENTACIÓN, NIVEL
SOCIOECONÓMICO Y CAPITAL SOCIAL DE ADULTOS
MAYORES DE LA CIUDAD DE ROQUE PÉREZ SEGÚN
ESTRATO DE HOGAR ACORDE A CONFORMACIÓN
GENERACIONAL, EN EL AÑO 2019**

Diseño observacional, analítico, transversal

2019

Tutora: Lic. Carla Carrazana

Citar como: Forestieri, LB. Calidad de alimentación, nivel socioeconómico y capital social de adultos mayores de la Ciudad de Roque Pérez según estrato de hogar acorde a conformación generacional, en el año 2019: diseño observacional, analítico, transversal. [Tesis de grado]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2019. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/1/461>

Agradecimientos

Se agradece a la Licenciada Carla Carrazana, que me guio en este camino, por su paciencia, por explicarme con dedicación cada pregunta, y motivarme a seguir adelante y controlar la ansiedad que me generaba esta última etapa, una gran profesora. A mi familia, y amigos que siempre estuvieron apoyándome, con paciencia, quienes estaban para festejar cada logro, o cuando algo no salía bien, especialmente a mi mamá, mi novio, y tres grandes amigos que de dejo esta hermosa carrera, Noe, Juli y Juan.

Dedicatoria

A todos los que me acompañaron estos cuatro años, amigos, familia, Pedro, y a mi mamá, a quien llame cada uno de los días de estos cuatro años, me acompañó siempre, incondicional, me mostró, que hay que seguir adelante, siempre, aún en momentos difíciles, este gran esfuerzo te lo dedico a vos, GRACIAS.

Contenido

Resumen	5
Abstract.....	7
I. Introducción:.....	9
1.1 Planteamiento del problema:.....	10
1.2 Objetivo general:.....	10
1.3 Objetivos específicos:.....	11
II. MARCO TEÓRICO	13
Marco conceptual:	13
1. Adulto mayor.....	13
1.1 Envejecimiento	13
1.2 Envejecimiento demográfico.....	13
2. Calidad de alimentación	14
2.1 Alimentación saludable	14
3. Nivel socioeconómico.....	18
3.1 Dimensión social.....	18
3.2 Dimensión económica	18
3.2.1 Dimensión social: Nivel educativo	18
3.2.2 Nivel educativo de los AM en Argentina.....	20
3.2.3 Dimensión económica: Aportantes en el hogar.....	20
3.2.4 Dimensión económica: Cobertura de la salud	20
3.2.5 Tipos de cobertura de salud	20
3.3 Instrumentos para medir el NSE del hogar.....	21
3.4 Nivel socioeconómico y alimentación	22
3.5 Situación actual de los jubilados en Argentina	23
4. Capital social.....	23
4.1.1 Tipos de apoyo social:	24
4.2 Percepción de soledad:	24
4.3 Instrumentos validados para valorar apoyo social	25
5. Hogar	26
6. Comensalidad	27
6.1 Medida de la comensalidad.....	27
Estado del arte	28
III. MATERIALES Y MÉTODOS	32
3. Unidad de análisis: Adultos mayores.....	32

3.1 Criterios de selección:	32
Criterios de inclusión	32
Criterios de exclusión:	33
Criterios de eliminación:.....	33
3.2 Población accesible:	33
3.3 Muestra:	33
3.4 Hipótesis:.....	34
3.5 Operacionalización de variables:	35
3.2 Recolección de datos:.....	44
3.3 Prueba piloto:.....	47
3.4 Aspectos éticos:.....	48
IV. RESULTADOS	50
V. DISCUSIÓN:.....	67
VI. CONCLUSIÓN	74
Bibliografía	75
ANEXOS	82
ANEXO 1: Bloque de “Características de los miembros de hogar” EPH	82
ANEXO 2: Encuesta de la calidad de la alimentación del adulto mayor (ECAAM)	83
ANEXO 3: Cuestionario de nivel socioeconómico simplificado 2015	84
ANEXO 4: Bloque de comensalidad ENNyS 2018.....	88
ANEXO 5: Bloque de “Relación con otros” extraído de la EDSA	88
ANEXO 6: Organigrama de trabajo	89
ANEXO 7: Hoja de información al sujeto de la investigación	90
ANEXO 8. Consentimiento informado	91
ANEXO 9: Autorización de autor para la divulgación de su obra en formato electrónico	92
ANEXO 10: Reglamentación para la publicación y presentaciones futuras el TFI	93

Resumen

Calidad de alimentación, nivel socioeconómico y capital social de adultos mayores de Roque Pérez según estrato de hogar acorde a conformación generacional, en 2019: diseño observacional, analítico, transversal.

Autora: Forastieri Luciana Belén. Luciana.foras@hotmail.com Universidad Isalud

Introducción: El envejecimiento poblacional se caracteriza por aumento de adultos mayores de 75 años y hogares unipersonales, prevaleciendo bajo nivel socioeconómico, déficit de apoyo social, mala calidad de alimentación y menor comensalidad.

Objetivo general: Determinar calidad de alimentación, nivel socioeconómico, apoyo social, percepción de soledad y comensalidad en adultos mayores de Roque Pérez según estrato de hogar generacional en 2019.

Material y métodos: Diseño observacional analítico transversal. Muestreo probabilístico estratificado. Tamaño muestral de 154, confiabilidad del 90%, de adultos mayores de 75 años de Roque Pérez, con consentimiento informado, no institucionalizados, capaces de comunicarse; excluyendo aquellos con sordera, apoyo nutricional, alteración de conciencia, facultades mentales o ausentes. Se evaluó características sociodemográficas por bloque de EPH, calidad alimentaria y dimensiones por cuestionario ECAAM; nivel socioeconómico con cuestionario validado; capital social y sus 5 dimensiones con bloque de "relación con otros" de EDSA, comensalidad por bloque de ENNyS 2018. Datos analizados con BIOESTAT y SPSS, estadística descriptiva, y chi cuadrado.

Resultados: De 154 adultos mayores, el 39% vivía solo (n=60), 38% (n=59) en hogares unigeneracionales y el 23% (n=35) multigeneracionales. Edad media de $80 \pm DS 5,49$ años, 66% (n=102) mujeres, 44% (n=68) viudos/as, con primario incompleto (n=47). El 86% (n=132) presentó mala calidad de alimentación, predominando en hogares unipersonales (95%) ($p < .001$), con mayores porcentajes de déficit de apoyo social informacional (62%) e instrumental (50%), percepción de soledad (33%), nivel socioeconómico bajo-marginal (73%) y menor comensalidad (85%), encontrándose asociación significativa con $p < .000$.

Conclusión: En los adultos mayores que viven solos predominó mala calidad alimentaria, déficit de apoyo social informacional, instrumental, percepción de soledad, nivel socioeconómico bajo-inferior y menor comensalidad, con asociación significativa con estrato de hogar.

Palabras claves: Calidad de alimentación (Decs), dieta (Decs), apoyo social (Decs), adulto mayor (Decs), nivel socioeconómico (Decs)

Abstract

Food quality, socioeconomic status and social capital of the elderly in Roque Pérez, according to household stratum and generational structure in 2019: observational, analytical and cross-sectional design.

Author: Forastieri Luciana Belén. Luciana.foras@hotmail.com Universidad Isalud

Background: Population ageing is characterized by an increase in adults over 75 years of age and single-person households, with low socioeconomic status, social support deficit, poor food quality and lower commensality.

Objective: Determine food quality, socioeconomic status, social support, perception of loneliness and commensality in the elderly of Roque Pérez, according to generational household stratum in 2019.

Material and methods: Observational, analytical and cross-sectional design. Stratified probabilistic sampling. Sample size of 154 adults over the age of 75 in Roque Pérez, 90% reliability, with informed consent, not institutionalized, able to communicate. Those with hearing impairment, nutritional support, altered state of consciousness and mental or absent faculties were excluded from the sample. The sociodemographic characteristics were evaluated with the Permanent Survey of Households (EPH in Spanish); the food quality and dimensions were evaluated with the Food Quality Survey of Elderly (ECAAM); socioeconomic status with validated survey; the social capital and its 5 dimensions were evaluated with the Survey for the Argentine Social Debt (EDSA); the commensality was evaluated with the National Survey of Nutrition and Health 2018 (ENNyS). The data was analyzed with BIOESTAT and SPSS, descriptive statistics and chi-squared.

Results: Of 154 older adults, 39% lived alone (n=60), 38% (n=59) in unigenerational households and 23% (n=35) in multigenerational households. Average age of 80 ± SD 5.49 years, 66% (n=102) women, 44% (n=68) widowers, with incomplete primary school (n=47). Of the sample, 86% (n=132) presented poor food quality, mainly in single-person households (95%) (p< .001), with higher percentages of informational (62%) and instrumental (50%) social support deficit, perception of loneliness (33%), low-marginal socioeconomic status (73%) and lower commensality (85%). A significant association was found, with p< .000.

Conclusion: Poor food quality, informational and instrumental social support deficit, perception of loneliness and lower commensality prevailed in older adults in one-person households, with significant association.

Key words: One Person Household (Mesh), Older adults (Mesh), Socioeconomic Status (Mesh), Social Support (Mesh), Diet (Mesh), Commensality.

I. Introducción:

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. (1) En la actualidad, Argentina se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzada. El Censo de 2010 revela que un 10,2% de la población argentina, tiene 65 años o más. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires reside el mayor porcentaje (15,7%), seguida por el interior de la provincia (11,5%) (2). Este proceso de envejecimiento poblacional se ve caracterizado por la feminización de la vejez, el envejecimiento de la población mayor por un aumento de los AM de 75 años y más, y el aumento los AM que viven solos (3) Múltiples factores influyen en la alimentación y salud de los adultos mayores (AM). El entorno físico, social, el sexo y el nivel socioeconómico son algunos de ellos. (1) (4) El déficit de apoyo social afectivo es frecuente en este grupo etario, siendo mayor en hogares unipersonales y de estrato socioeconómico más bajo. (5) Uno de cada cinco AM expresa esta carencia de relaciones, y el déficit de apoyo social afectivo aumenta con la edad y se duplica en personas que viven solas. (6) El tipo de hogar es un factor a tener en cuenta; vivir solo podría afectar negativamente la ingesta de alimentos y el estado de salud. (7) Según la ENCAVIAM (2012), dos de cada 10 adultos mayores (AM) de 60 años viven en hogares unipersonales; tres de cada 10, unigeneracionales; y cinco de cada 10 multigeneracionales. Siendo mayor la proporción de AM que viven solos en el grupo de 75 años y más. (8). La vulnerabilidad de las personas que no conviven con nadie debe ser contemplada a la luz indicadores como las redes de apoyo social y la situación económica, ya que, si bien son más vulnerables frente a ciertos factores como apoyo social, muchas veces la autonomía los fortalece (9)

Varios estudios identificaron la influencia positiva del apoyo familiar tanto social como económico sobre una alimentación más saludable en adultos mayores (10) (4) (11)

Existe evidencia a nivel mundial de cómo la influencia negativa de vivir solo se potencia al comer solo sobre la calidad de la alimentación y el estado de salud de los adultos mayores (12) (13), demostrando que vivir con otros no garantizaría que el adulto coma acompañado. (14) ni tampoco impide que se sientan solos. (6)

En Brasil los patrones dietéticos evidencian ser mejores en ancianos que viven con otros, frente a los que viven solos. (15) Al igual que en los AM de Corea la calidad de la dieta en ambos sexos es inferior en los que viven solos. (14). En este tipo de hogar existe

una menor diversidad de ingesta de alimentos, siendo menor el consumo de algunos grupos de alimentos básicos (frutas, verduras y pescado) y una mayor probabilidad de tener un patrón dietético poco saludable. (7).

Al comparar el estado de salud y la ingesta de nutrientes en AM coreanos se identificó que los hogares unipersonales tenían una mayor prevalencia en llevar una baja calidad de dieta y referían menor calidad de vida en comparación a los que vivían en hogares familiares. (16)

En Argentina se ha estudiado relación entre el tipo de hogar y el NSE (17) cómo también con el apoyo social y la importancia de este en la vejez (6); no encontrándose investigaciones actuales que indaguen la diferencia de vivir solo o con otros, sobre su alimentación, la percepción de apoyo y soledad, y el hecho de comer solo o acompañado; específicamente en la población mayor de 75 años de la ciudad de Roque Pérez. Frente a lo expuesto, el objetivo de esta investigación fue determinar la calidad de alimentación, nivel socioeconómico, apoyo social, percepción de soledad y comensalidad en adultos mayores de Roque Pérez según estrato de hogar acorde a conformación generacional.

Tema: Condiciones de vida

Subtema: Calidad de alimentación, nivel socioeconómico y capital social según estrato

Título: Calidad de alimentación, nivel socioeconómico y capital social según estrato de hogar de acuerdo a conformación generacional en adultos mayores de la ciudad de Roque Pérez en el año 2019

1.1 Planteamiento del problema:

Problema: ¿La calidad de alimentación, el nivel socioeconómico, el apoyo social, la percepción de soledad y la comensalidad varía según estrato de hogar acorde a conformación generacional en adultos mayores de la ciudad de Roque Pérez en el año 2019?

1.2 Objetivo general: Determinar la calidad de alimentación, nivel socioeconómico, apoyo social, la percepción de soledad y comensalidad de los adultos mayores de Roque Pérez según estrato de hogar acorde a conformación generacional en 2019.

1.3 Objetivos específicos:

- Determinar el estrato de hogar de los adultos mayores según cantidad de miembros integrantes del mismo y su edad en la Ciudad de Roque Pérez en el año 2019.
- Indagar hábito y frecuencia de desayuno, cena, consumo de comidas caseras y cantidad de comidas al día, en adultos mayores de la ciudad de Roque Pérez según estrato de hogar en el año 2019.
- Indagar frecuencia de consumo de frutas, verduras, pescado, legumbres, carnes, alimentos integrales, huevo, lácteos y agua u otros líquidos en adultos mayores de la ciudad de Roque Pérez según estrato de hogar en el año 2019.
- Indagar frecuencia de consumo de 4 grupos de alimentos, cafeína, frituras, comida chatarra, colaciones dulces, bebidas azucaradas y alcohólicas, y uso de manteca y sal en adultos mayores la Ciudad de Roque Pérez según estrato de hogar en el año 2019.
- Clasificar la alimentación en buena o mala calidad de acuerdo a la ECAAM de adultos mayores de la ciudad de Roque Pérez según estratos de hogar generacional en el año 2019.
- Reconocer y determinar cantidad miembros y aportantes del hogar, nivel educativo, condición de actividad, modalidad de inserción laboral, jerarquía ocupacional, cobertura médica del mayor aportante y categoría de NSE del hogar de adultos mayores de Roque Pérez según estratos de hogar generacional, en el año 2019.
- Identificar la percepción de apoyo social afectivo, instrumental e informacional, soledad y red de apoyo en adultos mayores según estrato de hogar generacional de los AM de la Ciudad de Roque Pérez en el año 2019.
- Reconocer la frecuencia de realización de comidas con acompañante en adultos mayores según estrato de hogar generacional en la Ciudad de Roque Pérez en el año 2019.

1.4 Viabilidad:

Para llevar a cabo la presente investigación se contó con la ayuda de la jefa de PAMI y personal de la agencia local de Roque Pérez, dependiente de la UGL (Unidad de Gestión

Local) XXX Azul, las cuales facilitaron el acceso a la información de los AM afiliados para determinar el marco muestral y cálculo muestral. Los recursos económicos fueron suficientes y se tuvo acceso a instrumentos validados necesarios para llevar adelante el proyecto. El tiempo disponible fue suficiente para cumplir con el organigrama de trabajo. Se realizó las encuestas a adultos mayores que aceptaron participar y firmaron consentimiento informado.

II. MARCO TEÓRICO

Marco conceptual:

1. Adulto mayor

Se considera que una persona es adulta mayor a partir de los 60 o 65 años (18) (19), y se hace diferencia con las de 75 y más (20) (21); estos últimos son considerados adultos mayores de edad más avanzada por el Observatorio de Salud y Envejecimiento de la OMS. (22) y presentan mayor vulnerabilidad en comparación a los de menor edad. (23) (8) (9) No podemos definir la vejez solo a partir de la edad cronológica, el estado funcional y de salud física, mental de las personas mayores es muy diverso. (20)

1.1 Envejecimiento

La Organización Mundial de la Salud entiende por envejecimiento al proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio, disminuyen las capacidades físicas gradualmente y aumenta el riesgo de enfermedad.

El envejecimiento es consecuencia de una gran variedad de daños moleculares y celulares. (20) (1), conduciendo con el tiempo al deterioro y a la muerte. (24)

Los cambios no solo se asocian con la edad, también el entorno y el comportamiento de la persona tiene influencia, incluyendo los hábitos alimentarios saludables (20) (1).

Para la OMS puede existir un “envejecimiento saludable”, entendido como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez, si bien esta decae con la edad es importante las intervenciones que fomenten el logro de la máxima capacidad funcional, para que los adultos logren hacer las cosas que crean importantes. Este refleja la interacción permanente entre las personas y los entornos que habitan. Obteniéndose desde edades tempranas como prevención de algunas enfermedades y discapacidades (20)

1.2 Envejecimiento demográfico

No solo los humanos envejecen, sino también existe un envejecimiento de las poblaciones actuales, entendido por el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de individuos (personas mayores de 65 años/ población total). (18) A consecuencia de un aumento de la esperanza de vida y disminución de la

fecundidad. (20) Argentina se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzada. En 2010 un 10,2% de la población tenía 65 años o más. (2). Caracterizado por la feminización de la vejez, un aumento de los AM de 75 años y más, y de AM que viven solos. (3)

2. Calidad de alimentación

Una dieta es considerada de calidad cuando es diversificada, equilibrada y saludable, proporciona la energía y nutrientes esenciales para el crecimiento y una vida saludable y activa (25) Según Escudero (26) en un plan de alimentación la ley de la calidad considera que el régimen de alimentación debe ser completo en su composición para ofrecer al organismo, todas las sustancias que lo integran (hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales). Para ello se debe ingerir diversos alimentos en cantidad y proporción adecuada. Toda alimentación que cumple con esta ley se considera completa, de lo contrario se denomina carente.

2.1 Alimentación saludable

Una alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía necesaria para que cada persona lleve sus actividades diarias y se mantenga sana.

2.2 Hábitos alimentarios

Los hábitos alimentarios son comportamientos conscientes, colectivos y repetitivos, que conducen a las personas a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas, en respuesta a unas influencias sociales y culturales. (27) Las personas independientemente de su edad, pueden adoptar hábitos saludables o no saludables. (28)

Los hábitos saludables indican el consumo de alimentos en cantidad y frecuencia recomendada, realizar las 4 comidas, incluido el desayuno, y comida casera saludable. Los hábitos no saludables reflejan el consumo de alimentos o grupos de alimentos identificados como promotores de enfermedades crónicas no transmisibles, así como la frecuencia de consumo de los mismos (28)

2.3 Pautas dietéticas de referencia

Distintos organismos han establecido recomendaciones dirigidas a población general, incluyendo a los adultos mayores, con el objetivo de favorecer comportamientos alimentarios y nutricionales más equitativos y saludables. (29) (30) (31)

A nivel internacional la OMS y a nivel nacional el Ministerio de Salud y desarrollo Social las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) con su última actualización en 2016, proponen un consumo equilibrado teniendo en cuenta la proporción de los grupos de alimentos y cantidades por porciones que se recomienda al día, con el propósito de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (29)

2.3.1 Consumo de frutas y verduras

La ingesta de frutas y verduras recomendada tanto a nivel nacional como internacional (OMS) es de 5 porciones al día o entre 400 a 500g gramos, sin incluir en este grupo papa, batata, mandioca, choclo y otro feculentos. (30) Las GAPA proponen un consumo de medio plato de verduras en almuerzo y cena y 2 a 3 frutas al día y aclara que haya variedad de tipo y color. (29)

2.3.2 Ingesta de sodio, azúcar y grasas

A nivel mundial se recomienda que menos del 10% de la ingesta total corresponda a azúcares simples libres (todos aquellos que son añadidos a los alimentos o bebidas y los naturalmente presentes en la miel, jarabes, jugos concentrados de frutas), y aún mejor si el consumo es inferior al 5%. (31) Limitar el consumo de bebidas azucaradas y alimentos altos en azúcares agregados como golosinas y productos de pastelería. (29) En cuanto al consumo de sal diario debe ser menor de 5 gramos, o menos de 2g de sodio al día, teniendo en cuenta la ingesta total de sodio de todas las fuentes, como aditivos como el glutamato monosódico, conservantes, etc. Fomentando la reducción de consumo de alimentos procesados, conservas, sopas, productos de copetín, fiambres, amasados de pastelería y demás. (30) así como limitar el agregado de sal a las comidas. (29) (32)

2.3.3 Consumo de grasas y lácteos

En relación a las grasas limitar alimentos con alto contenido de grasas, como golosinas, amasados de pastelería, productos de copetín (como palitos saldas, papitas fritas de paquete, etc.), bebidas azucaradas, limitando el uso de manteca, grasa animal (quitándole la grasa visible a las carnes consumidas), crema de leche. Coincidiendo con el quinto mensaje de las GAPA. Representando menos del 30% de la ingesta diaria; siendo las no saturadas (presentes en pescados, palta, frutos secos, aceites crudos como el de girasol, soja, canola, oliva) preferibles frente a las saturadas (presentes en pizzas,

tartas, galletitas, pasteles, crema de leche, etc.); sugiere reducir la ingesta de estas y a menos del 1% grasas trans producidas industrialmente, deberían evitarse. Aumentando el consumo de pescado, por su alto contenido de omega 3 y huevos. También de aceite crudo como condimento frutas secas o semillas. Y en cuanto a los lácteos se recomienda incluir 3 porciones al día de leche, yogur y/o queso, de preferencia descremados. (30) (29)

2.3.4 Consumo de bebidas y agua

Se recomienda beber al menos 2 litros de líquidos al día, sin azúcar y preferentemente agua, aproximadamente 6-8 vasos diarios, limitando el uso de bebidas azucaradas y de alcohol, el cual debe ser responsable, como máximo al día dos medidas en el hombre y una en la mujer. (30) (29) El consumo de agua tiene una especial importancia en las personas mayores, ya que estos tienen mejor capacidad de homeostasis, la sensación de sed esta disminuida, por lo cual tienen mayor riesgo a deshidratarse. (33) y reducir el consumo de café (30) (29)

2.3.5 Comidas al día y variedad de dieta

Se propone realizar las 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda y cena). Además, las GAPA proponen consumir una alimentación variada, que incluya alimentos de todos los grupos, aumentando el consumo de frutas y verduras e incluir también, legumbres, cereales preferentemente integrales, yogures o quesos descremados, huevos, carnes y aceites. (29)

2.4 Evaluación de alimentación

Se han desarrollado y validado distintas herramientas para medir la ingesta dietética y su calidad en población general. Un método ampliamente utilizado, y de alta validez si es bien aplicado es el recordatorio de 24 horas (R24); consta de cuantificar las comidas y bebidas del día anterior. Dentro de sus limitaciones se encuentra el sesgo de la memoria, que requiere de al menos de una repetición de tres R24 de diferentes días para estimar hábitos alimentarios y es difícil conocer con precisión el tamaño de los alimentos y bebidas que refiere haber consumido esa persona. (34) (35) (36)

El registro diario dietético, es un método de valoración de ingesta individual que consiste en que en la persona debe anotar en formularios adecuados, durante un periodo de tiempo determinado, todos y cada uno de los alimentos y bebidas consumidos a lo largo de ese período. Para el cual se puede utilizar fotografías, tazas, cucharadas para

cuantificar la ingesta. Es preciso, no depende de la memoria del entrevistado, pero requiere de importante cooperación del mismo y a la hora de contar, medir, escribir lo que come, los patrones de dieta pueden ser influenciados durante el periodo de registro, y la persona debe saber leer, escribir. (36)

Las historias dietéticas son otra opción, estas si bien detalla bien el patrón alimentario, hábitos y estima cantidades habitualmente consumidas, tiene información detallada; este método tiende a sobreestimar la ingesta, requiere de mucho tiempo y cooperación por parte del entrevistado. (34) (36)

2.4.1 Índice de alimentación saludable

Los indicadores o índices de calidad de la dieta (DQIs) son algoritmos destinados a evaluar la calidad global de la dieta y categorizar a los individuos en función de si su patrón de alimentación es más o menos saludable recoger datos individuales de ingesta tales como el recordatorio de ingesta cuantitativa de 24 h, los registros dietéticos y los cuestionarios de frecuencias de consumo de alimentos. (37)

El Centro para la Promoción de la Nutrición del Departamento de Agricultura de Estados Unidos en 1995, desarrolló un índice de calidad de la dieta, para verificar el grado de adhesión de la población norteamericana a las Guías Alimentarias (38) llamado *Healthy Eating Index* (HEI) actualizado en 2005 y con una última versión es de 2015. (39) (40) En base a este, diversos países han ido modificándolo y adaptándolo a las recomendaciones dietéticas locales para evaluar la calidad de alimentación a cada país. Brasil creó el *Índice de Qualidade da Dieta Revisado* (IQD-R) (41), España el *Spanish diet by means of the Healthy Feeding Index* (IAS) (42) . En nuestro país, se utilizó en la edición 2011 del Estado de alimentación saludable en Argentina (EAS) donde se evalúa la adecuación a las pautas dietéticas establecida por la OMS, de los argentinos a nivel global, por primera vez un *Índice de Alimentación saludable* (IAS) adaptando el HEI. (43)

2.4.2 Encuesta de calidad alimentaria del adulto mayor

Actualmente existe un cuestionario validado específicamente para adultos mayores, la Encuesta de Calidad Alimentaria del Adulto Mayor (ENCAAM), presentando un índice de validez de contenido de 0,85. Es de sencilla, de rápida aplicación y es adecuada para medir la ingesta habitual y determinar su calidad, específicamente en población adulta mayor de 60 años, apta para su uso en Latinoamérica, por lo tanto, en Argentina. (28)

3. Nivel socioeconómico

La Asociación Argentina de Marketing lo define como el atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros, que caracteriza la inserción social del hogar en forma directa y la inserción económica en forma indirecta por el acceso y disponibilidad de recursos económicos. (44)

Existe relación entre nivel socioeconómico, la salud y calidad de alimentación de los adultos mayores, (45) (46) (47) como un limitante a la hora de elegir alimentos acordes con una alimentación saludable. (48)

La medición del NSE se basa en la integración de distintas características de las personas o sus hogares, su medición en general está compuesta por educación, ingresos y ocupación o algunas variantes de estos indicadores. (67) (5) Este concepto está compuesto por dos dimensiones, social y económica. (44)

3.1 Dimensión social

Esta dimensión es medida a través del nivel educativo del principal sostén del hogar (PSH), considerado como el miembro del hogar que más aporta al presupuesto y a la economía familiar, aunque no necesariamente es quien percibe el mayor ingreso. (44)

3.2 Dimensión económica

Por otro lado, la dimensión económica medida a través de la ocupación del PSH, los aportantes del hogar en relación a la cantidad de miembros de ese hogar; antes se tenía en cuenta también el patrimonio familiar (bienes como T.V, teléfono, heladera con freezer, computadora personal, aire acondicionado) y la tenencia de automóvil.

Estas variables fueron reducidas en el cuestionario simplificado NSE 2015. La tenencia de automóvil y el patrimonio familiar, no se tuvo en cuenta como indicador en la nueva versión. El fácil acceso a estos bienes y la aparición de nuevas tecnologías, desactualiza constantemente este indicador, afectando la validez de este indicador. Quedando como indicadores principales del NSE el nivel educativo y la ocupación con sus dimensiones del primer sostén del hogar. (44)

3.2.1 Dimensión social: Nivel educativo

Definido como el nivel de educación más alto que una persona ha terminado (49). Dentro de la estructura del sistema educativo, a nivel nacional podemos encontrar 4 niveles: educación inicial, primaria, secundaria o terciaria. (50) El INDEC define cada uno de ellos: (51)

- Nivel inicial (jardín/preescolar): nivel de la estructura que comprende a los/as niños/as desde los tres años de edad.
 - Primario: nivel posterior al nivel inicial, de carácter obligatorio, cuya duración puede ser de seis o siete años (1° a 6° grado o 1° a 7° grado).
 - EGB: nivel posterior al nivel inicial, cuya duración es de nueve años y se encuentra compuesto por tres ciclos de tres años cada uno, EGB 1 (1° a 3° grado); EGB 2 (4° a 6° grado) y EGB 3 (7° a 9° grado).
 - Secundario: nivel de escolaridad posterior al primario. La duración puede ser de cinco o seis años (1° a 5° año o 1° a 6° año).
 - Polimodal: nivel de la estructura posterior al EGB. Su duración es de tres años.
 - Superior no universitario: nivel de estudios que se realiza en instituciones de educación terciaria no universitaria, estatales o privadas, con planes de estudios aprobados por el Ministerio de Educación (de la Nación o de las provincias). Incluye los profesorados de nivel inicial, de adultos, de enseñanza especial y educación física, historia, letras y otros. Comprende también especialidades no docentes, por ejemplo: especialización técnica industrial, periodismo, turismo, computación, bellas artes y la formación de oficiales de las fuerzas armadas.
 - Universitario: nivel de estudios que se realiza en universidades nacionales, provinciales o privadas. Comprende exclusivamente las carreras que otorgan títulos profesionales y las licenciaturas.
 - Post-universitario (especialización, maestría o doctorado): nivel de estudios que comprende las carreras de especialización, maestrías y doctorados dictados por universidades estatales o privadas reconocidas por el Ministerio de Educación. Para acceder a este tipo de estudio se requiere contar con título universitario de grado.
- El NSE está determinado por el nivel educativo, este influye en las posibilidades en cuanto a la ocupación a la que se puede aspirar conseguir, pero también en las elecciones de la vida, por ej. el uso del tiempo libre, hábitos relacionados con la salud incluida la alimentación, educación de sus hijos. (52) La educación formal es considerada como “capital” de las personas en cualquier circunstancia ya sea que este o no activa laboralmente. (52) (53)

3.2.2 Nivel educativo de los AM en Argentina

En Argentina el grupo de AM de 75 años y más, tiene un menor nivel educativo que el grupo de 60 a 74 años, en el primer grupo el porcentaje de personas con nivel primario incompleto es mayor. (8) El grupo más vulnerable son AM pobres con prevalencia de nivel educativo bajo; mientras que en no pobres prevalece el nivel educativo alto. (54)

3.2.3 Dimensión económica: Aportantes en el hogar

Otra característica importante al determinar el NSE del hogar es la cantidad de aportantes que viven en él. (52) Los hogares unipersonales tienden a ser más vulnerables en este sentido, ya que tienen menores ingresos; sin embargo, la UCA identifica que muchas veces en los hogares multipersonales el aporte del AM es importante o el principal. (8) Esta variable para que sea un indicador válido de NSE hay que relacionarla con la cantidad de miembros del hogar, lo que se denomina relación entre aportantes y miembros de hogar (RIM). Existe una fuerte correlación entre el porcentual de aportantes del hogar y el nivel de ingresos, así como con el Nivel de educación formal. Lo que se advierte es que, en el extremo superior de la pirámide de ingresos, la cantidad de aportantes en relación a la cantidad total de miembros del hogar tiende a ser más alta; y en la base de la pirámide de ingresos tiende a ocurrir lo contrario. (52). De este modo, la pobreza en nuestro país está relacionada no sólo con los bajos ingresos, sino también con familias numerosas con baja proporción de aportantes. (52)

3.2.4 Dimensión económica: Cobertura de la salud

Cobertura de Salud o Cobertura Médica (CM) se refiere a contar con cualquier obra social o medicina prepaga. (52)

Si la persona actualmente está trabajando es importante identificar si es un trabajo formal o no, lo que implica estar “en negro”, factor asociado a la pobreza en nuestro país. Una forma indirecta de determinar si ese trabajo es formal o no, es indagar y asociarlo con la tenencia o no de un “seguro de salud”. Se considera que la población tiene cobertura de salud cuando declara tener obra social (incluyendo al PAMI), prepaga a través de obra social, prepaga sólo por contratación voluntaria, o programas o planes estatales de salud.

3.2.5 Tipos de cobertura de salud

-Obra social (incluye PAMI), cobertura de salud que obtienen los trabajadores por el descuento en sus salarios, en su haber previsional o a través de su aporte (para los monotributistas o autónomos). Incluye a los familiares del titular. Este descuento les

permite estar afiliados a obras sociales sindicales, de empleados estatales nacionales, provinciales o municipales, del poder judicial, del poder legislativo o del PAMI. (51)

-Prepaga a través de obra social: pertenencia al sistema de medicina privada a través del aporte de una obra social. (51)

-Prepaga solo por contratación voluntaria: sistema de salud privado contratado voluntariamente y pagado en su totalidad por el titular. Se excluye la contratación de un servicio de emergencias médicas que solamente preste el servicio de traslado en ambulancia desde el domicilio particular a un centro de atención de salud.

-Programas o planes estatales de salud: programas o planes de salud estatales nacionales -como el PROFE o el plan NACER-, provinciales, municipales entre otros, que otorgan derecho a atención médica mediante la inscripción en un padrón. (51)

3.3 Instrumentos para medir el NSE del hogar

En la actualidad existen diferentes instrumentos que miden el nivel socioeconómico del hogar. Entre ellos el cuestionario de AMAI, ESOMAR, el método del ODSA, y del CEI.

La Asociación Mexicana de Agendas de Inteligencia de Mercado y opinión (AMAI) desarrollo una regla 2018 para evaluar el NSE del hogar en México, actualizado en 2018 teniendo en cuenta 6 variables: nivel educativo del jefe de hogar, número de baños completos en la vivienda, de autos en el hogar, dormitorios, y conexión a internet. Preserva la redacción acorde al cuestionario utilizado en la ENIGH 2014. La cual es válida para la población mexicana (55)

Nivel socioeconómico ESOMAR, un sistema desarrollado por *World Association of Market Research*, desarrollado en Europa y validado en Chile, basado sólo en dos variables, nivel educativo alcanzado por el principal sostén del hogar y categoría ocupacional del mismo, de esta manera determina el NSE de la familia. Si el primer sostén es inactivo laboralmente, se determina NSE por el número de bienes que posee en el hogar. En un 80% el resultado es igual que con las 2 primeras variables, por lo cual sería útil cuando no se disponga de nivel educativo y categoría ocupacional del sostén del hogar. Sistema simple de aplicar, objetivo y que tiene compatibilidad internacional. (56)

El Observatorio de la deuda social argentina de la UCA, construyó un índice para valorar el nivel socioeconómico que utiliza en sus investigaciones. (57) Está compuesto por 3 dimensiones: ocupación máxima del hogar, nivel educativo máximo del hogar y tenencia

de bienes y servicios. Este alcanza un valor mínimo de 0 puntos y un valor máximo de 100 distribuidos de la siguiente manera: ocupación máxima del hogar (34 puntos), nivel educativo máximo del hogar (33 puntos) y tenencia de bienes y servicios (33 puntos). De esta manera se clasifica el NSE en Alto, medio y bajo. (57) (23)

En el año 2005 se conformó la Comisión de Enlace Institucional (CEI) integrada por AAM (Asociación Argentina de Marketing), CEIM (Cámara de Empresas de Investigación Social y de Mercado) y SAIMO (Sociedad Argentina de investigadores de Marketing y Opinión), con el fin de establecer un procedimiento unificado para medir NSE. Basándose en estadísticas en la encuesta permanente de hogares (EPH) de INDEC (que representa la población argentina), en año 2006 publicó el algoritmo aprobado y consensuado por 3 instituciones, conoce como NSE CEI 2006. (58) Las variables que lo conforman son, cantidad de miembros del hogar, miembros que presentan ingresos de algún tipo; nivel educativo formal del mayor aportante, estado ocupacional,) categoría, jerarquía ocupacional, personal a cargo, conocimiento exigido por el trabajo, tenencia de cobertura médica del mismo en el caso que corresponda. De esta manera se clasifican los hogares en NSE alto, medio, bajo superior y marginal. (44) Este cuestionario presenta una última actualización efectuada en 2015, permaneciendo en uso la versión original o full y una nueva versión simplificada. (52) En comparación con la versión full, en la simplificada se eliminaron 3 preguntas: cantidad de horas a la semana que trabaja el mayor aportante, cantidad de personas a cargo en su trabajo y conocimiento que exige su puesto de trabajo (en caso de no tener personal a cargo o trabajar por cuenta propia), de esta forma se reduce el tiempo y simplifica la aplicación del cuestionario.

Esta ha sido utilizada en Argentina por el CEPAL 2018 en una muestra de adultos mayores. (47)

3.4 Nivel socioeconómico y alimentación

La situación económica, influye en la calidad y cantidad de alimentos que compra una persona u hogar (47) (45) (46),y es un factor importante a la hora de lograr la seguridad alimentaria, dentro de este concepto está el del acceso económico y físico a los alimentos. Esta dimensión se refiere a una oferta de alimentos adecuada a nivel nacional e internacional. (59)

3.5 Situación actual de los jubilados en Argentina

Es evidente el retroceso y deterioro de las condiciones de vida de las personas mayores, el poder adquisitivo de las jubilaciones va en descenso. En el caso de los alimentos básicos de la canasta nutricional se observa una inflación de más del 282% entre 2015-2019, habiendo productos como el aceite de girasol que aumentaron 461%. En un contexto de aumento de tarifas del gas, luz, agua y medicamentos, el poder adquisitivo de los jubilados decae. La inflación supera el aumento del haber jubilatorio, produciendo una caída abrupta de los AM en la pobreza. Se calcula que la canasta que alcanza a cubrir los alimentos y servicios ronda en \$26.043. La mayor parte de las personas jubiladas perciben el haber mínimo, siendo el 64% de los mismos. (60) Este será a partir del mes de septiembre de 2019 \$ 12.937,22. Lo cual implica cubrir menos de la mitad de esa canasta básica. (61)

4. Capital social

Fukuyama, citado por Cuéllar (62) define al capital social como a las “normas sociales informales potenciales-actualizables que promueven la cooperación entre dos o más individuos”. Este no está distribuido de manera uniforme en la sociedad, existen desigualdades según nivel educativo, socioeconómico, genero, edad, etnia y también geográficas. En las personas mayores eso sustenta la vulnerabilidad como grupo. Se pueden identificar tres tipos de capital social en las personas:

- Capital social individual: está dado por sus vínculos con otros individuos, ponderados por algún criterio de “calidad” de tales vínculos, lo que permite establecer el monto de capital social de cada uno.
- Capital social comunitario: dado por las redes de apoyo ya sea públicas o privadas donde incluye el clima de confianza, solidaridad, reciprocidad que reciban en diferentes contextos como la familia, el vecindario de la ciudad.
- Capital cultural: relacionado con el papel sociocultural de la persona mayor, por la valoración de su experiencia, aporte y trayectoria.

Dentro del concepto de capital social se engloba al concepto de apoyo social, percepción de soledad.

4.1 Apoyo social

Según Kahn y Antonucci 1980 (63) apoyo social es todo proceso de transacciones interpersonales basado en los recursos emocionales, instrumentales e informativos

pertenecientes a las redes sociales de pertenencia, dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar del receptor, la cual es percibido como transacción de ayuda tanto por receptor como por el proveedor. Carmen Barros Lezaeta (5), lo considera como la disponibilidad de personas en quien el sujeto puede confiar y que lo hacen sentirse cuidado y valorado como persona. Además, tener apoyo social es percibir que hay otros que se preocupan de uno y que están disponibles en caso de necesitarlos, citado por el ODSA (5)

4.1.1 Tipos de apoyo social:

Según Veiga, citado por Esquivas (64) se puede hablar de diferentes dimensiones del apoyo social, una es la dimensión estructural, que hace referencia a las características cuantitativas y objetivas de la red de apoyo, al número de personas de la red, es decir, a el tamaño de la misma; la otra dimensión es la funcional, es la apreciación subjetiva que hace la persona sobre la intensidad, calidad y disponibilidad de apoyo que presenta y recibe, donde se evalúa el grado de satisfacción con la misma.

Dentro de esta podemos encontrar 3 tipos de apoyos, el apoyo social emocional o afectivo, el cual se refiere a contar con alguien que le demuestre amor y cariño; apoyo social informacional es la percepción de contar con alguien que proporcione consejos o ayuda en temas que lo requieran y el apoyo social instrumental que es contar con el apoyo de otras personas cuando se necesita ayuda para realizar tareas cotidianas o domésticas. (9)

4.2 Percepción de soledad:

La percepción de soledad, es el sentimiento de no se tener a nadie a quien acudir. (21) Sentirse solo, no es lo mismo que estar solo. Este último concepto hace referencia al aislamiento social y la falta de redes sociales, la marginación, el desarraigo, y demás; a diferencia la percepción subjetiva de soledad, el sentirse solo, es un sentimiento que genera nostalgia, tristeza, aunque esté acompañado de personas, por lo cual no está determinando por el número de contactos sociales. (65) Sino, que es una experiencia propia que aparece cuando no estamos satisfechos con nuestras relaciones que tenemos. Se puede sentir soledad estando rodeado de otros que procuran darnos afecto. (66)

La vejez es una etapa de la vida en que suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición de este sentimiento (67), ya sea pérdida de los familiares y amigos afines (9).

Muchos adultos mayores viven solos y no se sienten solos, y muchos de los que viven acompañados se sienten solos. El 17,5% de las personas mayores en Argentina refiere sentirse solos todo el tiempo o muchas veces, siendo más prevalente en las que viven solos y con menores oportunidades educativas. (6)

4.3 Instrumentos validados para valorar apoyo social

Se ha encontrado diversos instrumentos en español que evalúan el apoyo social, entre ellos el *MOS- Social Support Scale* (68), el Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC (DUFSS) (69),, *El Inventario de recursos sociales en el anciano de Diaz Veiga* (1985), *Older Americans Resources and Services* (OARS) en su versión español, la Escala de valoración sociofamiliar de Gijón, *el cuestionario utilizado por el ODSA*.

El cuestionario MOS (Medical Outcomes Study), propuesto y validado por Sherbourne en 1991, permite conocer a través de 20 ítems la red familiar y extrafamiliar y medir 4 dimensiones del apoyo social, emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo, tiene simpleza, brevedad y es sencillo de aplicar, en mayores de 18 años. Desarrollado especialmente para aplicar en pacientes con afecciones crónicas (68) Siendo la única validación en AM una en Colombia en población normal, que incluía a una población de 17 a 86 años (70), no quedando incluida la totalidad de edades evaluadas en la presente investigación. Fue validado en Argentina confirmando su consistencia interna con un α Crombach de .919 para la escala, valida especialmente para situaciones traumáticas. La población sobre la cual se realizó la validación no incluía la población objetivo del presente estudio. (71)

El cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC, es un instrumento diseñado por Broadhead y colaboradores en 1988, validada en menores de 45 años. (69) Modalidad autoadministrada de 11 ítems, que detecta el grado de apoyo social en su dimensión afectiva y confidencial. Validado en España sobre 1106 AM no institucionalizados, obteniendo un α Cronbach de 0,94; demostrando buena consistencia interna para comparación de personas, y validez de constructo. (72) El mismo fue validado una población chilena de 18 a 80 años de edad, utilizando una muestra no representativa a través del método "bola de nieve", concluyendo la validez y fiabilidad del instrumento para esa población específica. (73)

Inventario de recursos sociales en el anciano de Diaz Veiga (1985), fue utilizado en una investigación en la Ciudad de Buenos Aires, financiada por CONICET en una población de adultos mayores (74), sin embargo, no se evidencia su validación.

Otra forma de medir el apoyo social usada es la escala *Older Americans Resources and Services* (OARS) de recursos sociales. Una herramienta diagnóstica multidimensional centrada en la evaluación de la percepción del apoyo social familiar. Además, brinda información acerca de estructura familiar y recursos sociales, económicos, salud mental, física y capacidad de realización de actividades de vida diaria. En una escala de 6 puntos cuantifica el deterioro social total. (75) Adaptada a versión español en una población mayor de 60 años en España, en 1993, comprobando su fiabilidad y equivalencia con la original. Y un valor de alfa para la escala global (0,69) en la escala red social, siendo el más bajo de todas las dimensiones que mide el instrumento. (76)

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón: es una escala de valoración sociofamiliar válida para aplicar en adultos mayores de 65 años. A través de 5 ítems evalúa la situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyos de la misma. Se obtiene una puntuación final que determina si la persona se encuentra en una situación social buena, intermedia o con deterioro social severo. Siendo su objetivo determinar si la persona está en riesgo de institucionalización por razón social, no siendo esto objetivo del presente estudio. Presento un alfa de Cronbach es de 0,4467. (77)

En nuestro país, el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) evalúa el apoyo social en a través de un cuestionario que consta de un conjunto de preguntas referidas a la relación con otros, donde 6 de esas preguntas aluden a 3 tipos de apoyos sociales (afectivo, instrumental e informacional), además presenta otra pregunta a fin de evaluar la percepción de soledad y por último el tamaño de la red de apoyo preguntando cantidad de amigos y familiares cercanos. Se trabajo con un error global para una muestra inferior a ± 3 , un nivel de confianza de 95% bajo la hipótesis de máxima dispersión (p y $q= 0.5$). (5) Son preguntas de rápida y fácil aplicación. (23)

5. Hogar

Se entiende por hogar a la persona o grupo de personas -parientes o no- que comparten los gastos de alimentación y residen bajo el mismo techo. (8) Los estratos de hogares con adultos mayores es una variable que caracteriza el entorno cotidiano en que se encuentran los AM mediante la consideración de los arreglos residenciales. (8) Los

hogares donde viven los adultos mayores fueron clasificados según su conformación generacional, considerando la presencia de adultos mayores en el hogar (personas de 60 años y más); la cantidad de personas en el hogar y sus edades, que distingue a los hogares unipersonales y multipersonales, y la presencia de otros integrantes no adultos mayores en el hogar. Reconociendo tres tipos de hogares: unipersonales (conformados solo por un adulto mayor), unigeneracionales (conformados por 2 o más adultos mayores) y multigeneracionales (conformados por 1 o más adultos mayores, pero también viven en las personas de menos de 60 años.). (8)

6. Comensalidad

El concepto en un sentido literal significa comer en la misma mesa. (78) La comensalidad proviene de las ciencias sociales y remite al hecho de comer y beber juntos alrededor de la misma mesa (79) Se considera un hábito cultural, ya que está social e históricamente estructurado en torno a ciertas prácticas, situado en un tiempo, espacio, mediatizado por representaciones simbólicas y condiciones materiales. (80)

Diversos estudios muestran el beneficio y la importancia de la comensalidad en adultos mayores acompañado para la mejor calidad de alimentación y calidad de vida. (14) (13) (81) además de permitir conexiones con los demás, simbolizando pertenecía comunitaria y respetando normas compartidas (82)

Aunque las necesidades nutricionales biológicas de una persona pueden satisfacerse mediante el consumo de alimentos como individuos, las comidas a través de las sociedades a menudo se comparten (78) la comensalidad se considera como un espacio simbólico en el que el grupo social comparte, se comunica y transmite sus valores y sentidos sociales, es decir su identidad cultural. (79) Comer con otros es signo de sociabilidad, de unión, es considerado como algo cotidiano, cultural. (82)

6.1 Medida de la comensalidad

En función a la revisión conceptual, no se encontraron instrumentos específicos para medir esta variable, la mayoría de los estudios realizados en Japón (81) (13) (12), en Ecuador (83) utilizan cuestionarios o preguntas *had dock*, que no evidencian análisis de su valides, o mediciones cualitativas. (84) En nuestro país no se evidencia la evaluación de la comensalidad en adultos mayores. En este aspecto La Encuesta de Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) 2018 (85), contiene un bloque que evalúa comensalidad en niños, adaptándose a los fines del presente estudio. Este consta de una pregunta

referida a la frecuencia con que la persona come acompañada, siendo sus opciones de respuesta, “nunca”, “algunas veces”, “casi todos los días”, “siempre/todos los días (85); presentando categorías de respuesta similares a las encontradas en otros estudios. (84) (83)

Estado del arte

Los adultos mayores de 60 años están aumentando exponencialmente en todo el mundo, originando un envejecimiento poblacional. (23) Este proceso se caracteriza por la feminización de la vejez y el envejecimiento de la población mayor, que consiste en el aumento del porcentaje de personas de 75 años y más sobre los más jóvenes de este grupo etario. (3) Consecuencia del aumento de la esperanza de vida, y la caída en las tasas de fecundidad y mortalidad (23) (3) Esto no significa que se viva más años con salud, actualmente se convive con enfermedades crónicas, posibles de prevenir o retrasar su desarrollo a través de hábitos saludables que incluyen una buena nutrición (20).

Otra característica de este proceso de envejecimiento poblacional, es el aumento de la proporción de AM que viven solos. (3) El Censo de 2010 revela que un 10,2% de la población argentina, tiene 65 años o más (2), siendo un 15,4% en 2018, lo cual representaría 6.800.000 personas (23); y los AM de 75 y más años también va en aumento (22). Según el ODSA-UCA 2014 el 19,5% de las personas mayores viven solas, siendo mayor el porcentaje en AM de 75 años y más (8) lo cual también se evidencia en la población brasileña (15) ; el 30,6% convive únicamente con otras personas mayores, y el 49,9% convive en grupos familiares intergeneracionales, coincidiendo con los datos de la ENCAVIAM (8). No todos los que viven solos se encuentran en situación de vulnerabilidad, por lo cual hay que contemplar otros indicadores como apoyo social, situación económica (9). Ambos factores tanto económicos (45) (46) (47) como sociales (11) (48) (86), el tipo de hogar y la comensalidad dentro de los mismos. (7) (81) (10) tienen influencia en la calidad de alimentación del AM.

Actualmente existe un alto consumo de alimentos hipercalóricos, con altas cantidades de grasas, azúcares libres y sodio (87); los resultados de la ENNyS 2018, muestran que una gran proporción de la población argentina tiene un consumo de frutas, verduras, lácteos, carnes por debajo de las recomendaciones, principalmente frutas y verduras. Acompañando de un exceso de alimentos de mala calidad, altos en azúcares, grasas y

sodio. Confirmándose la influencia del nivel educativo y los ingresos sobre la mala calidad de alimentación. (88)

En Chile en el año 2016 se evidenció sobre una muestra de 458 AM, que el 11,2% de los hombres y 11,4% de las mujeres presentaba hábitos alimentarios saludables; en relación con hábitos no saludables, el 54,4% de los hombres y el 42,9% de las mujeres los presentaba. Categorizando solo el 16,6% de los hombres y 17,6% de las mujeres dentro de buena calidad de la alimentación (28). En Brasil se identificó en una muestra de 1426 AM un bajo consumo de algunos alimentos considerados poco saludables, como los fritos, las conservas, las salchichas, los alimentos enlatados (89) Donde también se identificó que las personas con un nivel de educación superior tenían una mejor calidad de dieta, y aquellas que eran viudas o separadas, jubiladas tenían una peor calidad de dieta, lo que indica que los factores sociodemográficos, económicos son factores que pueden influir en la elección de alimentos de los adultos mayores. (90)

En cuanto a la influencia del nivel socioeconómico, las personas mayores que informaron tener problemas financieros para comprar alimentos tenían 2.5 veces más probabilidades de tener una +dieta de mala calidad en comparación con aquellos que no informaron el mismo problema. (89)

En 2018 se evidenció en un estudio realizado en La Rioja, Argentina, que los AM pertenecientes al NSE medio bajo y bajo eran quienes con mayor frecuencia consumían alimentos de menor calidad nutricional como, pan, azúcar, manteca y margarina, arroz blanco que los pertenecientes al NSE medio alto, quienes consumían con más frecuencia carne, frutas, leche descremada y aceite de oliva. Encontrando asociación significativa entre la calidad de alimentación y el nivel socioeconómico. (47)

Similares resultados a los encontrados en Colombia en 178 AM, donde el consumo de lácteos, carnes magras, frutas y verduras tendieron a ser consumidas con mayor frecuencia diaria en aquellos con mejor NSE. El resultado en la mayoría de los participantes tuvo un consumo de una a dos veces por día, encontrándose asociación con variables económicas principalmente con el consumo de frutas. Identificándose que menos del 10% cumplía con la frecuencia diaria recomendada de frutas. (46)

En cuanto a lo social, el apoyo social y el tipo de hogar están relacionados entre sí y tienen influencia sobre la calidad de alimentación de los AM. Los AM que viven solos son el grupo en quien predomina el déficit de apoyo social de parte de familia y amigos, 41%

carece de relaciones adecuada para sus necesidades afectivas, y son quienes más perciben soledad (27,3%), siendo estas carencias más evidente en el grupo de 75 años y más (5) (9) (3). En este grupo etario (75 años y más) el 22% presenta déficit de apoyo social afectivo, el 41,2% tiene déficit de apoyo informacional, y el 43,3% déficit de apoyo social instrumental. A relacionar el apoyo social con el tipo de hogar, se vio una significativa diferencia entre los AM que viven acompañados en comparación con los que viven solos, en estos últimos el déficit se duplicaba, al igual que el sentimiento de soledad, siendo 13,4% en las que conviven con alguien y 21,8% en personas que viven solas. (5) Destacando la menor vulnerabilidad de las personas mayores que conviven con otros AM, quienes experimentan déficits afectivos mucho menores que quienes viven solos. (3) Siendo ese déficit similar a los registrados en los hogares multigeneracionales, lo cual podría indicar que la calidad de vínculo es importante y no solo la cantidad de contactos con la red familiar. (3) Así, más del 90% de los AM que viven solos tiene familiares cercanos, sin embargo, declaran no contar con alguien que los ayude en tareas cotidianas en caso de enfermarse o necesitarlo (67,9%), no contar con alguien que le demuestre amor o cariño (35,9%), y el 21,1% asegura sentirse solo, demostrándose su situación vulnerable por redes de apoyo débiles. (9)

También se asoció el apoyo social con el nivel educativo, encontrando con respecto al déficit de apoyo afectivo que es mayor en quienes han tenido menos oportunidades educativas (sin secundario completo) evidenciando un aumento en el estrato socioeconómico muy bajo. (6) (5) Factor que afecta negativamente en la alimentación de las personas mayores. (10) (48) (4). Al igual que el nivel socioeconómico, que considerado por los AM como un limitante a la hora de comprar alimentos y llevar a cabo una alimentación saludable. (48)

Sumando a que las personas que viven solas, suelen comer solas con más frecuencia, otro factor negativo sobre la calidad de la dieta de este grupo etario. Si bien estos efectos combinados presentaron mayor asociación en hombres que en mujeres. (12)

Concordando con los resultados de un estudio sobre 1426 AM en Brasil, donde se encontró que el consumo de un número menor de comidas y la realización de comidas sin compañía se asociaron una dieta de baja calidad y / o intermedia. Las personas que comen solas tenían mayor probabilidad de tener una dieta de menor calidad en comparación a los que comían acompañados. Además de que hombres tenían casi el

doble de probabilidades de tener una dieta de baja calidad en comparación con las mujeres. (89)

En un estudio realizado en mujeres viudas que vivían solas se vio que no tener con quien compartir la comida reducía las veces que preparaban comida en la casa, optaban por preparaciones más sencillas, que requieran poco tiempo como un sándwich, aumentando la compra de comida hecha. Estas mujeres consideraban que comer solo era menos agradable y placentero, y la falta de obligación de cocinar para alguien y la falta de la recompensa por hacerlo y compartir. (84) Estos datos coinciden con un estudio de Reino Unido en 2017, en una muestra donde predominaban adultos de más de 70 años, que vivían solos, se identificó la reducción de preparaciones de comidas en casa, optaban por opciones más fáciles, por cuestiones de menor destreza física, y porque consideraban que eran menos placentero preparar algo para comerlo solo. (91) Diversos estudios realizados en Japón identificaron en población de adultos mayores la influencia de comer solo y vivir solo sobre la calidad de alimentación, principalmente sobre la variedad de alimentos consumidos. La ingesta de carne, vegetales y frutas y aceites fue menor en aquellos que comían juntos con menor frecuencia. (13) (81) (14) Además, se identificó que si comían solos eran mucho más propensos a saltar comidas y aún más si vivían solos, característica predominante en hombres. Este estudio también revela que las mujeres que vivían con cónyuge o hijos o nietos tenían alto riesgo en cuanto a saltar comidas en comparación a los hombres. Observándose que el comportamiento dietético inadecuado influenciado por las variables mencionadas predominaba más en hombres. Lo cual podría explicarse por la falta de habilidades culinarias en comparación al grupo femenino. (12)

III. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo. El problema fue determinado desde un principio, utilizó la lógica deductiva, yendo de lo general, (lo que se dice en la bibliografía), a lo específico en la población estudiada. Para la recolección de datos se utilizaron cuestionarios validados y aptos para la población mayor o basados en la metodología estudios realizados en los mismos, logrando así, mayor objetividad y validez de los datos obtenidos. Se estudió una realidad estática y externa del adulto mayor, donde no influyeron opiniones, creencias u otros aspectos subjetivos. La hipótesis se planteó según los datos bibliográficos actuales, previo a la salida a campo; la cual se intentó probar al final con los resultados obtenidos, y poder generalizar la evidencia a la población por usar una muestra probabilística, realizando análisis estadístico de los resultados. (92)

Teniendo en cuenta los antecedentes del tema y la perspectiva del estudio, tuvo un alcance descriptivo comparativo. Primero se describieron y midieron las variables, luego se analizó la vinculación que existente entre ellas, comparando los resultados de cada variable según estrato de hogar de acuerdo a conformación generacional.

Se buscó aportar evidencia a favor de la hipótesis a través de un diseño observacional, analítico, transversal. No se manipulan intencionalmente variables para ver su asociación, sino que su variación se dio naturalmente; evaluando la asociación entre el estrato de hogar generacional con calidad de alimentación, NSE, apoyo social, percepción de soledad y comensalidad de adultos mayores de 75 años de la Ciudad de Roque Pérez en el año 2019. (92)

3. Unidad de análisis: Adultos mayores.

3.1 Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Residir en la ciudad de Roque Pérez durante el mes de julio a septiembre del año 2019
- AM de 75 años y más, de ambos sexos (3)
- Ser afiliado de PAMI actualmente (93)
- Firmar el consentimiento informado (94)
- No estar institucionalizados
- Tener capacidad de comunicarse claramente (95)

- Con capacidad de contestar los cuestionarios (96) (46)
- Criterios de exclusión:
- No estar presente en el momento de recolección de datos
 - Presentar alteración de consciencia, facultades mentales perturbadas o incapaces de contestar la encuesta (28)
 - Sordera o deficiencia auditiva (8)
 - Adultos mayores con nutrición enteral o parenteral (89)
- Criterios de eliminación:
- Cuestionario de NSE, calidad de alimentación y/o de apoyo social incompletos y/o con datos ilegibles o incoherentes.
 - Pérdida de algún cuestionario
 - Negarse a participar de la investigación o a completar uno o más cuestionarios.

3.2 Población accesible:

La población de estudio estuvo constituida por adultos mayores de 75 años y más, no institucionalizados, afiliados de PAMI residentes de la ciudad de Roque Pérez, provincia de Buenos Aires, durante el año 2019. Cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron un consentimiento informado.

Dentro de la población accesible, teniendo en cuenta las referencias del observatorio de la deuda social en adultos mayores, se menciona que el grupo de AM de 75 años y más era más vulnerable en relación a las variables objetivo. Donde se haya déficit de apoyo social (5), y se encuentra el mayor porcentaje de AM que viven solos. (23), con menor nivel educativo (47), y nivel económico (97) (8). Además de ser un grupo que está en aumento, por el envejecimiento de la población mayor. (3), y que en investigaciones anteriores pocas diferencian estos grupos etarios. Teniendo en cuenta la evidencia y viabilidad de la presente investigación se evaluarán AM de 75 y más años.

3.3 Muestra:

En este estudio se determinó la muestra por medio de un muestreo probabilístico estratificado. Se dividieron en tres grupos según el estrato de hogar al que pertenecían de acuerdo a su conformación generacional (unipersonal, unigeneracional o multigeneracional).

La población accesible fue de un total de 300 afiliados de PAMI de 75 años y más, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión planteados. Se calculó el

tamaño de muestra a través del software Epidat, considerando un nivel de confiabilidad del 90%, un máximo de error del 5%, teniendo en cuenta un margen de seguridad del 20% considerando los criterios de eliminación, la muestra estaría conformada por 154 AM. Luego se cargó un Excel al software Epidat y se calculó la estratificación proporcional de la misma. Quedando conformados los 3 estratos (n=154) de la siguiente manera:

- Adultos mayores pertenecientes a hogares unipersonales n= 60
- Hogares unigeneracionales: n= 59
- Hogares multigeneracionales: n= 35

3.4 Hipótesis:

Los hogares unipersonales presentan mayor prevalencia de mala calidad de alimentación, nivel socioeconómico bajo-inferior, déficit de apoyo social afectivo, informacional e instrumental, percepción de soledad y menor frecuencia de comensalidad que los hogares unigeneracionales y multigeneracionales en AM de Roque Pérez en 2019.

Clasificación: hipótesis de investigación, multivariada, de diferencia de grupos

3.5 Operacionalización de variables:

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Categorías	Clasificación	Técnica/ instrumento
Calidad de alimentación	Hábitos de alimentación saludables	Los hábitos saludables indican el consumo de alimentos en cantidad y frecuencia remendada, así como hábitos como realizar las 4 comidas, incluido el desayuno, la comida casera saludable (28)	1-Hábito y frecuencia de desayuno	-Nunca (1) -Menos 1 por semana (2) -1-3 veces por semana (3) -4-6 veces por semana (4) -Todos los días (5)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta	Encuesta/ Cuestionario estructurado ECAAM (28)
			2-Consumo de lácteos	-No consume (1) -Menos de 1 vez al día (2) -1 porción al día (3) -2 porciones al día (4) -3 porciones al día (5)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta	
			3-Consumo de frutas frescas	-No consume (1) -Menos de 1 al día (2) -1 porción al día (3) -2 porciones al día (4) -3 porciones al día (5)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta	
			4-Consumo de verduras	-No consume (1) -Menos de 1 al día (2) -½ porción por día (3) -1 porción al día (4) - 2 porciones al día (5)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta	
			5-Consumo de pescado	-No consume (1) -Menos de 1 vez por semana (2) -1 porción por semana (3) -2 porciones por semana (4) -3 porciones por semana (5)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta	
			6-Consumo de leguminosas	-No consume (1)	Privada Policotómica	

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Categorías	Clasificación	Técnica/ instrumento
Calidad de alimentación	Hábitos de alimentación Saludables	Los hábitos saludables indican el consumo de alimentos en cantidad y frecuencia remendada, así como hábitos como realizar las 4 comidas, incluido el desayuno, la comida casera saludable (28)	6-Consumo de leguminosas	- Menos de 1 vez por semana (2) - 1 porción a la semana (3) - 2 porciones a la semana (4) -3 o más porciones a la semana (5)	Cuantitativa Discreta	Encuesta/ Cuestionario estructurado ECAAM (28)
			7-Consumo de avena o panes integrales	-No consume (1) -Menos de 3 veces a la semana (2) -1 porción al día (3) -2 porciones al día (4) -3 porciones al día (5)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta	
			8-Consumo de comida casera	-No consume (1) -Menos de 1 vez por semana (2) -1 vez a la semana (3) -2 veces por semana (4) -3 o más porciones a la semana (5)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta	
			9-Hábito y frecuencia de cena	-Nunca (1) -Menos de 1 vez por semana (2) -1-3 veces por semana (3) -4-6 veces por semana (4) -Todos los días (5)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta	
			10-Consumo de agua o líquidos	- No toma (1) -1 vaso al día (2) - 2 vasos al día (3) -3 vasos al día (4) - 4 o más vasos al día(5)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta	
			11-Cosumo de carnes o aves	-No consume (1) -1 vez cada 15 días (2) -1 vez por semana (3)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta	

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Categorías	Clasificación	Técnica/ instrumento	
Calidad de Alimentación	Hábitos de alimentación Saludables	Los hábitos saludables indican el consumo de alimentos en cantidad y frecuencia remendada, así como hábitos como realizar las 4 comidas, incluido el desayuno, la comida casera saludable (28)	11-Cosumo de carnes o aves	-2 veces por semana (4) -3 veces por semana (5)		Encuesta/ Cuestionario estructurado ECAAM (28)	
			12-Consumo de huevo	-No consume (1) -1 vez cada 15 días (2) -1 vez por semana (3) -2 veces por semana (4) -3 veces por semana (5)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta		
			13-Catidad de comidas al día	-Menos de 1 (1) -2 comidas al día (2) -3 comidas al día (3) -4 comidas al día (4) -4 comidas y colación (5)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta		
	Hábitos de alimentación no saludables		Los hábitos no saludables reflejan el consumo de alimentos o grupos de alimentos identificados como promotores de enfermedades crónicas no transmisibles, así como la frecuencia de consumo de los mismos (28)	1-Consumo de bebidas azucaradas	-3 o más vasos al día (1) -2 vasos al día (2) -1 vaso al día (3) -Menos de un vaso al día u ocasionalmente (4) -No consume (5)		Privada Cuantitativa Policotómica Discreta
				2-Consumo de bebidas alcohólicas	3 o más vasos al día (1) 2 vasos al día (2) 1 vaso al día (3) Menos de un vaso al día u ocasionalmente (4) -No consume (5)		Privada Cuantitativa Policotómica Discreta
				3- Consumo de frituras	-3 o más porciones por semana (1) -2 porciones por semana (2) -1 porción por semana (3) -Ocasionalmente (4)		Privada Cuantitativa Policotómica Discreta

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Categorías	Clasificación	Técnica/ instrumento
Calidad de alimentación	Hábitos de alimentación no saludables	Los hábitos no saludables reflejan el consumo de alimentos o grupos de alimentos identificados como promotores de enfermedades crónicas no transmisibles, así como la frecuencia de consumo de los mismos (28)		-No consume (5)		Encuesta/ Cuestionario estructurado ECAAM (28)
			4-Uso de manteca para cocinar	-Todos los días (1) -3-5 veces por semana (2) -2-3 veces por semana (3) -Menos de 1 vez por semana (4) -No utiliza (5)	Privada Cuantitativa Policotómica Discreta	
			5-Consumo de comida chatarra	-3 o más porciones al día (1) -2 porciones al día (2) -1 porción al día (3) -Menos de 1 porción al día (4) -No consume (5)	Privada Cuantitativa Policotómica Discreta	
			6-Consumo de colaciones dulces	-3 o más porciones por semana (1) -2 porciones por semana (2) -1 porción por semana (3) -Ocasionalmente (4) -No consume (5)	Privada Cuantitativa Policotómica Discreta	
			7-Consumo de café	-3 o más tazas al día (1) -2 tazas al día (2) -1 taza al día (3) -Menos de 1 taza al día (4) -No consume (5)	Privada Cuantitativa Policotómica Discreta	
			8-Agregado de sal a las comidas antes de probarlas	-Siempre le agrega (1) -Le agrega ocasionalmente (2) -No le agrega (3)	Privada Cuantitativa Policotómica Discreta	

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Categorías	Clasificación	Técnica/ instrumento
Calidad de alimentación	Calidad total de alimentación	Calidad de dieta: hace referencia una alimentación diversificada, equilibrada y saludable, que proporción todos los nutrientes esenciales para el crecimiento, una vida saludable y activa. (25)	Calidad de alimentación (sumatoria de ítems)	Buena calidad de la alimentación: 83-103 Mala calidad de alimentación: 21-82	Privada Cuantitativa Dicotómica Discreta	Encuesta/ Cuestionario estructurado ECAAM (28)
Capital social	Comensalidad	Remite al hecho de comer y beber juntos alrededor de la misma mesa (79)	Frecuencia de comer acompañado	Nunca (0) Algunas veces (1) Casi siempre (2) Siempre (3) NS/NC (9)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta	Encuesta/ Cuestionario Comensalidad ENNyS (85)
Características Sociodemográficas	Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioculturales que están presentes en la población sujeta a estudio. (98)	Relación de parentesco	Jefe/a Cónyuge/pareja Hijo/a/hijastro/a Yerno/nuera Nieto/a Madre/Padre Suegro/a Hermano/a Otros familiares No familiares	Privada Cualitativa nominal Policotómica	Encuesta/ Cuestionario EPH BLOQUE "característica de los miembros del hogar" (99)
			Sexo	Varón (1) Mujer (2)	Privada Cualitativa Nominal Dicotómica	
			Edad (en años cumplidos)	-----	Privada Cuantitativa Policotómica Discreta	
			Situación conyugal	1-Unido/a 2-Casado/a	Privada Cualitativa Policotómica	

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Categorías	Clasificación	Técnica/ instrumento
Características sociodemográficas	Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioculturales que están presentes en la población sujeta a estudio. (98)		3-Separado/a o divorciado/a 4-Viudo/a 5-Soltero/a	Nominal	Encuesta/ Cuestionario EPH BLOQUE "característica de los miembros del hogar" (99)
			Cobertura médica	1-Obra social (incluye PAMI) 2 mutual/ prepaga/servicio de emergencia 3-planes y seguros públicos 4-No paga ni le descuentan 9-NS/NC	Privada Cualitativa Policotómica Nominal	
			Saber leer y escribir	1-Si 2-No 3-Menor de 2 años	Privada Cualitativa Policotómica Nominal	
			Asistencia a establecimiento educativo	1-Si, asiste 2-No asiste, pero asistió 3-Nunca asistió	Privada Cualitativa Policotómica Nominal	
			Tipo de establecimiento	Público (1) Privado (2)	Privada Cualitativa Dicotómica Nominal	
			Nivel de cursada	Jardín (1) Primario (2) EGB (3) Secundario (4) Polimodal (5) Terciario (6) Universitario (7) Posgrado universitario (8) Educación especial (discapacidad) (9)	Privada Cualitativa Policotómica ordinal	
			Finalización de nivel	Si (1) No (2)	Privada Cualitativa Dicotómica Nominal	
			Último año aprobado	Ninguno (0) Primero (1) Segundo (2) Tercero (3) Cuarto (4)	Privada Cualitativa Ordinal Policotómica	

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Categorías	Clasificación	Técnica/ instrumento
			Último año aprobado	Quinto (5) Sexto (6) Séptimo (7) Octavo (8) Noveno (9) Educación especial (10) NS/NC (11)		Encuesta/ Cuestionario EPH BLOQUE “característica de los miembros del hogar” (99)
		Se entiende por hogar a la persona o grupo de personas - parientes o no- que comparten los gastos de alimentación y residen bajo un mismo techo. (8)	Estrato de hogar	-Unipersonal -Unigeneracional -Multigeneracional	Privada Policotómica Cualitativa Nominal	
Capital social	Redes de apoyo social	Considerada como una red de apoyo de la persona mayor que le demuestre afecto y cariño y la existencia de una red de apoyos que la ayude en las cuestiones más cotidianas e instrumentales en caso de requerirlo. (9)	-Número de amigos cercanos	-3 o más (1) -1 o 2 familiares cercanos (2) -No tengo amigos cercanos (3)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta	Encuesta/ cuestionario estructurado “Relación con otros” EDSA”. (100)
			-Número de familiares cercanos	-3 o más (1) -1 o 2 familiares cercanos (2) -No tengo familia cercana (3)	Privada Policotómica Cuantitativa Discreta	
	Apoyo social afectivo	Percepción de contar con alguien que le demuestre amor y cariño (9)	-Demostración de amor y afecto recibida	-Todo el tiempo (1) -Muchas veces (2) -Pocas veces (3) -Nunca (4) -Ns/Nc (9)	Privada Policotómica Cualitativa Ordinal	
	-Abrazos recibidos		-Todo el tiempo (1)	Privada Policotómica		

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Categorías	Clasificación	Técnica/ instrumento
Capital social	Apoyo social afectivo			-Muchas veces (2) -Pocas veces (3) -Nunca (4) -Ns/Nc (9)	Cualitativa Ordinal	Encuesta/ cuestionario estructurado "Relación con otros" EDSA". (100)
	Apoyo social informacional	Percepción de contar con alguien que lo aconseje, ayude o informe en temas personales (9)	-Consejos sobre resolución de problemas	-Todo el tiempo (1) -Muchas veces (2) -Pocas veces (3) -Nunca (4) -Ns/Nc (9)	Privada Policotómica Cualitativa Ordinal	
			-Información y/o ayuda para entender algo	-Todo el tiempo (1) -Muchas veces (2) -Pocas veces (3) -Nunca (4) -Ns/Nc (9)	Privada Policotómica Cualitativa Ordinal	
	Apoyo social instrumental	Percepción de contar con otras personas cuando necesita ayuda en tareas cotidianas y domésticas (9)	-Ayuda frente a la preparación de comida en caso de no poder	-Todo el tiempo (1) -Muchas veces (2) -Pocas veces (3) -Nunca (4) -Ns/Nc (9)	Privada Policotómica Cualitativa Ordinal	
			-Ayuda en tareas domésticas en caso de estar enfermo	-Todo el tiempo (1) -Muchas veces (2) -Pocas veces (3) -Nunca (4) -Ns/Nc (9)	Privada Policotómica Cualitativa Ordinal	
Soledad	Percepción de soledad, de sentir que no se tiene a nadie a quien acudir (9)	Frecuencia de sentimiento de soledad o falta de a quien acudir	-Todo el tiempo (1) -Muchas veces (2) -Pocas veces (3) -Nunca (4) -Ns/Nc (9)	Privada Policotómica Cualitativa Ordinal		
Nivel socio-económico	Nivel socioeconómico	Atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros, que caracteriza la inserción social del hogar en forma directa y la inserción económica en	Cantidad de miembros del hogar	Privada Cuantitativa Policotómica Discreta	Encuesta/ cuestionario NSE simplificado 2015 (52)
			Cantidad de aportantes del hogar	Privada Cuantitativa Policotómica Discreta	
			Nivel educativo del jefe/a	-Sin estudios -Primaria incompleta	Privada Cualitativa Ordinal	

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Categorías	Clasificación	Técnica/ instrumento
Nivel socio-económico	Nivel socioeconómico	forma indirecta por el acceso y disponibilidad de recursos económicos. (44)		-Secundaria incompleta -Secundaria completa -Terciaria o universitaria incompleta -Terciaria completa (con título posgrado)	Policotómica	Encuesta/ cuestionario NSE simplificado 2015 (52)
			Estado ocupacional	-Actualmente trabaja -Actualmente está desocupado, busca trabajo -Jubilado y/o pensionado -No trabaja, pero tiene otra fuente de ingresos	Privada Cualitativa Nominal Policotómica	
			Categoría de ocupación	- Dueño - Empleado -Trabaja solo, por su cuenta	Privada Cualitativa Nominal Policotómica	
			Trabajo previo del principal aportante (desocupado)	- Dueño - Empleado -Trabaja solo, por su cuenta	Privada Cualitativa Nominal Policotómica	
			Personal a cargo	-Con personal a cargo -Sin personal a cargo	Privada Cualitativa Nominal Dicotómica	
			Cobertura médica	- Con cobertura médica -Sin cobertura médica	Privada Cualitativa Nominal Dicotómica	
			Nivel socioeconómico total	-ABC1= Alto -C2 y C3= Medio -D1= Bajo superior -D2E= Bajo inferior o Marginal	Privada Policotómica Cualitativa Ordinal	

3.2 Recolección de datos:

La muestra estuvo conformada por adultos mayores de 75 años y más, estratificada en tres según el estrato de hogar al que pertenezcan de acuerdo a su conformación generacional: unipersonal, unigeneracional o multigeneracional. El proceso de recolección de datos se realizó luego de tener el consentimiento informado firmado. Se llevó a cabo en el periodo de julio-septiembre del año 2019, las encuestas se realizaron personalmente en los hogares o en PAMI lugar al cual concurren regularmente.

3.2.1 Estrato de hogar:

El tipo de hogar se determinó según la tipología de estratos de hogares elaborada por el Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas del año 2003, la cual fue redefinida y utilizada en la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor (ECAVIAM) realizada en 2012 por INDEC, la cual tiene en cuenta la conformación generacional de los hogares (8). El Cuestionario utilizado para obtener los datos de cada miembro del hogar fue una sección de la Encuesta Permanente en Hogares (EPH) (99), (VER ANEXO 1), luego, teniendo en cuenta estos datos se clasificaron los hogares de acuerdo a la conformación generacional (8) de la siguiente manera:

- Hogares **unipersonales**: solo vive una persona de 60 años y más.
- Hogares multipersonales puros: son los **unigeneracionales**, donde solo viven personas de 60 años y más (2 o más).
- Hogares multipersonales mixtos: son los **multigeneracionales**, donde viven personas de 60 años y más con personas de 0 a 59 años.

Si bien la muestra estuvo conformada por adultos mayores de 75 años o más, un hogar unigeneracional se consideró cuando vivían todas personas de 60 años o más.

3.2.2 Calidad de alimentación:

Para determinar la calidad de la dieta se utilizó la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM) (VER ANEXO 2), la cual fue confeccionada teniendo en cuenta guías alimentarias chilenas y lineamientos dietéticos internacionales, diseñada específicamente para la evaluación de la calidad de la dieta en adultos mayores, siendo apta para la aplicación en poblaciones Latinoamericanas.

Se validó mediante el Índice de validez de contenido (IVC), a través del cálculo de la Razón de validez de contenido (RVC) de Lawshe, por un grupo de 28 expertos nutricionistas de diferentes regiones del país que desempeñaban su ejercicio

profesional cotidiano con AM. Se evaluó la validez de constructo determinado si era o no esencial incluir cada ítem. Luego se aplicó la encuesta a 458 adultos mayores chilenos de 65 y más años, de ambos sexos obteniendo un índice de validez de contenido fue de 0,85. Finalmente, se hicieron algunos ajustes menores de apariencia en algunas preguntas bajo la recomendación de varios expertos, sin cambiar el sentido de las mismas. Es un instrumento, sencillo, fácil de aplicar en adultos mayores el cual costa de 21 preguntas policotómicas en escala de Likert, distribuidas en las 2 subescalas hábitos saludables y hábitos no saludables de alimentación. Las 15 primeras preguntas de la subescala Hábitos alimentarios saludables hacen alusión a: toma desayuno; consumo de: lácteos, frutas, verduras, pescado, leguminosas, avena o alimentos integrales; comida del hogar; cena; consumo de agua o líquidos; carnes magras o aves; huevo; cantidad de comidas al día; y consumo de Bebida Láctea y la sopa Años Dorados. Estas 2 últimas preguntas (14 y 15) no se incluyen en la puntuación de la subescala ni en el total de la encuesta, por lo tanto, son 13 preguntas.

Las 8 siguientes preguntas de la subescala Hábitos alimentarios no saludables hacen alusión a: consumo bebidas azucaradas y alcohólicas, frituras, uso de manteca, consumo alimentos chatarra, colaciones dulces, consumo de café con cafeína, y agregado de sal a las comidas antes de probarlas. (28)

El entrevistador pidió al AM que teniendo en cuenta sus hábitos que elija una de las opciones en cada ítem. Se puntuó cada opción de respuesta del 1 al 5 (mayor puntaje mejores hábitos alimentarios). A continuación, se sumó la puntuación de las preguntas de cada subescala y de la suma de ambas subescalas, dado que esta encuesta se puede analizar de 2 formas: primero, obteniendo la suma de la puntuación de la subescala Saludable o subescala No Saludable y segundo, sumando ambas subescalas (mínimo 21 a máximo de 103 puntos), luego se clasificó en buena calidad de alimentación si el resultado de la sumatoria es entre 83-103 puntos o mala calidad si el resultado obtenido era de entre 21-82 puntos. (28)

3.2.3 Nivel socioeconómico:

Para determinar el nivel socioeconómico se aplicó cuestionario NSE simplificado (2015) propuesto por el consenso de la Comisión de Enlace institucional (CEI) conformada por la Asociación Argentina de Marketing (AAM), y SAIMO (Sociedad Argentina de

Investigadores de Marketing y Opinión) y CEIM (Cámara de Empresas de Investigación Social de Mercado y Opinión). En base a la primera versión de 2006 se realizaron pequeños ajustes en 2014, por la opinión de expertos que aplicaron por 8 años el cuestionario, con el objetivo de simplificar el procedimiento y lograr determinación instantánea. (58)

El cuestionario constaba de 7 preguntas referidas a cantidad de miembros del hogar, número de aportantes en el mismo, nivel educativo del jefe/a de hogar, estado ocupacional del jefe/a, tipo de trabajo actual o previo (en caso de desocupados), personal a cargo y cobertura médica. Primero se estableció la relación de aportantes con la cantidad de miembros del hogar a través del cuadro aclaratorio (52) (VER ANEXO 3). Luego a través de una tabla de asignación de NSE se determinó el nivel socioeconómico de cada hogar (44):

- ABC1=1 NSE ALTO
- C2 y C3= 2 NSE MEDIO
- D1=4 NSE BAJO SUPERIOR
- D2E=5 BAJO -MARGINAL

3.2.4 Comensalidad:

Para evaluar esta variable se aplicó la pregunta 5.1 extraída del bloque 5 de “comensalidad” perteneciente a los cuestionarios usados en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) 2018 (85), evaluando frecuencia de comer acompañado en niños, se adaptó con el fin de ser utilizada en adultos mayores eliminado la palabra “niños” (VER ANEXO 4).

3.2.5 Apoyo social:

Se utilizó el bloque de “Relación con otros” extraído del cuestionario de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) 2017 (VER ANEXO 5) elaborado por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) perteneciente a la UCA. Este evalúa la frecuencia con la cual la persona recibe tres tipos de apoyo social: apoyo social afectivo (percepción subjetiva de no contar con alguien que le demuestre amor, afecto y cariño cuando lo necesita), apoyo social instrumental (percepción subjetiva de no contar con otra persona cuando se necesita ayuda en tareas cotidianas o domésticas dentro de las cuales incluye ayuda para preparar la comida o en tareas cotidianas o domésticas), y apoyo social informacional (percepción subjetiva de no contar con alguien que los

aconseje, ayude o informe en temas personales, como ayuda a la hora de resolver un problema o para entender cierta situación). Considerando que existe déficit de ese apoyo social si la respuesta es “Pocas veces” o “Nunca”. (9)

Además, evalúa percepción de soledad, considerándose Apoyo débil cuando afirman sentirse solos “todo el tiempo” o “muchas veces” o Apoyo firme cuando la respuesta es en “Pocas veces” y “Nunca”. (100)

Por último, se realizó otra pregunta para identificar el tamaño de la red de apoyo social, teniendo en cuenta la familia y los amigos. Clasificando en personas que declaran tener 3 o más, 1-2 y/o no contar con familiares y/o amigos cercanos. (9)

3.3 Prueba piloto:

Una semana previa a recolección de datos se realizó la prueba piloto en un n del 10% de la muestra final n=15. Esta prueba tuvo como objetivo de evaluar la factibilidad del estudio y realizar ajustes necesarios para que sea efectiva la toma de datos en toda la muestra. Se aplicaron los cuestionarios a cada uno de los participantes con el fin de evaluar la comprensión de todos los ítems, se les solicitó que señalen, si consideran necesario, opciones o categorías que no estén incluidas, también se evaluó el tiempo que llevaba completar cada cuestionario, así se verificó si se podía cumplir la recolección en el tiempo planeado. Se logró verificar el gasto de recursos humanos y económicos. Además, fue útil para realizar el entrenamiento del personal que colaboró en la toma de datos, con el fin de reducir la variabilidad y errores en la toma de datos. Se realizó en las mismas condiciones que en la muestra total, realizando la encuesta al adulto mayor en su casa o en PAMI.

Se identificó que no había dificultad para responder las preguntas en los cuestionarios de características sociodemográficas, comensalidad, seguridad alimentaria, y apoyo social. Se encontró alguna dificultad en las respuestas de algunas preguntas en el cuestionario de calidad alimentaria por lo cual se consideró necesario realizar aclaraciones o cambios de términos en las preguntas 4,8,20 y 21:

- En la pregunta 4 donde indicaba acerca del consumo de verduras, se cambió el termino referida a porción “1 plato de servilleta” por medio plato playo.
- En la pregunta 8 donde refiere al consumo de comida del hogar, se aclaró con ejemplos más adecuado a nuestra cultura “comida de olla, guisos, canelones, o también un

churrasco con ensalada, considerando a casero como todo lo que cocina en su casa, con la excepción de los alimentos fritos, que se evalúan luego.

- En la pregunta 19: Se acomodaron las categorías para que sean excluyentes (todos los días, 4 a 6, 1 a 3, menos de 1 vez a la semana, no utiliza).
- En la pregunta 20 donde se pregunta acerca del consumo de comida chatarra, se aclaró además de pizzas, hamburguesas compradas, snacks como productos de copetín, etc.”, además, fue necesario realizar un cambio en las opciones de respuesta, se utilizaron las mismas que están en la pregunta 18 “consumo de frituras” manteniendo la ponderación de las respuestas, ya que estas se adecuaban más a las respuestas que dieron los AM en la prueba piloto.
- Y por último en la pregunta 21 donde pregunta acerca del consumo de colaciones dulces se dieron ejemplos como chocolates, alfajores, helado, productos de panadería”

3.4 Aspectos éticos:

La presente investigación estuvo sujeta a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Se aseguró el respeto a todos los seres humanos, con el fin de proteger su salud, derechos e intereses individuales. Fue deber del investigador proteger la integridad, intimidad, dignidad, el derecho de la autodeterminación y la confidencialidad de la información personal de los participantes. El estudio fue llevado a cabo por personas formadas y con calificación científica y ética apropiada. Se solicitó a los adultos mayores la firma voluntaria de un consentimiento informado (VER ANEXO 7 y 8), conociendo su derecho de no participar y el carácter gratuito de la misma. Aquellos que lo concedieron fueron debidamente informados acerca de objetivos, metodología de recolección de datos, utilización de los mismos y cualquier aspecto que se considere pertinente dar a conocer. (94)

3.5 Análisis estadístico:

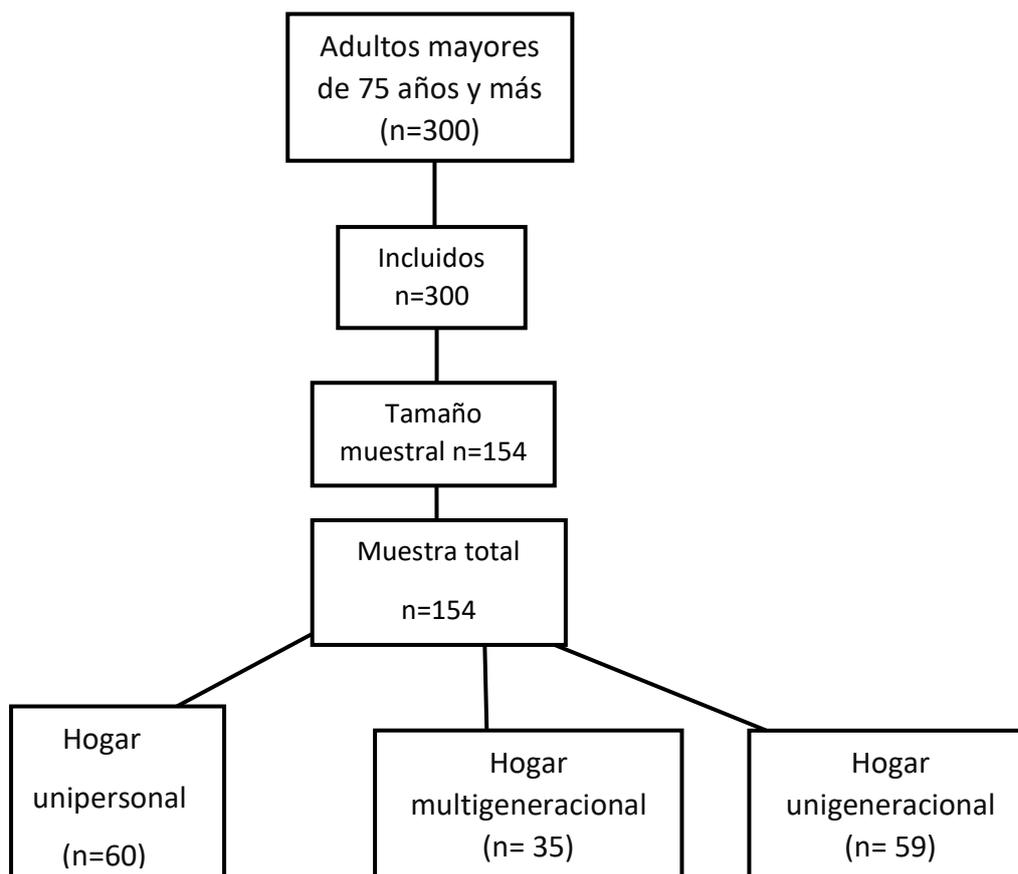
El análisis se realizó a través del Software Excel, BIOESTAT y SPSS. Los datos de cada variable se cargaron a una planilla de Excel con su codificación correspondiente; se evaluó la consistencia, teniendo en cuenta los criterios de eliminación planteados. Eliminando aquellos datos que cumplían al menos uno de los mismos. Se aplicó estadística descriptiva, presentando tablas de frecuencia absoluta y porcentual de cada variable por separado y sus asociaciones, y se calculó la media y desvío estándar para las variables cuantitativas. Por último, se analizó a través del Software SPSS la asociación

entre estratos de hogar generacional con calidad de alimentación, nivel socioeconómico, apoyo social, percepción de soledad y comensalidad, utilizando la prueba Chi-cuadrado con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

IV. RESULTADOS

En la presente investigación la población accesible fue de 300 adultos mayores de 75 años y más, afiliados a PAMI de la ciudad de Roque Pérez los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. No hubo excluidos. Teniendo en cuenta un 20% más por criterios de eliminación, el cálculo muestral con 90% de confiabilidad y un máximo error del 5%, fue de 154 AM. No hubo eliminados. Quedando una muestra final conformada por 154 AM. La cual fue estratificada en tres grupos de acuerdo al estrato de hogar al que pertenecía el AM (Figura 1)

Figura 1. Diagrama de flujo



En la muestra total (n=154), el 39% de los AM pertenecían a hogares unipersonales (n=60), el 38% (n=59) a hogares unigeneracionales y el 23% (n=35) a hogares multigeneracionales. La edad media fue de $80 \pm 5,49$ años; de los cuales 102 (66%) eran mujeres. En relación a la situación conyugal predominó la viudez en un 44% (n=68) y casado/a 35% (n=55). El nivel educativo más prevalente fue primario incompleto, referido por el 44% (n= 67) de los encuestados. (Tabla 1)

Al analizar estas características según estrato, predominó el sexo femenino en todos, salvo en el unigeneracional, donde el 51% (n=30) fueron hombres. En cuanto a la situación conyugal vale destacar que el 75% (n=45) de los AM que viven solos eran viudos/as; el 68% (n=40) de los AM que viven en hogares unigeneracionales estaban casados/as; y en los hogares multigeneracionales predominó estar casado/a 43% (n=15). Aquellos hogares en los que vivía más de una persona, predominaban la convivencia con cónyuge e hijo/a en los multigeneracionales.

En relación al nivel de estudios según estrato por grupo generacional, en los hogares de una sola persona y unigeneracionales preponderó el nivel primario incompleto, con porcentajes similares, 47% (n=28) y 46% (n=27) respectivamente. El resto de los datos se pueden ver en Tabla 1.

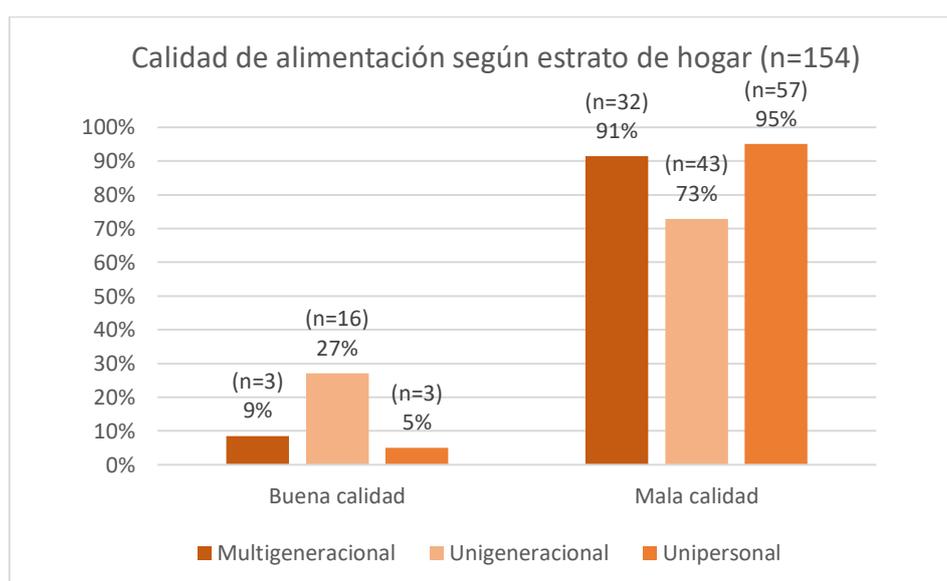
TABLA 1: Características de la población estudiada (n=154)				
	Muestra total (n=154)	Multigeneracional (n=35)	Unigeneracional (n=59)	Unipersonal (n=60)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo				
Femenino	102 (66%)	26 (74%)	29 (49%)	47 (78%)
Masculino	52 (34%)	9 (26%)	30 (51%)	13 (22%)
Edad (años)*	80 ± DS 5,49	79.54 ± 5.55	81.23 ± 4.99	82.15 ± 5.77
Situación conyugal				
Casado/a	55 (35%)	15 (43%)	40 (68%)	0 (0%)
Separado/a	10 (6%)	4 (11%)	0 (0%)	6 (10%)
Soltero/a	13 (8%)	4 (11%)	3 (5%)	6 (10%)
Unido/a	9 (6%)	0 (0%)	6 (10%)	3 (5%)
Viudo/a	68 (44%)	12 (34%)	10 (17%)	45 (75%)
Integrantes del hogar*	2 ± DS 0,71	2.54 ± 0.5	2.10 ± 0.3	1 ± 0
Relación de parentesco				
Conyuge/pareja	59 (38%)	10 (29%)	49 (83%)	0 (0%)
Hijo/a	37 (31%)	31 (89%)	6 (10%)	0 (0%)
Otros familiares	22 (18%)	12 (35%)	10 (17%)	0 (0%)
Otros no familiares	3 (2%)	3 (9%)	0 (0%)	0 (0%)
Saber leer y escribir				
Si	148 (96%)	32 (91%)	59 (100%)	57 (95%)
No	6 (4%)	3 (9%)	0 (0%)	3 (5%)
Nivel educativo				
Sin estudios	12 (8%)	3 (9%)	3 (5%)	6 (10%)
Primaria incompleta	67 (44%)	12 (34%)	27 (46%)	28 (47%)
Primaria completa	44 (29%)	9 (26%)	16 (27%)	19 (32%)
Secundaria completa	1 (1%)	4 (11%)	9 (15%)	4 (7%)
Secundaria incompleta	17 (11%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)
Univ/terciario completo	13 (8%)	6 (17%)	4 (7%)	3 (5%)

* Media ± desviación estándar. Ref: Univ= Universitario

En la presente investigación al evaluar los resultados sobre la calidad de alimentación total de los AM, se encontró una media de $75 \pm 7,44$ puntos; con un mínimo 47 y el máximo 93 puntos.

El 86% de la muestra total (n=132) presentó mala calidad de alimentación, predominando esta categoría en todos los estratos. (Gráfico1) Imponiéndose en los hogares unipersonales con un 95% (n=57); encontrándose asociación estadísticamente significativa entre los grupos de hogar ($X^2_{(4)}=13.09$, $p = .001$). (Tabla 2)

Gráfico 1: Calidad de alimentación de AM de Roque Pérez según estrato (n=154)



La calidad de alimentación fue evaluada en dos partes, primero se indagó sobre indicadores de los hábitos saludables y luego indicadores de hábitos no saludables.

Al evaluar los hábitos saludables en la muestra total los resultados revelaron que el 6% (n=10) de los AM presentó buena calidad y el 94% (n=144) mala calidad.

Al comparar los estratos, se destacó que el 100% (n=60) de los AM que vivían solos presentaban mala calidad en relación a hábitos saludables. Por otro lado, los hábitos no saludables fueron de buena calidad en el 69% (n=106).

Al comparar los grupos generacionales, se observó menor adecuación a las recomendaciones dietéticas en los hogares unipersonales (45%, n=27), encontrándose asociación significativa entre estrato de hogar y hábitos saludables ($X^2_{(4)} = 7.21$, $p = .027$) y no saludables ($X^2_{(4)} = 8.90$, $p = .012$). (Tabla 2)

TABLA 2: Calidad de alimentación y NSE según estrato de hogar de AM de Roque Pérez (n=154)

	Multigeneracional (n=35)	Unigeneracional (n=59)	Unipersonal (n=60)	Muestra total (n=154)	<i>p</i> valor
CA total*	75.17 ± 7.03	77.06 ± 8.15	72.86 ± 6.4	75 ± 7.44	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Buena calidad	3 (9%)	16 (27%)	3 (5%)	22 (14%)	,001
Mala calidad	32 (91%)	43 (73%)	57 (95%)	132 (86%)	
H. saludables*	43.22 ± 5.66	44.94 ± 6.29	41.53 ± 5.22	43.22 ± 5.91	
Buena calidad	3 (9%)	7 (12%)	0 (0%)	10 (6%)	,027
Mala calidad	32 (91%)	52 (88%)	60 (100%)	144 (94%)	
H. no saludables*	31.94 ± 2.54	32.11 ± 3.64	31.33 ± 3.42	31.77 ± 3.33	
Buena calidad	28 (80%)	45 (76%)	33 (55%)	106 (69%)	,012
Mala calidad	7 (20%)	14 (24%)	27 (45%)	48 (31%)	
NSE					
Alto-medio alto	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	,000
Medio	15 (43%)	20 (34%)	6 (10%)	41 (27%)	
Bajo superior	5 (14%)	18 (31%)	10 (17%)	33 (21%)	
Bajo inferior- marginal	14 (40%)	21 (36%)	44 (73%)	79 (51%)	
Totales	35 (100%)	59 (100%)	60 (100%)	154 (100%)	

*Media ± desviación estándar. Referencia = CA (calidad de alimentación); H= hábitos. Fuente: elaboración propia. Prueba chi cuadrado con significancia de $p < .05$

En relación a los indicadores de hábitos saludables en la muestra total (n=154), se encontró que el 74% (n=114) de los AM desayunaba y cenaba 57% (n=88) todos los días. Solo los hogares unipersonales refirieron no hacerlo nunca, en este grupo el 32% (n=19) declaró cenar menos de una vez a la semana o nunca. Encontrando asociación significativa entre hábito de desayuno y estrato de hogar ($X^2_{(4)}=179.05$, $p = .000$), pero sí, entre hábito de cena y estrato de hogar de acuerdo a su conformación generacional, ($X^2_{(4)} = 231.06$, $p= .000$). (Tabla 3)

En cuanto a la cantidad de comidas realizadas al día, las categorías que predominaron fueron realizar entre cuatro (47%; n=72) a tres comidas diarias (40%; n=62), predominando esta última en los hogares de una sola persona. Con asociación significativa entre estratos por grupo generacional ($X^2_{(4)} = 202.92$, $p= .000$). (Tabla 3)

El 94% de la muestra total (n=144) consumía comida casera, dentro de los cuales el 39% (n=56) lo hacía 3 o más veces a la semana. Al realizar la comparación en los hogares según generación, se observó que quienes vivían solos y comían comida casera, presentaban una menor frecuencia que el resto de los hogares, donde el 40% (n=23) declaró consumir 1 porción por semana. Encontrándose asociación significativa ($X^2_{(4)} = 202.42$, $p= .000$). (Tabla 3)

Luego se analizó el consumo y frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, entre ellos los lácteos, consumo de frutas y verduras, carnes, pescados y huevos, el consumo de legumbres, alimentos integrales, el consumo de agua y otros líquidos. (Tabla 3)

En cuanto a los lácteos se identificó que el 99% (n=153) de los AM no cumplía con la recomendación de consumo de tres porciones lácteos diarios. Dentro de los AM que consumían lácteos el 79% (n=121), la categoría predominante en la muestra total fueron dos porciones por día (42%; n=51); sin embargo, en los hogares unipersonales predominó un consumo de menos de 1 vez a la semana, siendo referido por el 40% (n=21) de los mismos. Evidenciando asociación significativa ($X^2_{(4)} = 198.91$, $p = .001$) (Tabla 3)

Al analizar el consumo de frutas y verduras, la presente investigación reveló que solo el 10% (n=15) del total de la muestra cumplió con la recomendación del consumo de tres porciones de frutas por día. Predominando hogares unigeneracionales (18%; n=10). Viéndose en ventaja frente a los hogares unipersonales donde el 95% de los que consumían frutas (n=54) de los AM consumía 2 o menos frutas por día.

Por otro lado, la recomendación de consumir dos porciones al día (medio plato por vez) de verduras, se cumplió por el 19% (n=29) de la muestra. Siendo solo 5% (n=3) AM en los hogares unipersonales y 29% (n=9) en los multigeneracionales quienes entraron en la presente categoría. Encontrándose asociación significativa en relación a el consumo de verduras ($X^2_{(4)} = 198.99$, $p = .001$), como también con el consumo de frutas. ($X^2_{(4)} = 186.79$, $p = .000$) (Tabla 3).

El consumo de legumbres, pescados, y alimentos integrales resultó nulo (“no consumo”) en la mayoría de los AM, siendo 45% (n=69), 53% (n=81), 69% (n=107) respectivamente. Al comparar los estratos se desatacó que tanto en los hogares unipersonales, como los multigeneracionales nadie cumplió la recomendación de 3 porciones semanales para ninguno de los grupos alimentarios nombrados. Encontrándose diferencias significativas para consumo de legumbres ($X^2_{(4)} = 206.29$, $p = .000$), pescados ($X^2_{(4)} = 200.77$, $p = .000$) grupos de alimentos y alimentos integrales ($X^2_{(4)} = 186.76$, $p = .000$). (Tabla 3)

En cuanto al consumo de carnes y huevos, se observó en la muestra total que el 57% (n=88) consumía 3 o más veces por semana carnes. En relación al primer grupo, los hogares unipersonales se observó menor frecuencia de consumo siendo el 59% (n=35)

quienes refirieron consumir carne 2 o menos veces por semana, porcentaje significativamente menor que unigeneracionales (32%; n=19) y multigeneracionales (34% n=12) quienes entraron en las mismas categorías, encontrando asociación significativa con estrato de hogar ($X^2_{(4)} = 192.97$, $p = .000$). (Tabla 3)

Al evaluar el consumo de huevo, se evidenció que el 23% (n=36) de la muestra total (n=154) consumía 3 veces a la semana o más, obteniéndose el menor porcentaje en los hogares multigeneracionales (6%; n=2), sin embargo, eran quienes consumían este alimento con más frecuencia, el 49% (n=17) refirieron consumirlos 2 veces por semana. Se encontró asociación significativa con estrato de hogar por generación ($X^2_{(4)} = 189.61$, $p = .000$). (Tabla 3)

Por último, se evaluó el consumo de agua u otros líquidos (no azucarados) dando como resultado que el 59% (n=91) de la muestra total tomaba 5 vasos o más al día. Al comparar según estrato, en los hogares unipersonales el 49% (n=29) refirió consumir 4 vasos o menos. Mostrando asociación significativa con estrato generacional ($X^2_{(4)} = 194.25$, $p = .000$). (Tabla 3)

Tabla 3: Hábitos de alimentación saludable según estrato de hogar de AM de Roque Pérez (n=154)									
Habitos de alimentación saludables	Multigeneracional n= 35		Unigeneracional n=59		Unipersonal n=60		Muestra total n=154		<i>p valor</i>
Hábito de desayuno	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nunca	3	9%	10	17%	3	5%	16	10%	
< de 1 vez por semana	1	3%	3	5%	3	5%	7	5%	
1-3 veces por semana	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	,224
4-6 veces por semana	4	11%	3	5%	10	17%	17	11%	
Todos los días	27	77%	43	73%	44	73%	114	74%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	
Cantidad de comidas al día									
< 1 comida	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
2 comidas	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	,000
3 comidas	4	11%	19	32%	39	65%	62	40%	
4 comidas	23	66%	31	53%	18	30%	72	47%	
Comida y colación	8	23%	9	15%	3	5%	20	13%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	

*Ref: sem= semana. Fuente: elaboración propia. Prueba chi cuadrado con significancia de $p < .05$

Tabla 3: Hábitos de alimentación saludable según estrato de hogar de AM de Roque Pérez (n=154)

Habitos de alimentación saludables	Multigeneracional n= 35		Unigeneracional n=59		Unipersonal n=60		Muestra total n=154		<i>p valor</i>	
Hábito de cena										
Todos los días	33	94%	40	68%	15	25%	88	57%	,000	
4-6 veces por semana	2	6%	6	10%	9	15%	17	11%		
1-3 veces por semana	0	0%	6	10%	17	28%	23	15%		
< 1 vez por semana	0	0%	7	12%	10	17%	17	11%		
Nunca	0	0%	0	0%	9	15%	9	6%		
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%		
Consumo de comida casera										
	n	%	n	%	n	%	n	%		
No consume	4	11%	3	5%	3	5%	10	6%	,000	
Consume	31	89%	56	95%	57	95%	144	94%		
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%		
Frecuencia de consumo										
< 1 vez/sem	3	10%	0	0%	7	12%	10	7%		
1 porc./sem	7	23%	7	13%	23	40%	37	26%		
2 poc./sem	6	19%	26	46%	9	16%	41	28%		
3 o + porc/sem	15	48%	23	41%	18	32%	56	39%		
	31	100%	56	100%	57	100%	144	100%		
Consumo de lácteos										
No consume	11	31%	15	25%	7	12%	33	21%	,000	
Consume	24	69%	44	75%	53	88%	121	79%		
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%		
Frecuencia de consumo										
< 1 v/día	3	13%	7	16%	21	40%	31	26%		
1 porc./día	10	42%	10	23%	18	34%	38	31%		
2 porc./día	10	42%	27	61%	14	26%	51	42%		
3 porc./día	1	4%	0	0%	0	0%	1	1%		
Consumo de frutas										
No consume	0	0%	3	5%	3	5%	6	4%	,000	
Consumen	35	100%	56	95%	57	95%	148	96%		
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%		
Frecuencia de consumo										
< 1 vez por día	9	26%	15	27%	8	14%	32	22%		
1 porción por día	11	31%	8	14%	13	23%	32	22%		
2 porciones por día	13	37%	23	41%	33	58%	69	47%		
3 porciones por día	2	6%	10	18%	3	5%	15	10%		
	35	100%	56	100%	57	100%	148	100%		
Consumo de verduras										
No consume	4	11%	3	5%	3	5%	10	6%	,000	
Consume	31	89%	56	95%	57	95%	144	94%		
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%		
Frecuencia de consumo										
< 1 vez por día	11	35%	9	16%	7	12%	27	19%		
1 porción por día	5	16%	15	27%	22	39%	42	29%		
1/2 porción por día	6	19%	15	27%	25	44%	46	32%		
2 porciones por día	9	29%	17	30%	3	5%	29	20%		
	31	100%	56	100%	57	100%	144	100%		

Prueba chi cuadrado con significancia de $p < .05$

Tabla 3: Hábitos de alimentación saludable según estrato de hogar de AM de Roque Pérez (n=154)

Habitos de alimentación saludables	Multigeneracional n= 35		Unigeneracional n=59		Unipersonal n=60		Muestra total n=154		p valor
Consumo de pescado									
No consume	13	37%	33	56%	35	58%	81	53%	
Consume	22	63%	26	44%	25	42%	73	47%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	
Frecuencia de consumo									
< 1 vez por semana	14	64%	7	27%	16	64%	37	51%	,000
1 porción por semana	6	27%	3	12%	3	12%	12	16%	
2 porciones por semana	2	9%	9	35%	6	24%	17	23%	
3 porciones por semana	0	0%	7	27%		0%	7	10%	
	22	100%	26	100%	25	100%	73	100%	
Consumo de legumbres									
No consume	22	63%	28	47%	19	32%	69	45%	
Consume	13	37%	31	53%	41	68%	85	55%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	
Frecuencia de consumo									
< 1 vez por semana	9	69%	9	29%	7	17%	25	29%	,000
1 porción por semana	3	23%	7	23%	25	61%	35	41%	
2 porciones por semana	1	8%	12	39%	9	22%	22	26%	
3 o + porciones por sem.	0	0%	3	10%	0	0%	3	4%	
	13	100%	31	100%	41	100%	85	100%	
Consumo de alimentos integrales									
No consume	22	63%	46	78%	39	65%	107	69%	
Consume	13	37%	13	22%	21	35%	47	31%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	
Frecuencia de consumo									
< 3 veces por semana	9	69%	3	23%	9	43%	21	45%	,000
1 porción al día	3	23%	6	46%	12	57%	21	45%	
2 porciones al día	1	8%	4	31%		0%	5	11%	
3 porciones por día	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
	13	1	13	100%	21	100%	47	100%	
Consumo de carnes									
No consume	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
1 vez cada 15 días	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%	
1 vez por semana	10	29%	4	7%	12	20%	26	17%	,000
2 veces por semana	2	6%	15	25%	22	37%	39	25%	
3 o + por semana	23	66%	40	68%	25	42%	88	57%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	
Consumo de huevo									
No consume	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
1 vez cada 15 días	6	17%	4	7%	13	22%	23	15%	
1 vez por semana	10	29%	16	27%	18	30%	44	29%	,000
2 veces por semana	17	49%	17	29%	17	28%	51	33%	
3 o más porc. sem.	2	6%	22	37%	12	20%	36	23%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	

Fuente: elaboración propia. Prueba chi cuadrado con significancia de $p < .05$

Tabla 3: Hábitos de alimentación saludable según estrato de hogar de AM de Roque Pérez (n=154)

Habitos de alimentación saludables	Multigeneracional n= 35		Unigeneracional n=59		Unipersonal n=60		Muestra total n=154	<i>p valor</i>
Consumo de agua/líqu								
No toma	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
1-2 vaso al día	0	0%	6	10%	0	0%	6	4%
3 vasos al día	10	29%	6	10%	10	17%	26	17%
4 vasos al día	5	14%	7	12%	19	32%	31	20%
5 o más vasos al día	20	57%	40	68%	31	52%	91	59%
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%

Ref: Liq= líquidos. Fuente: elaboración propia. Prueba chi cuadrado con significancia de $p < .05$

Al analizar los indicadores de los hábitos no saludables, se encontró que 44% (n=67) y 50% (n=77) de la muestra total consumía bebidas azucaradas y alcohol respectivamente. Al comparar estratos se vio que las primeras se consumían más en los hogares unipersonal (47%; n=28), de los cuales el 25% (n=7) lo hacía dos o más veces al día. Predominando el consumo de alcohol en los hogares multigeneracionales siendo el 77% (n=27), dentro de los cuales el 37% (n=10) tomaba dos vasos al día. Encontrando asociación significativa tanto en bebidas azucaradas ($X^2_{(4)} = 21.58$, $p = .006$) como en alcohol ($X^2_{(4)} = 33.63$, $p = .000$). Otra bebida evaluada fue el café, obteniendo que el 49% (n=79) de la muestra total consumía. Y los hogares de una sola persona bebían con mayor frecuencia, siendo el 70% (n=42) de los cuales el 31% (n=13) lo hace dos o más veces al día. Encontrando asociación significativa de esta variable con estrato de hogar generacional ($X^2_{(4)} = 32.01$, $p = .000$). (Tabla 4)

El consumo de frituras estuvo presente en el 64% (n=98) de los AM. Y el 40% (n=62) de los AM usaban manteca para cocinar. Siendo el consumo de ambos predominante en los hogares unipersonales donde el 70% (n=42) consume frituras y el 45% (n=27) refiere usar manteca. Encontrando asociación significativa para el consumo de frituras ($X^2_{(4)} = 18.76$, $p = .005$) no así con el consumo de manteca ($X^2_{(4)} = 4.14$, $p = .385$). (Tabla 4)

Al evaluar el consumo de alimentos chatarra y colaciones dulces en la muestra total se observó que estos alimentos fueron consumidos por el 42% (n=65) y el 58% (n=89) respectivamente. Siendo mayor el consumo en los hogares multigeneracionales, el 49% (n=17) consumía comida chatarra, y el 66% (n=23) colaciones dulces. Encontrándose asociación significativa con el estrato de hogar generacional tanto en consumo de comida chatarra ($X^2_{(4)} = 18.64$, $p = .005$) como en dulces ($X^2_{(4)} = 20.02$, $p = .010$)

El agregado de sal luego de probar las comidas estuvo presente en el 49% (n=75) de la muestra total (n=154). Al comparar los hogares, los unipersonales predominaban, el

65% (n=39) quienes afirman agregar sal ocasionalmente o siempre, variable que se asoció significativamente con el estrato generacional ($X^2_{(4)} = 13.20$, $p = .010$). (Tabla 4)

Tabla 4: Hábitos alimentarios no saludables según estrato de hogar en AM de Roque Pérez (n=154)

Habitos alimentarios no saludables	Multigeneracional N=35		Unigeneracional N=59		Unipersonal N=60		Muestra total n= 154		<i>p valor</i>
Consumo de bebidas									
azucaradas	n	%	n	%	n	%	n	%	
No consume	19	54%	36	61%	32	53%	87	56%	
Consume	16	46%	23	39%	28	47%	67	44%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	
Frecuencia de consumo									,006
<1 vaso por día	1	6%	13	57%	12	43%	26	39%	
1 vaso por día	7	44%	0	0%	9	32%	16	24%	
2 vasos por día	8	50%	7	30%	6	21%	21	31%	
3 o + vasos por día	0	0%	3	13%	1	4%	4	6%	
	16	100%	23	100%	28	100%	67	100%	
Consumo de alcohol									
No consume	8	23%	36	61%	33	55%	77	50%	
Consume	27	77%	23	39%	27	45%	77	50%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	
Frecuencia de consumo									,000
<1 vaso por día	10	37%	7	30%	19	70%	36	47%	
1 vaso por día	7	26%	7	30%	7	26%	21	27%	
2 vasos por día	10	37%	6	26%		0%	16	21%	
3 o + vasos por día	0	0%	3	13%	1	4%	4	5%	
	27	100%	23	100%	27	100%	77	100%	
Consumo de frituras									
No consume	16	46%	22	37%	18	30%	56	36%	
Consume	19	54%	37	63%	42	70%	98	64%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	
Frecuencia de consumo									,005
3 o más porciones/ sem	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
2 porciones por semana	0	0%	7	19%	6	14%	13	13%	
1 porción por semana	11	58%	24	65%	13	31%	48	49%	
Ocasional	8	42%	6	16%	23	55%	37	38%	
	19	100%	37	100%	42	100%	98	100%	

Ref: Sem=semana; Fuente: elaboración propia. Prueba chi cuadrado con significancia de $p < .05$

Tabla 4: Hábitos alimentarios no saludables según estrato de hogar en AM de Roque Pérez (n=154)

Habitos alimentarios no saludables	Multigeneracional N=35		Unigeneracional N=59		Unipersonal N=60		Muestra total n= 154		<i>p valor</i>
Uso de manteca para cocinar									
No usa	26	74%	33	56%	33	55%	92	60%	
Usa	9	26%	26	44%	27	45%	62	40%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	
Frecuencia de consumo									
Todos los días	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	,385
4-6 veces por semana	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
1-3 veces por semana	1	11%	3	12%	4	15%	8	13%	
< 1 vez por semana	8	89%	23	88%	23	85%	54	87%	
	9	100%	26	100%	27	100%	62	100%	
Consumo de alimentos chatarra									
No consume	18	51%	37	63%	34	57%	89	58%	
Consume	17	49%	22	37%	26	43%	65	42%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	
Frecuencia de consumo									
3 o más porciones/ sem	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	,005
2 porciones por semana	0	0%	7	32%	0	0%	7	11%	
1 porción por semana	1	6%	0	0%	4	15%	5	8%	
< 1 vez u ocasional	16	94%	15	68%	22	85%	53	82%	
	17	100%	22	100%	26	100%	65	100%	
Consumo de colaciones dulces									
No consume	12	34%	26	44%	27	45%	65	42%	
Consume	23	66%	33	56%	33	55%	89	58%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	
Frecuencia de consumo									
3 o más porc./sem	0	0%	7	21%	0	0%	7	8%	,010
2 porciones por semana	0	0%	0	0%	3	9%	3	3%	
1 porción por semana	6	26%	6	18%	11	33%	23	26%	
Ocasionalmente	17	74%	20	61%	19	58%	56	63%	
	23	100%	33	100%	33	100%	89	100%	
Consumo de café									
No consume	22	63%	38	64%	18	30%	78	51%	
Consume	13	37%	21	36%	42	70%	76	49%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	
Frecuencia de consumo									
3 o más tazas por día	0	0%	0	0%	3	7%	3	4%	,000
2 tazas por día	0	0%	0	0%	10	24%	10	13%	
1 taza por día	3	23%	7	33%	13	31%	23	30%	
< 1 taza por día	10	77%	14	67%	16	38%	40	53%	
	13	100%	21	100%	42	100%	76	100%	
Agregado de sal antes de probar la comida									
Siempre	7	20%	7	12%	10	17%	24	16%	,010
Ocasional	8	23%	14	24%	29	48%	51	33%	
No agrega	20	57%	38	64%	21	35%	79	51%	
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%	

Ref: Sem=semana; porc= porciones; Fuente: elaboración propia. Prueba chi cuadrado con significancia de $p < .05$

Nivel socioeconómico

Otra variable medida en este estudio fue el nivel socioeconómico, según cantidad de aportantes del hogar y nivel educativo, ocupacional del mayor aportante del hogar, determinando así el NSE del hogar. Los resultados de la presente investigación revelaron un predominio de nivel bajo inferior-marginal del cual formó parte el 51% (n=79) de la muestra total. Al comparar los estratos se encontró asociación significativa ($X^2_{(4)}=27.3$, $p=.000$) entre esta variable con estrato de hogar generacional, existiendo un predominio de NSE bajo-inferior/marginal en los hogares de una sola persona, el 74% (n=44) de ellos entraron en esta categoría. (Tabla 2)

Capital social

Al observar los resultados de apoyo social se observó que el 36% (n=56) de la muestra total presentó déficit de apoyo social afectivo, 33% (n=51) déficit de apoyo social instrumental y un 31% (n=47) déficit de apoyo social informacional. Al comparar el según estratos por grupo generacional, se identificó mayor déficit de apoyo informacional (62%; n=31) e instrumental (50%; n=30) en los hogares unipersonales; por el contrario, el apoyo afectivo se evidenció más bajo en hogares multigeneracionales (49%; n=17), seguidos de los unipersonales (37%; n=22). Al analizar se halló asociación significativa entre estrato de hogar y apoyo instrumental ($X^2_{(4)}=23.24$, $p=.000$) e informacional ($X^2_{(4)}=36.37$, $p=.000$), no así con apoyo afectivo ($X^2_{(4)}=3.71$, $p=.156$). (Tabla 5)

En cuanto a la percepción de soledad el 84% (n=130) presentó apoyo firme, refiriendo sentirse solos pocas veces o nunca; el 16% (n=24) presentaban apoyo débil. Al comparar los estratos generacionales, el apoyo débil predominó en AM que vivían solos, el 33% (n=20) que refirieron sentirse solos “muchas veces”. Por el contrario, los hogares unigeneracionales, refirieron sentirse solos pocas veces (58%; n=34) o nunca (42%; n=25), mostrando una menor vulnerabilidad frente a los otros grupos. Encontrando asociación significativa de esta variable según estrato de hogar generacional ($X^2_{(4)}=25.71$, $p=.000$). (Tabla 5)

En relación a las redes de apoyo se observó que la mayoría presentaba 3 o más familiares (86%; n=132) y amigos cercanos (58%; n=58) de la muestra total. Al comparar los estratos, los hogares unipersonales se encontraban en una situación favorable. El 73% (n=44) los AM tiene 3 o más amigos y el 90% (n=54) quienes presentaban 3 o más

familiares cercanos. Evidenciándose asociación significativa con la red de apoyo de amigos ($X^2_{(4)} = 18.56, p = .001$), no así con la red familiar ($X^2_{(4)} = 7.05, p = .133$). (Tabla 5)

Tabla 5: Apoyo social, percepción de soledad y redes de apoyo según estrato de hogar en AM de Roque Pérez (n=154)

	Hogar multigeneracional n=35	Hogar unigeneracional n=59	Hogar unipersonal n=60	Muestra total n=154	<i>p valor</i>
A.S Afectivo	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Demostración amor y afecto					
Todo el tiempo	3 (9%)	27 (46%)	15 (25%)	45 (29%)	
Muchas veces	17 (49%)	12 (20%)	23 (38%)	52 (34%)	
Pocas veces	15 (43%)	14 (24%)	19 (32%)	48 (31%)	,001
Nunca	0 (0%)	6 (10%)	3 (5%)	9 (6%)	
Totales	35 (100%)	59 (100%)	60 (100%)	154 (100%)	
Abrazos recibidos					
Todo el tiempo	0 (0%)	33 (56%)	12 (20%)	45 (29%)	
Muchas veces	16 (46%)	9 (15%)	26 (43%)	51 (33%)	
Pocas veces	16 (46%)	14 (24%)	21 (35%)	51 (33%)	,000
Nunca	3 (9%)	3 (5%)	1 (2%)	7 (5%)	
Totales	35 (100%)	59 (100%)	60 (100%)	154 (100%)	
No déficit	18 (51%)	42 (71%)	38 (63%)	98 (64%)	
Déficit	17 (49%)	17 (29%)	22 (37%)	56 (36%)	,156
Totales	35 (100%)	59 (100%)	60 (100%)	154 (100%)	
A.S Informativa					
Consejos/ R.P					
Todo el tiempo	0 (0%)	18 (31%)	13 (22%)	31 (20%)	
Muchas veces	21 (60%)	35 (59%)	9 (15%)	65 (42%)	,000
Pocas veces	5 (14%)	6 (10%)	31 (52%)	42 (27%)	
Nunca	9 (26%)	0 (0%)	7 (12%)	16 (10%)	
Info/ayuda para entender algo					
Todo el tiempo	0 (0%)	18 (31%)	16 (27%)	34 (22%)	
Muchas veces	21 (60%)	38 (64%)	13 (22%)	72 (47%)	
Pocas veces	8 (23%)	3 (5%)	15 (25%)	26 (17%)	,000
Nunca	6 (17%)	0 (0%)	16 (27%)	22 (14%)	
totales	35 (100%)	59 (100%)	60 (100%)	154 (100%)	
Déficit	13 (37%)	3 (5%)	31 (62%)	47 (31%)	
No déficit	22 (63%)	56 (95%)	29 (38%)	107 (69%)	,000
Total	35 (100%)	59 (100%)	60 (100%)	154 (100%)	

Ref: A.S= Apoyo social; R.P= Resolver problemas; info= información; Fuente: elaboración propia. Prueba chi cuadrado con significancia de $p < .05$

Tabla 5: Apoyo social, percepción de soledad y redes de apoyo según estrato de hogar en AM de Roque Pérez (n=154)

	Hogar multigeneracional n=35	Hogar unigeneracional n=59	Hogar unipersonal n=60	Muestra total n=154	<i>p valor</i>
A.S instrumental					
Ayuda en tareas domésticas					
Todo el tiempo	9 (26%)	28 (47%)	19 (32%)	56 (36%)	,000
Muchas veces	11 (31%)	31 (53%)	11 (18%)	53 (34%)	
Pocas veces	8 (23%)	0 (0%)	26 (43%)	34 (22%)	
Nunca	7 (20%)	0 (0%)	4 (7%)	11 (7%)	
totales	35 (100%)	59 (100%)	60 (100%)	154 (100%)	
Ayuda en prep. de comidas					
Todo el tiempo	11 (31%)	18 (31%)	19 (32%)	48 (31%)	,000
Muchas veces	9 (26%)	29 (49%)	10 (17%)	48 (31%)	
Pocas veces	8 (23%)	6 (10%)	28 (47%)	42 (27%)	
Nunca	7 (20%)	6 (10%)	3 (5%)	16 (14%)	
totales	35 (100%)	59 (100%)	60 (100%)	154 (100%)	
Déficit	15 (43%)	6 (10%)	30 (50%)	51 (33%)	,000
No déficit	20 (57%)	53 (90%)	30 (50%)	103 (67%)	
totales	35 (100%)	59 (100%)	60 (100%)	154 (100%)	
Percepcion de soledad					
Todo el tiempo	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	,000
Muchas veces	4 (11%)	0 (0%)	20 (33%)	24 (16%)	
Pocas veces	20 (57%)	34 (58%)	28 (47%)	82 (53%)	
Nunca	11 (31%)	25 (42%)	12 (20%)	48 (31%)	
totales	35 (100%)	59 (100%)	60 (100%)	154 (100%)	
Apoyo débil	4 (11%)	0 (0%)	20 (33%)	24 (16%)	,000
Apoyo firme	31 (89%)	59 (100%)	40 (67%)	130 (84%)	
Total	35 (100%)	59 (100%)	60 (100%)	154 (100%)	
Redes de apoyo social					
Amigos					
3 o + amigos	15 (43%)	30 (44%)	44 (73%)	89 (58%)	,001
1-2 amigos	9 (26%)	22 (37%)	13 (22%)	44 (29%)	
No tiene	11(31%)	7 (3%)	3 (5%)	21 (14%)	
Totales	35 (100%)	59 (100%)	60 (100%)	154 (100%)	
Familiares					
3 o + familiares	30 (86%)	48 (81%)	54 (90%)	132 (86%)	,133
1-2 familiares	5 (14%)	7 (12%)	6 (10%)	18 (12%)	
No tiene	0 (0%)	4 (12%)	0 (0%)	4 (3%)	
Totales	35 (100%)	59 (100%)	60 (100%)	154 (100%)	

Ref: A.S= Apoyo social; prep= preparaciones; Fuente: elaboración propia. Prueba chi cuadrado con significancia de $p < .05$

Comensalidad

Otra de las variables analizadas, fue la comensalidad, siendo su indicador la frecuencia de comer acompañado. Los resultados revelaron que el 45% (n=70) comía siempre acompañado. Al comparar los estratos por grupo generacional se observó que 21 AM refieren no comer nunca acompañados, de los cuales 17 (80%) viven en hogares unipersonales.

Por el contrario, el grupo pertenecientes a los hogares unigeneracionales, presentaba la mayor frecuencia de comensalidad, siendo el 85% (n=50) los que refirieron siempre comieron con acompañados. Encontrando asociación significativa entre estratos generacionales y comensalidad ($X^2_{(4)} = 102.92, p = .000$). (Tabla 6)

Tabla 6: Comensalidad según estrato de hogar en AM de Roque Pérez (n=154)								
Frecuencia de comer acompañado	Hogar Multigeneracional n=35		Hogar Unigeneracional n=59		Hogar unipersonal n=60		Muestra total n=154	p valor
	n	%	n	%	n	%		
	Siempre	20	57%	50	85%	0	0%	70
Casi todos los días	4	11%	9	15%	9	15%	22	14%
Algunas veces	7	20%	0	0%	34	57%	41	27%
Nunca	4	11%	0	0%	17	28%	21	14%
Total general	35	100%	59	100%	60	100%	154	100%

Fuente: elaboración propia. Prueba chi cuadrado con significancia de $p < .05$

Frente a la evidencia existente se decidió profundizar en el estudio de las variables medidas y analizar la existencia de asociación entre la calidad de alimentación con el apoyo social, el nivel socioeconómico, la comensalidad y el tipo de hogar.

Al comparar la calidad de alimentación según nivel socioeconómico, se observó que el 82% (n=18) de los AM que presentaron buena calidad vivían en hogares de NSE medio. Por el contrario, aquellos que presentaban mala calidad en su mayoría pertenecían a hogares de NSE bajo- inferior (58%; n=76) a bajo superior (25%; n=33). Encontrando asociación significativa entre estrato y calidad de alimentación ($X^2_{(4)} = 222.95, p = .000$). (Tabla 7)

Luego al comparar calidad de alimentación según comensalidad, se observó que la buena calidad de alimentación solo estuvo presente en aquellos AM que comían con alguien con mayor frecuencia, comer acompañados “siempre” (64%; n=14) o “casi todos los días” (36%; n=8). Se encontró asociación significativa de comensalidad con la calidad de alimentación ($X^2_{(4)} = 193.13, p = .000$). (Tabla 7)

Al analizar la calidad de alimentación según el apoyo social, se encontró de que aquellos que presentaban buena calidad de alimentación, casi la totalidad no presentaba déficit de apoyo social afectivo (95%; n=21), informacional (100%; n=22) ni instrumental (82%; n=18). Además, los adultos mayores que presentaron buena calidad, (86%; n=19) prestaba apoyo firme en cuanto a percepción de soledad. Encontrando asociación significativa entre estrato y apoyo afectivo ($X^2_{(4)}=182.39$, $p=.000$) informacional ($X^2_{(4)}=182.39$, $p=.000$) e instrumental ($X^2_{(4)}=172.85$, $p=.000$). (Tabla 7)

Por otro lado, al evaluar la percepción de soledad según calidad de alimentación, hubo asociación significativa ($X^2_{(4)}=170.080$, $p=.000$). Más del 80% de los AM que presentaron buena o mala calidad presentaron apoyo firme en relación a esta variable. (Tabla 8)

Al comparar el estrato de hogar según calidad de alimentación, se destaca que la buena calidad predominó en los hogares unigeneracionales (73%; n=16); de lo contrario la mala calidad predominó en los hogares unipersonales (43%; n=57). Encontrando asociación significativa ($X^2_{(4)}=184.45$, $p=.000$) entre calidad de alimentación y estrato de hogar. (Tabla 7)

Tabla 7: Nivel socioeconómico, comensalidad, apoyo social, percepción de soledad y estrato de hogar según calidad de alimentación

	Buena calidad		Mala calidad		Total general		<i>p valor</i>
Nivel socioeconómico	n	%	n	%	n	%	
Alto-Medio alto	1	5%	0	0%	1	1%	
Bajo inf.-Marginal	3	14%	76	58%	79	51%	
Bajo Superior	0	0%	33	25%	33	21%	,000
Medio	18	82%	23	17%	41	27%	
Total general	22	100%	132	100%	154	100%	
Comensalidad							
Siempre	14	64%	56	42%	70	45%	
Casi todos los días	8	36%	14	11%	22	14%	
Algunas veces	0	0%	41	31%	41	27%	,000
Nunca	0	0%	21	16%	21	14%	
Total general	22	100%	132	100%	154	100%	

Fuente: elaboración propia. Prueba chi cuadrado con significancia de $p < .05$

Tabla 7: Nivel socioeconómico, comensalidad, apoyo social, percepción de soledad y estrato de hogar según calidad de alimentación

	Buena calidad		Mala calidad		Total general	<i>p valor</i>
A.S afectivo						
Déficit	1	5%	55	42%	56	36%
No déficit	21	95%	77	58%	98	64%
Total general	22	100%	132	100%	154	100%
A.S informacional						
Déficit	0	0%	47	36%	47	31%
No déficit	22	100%	85	64%	107	69%
Total general	22	100%	132	100%	154	100%
A.S instrumental						
Déficit	4	18%	47	36%	51	33%
No déficit	18	82%	85	64%	103	67%
Total general	22	100%	132	100%	154	100%
Percepción de						
Apoyo débil	3	14%	21	16%	24	16%
Apoyo firme	19	86%	111	84%	130	84%
Total general	22	100%	132	100%	154	100%
Estrato de hogar						
Multigeneracional	3	14%	32	24%	35	23%
Unigeneracional	16	73%	43	33%	59	38%
Unipersonal	3	14%	57	43%	60	39%
Total general	22	100%	132	100%	154	100%

Ref: A.S = Apoyo social; Fuente: elaboración propia. Prueba chi cuadrado con significancia de $p < .05$

V. DISCUSIÓN:

Los principales hallazgos de la presente investigación fueron que más de 3/4 la muestra total presentaba mala calidad de alimentación, predominando en los hogares unipersonales y en AM pertenecientes a NSE bajo-inferior, según mayor aportante del hogar. En adultos que vivían solos predominó el déficit de apoyo social informacional e instrumental, tuvieron mayor probabilidad de percepción de soledad y menor frecuencia de comensalidad en comparación con los otros estratos según conformación generacional.

La OMS (1) refiere que la proporción de adultos mayores presenta un crecimiento acelerado. Originando un envejecimiento poblacional (23), con predominio del sexo femenino. (3) Lo cual coincide con lo encontrado, evidenciándose un claro predominio mujeres sobre el total.

Los hábitos alimentarios son comportamientos que surgen en respuesta a influencias sociales y culturales (27) pudiendo adoptarse hábitos saludables o no, determinando la calidad de alimentación de la persona (28). Esta determinará la salud física y mental de los AM. (20)

En América Latina los datos existentes sobre la calidad de alimentación de lo AM muestran alta prevalencia de mala calidad de alimentación. (28) (89). En Chile en el año 2016 solo el 11,2% de los hombres y 11,4% de las mujeres presenta hábitos alimentarios saludables. En el presente estudio, aproximadamente la mitad de hombres y mujeres presentaba hábitos alimentarios no saludables. Siendo pocos los que presentaron buena calidad de la alimentación.

En Brasil, el consumo de alimentos poco saludables no es tan frecuente en los ancianos, se evidencian valores de buena calidad en la mayoría de los adultos en cuanto a los hábitos no saludables. (89) Y en Chile donde más de la mitad no consumía o lo hacía con poca frecuencia. (28) Coincidiendo con los resultados del presente estudio donde 30 de cada 100 tenía mala calidad de hábitos no saludables; y solo el 6 de cada 100 buena calidad con respecto a hábitos saludables. En cuanto a la calidad de alimentación total, se halló que el 14 de cada 100 AM la presentaba buena calidad de alimentación y el resto mala calidad de alimentación total. Sin embargo, AM españoles de más de 80 años españoles muestran una situación favorable a América Latina, donde 35 de cada 100 presentaba alimentación saludable. (101)

Al tener en cuenta el tipo de hogar Brasil expone que los patrones dietéticos son mejores en ancianos que viven con otros, frente a los que viven solos. (15) Al igual que en los AM de Corea, donde la calidad de la dieta es inferior en los que viven solos. (14). En AM coreanos también se identifica que los hogares unipersonales tienen mayor prevalencia de baja calidad de dieta que los que viven en hogares familiares. (16) Los AM que viven solos presentan menor diversidad de ingesta de alimentos, siendo menor el consumo de algunos grupos de alimentos básicos (frutas, verduras y pescado) y una mayor probabilidad de tener un patrón dietético poco saludable. (7). Coincidiendo con lo encontrado en la presente investigación, ya que la totalidad de los AM que vivían solos, presentaron mala calidad de alimentación, siendo 9 de 10 en los hogares multigeneracionales y 7 de 10 unigeneracionales. En el consumo de verduras también fue significativamente menor en los hogares unipersonales en comparación con los demás. Sin embargo, si bien existió diferencia significativa entre estratos en consumo de pescado, los que menos consumieron fueron los hogares multigeneracionales, quedando en segundo lugar los AM que vivían solos. El consumo de frutas presentó diferencia significativa según estrato, siendo menor en los AM que vivían solos, no coincidiendo con los estudios previamente expuestos.

La OMS (30) y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, proponen un consumo equilibrado de los grupos de alimentos con el propósito de promover la salud y prevenir enfermedades crónicas no transmisibles (29)

Tanto a nivel mundial como nacional se recomienda el consumo 2 a 3 frutas al día y 2 porciones equivalente a medio plato plato de verduras. (30) (29) Sin embargo, la última ENNyS, realizada en 2018, evidencia que una gran proporción de la población argentina no cumple con las recomendaciones. (88) Concordando con lo encontrado en diversos estudios sobre AM, sobre un bajo consumo de frutas y verduras. En Chile un 13% consume 3 porciones de frutas al día y el 39% consumía 2 porciones de verduras al día (28). En Brasil también se encontró puntajes bajos en cuanto el consumo de frutas (102), en Colombia la mayoría consume entre 1 a 2 veces al día frutas y verduras. (46)

Coincidiendo con resultados del presente estudio donde solo eran unos pocos AM quienes se adecuaban a la recomendación de consumo de estos grupos de alimentos.

En relación a los lácteos, se aconseja consumir entre 2 a 3 porciones diarias de lácteos, de preferencia descremados. (30) (29) Actualmente en Argentina en general se

evidencia un bajo consumo de este grupo. (88) Por otro lado, en Chile se evidencia que el 8% cumplía con la recomendación de 3 lácteos diarios, (dato que fue recolectado con la misma encuesta utilizada en el presente trabajo) (28); en Brasil se desataca también su inadecuado consumo. (102) Encontrándose en Roque Pérez que casi la totalidad de los AM no se adecuaban a la recomendación. Sin embargo, en Colombia AM mayores de 60 años el 32% consume 3 o más lácteos diarios (46) Y en España el 90% de los AM mayores de 80 años consumen diariamente lácteos (101). Siendo 8 de cada 10 AM evaluados en el presente estudio quienes refieren consumir diariamente lácteos, sin embargo, el 26% de los mismos lo hacía menos de 1 vez al día.

En cuanto al consumo de granos enteros, en Brasil un estudio refiere que el 86% no los consume, en el mismo país, otra investigación encuentra un bajo puntaje de adecuación para alimentos integrales (89); en Chile el 40,3% no consumía cereales integrales (28). Encontrando en el presente estudio que la gran mayoría de los AM no consumía estos alimentos.

En una dieta de calidad se recomienda aumentar el consumo de pescado, alimentos integrales, legumbres, y tomar más de 6 vasos de agua al día; además de reducir la ingesta de azúcares, bebidas azucaradas, alcohol, café, y limitar el agregado de sal a las comidas y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio (29) (30).

Se aconseja la realización de 4 comidas diarias, y un aumento de preparaciones caseras. En Chile el 76,6% desayuna todos los días, más del 90% consume comida casera, siendo la mayoría quienes refieren hacerlo 3 o más veces a la semana. (28) A la luz de estos hallazgos se observaron algunas coincidencias, en cuanto al hábito de desayuno siendo el 7 de cada 10 quienes refirieron desayunar todos los días, y el consumo de comida casera estuvo presente en casi la totalidad de los AM, siendo en su mayoría con una frecuencia de 3 o más porciones por semana.

Las recomendaciones nacionales e internacionales aconsejan reducir la ingesta de azúcares, bebidas azucaradas, alcohol, café, y limitar el agregado de sal a las comidas y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio y alimentos altos en grasas saturadas (29) (30). En Argentina existe una alta proporción de la población que refiere consumir diaria o frecuentemente alimentos no recomendados como bebidas azucaradas, productos de pastelería, productos de copetín y golosinas, que poseen alto contenido de azúcar, grasas y sal y bajo valor nutricional (85). En cambio, en población de AM

específicamente se encuentran menores consumos. En Chile, el 56% no consume alcohol, el 49,3% no consume comida chatarra, el 48,6% no consume café y el 43% no agrega sal a las comidas, y el 78% consume bebidas azucaradas, sin embargo, la mayoría lo hace 1 o menos veces al día. (28) En AM brasileños se presenta un bajo consumo de algunos alimentos considerados poco saludables, como los fritos, las conservas, las salchichas, los alimentos enlatados (89) Concordando con lo encontrado en el presente estudio, se observó que más de la mitad de la muestra evaluada no consumía, alcohol, café bebidas azucaradas, comida chatarra, y un poco menos de la mitad de los AM no consumían dulces, y los que lo hacían lo hacían en general ocasionalmente.

Diversos estudios demuestran que la calidad de alimentación está influenciada por la situación económica de los mayores (45) (46) (47) (89) (90). Y los propios AM identifican a este factor como un limitante a la hora de elegir alimentos acordes con una alimentación saludable. (48)

En relación a esa asociación se observó que el ocho de cada 10 adultos pertenecientes al NSE medio presentó buena calidad total de alimentación, por lo contrario, el ocho de 10 personas que presentaron mala calidad de alimentación. pertenecían al NSE bajo-inferior-marginal y bajo superior.

Otra de las variables evaluadas fue la red social de los AM. Una red social personal estable y activa tiene efectos positivos para la salud, protege a la persona de enfermedades, apresura procesos de curación y eleva la sobrevivencia. Por tal razón se afirma que las relaciones sociales ayudan a dar sentido a la vida (sentirse útil para alguien o para algo), lo que a su vez genera motivación para el cuidado de uno mismo. (6)

El ODSA identifica que en este grupo etario (75 años y más) el 22% presenta déficit de apoyo social afectivo, el 41,2% tiene déficit de apoyo informacional, y el 43,3% déficit de apoyo social instrumental. (3). Obteniendo valores similares siendo mayores al 30% en cada tipo apoyo social. Predominando el déficit informacional e instrumental en los hogares de una sola persona, encontrándose que la mitad de los AM pertenecientes a hogares multigeneracionales carencia de apoyo afectivo, aunque similar prevalencia a la registrada en hogares de una sola persona siendo casi cuatro de 10. Destacando también la situación favorable de los hogares unigeneracionales donde el siete de cada 10 no presentó déficit de apoyo afectivo. Se identificó menor vulnerabilidad en aquellos

que conviven únicamente con otros AM, experimentando valores de déficit afectivo mucho menor respecto a quienes viven solos o con otras generaciones, registrando valores similares a hogares unipersonales. (3)

Valores obtenidos en AM de Argentina que muestran que los AM que viven solos son el grupo en quien predomina el déficit de apoyo social de parte de familia y amigos, 41% carece de relaciones adecuada para sus necesidades afectivas, y son quienes más perciben soledad (27,3%), (5) (9) (3). Este hallazgo estuvo en línea con resultados del presente estudio, donde predominó el déficit de apoyo social instrumental, informacional siendo la gran mayoría de los AM que declararon sentirse solos vivía en hogares unipersonales. Si bien estos hogares fueron los que refirieron tener más amigos y familia. Coincidiendo como lo observado por el Observatorio de la Deuda Social Argentina, que evidencia que más del 90% de los AM que viven solos tiene familiares cercanos (9), de igual manera, expresan no contar con alguien que los ayude en tareas cotidianas en caso de enfermarse o necesitarlo (67,9%), no contar con alguien que le demuestre amor o cariño (35,9%), y el 21,1% asegura sentirse solo, demostrándose su situación vulnerable por redes de apoyo débiles. (9) lo cual podría indicar que la calidad de vínculo es importante y no solo la cantidad de contactos con la red familiar. (3) Concordando con lo encontrado en Roque Pérez, donde casi la totalidad de los AM que vivía solo declaró tener familiares cercanos, sin embargo, más de la mitad o más presentaron déficit de apoyo social instrumental, informacional, grupo donde también prevaleció la percepción de soledad.

En vejez suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición del sentimiento de soledad (67), de los familiares y amigos afines (9). Vivir con alguien no asegura que el AM se sienta solo. El 17,5% de las personas mayores en Argentina refiere sentirse solos todo el tiempo o muchas veces, siendo más prevalente en las que viven solos y con menores oportunidades educativas. (6) Obteniendo valores similares en cuanto a percepción de soledad en la muestra total, existiendo el mayor predominio en los AM que vivían solos, siendo más del doble que en los hogares de más de una persona.

Diversos estudios muestran el beneficio y la importancia de la comensalidad en adultos mayores acompañado para la mejor calidad de alimentación y calidad de vida. (14) (13) (81) En Brasil se evidencia que los AM que comen solos tienen mayor probabilidad de tener una dieta de menor calidad en comparación a los que comían acompañados. (89)

Otra investigación realizada en mujeres viudas que vivían solas encontró que no tenían con quien compartir la comida lo cual reducía las veces que preparaban comida en la casa, optando por preparaciones más sencillas y aumentando la compra de comida hecha. (84) coincidiendo con resultados de Reino Unido donde se ve que AM que viven solos, presentan una reducción de preparaciones de comidas en casa, optaban por opciones más fáciles (91), evidenciándose en ambos estudios que los AM referían que comer solo eran menos placentero. (84) (91)

Estos hallazgos estuvieron en línea con los resultados del presente estudio, la totalidad de los AM que comían acompañados “algunas veces” o “nunca” presentaban una mala calidad de alimentación. Por el contrario, dentro de los pocos que presentaban buena calidad de alimentación, más de la mitad comía acompañado “siempre” y el resto “casi todos los días”.

Además, se pudo observar la influencia del tipo de hogar sobre el consumo de comida casera. Si bien casi la totalidad de los AM que vivían solos consumían comida casera, lo hacían con menor frecuencia que aquellos que vivían con otros.

Se deben considerar algunas limitaciones de este estudio. La mayoría de los estudios que se utilizaron para comparar los resultados utilizaron una muestra de adultos a partir de 60 o 65 años, sin diferenciar en aquellos mayores de 75 años y más. Además, escasa existencia de estudios en América Latina sobre la relación entre las variables medidas y su influencia en la calidad alimentaria, siendo en su mayoría en Oriente. Y la heterogeneidad en formas de medir apoyo social, calidad alimentación, dificulta comparaciones sobre con otros estudios.

Como aspectos positivos de este estudio, se resalta la representatividad de la muestra para los adultos mayores afiliados a PAMI de Roque Pérez, asegurando la validez interna del estudio. La calidad metodológica de la investigación merece ser mencionada, ya que la capacitación de quienes realizamos la encuestas y el control de calidad de las mismas garantizan una mayor credibilidad a los datos recopilados.

La identificación de patrones alimentarios y sus determinantes en AM, específicamente de los mayores de 75 años, contribuye a la discusión entre los profesionales de la atención sobre el impacto de la alimentación y la nutrición en la calidad de vida y la salud de los AM de Roque Pérez.

Los resultados del presente estudio pueden servir como base para el desarrollo de estrategias de intervención y políticas públicas específicas para promover cambios alimentarios saludables a nivel municipal orientadas al mantenimiento de una salud óptima en el binomio envejecimiento-nutrición. A la fecha no se han estudiado a nivel local, siendo valioso este estudio. Además, será importante considerar la vulnerabilidad de los AM de 75 y más años con respecto a los de menor edad, y de aquellos que viven solos, quienes presentan menos ingresos, apoyo social, comensalidad, afectando así su alimentación y calidad de vida.

VI. CONCLUSIÓN

La mayoría de los adultos mayores presentaron mala calidad de alimentación, encontrándose mayor prevalencia en los hogares unipersonales al igual que el nivel socioeconómico bajo-inferior-marginal, déficit de apoyo social informacional e instrumental, percepción de soledad, y la menor frecuencia de comensalidad. Variables que mostraron asociación significativa según estrato de hogar por grupo generacional.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Online].; 2018 [cited 2019 abril 10. Available from: <https://www.who.int>.
2. INDEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos República Argentina. [Online].; 2012 [cited 2019 abril 10. Available from: <https://www.indec.gob.ar>.
3. Amadasi E, Tinoboras C. Las personas mayores en la Argentina actual: ¿vivir solo es un factor de riesgo para la integración social? Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad Católica Argentina (UCA), Barómetro de la deuda social con las personas mayores; 2016. Report No.: ISBN 978-987-620-322-7.
4. Troncoso Pantoja C, Amaya Placencia A, Acuña Monsalve J, Villablanca Rocha F, Yévenes Leal N. Perspectivas de adultos mayores sobre aspectos sociales que condicionan su alimentación. *Gac Med Bol*. 2017 enero-junio; 40(1): p. 14-20.
5. Amadasi E. Condiciones de vida e integración social de las personas mayores ¿diferentes formas de envejecimiento o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna? Buenos Aires: Universidad Católica Argentina, Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores; 2010-2016.
6. Amadasi E, Tinoboras C, Cicciari MR. El bienestar subjetivo en las personas mayores: la importancia de los apoyos sociales. Universidad Católica Argentina; 2017.
7. Hanna KL, Peter F. Collins. Relationship between living alone and food and nutrient intake. *Nutrition Reviews*. 2015 september; 73(9): p. 594-611.
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 ENCaViAM. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Estadísticas; 2012.
9. Amadasi E, Tinoboras C. El desafío de la diversidad en el envejecimiento: familia, sociabilidad y bienestar en un nuevo contexto. Repositorio. Buenos Aires, Argentina: Universidad Católica Argentina (UCA), Observatorio de la Deuda Social Argentina; 2016.
10. Pantoja Troncoso C, Ferrada Echeverría F, Arias Mellado M, Ramírez Troncoso L. Perception of influences on the diet of elderly people from the Lan-C sector of. *Horiz Med*. 2017; 17(1): p. 45-50.
11. Renee Pieroth MRCL, Diane Rigassio Radler PR, Patricia M. Guenther PR, Brewster PJ. The Relationship between Social Support and Diet Quality in Middle-Aged and Older Adults in the United States. *J Acad Nutr Diet*. 2017 August; 117(8): p. 1272-1278.
12. Tani Y, Kondo N, Takagi D, Saito M, Hikichi H, Ojima T, et al. Combined effects of eating alone and living alone on unhealthy dietary behaviors, obesity and underweight in older Japanese adults: Results of the JAGES. *Appetite*. 2015 december; 95(1): p. 1-8.
13. Kimura Y, Wada T, Okumiya K, Ishimoto Y, Matsubayashi K. Eating alone among community-dwelling Japanese elderly: association with depression and food diversity. *J Nutr Health Aging*. 2012; 16(8): p. 728-731.
14. Chae W, Yeong Jj, Jaeyong S, Sung-In J, Eun-Cheol P. Association between eating behaviour and diet quality: eating alone vs. eating with others. *Nutr. J*. 2018.

15. Etienne Duim Negrini L, Ferreira do Nascimento C, da Silva A, Ferreira Antunes JL. Elderly persons who live alone in Brazil and their lifestyle. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2018; 21(5): p. 523-531.
16. Hee-Sook Lim , Mi-Nam L. Comparison of Health Status and Nutrient Intake by Household Type in the Elderly Population. J Bone Metab. 2019; 26(1): p. 25-30.
17. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Los problemas económicos de las personas mayores. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Universidad Católica Argentina; 2017. Report No.: ISBN 978-978-620-326-5 | ISSN 1853-6204.
18. Tisnés A, Salazar Acosta LM. Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. Pap. poblac [online]. 2016 abril-junio; 22(88): p. 209-236.
19. Bonita R. Aging and Health: Achieving Health across the Lifespan. Documento. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 1998.
20. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. documento. OMS; 2015.
21. Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA). Las condiciones de salud de las personas mayores. Sus aspectos más críticos. Buenos Aires: Fundación Universidad Católica Argentina ; 2017. Report No.: ISBN 978-987-620-331-9 | ISSN 1853-6204.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS)- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Observatorio de salud y envejecimiento. [Online]. [cited 2019 agosto. Available from: <http://observatorio.mayoresaludables.org/crece-la-poblacion-de-75-anos-y-mas-en-america-latina-y-el-caribe>.
23. Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA). Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos (2010-2017). Documento. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: UCA, Barómetro de la deuda social con las personas mayores; 2018. Report No.: ISSN 1853-6204 ISBN 978-987-620-369-2.
24. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014; 25(2): p. 57-62.
25. Organismo Internacional de Energía Atómica. Calidad de la dieta. [Online]. [cited 2019 junio. Available from: <http://www.iaea.org>.
26. López LB, Suárez MM. Fundamentos de la nutrición normal. 1st ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2002.
27. Fundación Española de Nutrición. Hábitos alimentarios. Publicación. FEN; 2014.
28. Agüero Durán S, Candia P, Mena Pizaeo R. Validación de contenido de la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM). Nutr Hosp. 2017; 34(6): p. 1311-1318.
29. Ministerio de Salud. Guías alimentarias para la población Argentina. Documento técnico metodológico. ; 2016.
30. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series. WHO/FAO Expert Consultation; 2003. Report No.: ISBN 92 4 120916 ISSN 0512-3054.

31. World Health Organization. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva; 2015. Report No.: ISBN 978 92 4 154902 8.
32. World Health Organization (WHO). Guideline: Sodium intake for adults and children. Documento. ; 2012. Report No.: ISBN 978 92 4 150483 6.
33. Ministerio de Salud de Bolivia. Guia alimentaria para el adulto mayor. Paz-Bolivia;; 2015.
34. Ortega RM, Pérez-Rodrigo C, Lopéz-Sobaler AM. Métodos de evaluación de la ingesta actual: registro o diario dietético. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2015; 21(1): p. 34-41.
35. Salvador Castelli G, Serra Majem L, Ribas-Barba L. ¿Qué y cuánto comemos? El método Recuerdo de 24 horas. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2015; 21(1): p. 42-44.
36. Martin-Moreno JM, Gorgojo L. Valoración de la ingesta dietética a nivel poblacional mediante cuestionarios individuales: sombras y luces metodológicas. Rev Esp Salud Pública. 2007 sep-oct; 81(5).
37. Gil Á, Martínez de Victoria E, Olza J. Indicadores de evaluación de la calidad de la dieta. Rev Esp Comunitaria. 2015; 21(1): p. 127-143.
38. Kennedy E, Ohls J, Carlson S, Fleming K. The Healthy Eating Index: design and applications. J Am Diet Assoc. 1995 Oct; 95(10): p. 1013-8.
39. Krebs-Smith SM, Pannucci TRE, Subar AF, Kirkpatrick SI, Lerman JL, Tooze JA, et al. Actualización del índice de alimentación sadable: HEI 2015. J Acad Nutr Diet. 2018 Septiembre; 118(9): p. 1591-1602.
40. Guenther PM, Reedy J, Krebs-Smith SM, Reeve BB. Evaluation of the Healthy Eating Index-2005. J Am Diet Assoc. 2008 november; 108(11).
41. César de Andrade S, Nogueira Previdelli A, Lobo Marchioni DM, Fisberg RM. Evaluation of the reliability and validity of the Brazilian Healthy Eating Index Revised. Rev. Salud Pública. 2013 Aug; 47(4).
42. Norte Navarro AI OMR. Spanish diet quality according to the healthy eating index. Nutr Hosp. 2011 Mar-Apr; 26(2).
43. Britos S, Saravì A, Chichizola N, Silva F. El estado de la alimentación saludable - EAS - 2011. Universidad de Buenos Aires; 2011.
44. Asociación Argentina de Marketing. Índice de nivel socioeconómico argentino. Buenos Aires, Argentina;; 1996.
45. Sánchez Ruiz F, De la Cruz Mendoza F, Cereceda Bujaico M, Espinoza Bernardo S. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. An. Fac. med. 2014 Abr; 75(2): p. 107-111.
46. Gil-Toro D, Giraldo-Giraldo NA, Estrada-Restrepo A. Ingesta de alimentos y su relación con factores socioeconómicos en un grupo de adultos mayores. Rev. Salud Pública. 2017 Junio; 19(3): p. 304-310.
47. Cabello N. Estudio del estado nutricional y hábitos alimentarios de adultos mayores con diferente nivel socioeconómico de la ciudad de Chilecito, provincia de La Rioja. Tesis doctoral. Chilecito, La Rioja: Instituto Universitario Fundación H.Barceló. Facultad de Medicina; 2018.

48. Troncoso Pantoja C, Amaya Placencia A, Acuña Monsalve J, Villablanca Rocha F, Yévenes Leal N. Perspectives of the elderly people on social aspects that determine their feeding. *Gac Med Bol.* 2017 jun; 40(1): p. 14-20.
49. California Office of environmental Health Hazard Assesment. OEHHA. [Online]. Available from: <https://oehha.ca.gov/calenviroscreen/indicador/nivel-educativo>.
50. Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología. Estructura del Sistema Educativo: niveles y modalidades. [Online]. [cited 2019 agosto. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/validez-nacional-de-titulos/estructura-del-sistema-educativo-niveles-y-modalidades>.
51. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2012.
52. Sociedad Argentina de Investigadores de Marketing y opinión (SAIMO). Comisión de Enlace Institucional NSE 2006. ; 2006.
53. de Trindade Prestes M, Santos Diniz AV. Educación y aprendizaje a lo largo de la vida: los adultos y la enseñanza superior. *Rev elec esp.* 2015 enero.
54. Arlegui MA. Situación de los adultos mayores en la Argentina. Activos y capacidad de respuesta frente a la vejez en contextos vulnerables. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Asociación Latinoamericana de Sociología; 2009.
55. Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión. Nivel socioeconómico AMAI 2018. AMAI; 2018.
56. Adimark. El nivel socioeconómico Escomar. Manual de aplicación. Santiago;; 2000.
57. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Caracterización de las familias. Primera encuesta bineal de las familias de la ciudad de Buenos Aires 2017. Universidad Católica Argentina; 2018. Report No.: ISBN 978-987-620-359-3.
58. Azcárate P, Zambelli R. EL NIVEL SOCIOECONOMICO EN LA ARGENTINA, 2015. ESTRATIFICACIÓN Y VARIABLES. Sociedad Argentina de marketin y opinión (SAIMO), Observatorio Social; 2015.
59. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. FAO. La Seguridad Alimentaria: información para la toma de decisiones. Guía práctica. documento [Onlie]. ; 2011.
60. Roqué M, Letcher H, Strada J, De Marzini F. El impacto inflacionario en los medicamentos esenciales y los productos de consumo básico utilizados por las personas mayores 2015-2019. , Asociacion Latinoamericana de Gerontologia Comunitaria (algec), Centro de estudios politicos para personas mayores (CEPPEMA), Centro de Economía Política Argentina (CEPA); 2019.
61. ANSES. Boletín Oficial de la República Argentina. [Online].; 2019 [cited 2019 octubre 19. Available from: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/213036/20190807>.
62. Cuéllar Saavedra Ó, Bolivar Espinoza GA. Capital social hoy. *Rev. de la Universidad Bolivariana.* 2009; 8(22): p. 195-217.
63. Kahn RL&ATC. *Convoys over the Life Course: Attachment, Roles, and Social Support.* Academic Pres. 1980.

64. Esquivas Luesia V. Calidad de vida y apoyo social percibido durante la vejez. Tesis. Madrid: Facultad de ciencias humanas y sociales; 2015.
65. Cardona JL, Villamil MM, Henao EV, Quintero ÁE. Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia 2007. Rev Fac Nac Salud Pública. 2009 Julio; 27(2).
66. Universidad de Granada. La soledad en los mayores. ; 2009.
67. Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. Gerokomos. 2009 diciembre; 20(4): p. 159-166.
68. Sherbourne CD, Stewart A. The MOS social support survey. Soc Sci Med. 1991; 32(6): p. 705-714.
69. Broadhead W, Gehlbach S, de Gruy F, Kaplan B. El cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC. Medición del apoyo social en pacientes de medicina familiar. Med Care. 1988 Julio; 26(7).
70. Lodoño Arredondo NH, Heather LR, Castilla Tang F, Posada Gómez SL, Ochoa Arizal NL, Jaramillo Pérez MA, et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. International Journal of Psychological. 2012;; p. 142-150.
71. Rodríguez Espínola S, Carmelo HE. Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido..
72. Ayala A, Rodríguez Blázquez C, Frades-Payo B, Joao Forjaz M, Martínez-Martín P, Fernández-Mayoralas G, et al. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. Gac Sanit. 2012 Jul/ago; 26(4): p. 317-324.
73. Rivas-Diez R. Apoyo Social Funcional en mujeres de la población general y en mujeres maltratadas. Rev Iberoam Diagn Ev. 2013; 2(36): p. -27.
74. Clemente A. Redes de Apoyo social en personas de edad con distinto contexto habitacional. Ciudad de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2004.
75. Duke University CSAHD. Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. J Gerontol. 1981 Jul; 35(4).
76. Grau Fibla G, Eiroa Patiño P, Cayuela Domínguez A. Spanish version of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire: cross-cultural adaptation and validity measurement. Aten Primaria. 1996 Mayo; 17(8): p. 486-495.
77. Cabrera González D, Menéndez Caicoya A, Fernández Sánchez A, Acebal Garcia V, García Gonazález J, Díaz Palacios E, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria. 1999 Abril; 23(7): p. 434-440.
78. Fischler C. Commensality, society and culture. Social Science Information. 2011; 50(3-4): p. 528-548.
79. García Barthe M. Comensalidad. Rev. Hosp. Niños. 2014; 56(255): p. 219-220.
80. Tuñón I. Infancias y comensalidad: hábitos y prácticas en relación a las comidas [en línea]. documento. Universidad Católica Argentina, Observatorio de la Deuda Social Argentina. Barómetro de la Deuda social de la Infancia. EDSA; 2018.

81. Ishikawa M, Takemi Y, Yokoyama T, Kusama K, Fukuda K, Nakaya T, et al. Eating together is associated with food behaviors and demographic factors of older Japanese people who live alone. *J Nutr Health Aging*. 2016; 21(6): p. 662-672.
82. Giacomani Hernandez. The dimensions and role of commensality: A theoretical model drawn from the significance of communal eating among adults in Santiago, Chile. *Appet*. 2016 August; 107: p. 450-470.
83. Schnettler B, Lobos G, Lapo MdC, Adasme-Berríos C, Hueche C. Satisfaction with life and food-related life in Ecuadorian older adults. *Nutr Hosp*. 2017; 34(1): p. 65-72.
84. Vasnaver E, Keller HH, Sutherland O, Maitland SB, Locher JL. Alone at the table: Food Behavior and the Loss of Commensality in Widowhood. *J Gerontol B Psychol Soc Sci*. 2015 November 10; 00(00): p. 1-11.
85. Ministerio de Salud de la Nación. 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2). Documento. Ciudad autónoma de Buenos Aires; 2018.
86. Grønning K, Espnes A, Nguyen C, Ferreira Rodrigues AM, Joao Gregorio M, Sousa R, et al. Psychological distress in elderly people is associated with diet, wellbeing, health status, social support and physical functioning- a HUNT3 study. *BMC Geriatr*. 2018 Sep; 18(205).
87. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2019 septiembre]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.
88. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Resumen ejecutivo. , Secretaria de Gobierno de Salud; 2019.
89. Gomez AP, Gonzales Soares L, Gonzales H. Low diet quality in older adults: a population-based study in southern Brazil. *Cien Saude Colet*. 2016 Nov; 21(11): p. 3417-3428.
90. Império T, Nogueira Á, Previato M, Maffei K, Monteiro RM, de Cássia R. Factors associated with diet quality. *Rev. Nutri*. 2017 maio/jun; 30(3).
91. Whitelock E, Ensaif H. On Your Own: Older Adults' Food Choice and Dietary Habits. *Nutrients*. 2018 April; 10(4).
92. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, del Pilar Baptista Lucio M. Metodología de la investigación. Quinta ed.
93. PAMI-Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Argentina.gob.ar. [Online]. [cited 2019 Julio. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/pami>.
94. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos..
95. Chen MC, Chen KM. Estados económicos y de vida de los adultos mayores que viven en la comunidad y los factores relacionados. *Geriatr Gerontol Int*. 2016.
96. Yaghoobzadeh A, Sharif Nia H, Pahlevan Sharif S, Hosseinigolafshani Z, Mohammadi F, Oveisi S, et al. El papel del sexo, el estado socioeconómico y el apoyo emocional en la predicción de la percepción del envejecimiento entre los adultos mayores. *Int J Aging Hum Dev*. 2017 agosto; 87(1): p. 77-89.

97. Baker EH. The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society. First Edition ed.; 2014.
98. Juárez AOR. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados. Tesis doctoral. Universidad Nacional Mayor San Marcos; 2002.
99. Instituto de Estadística y Censos (INDEC). Instituto de Estadística y Censos. [Online].; 2010 [cited 2019 junio. Available from: https://redatam.indec.gob.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=EPH_BASE_FINAL&MAIN=WebServerMain.inl&ga=2.34416417.1224264213.1561236916-1678566594.1561045590.
100. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Los argentinos y la familia [en línea]. Universidad Católica Argentina; 2014.
101. Hernanández AG, Goñi Cambrodón I. Calidad de la dieta de la población española mayor de 80 años. Nutr Hosp. 2015; 31(6): p. 25--77.
102. Pinto de Souza Fernandes D, Lopes Duarte MS, Pessoa MC, do Carmo Catro Franceschini S, Queiroz Ribero A. Healthy Eating Index: Assessment of the Diet Quality of a Brazilian Elderly Population. Nutr Metab Insights. 2018 Diciembre; 11: p. 1-7.
103. Ratner R, Hernández P, Martel J, Atalah E. Propuesta de un nuevo índice de calidad global de la alimentación. Rev Chil Nutr. 2017; 44(1).
104. Puig Llobet M, Lluch Canut MT, Rodríguez Avila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. Gerokomos. 2009; 20(1): p. 9-14.

ANEXOS

ANEXO 1: Bloque de “Características de los miembros de hogar” EPH

IV. CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

COMPONENTE N°	NOMBRE	RELACIÓN DE PARENTESCO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SITUACIÓN CONYUGAL	COBERTURA MÉDICA					
01	02	03	04	05	06	07	08					
		<i>(Anote en el orden siguiente)</i> Jefe/a Cónyuge/Pareja Hijo/a/Hijastro/a Yerno/Nuera Nieto/a Madre/Padre Suegro/a Hermano/a Otros Familiares No Familiares	<i>(Anote en cada caso)</i> 1. varón 2. mujer	¿En qué fecha nació? <i>(anote día, mes y año)</i>	¿Cuántos años cumplidos tiene?	¿Actualmente está..... 1... Unido/a? 2... Casado/a? 3... Separado/a o divorciado/a? 4... Viudo/a? 5... Soltero/a?	¿Tiene algún tipo de cobertura médica por la que paga o le descuentan? 1. Obra Social <i>(incluye PAMI)</i> 2. Mutual / Prepaga / Servicio de Emergencia 3. Planes y Seguros Públicos 4. No paga ni le descuentan <i>(no tiene ninguna)</i> 9. N/S N/R <i>(Circule el/los códigos correspondientes)</i>					
		JEFE/A					<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>9</td> </tr> </table>	1	2	3	4	9
1	2	3	4	9								
							<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>9</td> </tr> </table>	1	2	3	4	9
1	2	3	4	9								
							<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>9</td> </tr> </table>	1	2	3	4	9
1	2	3	4	9								

NIVEL EDUCATIVO					
09	10	11	12	13	14
¿Sabe leer y escribir?	¿Asiste o asistió a algún establecimiento educativo? <i>(colegio, escuela, universidad)</i> <i>(anote código)</i>	Ese establecimiento es...	¿Cuál es el nivel más alto que cursa o cursó? <i>(anote código)</i>	¿Finalizó ese nivel?	¿Cuál fue el último año aprobado? <i>(anote código)</i>
1. Si	1. Si, asiste.	1. Público	1. Jardín/ Preesc. 2. Primario 3. EGB 4. Secundario 5. Polimodal 6. Terciario 7. Universitario 8. Posgrado Univ. 9. Educación Especial <i>(discapacidad)</i>	1. Si <i>(a p. 15)</i> 2. No	00. Ninguno 01. Primero 02. Segundo 03. Tercero 04. Cuarto 05. Quinto 06. Sexto 07. Séptimo 08. Octavo 09. Noveno 98. Educación especial 99. N/S N/R
2. No	2. No asiste, pero asistió <i>(a p. 12)</i>	2. Privado			
3. Menor de 2 años <i>(a p. 15)</i>	3. Nunca asistió <i>(a p. 15)</i>	9. N/S N/R			

ANEXO 2: Encuesta de la calidad de la alimentación del adulto mayor (ECAAM)

Tabla V. Versión final de la encuesta de la calidad de la alimentación del AM (ECAAM)

Hábitos alimentarios saludables (I parte)		
1. Toma desayuno 1 = Nunca 2 = Menos de 1 por semana 3 = 1-3 veces por semana 4 = 4-6 veces por semana 5 = Todos los días	2. Consume lácteos de preferencia descremados (leche descremada, queso, queso fresco o yogur descremado) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez al día 3 = 1 porción al día 4 = 2 porciones al día 5 = 3 porciones al día	3. Consume frutas (frescas de tamaño regular) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez al día 3 = 1 porción al día 4 = 2 porciones al día 5 = 3 porciones al día
4. Consume verduras (crudas o cocidas, porción equivalente a 1 plato de servilleta) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez al día 3 = 1/2 porción al día 4 = 1 porciones al día 5 = 2 porciones al día	5. Consume pescado (fresco/congelado/ conserva, pero no frito) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1 porción por semana 4 = 2 porciones por semana 5 = 3 porciones por semana	6. Consume leguminosas (porotos, lentejas, arvejas, garbanzos) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1 porción por semana 4 = 2 porciones por semana 5 = 3 o más porciones por semana
7. Consume avena o panes integrales 1 = No consume 2 = Menos de 3 veces en la semana 3 = 1 porción al día 4 = 2 porciones al día 5 = 3 porciones al día	8. Come comida del hogar (casera: guisos, carbonadas, cazuela, legumbres) 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1 porción por semana 4 = 2 porciones por semana 5 = 3 o más porciones por semana	9. Cena (comida + fruta y/o ensalada) 1 = Nunca 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1-3 veces por semana 4 = 4-6 veces por semana 5 = Todos los días
10. Consume agua o líquidos (aguas de hiervas, jugos de frutas, té, maté) 1 = No toma 2 = 1 vaso al día 3 = 2 vasos al día 4 = 3 vasos al día 5 = 4 o más vasos al día	11. Consume alimentos como carnes o aves 1 = No consume 2 = 1 vez cada 15 días 3 = 1 vez por semana 4 = 2 veces por semana 5 = 3 veces por semana	12. Consume huevo 1 = No consume 2 = 1 vez cada 15 días 3 = 1 vez por semana 4 = 2 veces por semana 5 = 3 veces por semana
13. Cuantas comidas consume al día 1 = Menos de 1 2 = 2 comidas 3 = 3 comidas 4 = 4 comidas 5 = 4 comidas y colación	14. Consume la sopa años dorados 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1-3 porciones por semana 4 = 4-7 porciones por semana 5 = Más de 1 porción al día	15. Consume Bebida Láctea 1 = No consume 2 = Menos de 1 vez por semana 3 = 1-3 porciones por semana 4 = 4-6 porciones por semana 5 = Más de 1 porción al día
<i>Total de puntos del ítem I</i>		
<i>Clasificación de la calidad de la alimentación del ítem I</i>		
Hábitos alimentarios no saludables (II parte)		
16. Toma bebidas o jugos azucarados (porción 1 vaso de 200 cc) 1 = 3 o más vasos al día 2 = 2 vasos al día 3 = 1 vaso al día 4 = Menos de un vaso al día u ocasionalmente 5 = No consume	17. Consume bebidas alcohólicas (porción 1 vaso) el fin de semana 1 = 3 o más vasos al día 2 = 2 vasos al día 3 = 1 vaso al día 4 = Menos de un vaso al día u ocasionalmente 5 = No consume	18. Consume frituras 1 = 3 o más porciones por semana 2 = 2 porciones por semana 3 = 1 porción por semana 4 = Ocasionalmente 5 = No consume

Hábitos alimentarios no saludables (II parte)		
19. Utiliza manteca en la elaboración de masas o en frituras 1 = Todos los días 2 = 3-5 veces por semana 3 = 2-3 veces por semana 4 = Menos de 1 vez por semana 5 = No utiliza	20. Consume alimentos chatarra (pizza, completos, hamburguesas, papas fritas y sopaipillas) 1 = 3 o más porciones día 2 = 2 porciones al día 3 = 1 porción al día 4 = Menos de 1 vez al día 5 = No consume	21. Consume colaciones galletas, helados, queques, berlines y pasteles 1 = 3 o más porciones al día 2 = 2 porciones al día 3 = 1 porción al día 4 = Menos de 1 vez al día 5 = No consume
22. Consume café 1 = 3 o más tazas al día 2 = 2 tazas al día 3 = 1 taza al día 4 = Menos de 1 taza al día 5 = No consume	23. Le agrega sal a las comidas antes de probarlas 1 = Siempre le agrega 2 = Le agrega ocasionalmente 3 = No le agrega	

Tabla II. Clasificación según categorías de la encuesta

Clasificación de hábitos alimentarios saludables	Puntuación
Buena calidad de la alimentación	52-65
Mala calidad de la alimentación	13-51
Clasificación de hábitos no saludables	
Buena calidad de la alimentación	31-38
Mala calidad de la alimentación	8-30
Calidad de la alimentación del adulto mayor (suma de ítem I y II)	
Buena calidad de la alimentación	83-103
Mala calidad de la alimentación	21-82

ANEXO 3: Cuestionario de nivel socioeconómico simplificado 2015

CUESTIONARIO NSE Simplificado Online -2015

Nombres de variables para rutina en SPSS en letra azul: no son vistos por el informante

Las indicaciones con resaltador celeste y los códigos y valores (en rojo) no son vistos por el informante.

General: Todas las preguntas son cerradas, de respuesta única y obligatoria.

P1. A todos ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndolo a usted? **cper**

_____ Solo números, mayor que cero CONTINÚA

P2. ¿Y cuántas de ellas tienen ingresos de algún tipo, tanto del trabajo personal como de otras fuentes?

Por "ingresos de otras fuentes" entendemos alquileres, becas, ayuda familiar, subsidios por desocupación, renta financiera o inversión en negocios en los que no trabaja. A todos **capor**

_____ Solo números, mayor que cero y menor o igual a **capor** CONTINÚA

P3. A todos: Las preguntas que siguen se refieren exclusivamente a la persona que más aporta para los gastos de su hogar. Si hay dos o más aportantes piense solo en una de ellas, la persona que más aporta.

¿Cuál es el máximo nivel de estudios que alcanzó la persona que más aporta? **ned**

NIVEL EDUCACIONAL (NE)	Cód.	Valor en Nivel Educativo	Pase
Sin estudios	1	1	CONTINÚA
Primaria incompleta	2	1	
Primaria completa	3	2	
Secundaria incompleta	4	2	
Secundaria completa	5	3	
Terciaria o Universitaria incompleta	6	3	
Terciaria completa (con título)	7	4	
Universitaria completa (con título)	8	4	
Posgrado	9	4	

P4. A todos ¿Actualmente esta persona está trabajando? **estado**

ACTIVIDAD-OCUPACIÓN-INACTIVIDAD	Cód.	Pase
Sí, actualmente trabaja	1	→ P5a
No trabaja, pero está buscando activamente trabajo (desocupado)	2	→ P5b
No, es jubilado y/o pensionado	3	→ Algoritmo: grilla <u>Inactivos-Jubilados</u>
No trabaja pero tiene otra fuente de ingresos (alquileres, becas, ayuda familiar, subsidios por desocupación, renta financiera o inversión en negocios en los que no trabaja)	4	→ P7

P5a y 5b: Varía la formulación de la pregunta, la grilla es la misma y los pases son diferentes.

P5 a. A los que respondieron P4-1, OCUPADOS El trabajo del principal aportante del hogar es...?
cat_ocup

CATEGORÍA	Cód.	Pase
Como dueño o socio de una empresa, estudio o comercio (de cualquier tamaño, por lo menos un empleado)	1	→ P7
En algún organismo público o empresa privada de cualquier tipo, como fábrica, taller, oficina, obra, comercio o con una persona que le da trabajo	2	→ P6
Trabajando solo, por su cuenta, sin empleados	3	→ P7

P5 b. A los que respondieron P4-2, DESOCUPADOS El último trabajo del principal aportante del hogar era...? **cat_ocup**

CATEGORÍA	Cód.	Pase
Como dueño o socio de una empresa, estudio o comercio (de cualquier tamaño, por lo menos un empleado)	1	→ Algoritmo grilla <u>Desocupados</u>
En algún organismo público o empresa privada de cualquier tipo, como fábrica, taller, oficina, obra, comercio o con una persona que le da trabajo	2	
Trabajando solo, por su cuenta, sin empleados	3	

P6. A empleados con o sin personal a cargo Vienen de P4-1 y 2 y P5a y 5b. ¿Tiene personas a su cargo...? Señale cuál es su función en la jerarquía. **categ**

JERARQUÍA	Cód.	Pase
Empleado con responsabilidades directivas, gerenciales, jefe o supervisor con personal a cargo	1	→ P7
Trabajador sin personal a su cargo	2	

P7. A todos los OCUPADOS y OTROS INACTIVOS, NO JUBILADOS. La persona que más aporta para los gastos del hogar ¿tiene actualmente algún tipo de cobertura médica asegurada, una obra social o medicina prepaga, o, en caso de ser necesario, se atiende en hospitales o con un profesional privado que busca en el momento? **C médica**

	COBERTURA MEDICA	Cód.	Valor CM	Pase
SI	Tiene la cobertura de una obra social, mutual o medicina prepaga	1	1	→ Algoritmo grilla, <u>columna correspondiente</u>
NO	En caso de ser necesario se atiende en hospital público o con un profesional privado que busca en el momento	2	2	
No sabe		3	2	

TABLA DE ASIGNACIÓN DE NSE		OCUPADOS								DESOCUPADOS			INACTIVOS		
		Empleados CON personal a cargo		Empleados SIN personal a cargo		Cuenta propia		Empleadores		Empleados	Cuenta Propia	Empleador	Jubilados	Otros inactivos	
NIVEL EDUCACIONAL	APORTANTES	C/CM	S/CM	C/CM	S/CM	C/CM	S/CM	C/CM	S/CM						
NE4 Terciario o Universitario Completo o Post grado	Hasta 40%	1	2	3	3	2	3	1	2	5	4	2	3	2	3
	41 a 69%	1	2	2	3	2	3	1	1	4	4	2	2	2	3
	70% y más	1	2	2	2	1	3	1	1	4	3	1	2	1	2
NE3 Terciario o Universitario incompleto	Hasta 40%	3	3	4	4	4	4	2	2	5	5	3	4	3	3
	41 a 69%	1	3	3	3	3	4	2	2	5	4	2	3	3	3
	70% y más	1	3	3	3	3	4	1	1	4	4	2	3	2	2
NE 2 Primario completo o Secundario incompleto	Hasta 40%	3	3	4	5	4	5	3	3	5	5	3	5	3	4
	41 a 69%	2	3	3	4	4	5	2	2	5	5	3	4	3	4
	70% y más	2	2	4	4	3	4	2	2	5	4	2	4	2	3
NE 1 Sin instrucción formal o Primario incompleto	Hta 40%	3	4	5	5	5	5	3	3	5	5	3	6	4	5
	41 a 69%	3	3	5	5	5	5	3	3	5	5	3	5	4	5
	70% y +	2	3	4	4	4	4	2	2	5	5	2	5	3	4

Código de NSE	
ABC1	1
C2	2
C3	3
D1	4
D2E	5

Con cobertura médica:	C/ CM
Sin cobertura médica:	S/ CM

¡Muchas gracias! El encuestado cubrió todos los pasos necesarios para determinar el NSE SIMPLIFICADO

**GRÁFICO Y CUADRO ACLARATORIO DE LA VARIABLE
RELACIÓN APORTANTES VS. TOTAL MIEMBROS DEL HOGAR**

N° Miemb.	Relación (%)							
	N° Aportantes							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	100,0							
2	50,0	100,0						
3	33,3	66,7	100,0					
4	25,0	50,0	75,0	100,0				
5	20,0	40,0	60,0	80,0	100,0			
6	16,7	33,3	50,0	66,7	83,3	100,0		
7	14,3	28,6	42,9	57,1	71,4	85,7	100,0	
8	12,5	25,0	37,5	50,0	62,5	75,0	87,5	100,0
9	11,1	22,2	33,3	44,4	55,6	66,7	77,8	88,9
10	10,0	20,0	30,0	40,0	50,0	60,0	70,0	80,0
11	9,1	18,2	27,3	36,4	45,5	54,5	63,6	72,7
12	8,3	16,7	25,0	33,3	41,7	50,0	58,3	66,7
13	7,7	15,4	23,1	30,8	38,5	46,2	53,8	61,5
14	7,1	14,3	21,4	28,6	35,7	42,9	50,0	57,1
15	6,7	13,3	20,0	26,7	33,3	40,0	46,7	53,3

ANEXO 4: Bloque de comensalidad ENNyS 2018

COMENSALIDAD	
Usted, ¿con qué frecuencia come acompañado/a?	
No, nunca	(0)
Algunas veces	(1)
Casi todos los días	(2)
Siempre/todos los días	(3)
NS/NC	(9)

ANEXO 5: Bloque de “Relación con otros” extraído de la EDSA

¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?(LEER LAS OPCIONES)	Todo el tiempo	Muchas veces	Pocas veces	Nunca	Ns/Nr
209. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	9
210. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	9
211. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	9
212. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	9
213. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	9
214. Alguien que lo abrace	1	2	3	4	9
215. ¿Con qué frecuencia usted se sintió solo y no tuvo a nadie a quién acudir?	1	2	3	4	9

Aproximadamente, ¿cuántos amigos y familiares cercanos tiene Ud.? Con quién se sienta a gusto y puede hablar de todo								
216. Número de amigos cercanos	No tengo amigos	0	→	217. Número de familiares cercanos	No tengo familia cercana	0

ANEXO 6: Organigrama de trabajo

Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
A, B, C, D, E									
		F, G, H							
			I, J						
				K-L					
						M, N			
								Ñ	

- A. Selección del tema
- B. Planteamiento del problema: Objetivos generales y específicos, viabilidad, justificación.
- C. Realización de la introducción
- D. Definición de enfoque, alcance y diseño
- E. Selección de la población, unidad de análisis, muestra
- F. Formulación de la hipótesis
- G. Operacionalización de variables
- H. Redacción de recolección de datos, prueba piloto y consideraciones éticas
- I Redacción del marco teórico
- J. Realización de la prueba piloto y ajustes
- K. Capacitación del personal ayudante
- L. Salida a campo a recolectar datos
- M. Análisis de datos
- N. Redacción de resultados
- Ñ. Conclusiones, discusión, resumen y elaboración del reporte final

ANEXO 7: Hoja de información al sujeto de la investigación

Hoja de información al sujeto de la investigación

CALIDAD DE ALIMENTACION, NIVEL SOCIOECONMICO y CAPITAL SOCIAL DE ADULTOS MAYORES DE ROQUE PÉREZ SEGÚN ESTRATO DE HOGAR DE ACUERDO A SU CONFORMACIÓN GENERACIONAL EN EL AÑO 2019

Introducción: En Argentina y en el mundo existe un alta prevaecía de adultos mayores. Factores como el apoyo social, la situación económica, la comensalidad, y la presencia de otros en el hogar influyen en la calidad de alimentación de ellos.

Objetivo del estudio:

Determinar la relación existente entre calidad de alimentación, nivel socioeconómico, apoyo social, la percepción de soledad y comensalidad en adultos mayores de Roque Pérez según estrato de hogar de acuerdo a conformación generacional en 2019

Participación del estudio:

La participación es voluntaria y gratuita. Los hallazgos que se produzcan serán utilizados solo a fines de investigación. No existe beneficio económico en la participación. La decisión de participar o no, no modifica en ninguna medida sus actividades diarias. Usted no se encuentra en riesgo adicional por no hacerlo.

No se identificará ni dará a conocer sus datos personales, los mismos son confidenciales y serán tratados solo por el investigador a fin de proteger su identidad y su privacidad.

Según la Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 (Ley de Habeas data) usted tiene derecho al acceso a los datos, pedido de rectificación y el no tratamiento de ellos a futuro en caso de retirarse el consentimiento a participar del estudio. Usted puede decidir en cualquier momento retirarse del estudio con sólo comunicarlo a los teléfonos de contacto indicados a continuación.

Ante cualquier duda con respecto al estudio usted puede comunicarse con:

Luciana Belén Forastieri al teléfono: 2227-625413

Se agradece su participación.

ANEXO 8. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Mi nombre es Luciana Belén Forastieri, soy alumna de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Isalud. Me encuentro realizando el Trabajo Integrador Final cuyo propósito es Determinar la relación existente entre calidad de alimentación, nivel socioeconómico, apoyo social, la percepción de soledad y comensalidad en adultos mayores de Roque Pérez según estrato de hogar de acuerdo a conformación generacional en 2019

Es por eso que lo/a convoco a participar de este estudio, su actividad consiste en responder los cuestionarios que le realizaremos. No se identificará su nombre como lo requiere la regulación vigente (Ley Nacional N°17622/68 y su decreto reglamentario N° 3110/70). Se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados solo con fines estadísticos anónimamente, quedando garantizado entonces, la total y absoluta confidencialidad de los mismos.

La decisión de participar es absolutamente voluntaria y le agradezco enormemente su colaboración para que pueda terminar mi Trabajo Final Integrador.

Luciana B. Forastieri, encuestadora.....

(Firma)

Yo..... (Nombre y Apellido) en mi carácter de respondiente habido sido informado y entendiendo el objetivo de la encuesta.

Fecha.....

Firma.....

Lugar de la encuesta.....

ANEXO 9: Autorización de autor para la divulgación de su obra en formato electrónico

Autorización de autor para la divulgación de su obra en formato electrónico

La que suscribeautoriza por la presente a la Universidad ISALUD y como intermediario al Centro de Documentación “Dr. Néstor Rodríguez Campoamor “a la divulgación en forma electrónica de la obra de su autoría que se indica en el presente documento.

Carrera: Licenciatura en Nutrición

Título de la obra autorizada (indicar si es Tesis / TFI):

Marque con una cruz el tipo de permiso que concede:

Acceso restringido:

.....Envío de la obra sólo a los miembros de la comunidad ISALUD que así lo soliciten.

Acceso público:

.....Divulgación en la página Web de la universidad o a través del catálogo del Centro de Documentación con acceso al texto completo del documento para todo tipo de usuarios.

Consulta en sala:

.....Disponibilidad de la obra solamente para la lectura en sala dentro de la Institución.

El suscripto deslinda a la Institución de toda responsabilidad legal que pudiera surgir de reclamos de terceros que invoquen la autoría de las obras cuya autoría se atribuye.

Fecha: ___/___/___

DNI: Firma:

Venezuela 931 – 2º subsuelo- C1095AAS – Ciudad de Buenos Aires- Argentina

TEL. + 54 11 5239-4040- Fax Web: www.isalud.edu.ar – mail: biblioteca@isalud.edu.ar

ANEXO 10: Reglamentación para la publicación y presentaciones futuras el TFI
**REGLEMENTACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN Y PRESENTACIONES FUTURAS
DEL TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

Sobre la autoría del TFI:

El alumno a cargo del trabajo final integrador figurará como autor del mismo, pudiendo designar a otro autor/coautor sólo en el caso de que el grado participación de éste se haya dado *en forma sustancial¹ durante todo el proceso de elaboración del trabajo de investigación*. En cualquier caso, será el alumno el responsable por el contenido presentado en el trabajo final, a quien pertenece la propiedad intelectual del mismo.

Los docentes de la materia figurarán como tutores del trabajo cada vez que el mismo sea presentado en la universidad Isalud en cualquier formato y, previa aceptación del docente en cualquier otro ámbito.

Sobre la comunicación/difusión del TFI:

La Universidad ISALUD y, como intermediario, la biblioteca ISALUD, se reservan el derecho de publicación del TFI en formato digital, contando con la firma del alumno en la autorización en cuestión, anexada a continuación. La misma debe presentarse firmada e impresa al momento de la entrega definitiva del TFI, indicando el tipo de permiso que el alumno concede para la divulgación.

La Universidad ISALUD podrá seleccionar los mejores trabajos de cada cohorte para ser presentados y comunicados en forma interna dentro de la institución en algún Evento o Jornada, con el objetivo de: difundir los TFIs de la carrera, colaborar con la divulgación de nuevos conocimientos del área de Nutrición y de esta forma fortalecer la profesión. Para esto, se convocará oportunamente al alumno/autor, esperando del mismo la voluntad para participar de la propuesta institucional (presentación en formato de póster o comunicación breve en forma oral). Es necesario contar con la autorización del alumno/autor, quien en calidad de autor deberá firmar el formulario que se encuentra anexado al presente documento. Esta autorización deberá incluirse al final del TFI, por lo cual se solicita que se imprima, se firme y sea colocada en la presentación escrita del trabajo.

Asimismo, el docente/tutor podrá seleccionar algunos trabajos para publicar en la Revista de ISALUD, para lo cual se le solicitará al alumno que presente el TFI en el formato de publicación de la misma.

También podrá el docente/tutor sugerir e impulsar la publicación/presentación al alumno en alguna otra revista o jornada científica contando también con la debida autorización del alumno/autor.

El alumno/autor por su parte podrá publicar el trabajo de investigación o realizar cualquier tipo de difusión del mismo o de sus resultados luego de obtener el título de grado, siempre teniendo en cuenta lo siguiente: a)- para cualquier tipo de publicación/comunicación del

¹ “Son verdaderamente autores quienes han intervenido en la investigación en sus diferentes etapas desde el diseño del protocolo hasta la redacción final del texto” (Arribalzaga E y col”El Artículo científico”1er edición. Bs.As. Magister Eos, 2005)

mismo se debe informar con anticipación y contar con la autorización y aprobación de la Universidad ISALUD y b)- toda vez que se publique o presente el trabajo debe mencionarse en forma clara la institución de base en la que fue realizado (Universidad ISALUD) y carrera (Lic. En Nutrición). Se requerirá de una autorización especial por escrito en el caso de que sea necesario utilizar el logo de la Universidad ISALUD para tal fin.

Buenos Aires, de de 20....

Derechos para la publicación del trabajo final integrador

En calidad de autor del Trabajo Final Integrador (TFI) denominado:

“
.....
.....
.....”

Certifico que he contribuido al contenido intelectual de este trabajo, ya sea en la concepción del diseño, análisis e interpretación de los datos, y en la redacción y revisión crítica del mismo, por lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él como autor.

En el caso que yo elija publicar el trabajo por mis propios medios, queda vedada cualquier reproducción, total o parcial, en cualquier parte o medio de divulgación, impresa o electrónica, sin solicitar previamente autorización a la Universidad ISALUD.

Declaro que, desde la concepción del trabajo de investigación y al concluirlo, en consecuencia, como TFI para obtener el título de licenciado en Nutrición, debo declarar siempre como filiación a la Universidad ISALUD en cualquier publicación que se haga de la investigación (Revistas, Congresos, Boletines de Nutrición, etc.).

Nombre completo del Autor/Alumno:.....

Firma:.....

DNI:.....
postal:.....

Dirección

E-mail de contacto: