

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Lucía Ayelen Brustolon

**ADHERENCIA A LA DIETA MIND ASOCIADA AL
ENLENTECIMIENTO DEL DETERIORO COGNITIVO EN
MAYORES DE 45 AÑOS EN CABA EN 2023**

2023

Tutora: Lic. Paula Mizrahi

Citar como: Brustolon LA. Adherencia a la dieta Mind asociada al enlentecimiento del deterioro cognitivo en mayores de 45 años en CABA en 2023. [Trabajo Final de Grado]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2023. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/653>

RESUMEN

Dieta MIND y enlentecimiento del deterioro cognitivo.

Autor: Lucia Brustolon

Mail: lubrustolon@gmail.com

Universidad: Isalud

Introducción: El deterioro cognitivo es una de las causas primordiales de dependencia y discapacidad en las personas adultas mayores, hay más de 46 millones de personas con demencia en todo el mundo. No existe una cura para la progresión de la enfermedad, ni los síntomas. La dieta MIND se asoció con un menor riesgo de demencia y deterioro cognitivo.

Objetivo: Identificar el consumo de alimentos establecidos en dieta MIND en personas mayores de 45 años de edad que residan en CABA en 2023

Metodología: Estudio descriptivo transversal y observacional, no experimental muestreo no probabilístico por bola de nieve. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario online de elaboración propia no validado y un cuestionario validado Porciones y puntuación de los componentes de dieta MIND. El análisis de los datos fue realizado con el software Microsoft Excel.

Resultados: Se obtuvieron un total de 83 respuestas, El 92,77% de la población estudiada, obtuvo menos del puntaje de cumplimiento de la dieta MIND que se necesita para enlentecer el deterioro cognitivo.

Conclusión: La mayoría de la personas no logran consumir las cantidades de alimentos específicos de la dieta MIND y por esto es una población más propensa a sufrir deterioro cognitivo.

Palabras clave: Dieta MIND, deterioro cognitivo.

ABSTRACT

MIND diet and slowing cognitive decline.

Author: Lucia Brustolon

Mail: lubrustolon@gmail.com

University: Isalud

Introduction: Cognitive impairment is one of the primary causes of dependency and disability in older adults; there are more than 46 million people with dementia worldwide. There is no cure for the progression of the disease, nor the symptoms. The MIND diet was associated with a lower risk of dementia and cognitive decline.

Objective: To identify the consumption of foods established in the Mind diet in people over 45 years of age residing in CABA in 2023

Methodology: Descriptive, cross-sectional and observational, non-experimental study, non-probabilistic snowball sampling. The data collection instrument was a non-validated self-developed online questionnaire and a validated questionnaire MIND diet component servings and scoring. Data analysis was performed using Microsoft Excel software.

Results: A total of 83 responses were obtained, 92.77% of the studied population obtained less than the compliance score of the MIND diet that is needed to slow cognitive decline.

Conclusion: Most people do not manage to consume the specific amounts of foods on the MIND diet and therefore are more likely to suffer from cognitive impairment.

Key words: MIND diet, cognitive impairment.

AGRADECIMIENTOS

A mi pareja, gracias Lea por el apoyo, ayuda, y compañía.

Gracias a la Lic. Paula Mizrahi por el respeto, la paciencia y dedicación para corregir y guiarme en la realización de este trabajo.

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	MARCO CONCEPTUAL Y ESTADO DEL ARTE	2
2.1	CAMBIOS FISIOLÓGICOS	2
2.2	CLASIFICACIÓN	3
2.3	REQUERIMIENTOS	6
2.4	DIETA MIND	9
2.5	DIETA DASH	10
2.6	DIETA MEDITERRÁNEA	11
3.	PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
	Pregunta Problema	12
	Objetivo general	12
	Objetivos específicos	12
	Viabilidad.....	12
4.	MATERIALES Y MÉTODOS	13
4.1.1	Diseño enfoque y alcance de Investigación	13
4.1.2	Criterios de inclusión	13
4.1.3	Criterios de exclusión.....	13
4.1.4	Criterios de eliminación	13
4.2	OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	14
4.3	Procedimiento de recolección de datos	17
4.4	Instrumentos.....	17
4.5	Cronograma de actividades	18
4.6	Análisis estadístico.....	19
5.	RESULTADOS	20
6.	DISCUSIÓN	26
7.	CONCLUSIÓN	28
8.	RECOMENDACIONES	28
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo es una de las causas primordiales de dependencia y discapacidad en las personas adultas mayores, disminuye sus habilidades para trabajar y relacionarse socialmente, tiene un impacto negativo en la calidad de vida en el afectado y también en sus familiares. Al necesitar de más atención y cuidados, aumentan los costos y recursos sanitarios. (1) Se estima que al retrasar la aparición de la enfermedad en 5 años reducirá el costo y la prevalencia a la mitad. (2)

Actualmente hay más de 46 millones de personas con demencia en todo el mundo, según previsiones, en 2050 esta cifra aumentará hasta los 131,5 millones. (1) En 2012 la Organización Panamericana de salud (OPS) la declaró prioridad de salud pública. (1)

El envejecimiento no implica necesariamente la aparición de demencia. (3) Los factores ambientales que pueden ser modificados, tienen una mayor influencia en el desarrollo de la enfermedad que los factores genéticos. Dentro de los factores modificables están, estilo de vida, como la inactividad física, el consumo de tabaco, la alimentación poco saludable y el consumo nocivo de alcohol. Así también la hipertensión, la diabetes, la hipocolesterolemia, la obesidad y la depresión. (3) Actualmente no existe una cura, ni terapias para mejorar la progresión de la enfermedad y los síntomas, se debe pensar en estrategias preventivas con intervenciones que enlentescan el deterioro cognitivo y la demencia. (3,4) Es importante considerar la atención primaria, intervenir en la persona sana, educación alimentaria de dieta MIND (4,5)

La dieta MIND (Mediterranean-DASH Diet Intervention for Neurodegenerative Delay) se asoció al retraso del deterioro cognitivo (5,6) Esta dieta destaca nutrientes como de folato, vitamina E, carotenoides y flavonoides, incluye 10 grupos de alimentos (vegetales de hojas verdes, otras verduras, nueces, frutos rojos, porotos, granos integrales, mariscos, aves, aceite de oliva y vino) asociados con un menor riesgo de demencia y deterioro cognitivo por ofrecer un efecto neuroprotector del cerebro (5, 6)

El propósito de este trabajo será identificar “barreras” y visibilizar el cumplimiento de la dieta MIND en personas de más de 45 años que residan en CABA.

MARCO CONCEPTUAL Y ESTADO DEL ARTE

Por convención, una persona mayor es la que tiene entre 60 y 65 años, pero según la legislación de cada país puede variar.(3,7)El envejecimiento, es un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación físicas y/o mentales de forma progresiva (8) Está asociado con la acumulación de daños moleculares y celulares (9,10), que con el tiempo, disminuyen gradualmente las reservas fisiológicas, incrementando el riesgo de padecer patologías asociadas con el envejecimiento como enfermedades cardiovasculares , cáncer, enfermedades neurodegenerativas y trastornos cardiovasculares entre otros. (8,9)

2.1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS

Dentro de los cambios fisiológicos que se producirán a lo largo de esta etapa de la vida se distinguen, modificaciones en los tejidos dentarios, paradentarios, mucosas y submucosas de la cavidad bucal, en los tejidos musculares que forman parte de esta, el tejido óseo y glándulas salivales, que contribuyen a la formación de una capa espesa de mucosa que promueve la formación de caries denominado como potencial criogénico. (11,12) Hay una disminución de la sensibilidad gustativa. La presencia de placa bacteriana y sarro conducen a una inflamación gingival y pérdida de hueso dental fenómeno conocido como reabsorción dental.(11,12)

En el tracto digestivo, debido a la relajación de los músculos del diafragma se puede producir una hernia hiatal. Se producen cambios en la mucosa estomacal que favorecen a padecer una gastritis atrófica, disminuyendo los jugos digestivos, y la formación de factor intrínseco, afectando la digestión y absorción de hierro, vitamina b12, fósforo y calcio.(11,13) Las enzimas pancreáticas disminuyen su producción, puede haber menor tolerancia en absorción de péptidos y disacáridos en el intestino delgado. Se produce atrofia de la mucosa del intestino grueso, y reducción de motilidad del colon, por esto suele aparecer estreñimiento.(11)

Se produce una disminución de peso del hígado, aumenta el tejido fibroso y se producen cambios a nivel citoplasmático que afectan a la metabolización de medicamentos, también se ven alterados la secreción de bilis, síntesis de proteínas, formación enzimática y metabolismo lipoproteico. La sensibilidad de la vesícula biliar, al estímulo de colecistocinina, disminuye, provocando que esta se contraiga más tarde que la de la gente joven. Predispone a la formación de cálculos biliares. (11)

La estructura del colon se deforma, las fibras de colágeno pierden flexibilidad y reducen su tamaño aumentando la probabilidad de divertículos en la pared de este. El sedentarismo y la falta de

consumo de agua y de fibra en la dieta son habituales en la vejez y predisponen a tener estreñimiento. Suele presentarse pérdida de gusto y olfato. (11)

La pérdida de masa muscular, denominada sarcopenia y una reducción de la excreción de creatinina y 3-metil-histidina que son generalmente acompañadas por un aumento del tejido graso de hasta un 30% a los 90 años. Se disminuye la estatura aproximadamente 3 cm en hombres y 5 cm en mujeres anualmente, debido principalmente a la reducción de la altura de los discos intervertebrales. (11-14)

La piel experimenta diferentes grados de atrofia y se disminuye el grosor de la epidermis. Además pueden presentarse condiciones como queratosis seborreica, angiomas de cabeza y la piel tiende a volverse seca y escamosa, sumado a aparición de arrugas y manchas en la piel. (11)

2.2 CLASIFICACIÓN

Se clasifica en primario/intrínseco, es el proceso o conjunto de procesos responsables de la serie de cambios que se observan en las personas a medida que envejecen, independientemente de la presencia de enfermedades.(15) Su investigación se centra en los mecanismos moleculares, genéticos y celulares implicados en el proceso de envejecimiento que, bien expresados, son las condiciones de lo que se conoce como "envejecimiento exitoso"(15,16) Rowe definió el envejecimiento exitoso como la capacidad de mantener un bajo riesgo de enfermedad, altos niveles de actividad física y mental y un fuerte compromiso con la vida mediante el mantenimiento de relaciones y la participación en actividades significativas. (8, 16).

O secundario es un fenómeno que ocurre cuando un organismo está sujeto a fenómenos aleatorios y selectivos a lo largo de su vida e interactúa con los mecanismos y cambios típicos del envejecimiento primario para producir un "envejecimiento habitual"(15).Los principales elementos que caracterizan este proceso de envejecimiento secundario abarcan las condiciones de salud crónicas y las modificaciones adaptativas requeridas para preservar la estabilidad del entorno interno.(15)

A finales de la década del 90 la OMS adoptó el concepto de "envejecimiento activo" con el propósito de comunicar una idea más abarcadora que la del "envejecimiento saludable" y de reconocer los factores que, además de la atención médica, influyen la forma en que las personas y las comunidades envejecen (7).

Envejecimiento saludable, en el informe mundial contra el envejecimiento y la salud se define como "el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez" (9)

Por lo tanto se podrá obtener con estilos de vida y hábitos saludables desde temprana edad y previniendo tempranamente algunas enfermedades y discapacidades (9). La capacidad funcional incluye características relacionadas con la salud que permiten a las personas poder ser y hacer lo que es importante para ellas. Está conformado por la habilidad de la persona, las particularidades del entorno que influyen en dicha habilidad y las conexiones y relaciones entre la persona y esas características del entorno, el cual engloba todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida, como el hogar, la comunidad y la sociedad en general (9). La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable se basa en diez años de acción concertada, catalizadora y de colaboración para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven.(17)

Envejecimiento activo, es un proceso orientado a maximizar las posibilidades de bienestar en términos de salud, participación y seguridad, con el propósito de elevar la calidad de vida durante el proceso de envejecimiento (7). Se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento basado en las necesidades (7)

La demencia es un síndrome caracterizado por una disminución del nivel cognitivo, provoca el deterioro de la memoria, el pensamiento, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades cotidianas.(3) No todas las personas con este síndrome tienen los mismos síntomas, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad de la persona antes de vivir con la demencia (3)

Se clasifica según etiología en primaria o secundaria.(3)

Dentro de las demencias primarias, se incluye, la demencia debida a la enfermedad de Alzheimer, destruye las células cerebrales y los nervios interrumpiendo los transmisores que llevan mensajes en el cerebro sobre todo los responsables de almacenar recuerdos. La edad de diagnóstico por lo general es 60 años. Representa un 60 a 70% de los casos de demencia(3,18)

La demencia vascular, representa un 20% a 30% de todos los casos de demencia. Cuando los vasos sanguíneos están deteriorados, hay una disminución del volumen de oxígeno que llega al cerebro y como consecuencia las células mueren. Los síntomas se pueden ver reflejados en la inmediatez o a lo largo del tiempo. La edad de diagnóstico por lo general es después de los 65 años. (3,18)

La demencia con cuerpos de Lewy, ocurre cuando los depósitos de la proteína alfa-sinucleína, denominados cuerpo de Lewy, se acumulan en áreas del cerebro que abarcan el pensamiento, la memoria y el movimiento. Se acumulan dentro de las neuronas en el cerebro y hacen que no

funcionen bien y que mueran con el tiempo. Representan un 10% de todos los casos de demencia. La edad de diagnóstico por lo general es a partir de los 50 años. (3,18,19)

La demencia frontotemporal , se acumulan en las neuronas en los lóbulos frontal y temporal cantidades o formas anormales de proteínas tau y tdp-43. Es una forma menos común aunque relativamente más frecuente antes de la vejez. La edad de diagnóstico por lo general es 45 a 64 años. (3, 20,21)

También existe la demencia con características de más de un tipo, especialmente en adultos mayores.(3) Los síntomas pueden ser parecidos entre los diferentes tipos de demencia y algunas personas tienen más de una forma de demencia, esto puede dificultar un diagnóstico preciso.(3)

Demencias secundarias son consecuencia de otra enfermedad, como la infección por la deficiencia de vitamina B12, la infección por el VIH, la esclerosis múltiple, los traumatismos craneoencefálicos, los trastornos tiroideos .En estas, el deterioro cognitivo suele ir acompañado de síntomas y signos en otros sistemas u órganos del cuerpo y el tratamiento se centra en la enfermedad subyacente. (3)

En cuanto a los estadios de la demencia se clasifican en leves, moderados y graves. (1)

Demencia leve: Podría ser una señal temprana del Alzheimer, pero es importante aclarar que no todos las personas que tengan demencia leve desarrollarán dicha enfermedad. La persona aún puede cuidar de sí misma y realizar sus actividades normales, pero ha notado un deterioro de su memoria, para acontecimientos recientes. Por ejemplo, se pueden olvidar de quien los visitó el día anterior o si se tomaron o no una medicación. También pueden enfrentar dificultades para mantener la concentración, pensar de una manera fluida, planificar y tomar decisiones. Es probable que se sientan desconcertados, inquietos y tristes. Pueden enojarse y ponerse a la defensiva cuando les señalan sus errores. (1) La prevalencia de deterioro cognitivo leve aumenta con la edad, siendo 10% en individuos de 70 a 79 años y 25% en aquellos con 80 a 89 años (23). Diversos estudios han mostrado que los sujetos con DCL tienen una mortalidad mayor que los sujetos cognitivamente normales (22,23) En nuestro país no se ha realizado estudios poblacionales de incidencia o prevalencia de DCL (23)

Demencia moderada: los problemas de memoria son graves. Los recuerdos antiguos, únicamente son los que conservan. Los eventos que ocurrieron más recientemente, no los recuerdan o los olvidan rápido. Puede que no sepan qué día o qué hora es. No suelen saber dónde están. Experimentan dificultades para comunicarse de manera clara, tienen problemas para encontrar las

palabras adecuadas y utilizan palabras inapropiadas. Pueden tener alucinaciones auditivas o visuales y desarrollar creencias irreales. También pueden manifestar agitación, tristeza, confusión y en algunos casos volverse agresivos. (1)

Demencia grave: la pérdida de memoria es completa. No reconoce a sus familiares. Experimentan dificultades graves para hablar y comunicarse. Pueden mostrar apatía y estar completamente inactivos, pero en ocasiones están nerviosos y pueden mostrar agresión verbal y/o física. La coordinación de movimientos físicos está deteriorada; es posible que hayan perdido la capacidad de caminar y comer, enfrentan dificultades para tragar. También puede sufrir de incontinencia (1)

2.3 REQUERIMIENTOS

Los requerimientos nutricionales del adulto mayor cambian.

La tasa metabólica en reposo disminuye de 1% a 2% por década después de los 20 años de edad. Hasta el 50 % del peso corporal total en adultos jóvenes pertenece a la masa muscular magra, que disminuye con el envejecimiento hasta el 25 % a partir de 75 a 80 años edad (24). Esta disminución, generalmente va acompañada de un aumento de masa grasa corporal sin una variación significativa en el peso corporal total. (24) En las personas mayores enfermas, los requisitos de energía pueden reducirse debido a la reducción de la actividad física, pero también pueden aumentar por los efectos de la enfermedad. Las necesidades mínimas de las personas mayores enfermas son aproximadamente 27 y 30 kcal/kg. (24) Se recomienda 30 kcal/kg de peso corporal como estimación aproximada para las necesidades energéticas de las personas mayores. Teniendo en cuenta además un ajuste individual en cada caso por factores como sexo, estado nutricional, actividad física y condición clínica (24)

Carbohidratos, se recomienda la misma distribución que en adulto 50-55% del aporte energético total. (25)

Proteínas, La sarcopenia, que empieza después de los 40 años de edad con una disminución de fuerza aproximadamente del 1% al año, que se incrementa cada año de vida.(24) La debilidad muscular, dada por la disminución de la fuerza muscular, puede provocar caídas que como en el adulto mayor, que es propenso a la pérdida de masa ósea, osteoporosis, aumenta el riesgo de fracturas especialmente de cadera que conllevan a reducción de movilidad, pérdida de independencia y reducción de la calidad y la esperanza de vida (24) Las necesidades proteicas aumentan 1% por cada disminución de 100 kcal de la ingesta energética por debajo de 2.000 kcal

diarias. Los requerimientos mínimos son 25 g a 30 g de proteínas por comida o 15 g de aminoácidos esenciales que sí están repartidos a lo largo de las diferentes comidas y si son de alto valor biológico (proteínas de origen animal) favorecen la síntesis proteica. (Requerimiento 1,2g/kg/día) (26)

Varios estudios indican que la ingesta proteica de 1,0-1,5 g/kg/día podría beneficiar la salud en el adulto mayor (25, 27, 28,29)

Grasas, Dentro de este grupo se encuentran los ácidos grasos, que pueden ser saturados, trans, poliinsaturados y monoinsaturados; colesterol TAG HDL y LDL. Las funciones que cumplen en el organismo están relacionadas con almacenamiento de energía, señalización molecular y son componentes estructurales de membranas. Aunque la mayoría de los lípidos puede ser sintetizados por el organismo, como excepción los PUFA, ácido Linolénico, aportado por el consumo de aceites de semillas de lino, nueces y soja, nueces, semillas, cereales integrales y mariscos, Linoleico, aportado por consumo de aceites vegetales. (30) La recomendación según OPS para adultos mayores con un estilo de vida sedentario, es de 30% del valor calórico diario y para las que llevan un estilo de vida activo aumenta a un 35%. La ingesta de grasas saturadas debe moderarse y no exceder de 8% de la energía. (31)

Líquidos, en el adulto mayor se disminuye la proporción de líquido extracelular e intracelular, sumado a esto el uso de fármacos como diuréticos aumentan estas pérdidas. Disminuye la sensación de sed, que es uno de los sistemas compensatorios para evitar deshidratación. La alteración de los líquidos y electrolitos se da en la mayoría de los casos por el bajo consumo de agua, lo que genera una menor ingesta de líquidos y una tendencia renal a una menor retención de agua (36) hay una disminución de la sensación de sed, que puede disminuir la ingesta de líquido, sumado a consumo de medicamentos como diuréticos que provocan pérdidas de líquido, pueden llevar a una deshidratación. La Ingestas Dietéticas de Referencia (IDR) para los adultos mayores es de 30 ml/kg (32,33)

Fibra, su consumo se vio disminuido en el adulto mayor por la pérdida de piezas dentarias y su dificultad de masticación sumada a molestias gastrointestinales por disminución de la motilidad del intestino que a su vez favorece el estreñimiento. IDR 20g – 30g /kg/día(32,33)

Sodio, en la vejez hay un aumento de padecer hipertensión arterial alta(HTA), y enfermedades cardiovasculares, y circulatorias en las cuales se indica una dieta hiposódica, con menor aporte de sodio que los recomendados. Recomendación sal (cloruro sódico) menos de 6g/día. (32,33)

Azúcares, cabe aclarar que la OMS considera azúcares libres como los azúcares añadidos (refinados o sin refinar) a los alimentos por los fabricantes, los cocineros o los consumidores. Los azúcares presentes de forma natural en la miel, los jarabes y los jugos de fruta. Los azúcares presentes de forma natural en los purés de fruta. Anteriormente la OMS recomendaba que el consumo de azúcares debiera ser menos del 10% de la ingesta calórica total diaria. En el nuevo proyecto de directrices sobre las azúcares, se formula la misma recomendación, pero además se indica que si la ingesta calórica total diaria se reduce a menos del 5%(equivale a unos 25 gramos al día aproximadamente) se obtendrán beneficios adicionales. (34)

Vitamina D, puede ser sintetizada por la ingesta de alimentos que la contengan (vitamina D2) o bien sintetizada por la exposición al sol (vitamina d3) Una de sus funciones más importantes es regular la concentración sérica de fósforo y calcio. (33, 35,36) En el adulto mayor hay una reducción de la capacidad de la piel para producir vitamina D, es por esto que mayoritariamente sólo podrán adquirirla de los alimentos que consuman o como suplemento. (33, 35,36) La vitamina D promueve la absorción de calcio ayuda a controlar los niveles fosfato en sangre y son factores protectores contra la osteoporosis. Se recomienda un nivel entre 30 y 50 ng/mL y su recomendación diaria en adulto mayor aumenta hasta un mínimo de 800 mg/día (33, 35,36)

Vitamina B12 no existen pruebas de que los requerimientos de vitamina B12 cambien con la edad, la recomendación es de 2,5 µg/día (31) Vitamina k una ingesta de 60–90 mg/día constituye un aporte adecuado para personas mayores (31)

Nutrientes antioxidantes, vitamina E tocoferoles, según OPS, Se ha observado que 100–400 UI/día reducen la enfermedad cardiovascular recurrente (31) Los estudios epidemiológicos prospectivos de vitamina E proveniente de alimentos muestra asociaciones inversas estadísticamente significativas con demencia y EA incidentes, y con deterioro cognitivo. Rotterdam) vitamina C Los requerimientos son los mismos que para la gente joven; una ingesta de 60–100 µg/día parece ser adecuada.(31) carotenoides proveniente por ejemplo de alimentos como el maíz y los huevos y flavonoides (30)

Calcio, la recomendación de consumo para hombres de 50 a 70 años es de 1.000 mg/día, para las mujeres a partir de los 51 años y hombres a partir de los 71 es de 1.200 mg/día (37)

Las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) son una herramienta para la adopción de hábitos saludables. Están destinadas a la población argentina mayor a dos años. Cuentan con 10 mensajes de alimentación saludable y una gráfica donde se visualiza los grupos de alimentos que se deben consumir a lo largo del día y su proporción. (Ver en ANEXO 2)

Fueron creadas con el objetivo de garantizar el derecho a una alimentación saludable y disminuir la prevalencia de enfermedades no transmisibles relacionadas a la alimentación. (38)

Para que una alimentación sea saludable, debe ser suficiente, completa, equilibrada, variada e inocua. Cubrir las necesidades energéticas de la persona, aportar macro y micronutrientes, agua y fibra. Incluir variedad de alimentos, evitando tanto la carencia como el exceso de estos. Una dieta saludable protege de padecer malnutrición por déficit o por exceso, también puede prevenir enfermedades crónicas no transmisibles. (52)

2.4 DIETA MIND

Dieta Mind, inter tervention for neurodegenerative delay, en español intervención mediterránea-Dash para el retraso neurodegenerativo, combina alimentos de la dieta Dash y dieta Mediterránea. La dieta MIND abarca 10 grupos de alimentos saludables para el cerebro (vegetales de hojas verdes, otros vegetales, nueces, bayas (moras arándanos,frutillas),porotos, granos integrales, mariscos, aves, aceite de oliva y vino) y 5 grupos de alimentos no saludables (carnes rojas, manteca y margarina en barra) , quesos, bollería y dulces, y frituras/comida rápida). El consumo de aceite de oliva.(5,40) La dieta MIND al igual que la dieta DASH y la dieta mediterránea se basa en el consumo de alimentos naturales de origen vegetal y la ingesta limitada de alimentos de origen animal y con alto contenido de grasas saturadas. Lo que la diferencia es el consumo de bayas y vegetales de hojas verdes, y no incluye un alto consumo de frutas como las otras dos. Otra distinción para destacar es que a diferencia de la dieta DASH, no incluye alto consumo de lácteos. Y a diferencia de la dieta Mediterránea no incluye más de 1 comida de pescado por semana o alto consumo de papas. (5,40) Según un estudio el aceite de oliva tiene polifenoles que aportan a la protección de los lípidos sanguíneos frente al estrés oxidativo (39) Los aceites vegetales, las nueces y los cereales integrales, son fuentes de vitamina E neuroprotección del cerebro. (5, 40,42) según

estudios los vegetales de hojas verdes, fuentes de folato, vitamina E, carotenoides y flavonoides, nutrientes que se han relacionado con un menor riesgo de demencia y deterioro cognitivo. (5, 40) La dieta MIND se asoció positiva y estadísticamente significativa con una tasa más lenta de deterioro cognitivo. El estudio de cohorte publicado en el 2012 demostró que el consumo de bayas puede retrasar el envejecimiento cognitivo en aproximadamente 1,25 a 1,2 años. (41) Un estudio de cohorte prospectivo realizado en Chicago evidenció que el alto consumo de vegetales se puede asociar a una disminución más gradual de la capacidad cognitiva (43) Un estudio de cohorte de tres años de duración, demostró que un consumo bajo en legumbres y verduras se asocia con el deterioro cognitivo. (42) No se han encontrado beneficios de las frutas, una explicación a esto podría ser su contenido de carbohidratos. (18) Según estudios que incluyen hasta 30 años de seguimiento se observó en personas de más de 65 años, que el consumo de cereales tiene una relación inversa a la prevalencia de la enfermedad Alzheimer. (2) El aceite de oliva extra virgen, tiene niveles altos de ácidos grasos monoinsaturados (MUFA) y compuestos polifenólicos, los cuales tienen propiedades antioxidantes. Estos compuestos pueden influir en la estructura y función de la membrana neuronal. (2) Según un estudio, el consumo habitual de aceite de oliva independientemente de otros hábitos alimentarios, retrasó el deterioro cognitivo en la memoria visual y la fluidez verbal. (44) En cuanto al vino, se asoció que el consumo de alcohol moderado y controlado, puede actuar preventivamente contra la isquemia, aumentar niveles de colesterol HDL y aumentar la liberación de acetilcolina en el hipocampo, el cual beneficia a las funciones de memoria dando protección para la demencia tipo Alzheimer. (2)

2.5 DIETA DASH

Dieta Dash, Dietary Approaches to Stop Hypertension en español, enfoques Alimenticios para Detener la Hipertensión. Esta dieta se creó con el objetivo de reducir la presión arterial alta y paralelamente como resultado de esta, permite el descenso de peso saludable. (45,47) Incluye alimentos ricos en calcio, potasio, magnesio, fibra, proteínas, y un consumo moderado de sal (IDR 2,300 miligramos (mg) o 1,500 mg de sal (sodio) al día) Un aporte elevado de vegetales y frutas sin almidón, aporte moderado de alimentos lácteos sin grasa o con un bajo contenido de ella (quesos, leches, yogures, en versiones descremadas, semi descremados o parcialmente descremados), granos integrales, carnes magras, aves, pescados, legumbres, alimentos de soja,

huevo, nueces, semillas y palta. Aceites de oliva, canola. (46,47) Se enfoca en restringir el consumo de sodio a máximo 2,300 mg/día (45)

2.6 DIETA MEDITERRÁNEA

El nombre de esta dieta se debe a que se fundamenta en la alimentación y los ingredientes consumidos en las cocinas tradicionales de regiones como Grecia, Italia y otros países que rodean al mar Mediterráneo. (48) La adhesión a esta dieta Mediterránea puede tener múltiples beneficios para la salud, disminuir niveles elevados de azúcar en sangre, disminuir colesterol LDL y total y triglicéridos en sangre, lo que conlleva a disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas. (48) Esta dieta se basa en sustituir carne roja por pollo, pescado o mariscos, consumo mayoritariamente de granos enteros, frutas y verduras frescas, nueces y legumbres, alimentos ricos en fibra. El aceite de oliva es la principal fuente de grasa. También incluye consumo moderado de vino. (48) La dieta Mediterránea disminuye la probabilidad de recaída y la tasa de mortalidad en casos de síndromes coronarios agudos y otros trastornos relacionados con el corazón (50) El estudio PREDIMED,(prevención con dieta mediterránea) demostró, que el consumo de esta dieta puede reducir un 30% la incidencia de enfermedades cardiovasculares, así como prevenir el síndrome metabólico, la diabetes y el deterioro cognitivo. (51)

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Pregunta Problema

¿Cumplen las personas de más de 45 años que viven en CABA la dieta MIND?

Objetivo general

Identificar el consumo de alimentos establecidos en dieta MIND en personas mayores de 45 años de edad que residan en CABA en 2023.

Objetivos específicos

- Indagar adecuación consumo dieta MIND en personas mayores de 45 años en Argentina
- Detectar barreras para realizar dieta MIND perseguidas por esa población
- Analizar el rol de la Dieta MIND en el enlentecimiento del avance del deterioro cognitivo

Viabilidad

Este estudio se considera viable, debido al acceso a la población encuestada.

MATERIALES Y MÉTODOS

4.1.1 Diseño enfoque y alcance de Investigación

Este estudio es descriptivo de corte transversal prospectivo, cuantitativo y observacional. Muestra por conveniencia del investigador, de tipo no probabilístico por bola de nieve. La realización del mismo fue entre el mes de marzo hasta noviembre del año 2023.

4.1.2 Criterios de inclusión

Personas de más de 45 años de edad que residan en CABA, que puedan contestar la encuesta.

4.1.3 Criterios de exclusión

Personas que tengan enfermedades las cuales impidan responder el cuestionario. Personas que su alimentación sea por vía enteral o parenteral.

4.1.4 Criterios de eliminación

Abandono de encuesta

4.2 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1. Operalización de las variables utilizadas en el trabajo de investigación

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	CATEGORIA	CLASIFICACION	TECNICA/INSTRUMENTO
Socio demográfico	Edad	El lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia	Edad cumplida a la fecha.	45 a 55 años 56 a 66 años 67 a 77 años 78 a 88 años más de 89 años	Privada Cuantitativa Policotómica Continua	Cuestionario no validado de elaboración propia
Socio demográfico	Lugar de residencia	Lugar físico donde una persona habita de manera permanente o temporal	ciudad en la que habita	CABA AMBA Interior del país	Privada Cualitativa Nominal	Cuestionario no validado de elaboración propia
Socio demográfico	Sexo biológico	Condición orgánica que distingue a los masculinos de las femeninas.	Sexo biológico	Masculino Femenino	Privada Cualitativa Dicotómica Nominal	Cuestionario no validado de elaboración propia
Educación	Nivel educativo	Nivel más alto de educación completado	Máximo nivel educativo completo alcanzado	Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado	Privada Cualitativa Ordinal	Cuestionario no validado de elaboración propia

Composición del hogar	Número de personas con las que vive	número de personas con las que convive regularmente	cantidad de personas con quien vive	solo 1 2 3 o más	Privada Cuantitativa Discreta	Cuestionario no validado de elaboración propia
Composición del hogar	Ingresos económicos del hogar	De donde proviene el dinero que ingresa al hogar para necesidades y gastos	fuentes de ingresos del hogar	Trabajo por cuenta propia Trabajo en relación de dependencia Pensiones Subsidios y prestaciones de desempleo Prestaciones por hijo/a a cargo Otros subsidios y prestaciones sociales regulares Rentas de la propiedad y del capital (alquileres, dividendos, intereses, etc) Otros ingresos	Privada Cualitativa Nominal	Cuestionario no validado de elaboración propia

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	CATEGORIA	CLASIFICACION	TECNICA/INSTRUMENTO
Estado de salud	Enfermedades crónicas diagnosticadas	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa	Enfermedades diagnosticadas	HTA Diabetes Obesidad Enfermedad renal Enfermedad de tiroides Otras Ninguna	Privada Cualitativa Nominal	Cuestionario no validado de elaboración propia
Estado de salud	Problemas masticatorios	Dificultad para masticar los alimentos	Dificultad para masticar los alimentos	Si No	Privada Cualitativa Dicotómica	Cuestionario no validado de elaboración propia
Estado de salud	Toma de medicamentos	Admisión de medicamentos para prevenir o tratar o aliviar una enfermedad	Toma alguna medicación	Si No	Privada Cualitativa Dicotómica	Cuestionario no validado de elaboración propia
Estado de salud	cual medicación toma	Nombre de la medicación que consume	cual medicación consume	Otra		Cuestionario no validado de elaboración propia
Estado de salud	Dejó de consumir algún alimento por la medicación que toma	Evito consumir un alimento como consecuencia tomar medicación	Dejo de consumir algún alimento por tomar una medicación	Si No	Privada Cualitativa Dicotómica	Cuestionario no validado de elaboración propia
Estado de salud	Alimentos que dejó de consumir como consecuencia de tomar medicación	Alimentos que dejó de consumir por tomar una medicación	Cuales alimentos dejó de consumir por tomar una medicación	Otra		Cuestionario no validado de elaboración propia
Estado de salud	Consumo de suplementos de vitaminas	Producto que en su composición contiene únicamente vitaminas y/o minerales, indicados para prevenir o tratar insuficiencias de estas.	Toma suplementos de vitaminas cuales	Si No	Privada Cualitativa Dicotómica	Cuestionario no validado de elaboración propia
Estado de salud	Alergia alimentaria	Respuesta inmunitaria anormal debido a la exposición de un alimento (OMS)	Tiene alergia a algún alimento	Si No	Privada Cualitativa Dicotómica	Cuestionario no validado de elaboración propia

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	CATEGORIA	CLASIFICACION	TECNICA/INSTRUMENTO
Estado de salud	Intolerancia alimentaria	Incapacidad de digerir y metabolizar cierto alimento	Tiene intolerancia a algún alimento	Si No	Privada Cualitativa Dicotómica	Cuestionario no validado de elaboración propia
Hábitos alimentarios	Realización de dieta o régimen	Alimentación metódica basada en el uso preferente de algunos alimentos o en la exclusión de otros	Realización de dieta o régimen durante los últimos 3 meses	Si No	Privada Cualitativa Dicotómica	Cuestionario no validado de elaboración propia
Hábitos alimentarios	Recomendación de dieta	Persona, profesional u otro quien recomendó a dieta	Quien se la recomendó	Médico Nutricionista Otro profesional Familiar o amigo Televisión, redes sociales, revistas o libros Nadie	Privada Cualitativa Nominal	Cuestionario no validado de elaboración propia
Hábitos alimentarios	Comidas habituales	Tiempo de comida que consume habitualmente	Desayuno Media mañana Almuerzo Merienda Cena Comer entre horas sin ser las anteriores	Si No	Privada Cualitativa Dicotómica	Cuestionario no validado de elaboración propia
Hábitos alimentarios	Lugar donde come	Lugar donde se consume las dos comidas principales	Hogar Casa de comidas rápidas Delivery Restaurante Cafetería	Nunca Anual Mensual Semanal Diaria	Privada Cualitativa Ordinal	Cuestionario no validado de elaboración propia
Dieta MIND	Consumo de verduras	Col rizada, coles, verduras; espinaca lechuga/ensalada mixta	Frecuencia de consumo semanal	≤ 2 porciones por semana >2 a 6 veces por semana ≥6porciones/sem	Privada Cualitativa Ordinal	Cuestionario validado

4.3 Procedimiento de recolección de datos

Se distribuyó a través de internet, correo electrónico y aplicación whatsapp con un enlace que direcciona a la encuesta de google forms, anónima. La cual se abrió para ser respondida el día 14/09/2023 y fue cerrada el 25/09/2023

4.4 Instrumentos

Se utilizó un cuestionario realizado a través de google forms (ver ANEXO 1), el cual constó de 26 preguntas de elaboración propia y 15 preguntas pertenecientes a el cuestionario validado, Porciones y puntuación de los componentes de dieta MIND o MIND diet component servings and scoring.

El cuestionario validado, consta de preguntas con opción múltiple, acerca de la frecuencia de consumo de 15 grupos de alimentos, 10 saludables y 5 no saludables, a cada opción se le asignó un puntaje que variaba entre 0, 0.5 y 1 el cual se sumó. A partir de 11 puntos se considera que la persona consume variedad y cantidad de alimentos de la dieta MIND necesarios para la disminución de la progresión del deterioro cognitivo (ver ANEXO 3)

4.5 Cronograma de actividades

Tabla 2. Diagrama de Grant de las fases de investigación

ACTIVIDAD	Marzo (Semanas)				Abril (Semanas)				Mayo (Semanas)				Junio (Semanas)				Julio (Semanas)				Agosto (Semanas)				Septiembre (Semanas)				Octubre (Semanas)				Noviembre (Semanas)							
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º				
Definición del tema, pregunta problema y objetivos																																								
Búsqueda bibliográfica																																								
Elaboración de introducción																																								
Elaboración del marco teórico y estado del arte																																								
Diseño cuestionario																																								
Salida a campo																																								
Resultados y discusión																																								
Conclusión y recomendaciones																																								

Tareas a realizar	Actividades a realizar	Tiempo meses
Revisión bibliográfica	Búsqueda bibliográfica de, dieta MIND, deterioro cognitivo y su relación	8 Meses
Planteamiento del problema y objetivos	Realización de pregunta problema y objetivos general y específicos	1 mes
Elaboración marco teórico	Realización de marco teórico y estado del arte	2 meses
Elaboración instrumentos	Diseño de cuestionario google forms 15 preguntas de cuestionario validado y 26 preguntas elaboración propia	1 mes y medio
Trabajo de campo y recolección de datos	Envío de cuestionario para ser autocompletado por la población	1 mes
Análisis de datos	Análisis de resultados, elaboración de gráficos y tablas	1 mes
Redacción de resultados	Redacción de resultados, cruce de variables	1 mes
Redacción de discusión	Redacción y elaboración de discusión contrastando con estudios similares	1 mes
Redacción de conclusión y recomendaciones	Redacción y elaboración de conclusión	1 mes

Tabla 3. Cronograma de actividades en función del tiempo

4.6 Análisis estadístico

Los cálculos utilizados para el análisis de datos se realizaron en una planilla de cálculo del software Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

Se obtuvo de la muestra un total de 101 respuestas, de las cuales se eliminaron por no cumplir con los criterios de inclusión, 2 por tener menos de 45 años de edad y 16 por no residir en CABA. La muestra final quedó conformada por 83 personas.

Características de la muestra

La muestra fue representada por un 79,52% de mujeres (n=83) y un 20,48%(n=83) de hombres.

Un 72,29%(n=83) de edad entre 45 y 55 años, un 16,87% (n=83) de entre 56 a 66 años.

En cuanto al máximo nivel de estudios alcanzado, un 53,01% (n=83) alcanzó el nivel universitario, mientras que un 28,92%(n=83) el secundario. (VER TABLA N°4)

Características Socio demográficas		N=83
Sexo	n	%
Femenino	66	79,52%
Masculino	17	20,48%
Edad	n	%
De 45 a 55 años	60	72,29%
De 56 a 66 años	14	16,87%
De 67 a 77 años	7	8,43%
De 78 a 88 años	2	2,41%
89 o más años	0	0%
Nivel de estudios alcanzado	n	%
Secundario	24	28,92%
Universitario	44	53,01%
Posgrados	13	15,66%
Ninguna de las anteriores	2	2,41%

Tabla 4 Características socio demográficas n=83

Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

El 9,63% (n= 83) de los hogares de los encuestados percibe ingresos monetarios por jubilación o pensión. 4,83% (n= 83) jubilación más otros ingresos.

El 46,98% (n= 83) por trabajo bajo dependencia, el 36,15% (n= 83) trabajo por cuenta propia y el 2,41% (n= 83) indicó que en su hogar no tienen ingresos regulares.

Un 18,07% (n=83) refiere vivir solo, un 81,93%(n=83) indica que principalmente es la persona que cocina en su hogar y un 16,87% afirma que es otra persona conviviente la que cocina. (VER TABLA N°5)

Convivientes	Persona que habitualmente cocina en el hogar						Total N=83	
	usted		un conviviente		nadie			
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	16	19,28%	2	2,41%	1	1,20%	19	22,89%
2	16	19,28%	5	6,02%	0	0%	21	25,30%
3 o más	21	25,30%	7	8,43%	0	0%	28	33,73%
Ninguna persona	15	18,07%	0	0%	0	0%	15	18,07%
Total	68	82,93%	14	16,87%	1	1,20%	83	100%

Tabla 5 Convivientes y persona encargada de cocinar en el hogar n=83
Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

Un 59,03% (n=83) indicó no poseer ninguna enfermedad y 40,97% (n=83) tener una o más enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, obesidad, enfermedad renal, enfermedades de la tiroides.

Un 50,60% (n=83) no consume ninguna medicación, del 49,40% (n=83) que si toma medicación, un 80,49% (n=41) no dejo de consumir ningún alimento a causa de esta, pero un 19,51 % (n=41) indica que si dejo de consumir uno o varios alimentos por dicha toma, de estas personas el 50% (n=8) dejo de consumir alimentos altos en sodio. (VER TABLA N°6)

Alimentos eliminados n=8				
Altos en sodio	Azúcar	Gluten	Ultra procesados	Total
50%	12,25%	12,25%	25%	100%
4	1	1	2	8

Tabla 6 Alimentos eliminados por toma de medicación n=8
Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

El 92,68%(n=41) no tiene alergias a algún alimento, el 7,32% (n=41) refirió tener alergia. En cuanto a las intolerancias alimentarias el 17,07% (n=41) afirmó poseer alguna intolerancia y un 82,93% (n=41) negó tenerla.

El 78,05%(n=41) indicó no consumir ningún suplemento vitamínico, el 21,95%(n=41) los consume.

El 87,80%(n=41) no tiene problemas masticatorios, y un 12,20% (n=41) en ocasiones dificultades para masticar.

El 65,06% (n=83) no realizó una dieta en el último trimestre, el 34,94% (n=83) afirma haberla realizado, recomendada por un nutricionista 48,28% (n=29), un médico 24,13% (n=29) y un 10,38% (n= 29) indica que nadie le ha recomendado. (VER TABLA N°7)

Quién recomendó la dieta	n=29	%
Familiar o amigo	2	6,89%
Médico	7	24,13%
Nadie	3	10,38%
Nutricionista	14	48,27%
Otro profesional	1	3,44%
Televisión, redes sociales, revistas o libros	2	6,89%
Total general	29	100%

Tabla 7 Persona que le recomendó la dieta n=29 Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

En cuanto a la percepción de la cantidad de alimento consumido un 72,29% (n=83) indico ingerir una cantidad suficiente, un 19,28%(n=83) ser mucha la cantidad y un 8,43% (n=83) poca.

El 69,88% (n=83) de la población percibe su alimentación como saludable, de este porcentaje un 22,89%(n=58) indicó que considera su dieta monótona y no variada. (VER TABLA N°8)

Alimentación saludable	Monótona	n	Variada	n	Total general	n
Si	22,89%	19	46,99%	39	69,88%	58
No	21,69%	18	8,43%	7	30,12%	25
Total general	44,58%	37	55,42%	46	100%	83

Tabla 8 Percepción de calidad de la dieta n=83

Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

Un 68,68% (n=83) modificaron la compra de alimentos durante el último mes disminuyendo la cantidad o calidad de alimentos, el 34,94%(n=83) ocasionalmente, y el 13,25%(n=83) lo hizo frecuentemente. De las personas que modificaron la compra en el último mes 70,17% (n=57) lo hizo por el precio. (VER TABLA N°9)

Modificación de compra de alimentos disminuyendo cantidad o calidad	MOTIVO						Total	n
	Precio	Mejorar alimentación	Falta apetito	Síntomas gastrointestinales	Otros	En blanco		
Frecuentemente	13,25%	1,20%		3,61%	1,20%		19,26%	16
Ocasionalmente	34,94%	1,20%	4,82%	6,02%	2,40%		49,38%	41
Nunca						31,33%	31,33%	26
Total:	48,19%	2,40%	4,82%	9,63%	3,60%	31,33%	100%	83

Tabla 9 Modificación de compra n=83

Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

Los resultados de cumplimiento de las comidas diarias,

El Desayuno, 12,05% (n=83) no lo realiza el 87,95% (n=83) si.

La colación de media mañana, 66,27% (n=83) no la realiza, el 33,73% (n=83) si.

El almuerzo, 7,23% (n=83) no lo realiza, el 92,77%(n=83) si.

La merienda 31,33%(n=83) no la realiza 68,67% (n=83) si.

La colación por la tarde, 63,86%(n=83) no la realiza, 36,14% (n=83) si.

La cena, 4,82% (n=83) no la realiza, 95,18% (n=83) si. (VER GRÁFICO N°1)

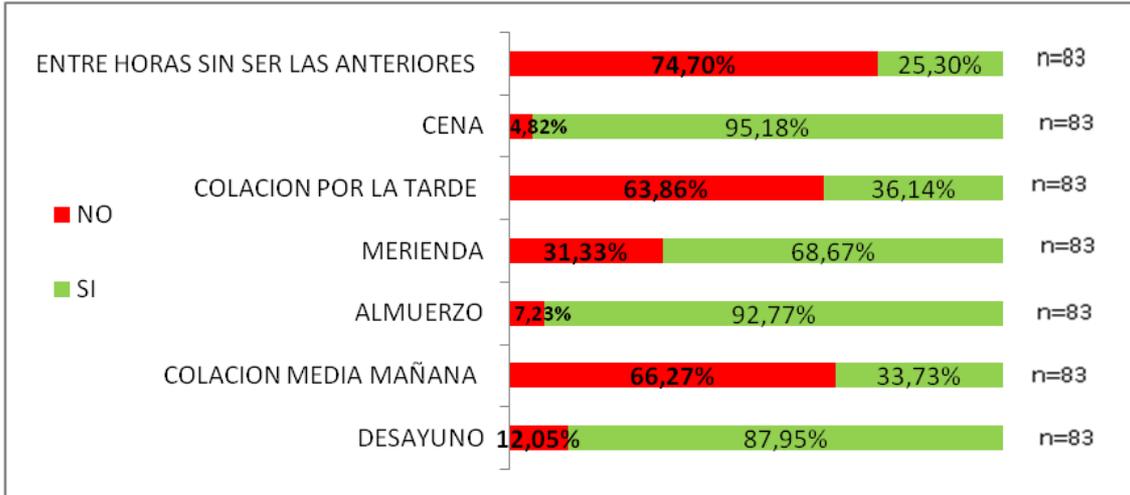


Gráfico 1 Cumplimiento de comidas diarias n=83

Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

En cuanto a la frecuencia según lugar de consumo, Consume en el hogar, 62,65% (n=83) diariamente, 18,07%(n=83) semanalmente y 10,84% (n=83) mensualmente. Con pedido delivery, diariamente el 1,20%(n=83), semanalmente 28,92%(n=83) y 31,33%(n=83) indica que nunca.

En restaurante, 18,07%(n=83) de manera semanal y 54,22% (n=83) mensualmente. (VER GRÁFICO N°2)

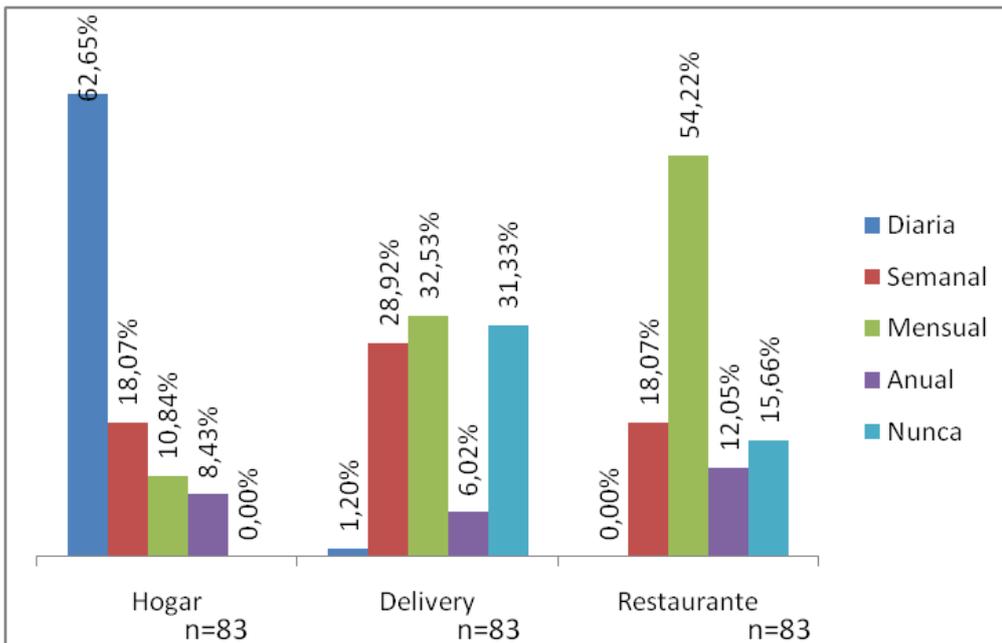


Gráfico 2 frecuencia según lugar de consumo n=83

Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

El 92,77% de la población estudiada, obtuvo menos del puntaje de cumplimiento de la dieta MIND que se necesita para enlentecer el deterioro cognitivo, el 7,23% alcanzó un puntaje en el que se podrían ver efectos protectores cognitivos de la dieta. (VER TABLA N°10)

Puntuación total dieta MIND	N=83	%
2,5	1	1,21%
3	1	1,21%
3,5	1	1,21%
4	3	3,61%
5	7	8,43%
5,5	4	4,81%
6	3	3,61%
6,5	8	9,64%
7	14	16,87%
7,5	10	12,06%
8	4	4,81%
8,5	6	7,23%
9	6	7,23%
9,5	6	7,23%
10	3	3,61%
11	3	3,61%
11,5	2	2,41%
13,5	1	1,21%
Total	83	100%

Tabla 10 Puntuación dieta MIND n=83

Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

En cuanto a la frecuencia de consumo un 8,43% (n=83) come mas de 6 veces por semana verdura de hojas verdes.

50,60%(n=83) consume menos de una porción al mes de nueces.

Consumen manteca o margarina, mas de 2 veces al día un 1,20%(n=83).

45,78% (n=83) consume casi nunca pesacdo no frito.

Consumen menos de una comida por semana, frijoles (soja, porotos,lentejas) un 69,98%(n=83)

62,65% (n=83) consumen menosde un vaso o menos de bvino por día. (ANEXO 4)

DISCUSIÓN

En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018 (53) el 12,8% de los adultos mayores (mayores de 65 años) percibía su alimentación o dieta habitual como poco o nada saludable, en el presente estudio el 69,88% de las personas mayores de 45 años percibió su alimentación no saludable. Sin embargo, más de un 20% de las personas que indicaron tener una dieta saludable, indicó a su vez que su dieta es monótona.

En la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017- 2018 (54) el 77,71% de las personas declararon adquirir por lo menos una vez a la semana, carne, aves, verduras y quesos. Lo cual coincide con este estudio, ya que se observó que el 63,95% de la población encuestada consume, más de una porción por semana de queso, más de dos comidas por semana de aves y menos de 5 raciones por semana de verduras.

No hay guías alimentarias argentinas, destinadas específicamente al adulto mayor. Las Guías de Alimentación para la Población Argentina (38) recomiendan diariamente el consumo de 400g de hortalizas variadas, sin incluir las hortalizas feculentas. En este estudio más del 77% de la población no cumple con estas recomendaciones.

En cuanto al consumo de alcohol, la dieta MIND incluye un vaso de vino por día, en este estudio más de la mitad de los encuestados consumen menos de un vaso por día o no consumen vino. No se indago sobre el consumo de otro tipo de alcoholes. Según las GAPA no existe evidencia suficiente sobre la dosis segura de alcohol. Es por esto que debido a los riesgos del consumo de alcohol no se justificaría iniciar su consumo como preventivo, si el mismo es inexistente. Sí se podría, proponer en bebedores como una forma de moderar el consumo de alcohol, y sumar los beneficios que indica la dieta MIND de una copa de vino diaria.

Las GAPA recomiendan consumo de carnes de 150 g (peso neto crudo) diarios alternando entre ave, vacuna y pescados, este último con recomendación de dos veces por semana, la dieta MIND coincide en estas recomendaciones. En el presente estudio se evidencia que menos del 25% de un cuarto de la población cumple con las recomendaciones de consumo de pescado. Según las GAPA

esto puede ocurrir por aumento de precio de todas las carnes en general. Lo cual coincide con este estudio ya que una de las principales causas por las cuales el usuario modificó su compra en cantidad o calidad fue a causa del precio.

La dieta MIND coincide con muchos de los requerimientos de las GAPA, con lo cual sería oportuno sumar a los alimentos faltantes, como los frutos rojos (bayas), el aceite de oliva utilizado como aceite primario, nueces, vino. Este cambio, puede otorgar cambios favorecedores para la salud cognitiva del individuo y así contribuir a disminuir la prevalencia del deterioro cognitivo en Argentina.

Dentro de las limitaciones del presente trabajo, se encuentra el reducido tamaño muestral, una mayor cantidad de encuestados podría haber otorgado más información sobre la población de estudio.

El cuestionario utilizado, se dividió en un cuestionario de elaboración propia y un cuestionario validado, el cual no tenía una versión validada en español y al traducirlo, se puede sesgar la herramienta.

Al ser un estudio observacional, no se pueden evaluar cambios en la ingesta.

CONCLUSIÓN

El envejecimiento no implica necesariamente la aparición de demencia. La dieta es un factor, que junto con otros factores ambientales tiene una mayor influencia en el desarrollo de la enfermedad que los factores genéticos.

La dieta MIND podría contribuir al enlentecimiento del deterioro cognitivo. Este estudio concluyó en que las personas mayores de 45 años que residen en CABA no logran consumir las cantidades de alimentos específicos de la dieta MIND y por esto es una población más propensa a sufrir deterioro cognitivo. El cual tiene consecuencias desfavorables no solo en la persona que los padece si no en su entorno, y conlleva a un importante problema para la salud pública, siendo la primera causa de discapacidad a nivel mundial. La barrera más destacada para poder consumir estas cantidades, es el precio de los alimentos, el cual modifica tanto en cantidad como calidad la compra. Una gran cantidad de personas tienen una percepción errónea de la calidad de su dieta, indicando que su alimentación es saludable y al mismo tiempo monótona y no variada. Este estudio sirve como base para nuevas investigaciones en Argentina, y refuerza la necesidad de propuestas para la intervención en la prevención, y desarrollo de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

Estimar y evaluar, mediante una encuesta a nivel nacional, el consumo de alimentos específicamente en el adulto mayor es de vital importancia para poder detectar carencias y excesos en la dieta, y así poder evaluar la realización de un plan de acción para la atención primaria para enfermedades en donde la dieta sea un factor de riesgo.

Será importante instalar un subsidio a ciertos alimentos de la dieta MIND para que toda la población pueda tener acceso a estos.

Políticas públicas específicas para brindar información, y capacitación acerca del consumo de dieta MIND y enlentecimiento del deterioro cognitivo.

Se recomienda la realización de estudios de investigación sobre dieta MIND en la población argentina. Validar una herramienta de medición de dieta MIND en español.

Realización de guías alimentarias destinadas específicamente al adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015 Las consecuencias de la demencia análisis de prevalencia, incidencia, coste y tendencias
2. Virgilio Hernando-Requejo, Nutrición y deterioro cognitivo Nutr. Hosp. vol.33 supl.4 Madrid 2016 Madrid
3. OPS-OMS 2020 Reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia
4. OMS 2021 Informe sobre la situación mundial de la respuesta de la salud pública a la demencia
5. Martha Clare Morris, Cristy C Tangney, Yamin Wang, Frank M Sacks, Lisa L Barnes, David A Bennett, Neelum T Aggarwal 2015 MIND diet slows cognitive decline with aging
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26086182/>
6. Martha Clare Morris, Cristy C Tangney, Yamin Wang, Frank M Sacks, David A Bennett, Neelum T Aggarwal 2015 MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer's disease
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25681666/>
7. Revisión Esp Geriatr Gerontol OMS (2002) Envejecimiento activo: un marco político https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
8. Alejandra María Alvarado García, Ángela María Salazar Maya, Gerokomos vol.25 no.2 (2014) Análisis del concepto de envejecimiento https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
9. OMS (2015) Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
10. Sonya Vasto, Giovanni Scapagnini, Matteo Bulati, Giuseppina Candore, Laura Castiglia, Giuseppina Colonna-Romano, Domenico Lio, Domenico Nuzzo, Mariavaleria Pellicano, Claudia Rizzo, Nicola Ferrara, Calogero Caruso (2010) Biomarkers of aging DOI: [10.2741/s72https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20036955/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20036955/)

11. Bolivia Ministerio de salud y deportes, Sonia Tarquino Chauca de Cruz, Midori S Rada Rubin de Celis, Maria de Cardmen Anaya Arias (2014) La Paz Bolivia, Guia alimentaria para el adulto mayor https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/p346_g_dgps_uan_GUIA_ALIMENTARIA_PARA_EL_ADULTO_MAYOR_1.pdf
12. Sáez Carriera Rolando, Carmona Maribel, Jiménez Quintana Zuilen, Alfaro Xiomara. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 Dic [citado 2023 Oct 05] ; 44(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es.
13. M. Felipe Salech, L. Rafael Jara, A. Luis Michea, Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, Revista Médica Clínica Las Condes, Volume 23, Issue 1,(2012) Pages 19-29, [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)
14. A. Gómez-Cabello, G. Vicente Rodríguez, S. Vila-Maldonado, J. A. Casajús y I. Ara Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España Nutr. Hosp. vol.27 no.1 Madrid ene./feb. 2012 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-161120120001000044
15. Hechavarría Ávila María Margarita, Ramírez Romaguera Melba, García Hechavarría Hebert, García Hechavarría Albert. El envejecimiento. Repercusión social e individual. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 Dic [citado 2023 Oct 05] ; 97(6): 1173-1188. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102899332018000601173&lng=es.
16. John W. Rowe, Robert L. Kahn, Successful Aging, The Gerontologist, Volume 37, Issue 4, August 1997, Pages 433–440, <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
17. OMS (2022) Envejecimiento y salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
18. World Health Organization (2019) iSupport for dementia. Training and support manual for carers of people with dementia
19. Demencia con cuerpos de Lewy. Recuperado de <https://www.alzheimers.gov/es/alzheimer-demencias/demencia-cuerpos-lewy>
20. ¿Qué es la demencia frontotemporal? Recuperado de <https://www.alzheimers.gov/es/alzheimer-demencias/demencia-frontotemporal>

21. Ángela María Irigorri Cucalón (2017) Demencia frontotemporal rev.colomb.psiquiater. vol.36 suppl.1 Bogotá
22. Bennett D, Wilson R, Schneider J, Evans D, Beckett L, Aggarwal N, Barnes L, et al. Natural history of mild cognitive impairment in older persons. *Neurology*. 2002;59:198–205
23. Custodio Nilton, Herrera Eder, Lira David, Montesinos Rosa, Linares Julio, BendeZú Liliana. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. *An. Fac. med.* [Internet]. 2012 Oct [citado 2023 Oct 08] ; 73(4): 321-330. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es.
24. Nowson C, O'Connell S. Protein requirements and recommendations for older people: A review. *Nutrients* 2015;7(8):6874-99
25. Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 38(1), 10–47.<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
26. Rubio del Peral José Andrés, Gracia Josa Mª Sonia. Suplementos proteicos en el tratamiento y prevención de la sarcopenia en ancianos. Revisión sistemática. *Gerokomos* [Internet]. 2019 [citado 2023 Oct 10] ; 30(1): 23-27. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100023&lng=es.
27. Deutz, N. E., Bauer, J. M., Barazzoni, R., Biolo, G., Boirie, Y., Bosy-Westphal, A., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Krznarić, Z., Nair, K. S., Singer, P., Teta, D., Tipton, K., & Calder, P. C. (2014). Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 33(6), 929–936.<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.04.007>
28. Palop Montoro Mª Victoria, Párraga Montilla Juan Antonio, Lozano Aguilera Emilio, Arteaga Checa Milagros. Intervención en la sarcopenia con entrenamiento de resistencia progresiva y suplementos nutricionales proteicos. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2015 Abr [citado 2023 Oct 10] ; 31(4): 1481-1490. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000400004&lng=es. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.4.8489>.

29. Paddon-Jones, D., Campbell, W. W., Jacques, P. F., Kritchevsky, S. B., Moore, L. L., Rodriguez, N. R., & van Loon, L. J. (2015). Protein and healthy aging. *The American journal of clinical nutrition*, 101(6), 1339S–1345S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.084061>
30. Morris, M. (2012). Determinantes nutricionales del envejecimiento cognitivo y la demencia. *Actas de la sociedad de nutrición*, 71 (1), 1-12. doi 10.1017/S0029665111003296
31. OPS, (2024) Mantenerse en forma para la vida Necesidades nutricionales de los adultos mayores. *Publicación Científica y Técnica No. 595*
32. Arbonés G., Carbajal A., Gonzalvo B., González-Gross M., Joyanes M., Marques-Lopes I. et al . Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores: Grupo de trabajo "Salud pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2003 Jun [citado 2023 Oct 10] ; 18(3): 109-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000300001&lng=es.
33. A. Alvarado-García*, L. Lamprea-Reyes b y K. Murcia-Tabares (2016) La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00199.pdf>
34. OMS (2014) La OMS abre una consulta pública acerca del proyecto de directrices sobre los azúcares Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-03-2014-who-opens-public-consultation-on-draft-sugars-guideline#:~:text=Nueva%20recomendaci%C3%B3n&text=Un%20%25%20de%20la%20ingesta,%20ADndice%20de%20masa%20corporal%20normal>.
35. Medline plus (2022) Examen de 25-hidroxi vitamina D. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003569.htm#:~:text=El%20rango%20normal%20de%2025,los%20resultados%20de%20estos%20ex%C3%A1menes>.
36. Restrepo M Sandra Lucia, Morales G Rosa María, Ramírez G Martha Cecilia, López L Maria Victoria, Varela L Luz Estela. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2006 Dic [citado 2023 Oct 10] ; 33(3): 500-510. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000500006>.

37. Cosman, F., de Beur, S. J., LeBoff, M. S., Lewiecki, E. M., Tanner, B., Randall, S., Lindsay, R., & National Osteoporosis Foundation (2014). Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 25(10), 2359–2381. <https://doi.org/10.1007/s00198-014-2794-2>
38. Ministerio de la salud de Argentina, Guías de Alimentación para la población Argentina GAPA
39. Omar SH. Las dietas mediterránea y MIND que contienen biofenoles del olivo reducen la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Internacional de Ciencias Moleculares* [Internet]. 2019;20:2797. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms20112797>
40. Yang Yaxin Hu, Iglesias López María Teresa. Dieta Mediterránea y dieta japonesa vs enfermedades neurodegenerativas. *JONNPR* [Internet]. 2021 [citado 2023 Oct 10] ; 6(9): 1110-1148. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2021000901110&lng=es. Epub 04-Sep-2023. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3934>
41. Devore EE, Kang JH, Breteler MM, Grodstein F. Dietary intakes of berries and flavonoids in relation to cognitive decline. *Ann Neurol*. 2012 Jul;72(1):135-43. doi: 10.1002/ana.23594. Epub 2012 Apr 26. PMID: 22535616; PMCID: PMC3582325.
42. Chen, X., Huang, Y., & Cheng, H. G. (2012). Lower intake of vegetables and legumes associated with cognitive decline among illiterate elderly Chinese: a 3-year cohort study. *The journal of nutrition, health & aging*, 16(6), 549–552. <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0023-2>
43. Morris, M. C., Evans, D. A., Tangney, C. C., Bienias, J. L., & Wilson, R. S. (2006). Associations of vegetable and fruit consumption with age-related cognitive change. *Neurology*, 67(8), 1370–1376. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000240224.38978.d8>
44. Berr, C., Portet, F., Carriere, I., Akbaraly, T. N., Feart, C., Gourlet, V., Combe, N., Barberger-Gateau, P., & Ritchie, K. (2009). Olive oil and cognition: results from the three-city study. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 28(4), 357–364. <https://doi.org/10.1159/000253483>
45. Dr. Andrés R. Pérez Riera 2020 DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), DASH (Enfoques dietéticos para detener la hipertensión)
46. Medlineplus (2022) que es la dieta DASH . Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000784.htm>

47. Reyes-Torres CA. (2022) Dieta MIND y condiciones neurodegenerativas: una revisión narrativa. Red nutrición Vol 13 num 2
48. Mayo Clinic (2021) Nutrition and healthy eating Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/mediterranean-diet/art-20047801>
49. Medline plus (2022) Dieta mediterránea disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000110.htm>
50. Proietti, A. R., del Balzo, V., Dernini, S., Donini, L. M., & Cannella, C. (2009). La dieta Mediterránea nella prevenzione delle patologie crónico-degenerative: evidenze scientifiche [Mediterranean diet and prevention of non-communicable diseases: scientific evidences]. *Annali di igiene : medicina preventiva e di comunita*, 21(3), 197–210.
51. Dussailant Catalina, Echeverría Guadalupe, Urquiaga Inés, Velasco Nicolás, Rigotti Attilio. Evidencia actual sobre los beneficios de la dieta mediterránea en salud. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2016 Ago [citado 2023 Oct 10] ; 144(8): 1044-1052. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000800012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000800012>.
52. Alzate Yepes, Teresita. Dieta saludable. *Perspect Nut Hum* [online]. 2019, vol.21, n.1, pp.9-14. ISSN 0124-4108. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v21n1a01>.
- 53 Instituto Nacional de Estadística y Censos, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018
- 54 Instituto Nacional de Estadística y Censos, Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017-2018

ANEXO

Anexo 1. Cuestionario

Enlace: <https://docs.google.com/forms/d/1wCmibUxHGzBeqlyU4QAcJX7-pS2lVIDlqBwQoeUTOE/edit?ts=64f8f4c6>

3/11/23, 16:10

Encuesta sobre, Dieta Mind y enlentecimiento del deterioro cognitivo dirigida a mayores de 45 años que residen en CABA.

Encuesta sobre, Dieta Mind y enlentecimiento del deterioro cognitivo dirigida a mayores de 45 años que residen en CABA.

Mi nombre es Lucia Brustolon y me encuentro realizando mi trabajo final integrador de la Licenciatura en Nutrición en la Universidad Isalud, sobre "Dieta MIND y enlentecimiento del deterioro Cognitivo" El objetivo del mismo es identificar y visibilizar el cumplimiento de la dieta Mind en personas de más de 45 años que residen en CABA y detectar barreras para su cumplimiento a través de un cuestionario. Su participación consistirá en responder un breve cuestionario. La decisión de participar en esta encuesta es voluntaria y anónima. Al terminar el formulario apreté ENVIAR. Muchas Gracias

**Indica que la pregunta es obligatoria*

1. ¿Desea participar de la encuesta? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

2. ¿Cuál es su edad? *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 45 años
 45 a 55 años
 56 a 66 años
 67 a 77 años
 78 a 88 años
 más de 89 años

3/11/23, 16:10

Encuesta sobre, Dieta Mind y enlentecimiento del deterioro cognitivo dirigida a mayores de 45 años que residen en CABA.

3. ¿Cuál es su lugar de residencia? *

Marca solo un óvalo.

- CABA
 GBA
 OTRA PROVINCIA

4. ¿Cuál es su sexo biológico? *

Marca solo un óvalo.

- Femenino
 Masculino
 No desea contestar

5. ¿Cuál es el máximo nivel educativo, completo, alcanzado? *

Marca solo un óvalo.

- Primario
 Secundario
 Universitario
 Posgrado
 Ninguno de los anteriores

6. ¿Con cuántas personas convive? *

Marca solo un óvalo.

- 1
 2
 3 o más
 No convivo con nadie

7. ¿Perciben actualmente usted y/o los miembros de su hogar ingresos monetarios regulares procedentes de las fuentes que se indican? *

Selecciona todos los que correspondan.

- Trabajo por cuenta propia
 Trabajo en relación de dependencia
 Pensiones
 Subsidios y /o prestaciones de desempleo
 Prestaciones por hijo/a a cargo
 Rentas de la propiedad y del capital (alquileres, dividendos, intereses,etc)
 No tiene ingresos regulares
 Jubilacion
 No desea contestar

8. En su casa, ¿quién se ocupa principalmente de cocinar? *

Marca solo un óvalo.

- Usted
 Una persona que convive con usted
 Una persona remunerada por ello
 Ninguna persona

Estado de Salud

9. ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades? *

Selecciona todos los que correspondan.

- HIPERTENSIÓN ARTERIAL
 OBESIDAD
 DIABETES
 ENFERMEDAD RENAL
 ALTERACION EN LA COAGULACION
 ENFERMEDAD DE TIROIDES
 NINGUNA

10. ¿Toma alguna medicación? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No Salta a la pregunta 18

11. ¿Cuál medicación? *

12. ¿Dejó de consumir algún/algunos alimento/s por dicha medicación? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No Salta a la pregunta 14

Sección sin título

13. ¿Cuál/es alimento/s? *

14. ¿Toma suplementos de vitaminas? ¿Cuál? *

15. ¿Tiene alergia a algún alimento? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

16. ¿Tiene intolerancia a algún alimento? *

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

17. ¿Tiene dificultad para masticar los alimentos? *

Marca solo un óvalo.

- Si
 No
 A veces

18. ¿Realizo alguna dieta en los últimos tres meses? *

Marca solo un óvalo.

- Si
 No Salta a la pregunta 19

19. ¿Quién se la recomendó? *

Marca solo un óvalo.

- Medico
 Nutricionista
 Otro profesional
 Familiar o amigo
 Televisión, redes sociales, revistas o libros
 Nadie

20. ¿Qué comidas realiza habitualmente? *

Marca solo un óvalo por fila.

	SI	NO
Desayuno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colación por la mañana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Almuerzo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Merienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colación por la tarde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comer entre horas sin ser las anteriores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. ¿Con qué frecuencia almuerza o cena en los siguientes lugares? *

Marca solo un óvalo por fila.

	Nunca	Anual	Mensual	Semanal	Diaria
Hogar	<input type="radio"/>				
Delivery	<input type="radio"/>				
Restaurante	<input type="radio"/>				

3/11/23, 16:10

Encuesta sobre, Dieta Mind y enlentecimiento del deterioro cognitivo dirigida a mayores de 45 años que residen en CABA.

22. En cuanto a la cantidad, ¿Cuánto considera que come durante un día habitual?

Marca solo un óvalo.

- Mucho
 Poco
 Suficiente

23. ¿Considera que su alimentación es saludable?

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

24. ¿Cómo considera su alimentación, con respecto a la variedad de alimentos que consume?

Marca solo un óvalo.

- Monótona
 Variada

25. Durante el último mes, ¿En qué medida modifico la compra de alimentos disminuyendo cantidad o calidad? *

Marca solo un óvalo.

- Frecuentemente
 Ocasionalmente
 Nunca Salta a la pregunta 27

3/11/23, 16:10

Encuesta sobre, Dieta Mind y enlentecimiento del deterioro cognitivo dirigida a mayores de 45 años que residen en CABA.

26. ¿Cuál fue el motivo principal? *

Marca solo un óvalo.

- Por precio
 Por síntomas gastrointestinales
 Por falta de apetito
 Otro: _____

27. ¿Con qué frecuencia consume verduras de hoja verde? *

Marca solo un óvalo.

- Menor o igual a 2 porciones por semana
 Entre más de 2 y 6 veces por semana
 Más de 6 veces por semana

28. ¿Con qué frecuencia consume otras verduras? *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 5 raciones por semana
 Entre 5 y menos de 7 raciones por semana
 Mayor o igual a 1 ración por día

29. ¿Con qué frecuencia consume bayas (frutillas)? *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 1 ración por semana
 1 ración por semana
 Mayor o igual a 2 raciones por semana

30. ¿Con qué frecuencia consume nueces? *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 1 porción al mes
 1 porción al mes, menos de 5 por semana
 Mayor o igual a 5 porciones por semana

31. ¿Con qué frecuencia consume aceite de oliva? *

Marca solo un óvalo.

- Aceite no primario (uso no frecuente)
 Aceite primario usado (uso frecuente)

32. ¿Con qué frecuencia consume manteca o margarina? *

Marca solo un óvalo.

- Más de 2 veces al día
 Entre 1 y 2 veces al día
 Menos de 1 vez al día

33. ¿Con qué frecuencia consume queso? *

Marca solo un óvalo.

- 7 porciones por semana
 Entre 1 y 6 veces por semana
 Menos de 1 ración por semana

34. ¿Con qué frecuencia consume granos integrales? *

Marca solo un óvalo.

- Menos de una porción por día
 Entre 1 y 2 porciones por día
 Mayor o igual a 3 porciones por día

35. ¿Con qué frecuencia consume pescado, no frito? *

Marca solo un óvalo.

- Casi nunca
 1 a 3 veces al mes
 Mayor o igual a una comida a la semana

36. ¿Con qué frecuencia consume frijoles (Porotos, lentejas, soja)? *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 1 comida por semana
 Entre 1 y 3 comidas por semana
 Más de 3 comidas por semana

37. ¿Con qué frecuencia consume aves, no fritas? *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 1 comida por semana
 1 comida por semana
 Más de 2 comidas por semana

38. ¿Con qué frecuencia consume carnes rojas y derivados? *

Marca solo un óvalo.

- 7 comidas por semana
- Entre 4 y 6 comidas por semana
- Menos de 4 comidas por semana

39. ¿ Con qué frecuencia consume alimentos fritos fuera de casa ? *

Marca solo un óvalo.

- Mas de 4 veces por semana
- Entre 1 a 3 veces por semana
- Menos de 1 vez por semana

40. ¿Con qué frecuencia consume Repostería y Dulces? *

Marca solo un óvalo.

- 7 o más porciones por semana
- Entre 5 y 6 porciones por semana
- Menos de 5 porciones por semana

41. ¿Con qué frecuencia consume vino? *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 1 vaso o día o nunca
- Entre 1 vaso por mes y 6 por semana
- 1 vaso por día

Anexo 2. GAPA, Gráfica y 10 mensajes (38)



MENSAJES DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Para lograr una alimentación saludable se ofrecen 10 recomendaciones contempladas en los siguientes mensajes:

1. *Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física.*
2. *Tomar a diario 8 vasos de agua segura.*
3. *Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores.*
4. *Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.*
5. *Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal.*
6. *Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.*
7. *Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo.*
8. *Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca.*
9. *Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas.*
10. *El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. Los niños, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas. Evitarlas siempre al conducir.*

Anexo 3. Porciones y puntuación de componentes de dieta MIND (5)

	0	0.5	1
Verduras de hoja verdea	≤2 porciones/semana	> 2 a <6/semana ≥6 porciones/semana	
Otras Verdurasb	<5 raciones/semana	5 – <7 semanas ≥1 ración/día	
Bayasc	<1 ración/semana	1 /semana	≥2 raciones/semana
Nueces	<1/mes	1/mes – <5/semana ≥5 porciones/semana	
Aceite de oliva	Aceite no primario		Aceite primario usado
mantequilla, margarina	>2 T/día	1–2 /día	<1 T/d
Queso	7+ porciones/semana	1–6 /semana	< 1 ración/semana
Granos Integrales	<1 porción/día	1–2 /día	≥3 raciones/día
Pescado (no frito)d	Casi nunca	1–3 /mes	≥1 comidas/semana
beanse	<1 comida/semana	1–3/semana	>3 comidas/semana
Aves (no fritas)f	<1 comida/semana	1 /semana	≥2 comidas/semana
Carnes Rojas y derivados	7+ comidas/semana	4–6 /semana	< 4 comidas/semana
comida frita rapida	4+ veces/semana	1–3 /semana	<1 vez/semana
Repostería y Dulcesi	7+ porciones/semana	5 –6 /semana	<5 porciones/semana
Vino	>1 vaso/día o nunca 1/mes – 6/semana		1 vaso/día
PUNTAJE TOTAL			15

Anexo 4. Frecuencia de consumo n=83 Reultados de cuestionario.

Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

Consumo de verduras de hoja verde	%	n= 83
Menor o igual a 2 porciones por semana	40,96%	34
Entre más de 2 y 6 veces por semana	50,60%	42
Más de 6 veces por semana	8,43%	7
Total	100%	83
Consumo de otras verduras		
Menos de 5 raciones por semana	39,76%	33
Entre 5 y menos de 7 raciones por semana	37,35%	31
Mayor o igual a 1 ración por día	22,89%	19
Total	100%	83
Consumo de bayas (frutillas)		
Menos de 1 ración por semana	78,31%	65
1 ración por semana	15,66%	13
Mayor o igual a 2 raciones por semana	6,02%	5
Total	100%	83
Consumo de nueces		
Menos de 1 porción al mes	50,60%	42
1 porción al mes, menos de 5 por semana	27,71%	23
Mayor o igual a 5 porciones por semana	21,69%	18
Total	100%	83
Consumo de aceite		
Aceite no primario (uso no frecuente)	46,99%	39
Aceite primario usado (uso frecuente)	53,01%	44
Total	100%	83
Consumo de manteca o margarina		
Menos de 1 vez al día	91,57%	76
Entre 1 y 2 veces al día	7,23%	6
Más de 2 veces al día	1,20%	1

Total	100%	83
Consumo de queso		
Menos de 1 ración por semana	14,46%	12
Entre 1 y 6 veces por semana	57,83%	48
7 porciones por semana	27,71%	23
Total	100%	83
consumo de granos integrales		
Menos de una porción por día	72,29%	60
Entre 1 y 2 porciones por día	22,89%	19
Mayor o igual a 3 porciones por día	4,82%	4
Total	100%	83
Consumo de pescado, no frito		
Casi nunca	45,78%	38
1 a 3 veces al mes	32,53%	27
Mayor o igual a una comida a la semana	21,69%	18
Total	100%	83
Consumo de frijoles (Porotos, lentejas, soja)		
Menos de 1 comida por semana	69,88%	58
Entre 1 y 3 comidas por semana	25,30%	21
Más de 3 comidas por semana	4,82%	4
Total	100%	83
Consumo aves, no fritas		
Menos de 1 comida por semana	15,66%	13
1 comida por semana	26,51%	22
Más de 2 comidas por semana	57,83%	48
Total	100%	83
Consumo de carnes rojas y derivados		
Menos de 4 comidas por semana	59,04%	49
Entre 4 y 6 comidas por semana	34,94%	29
7 comidas por semana	6,02%	5

Total	100%	83
Consumo de alimentos fritos fuera de casa		
Menos de 1 vez por semana	86,75%	72
Entre 1 a 3 veces por semana	10,84%	9
Más de 4 veces por semana	2,41%	2
Total	100%	83
Consumo repostería y dulces		
Menos de 5 porciones por semana	65,07%	54
Entre 5 y 6 porciones por semana	20,48%	17
7 o más porciones por semana	14,45%	12
Total	100%	83
Consumo de vino		
Menos de 1 vaso o día o nunca	62,65%	52
Entre 1 vaso por mes y 6 por semana	26,50%	22
1 vaso por día	10,84%	9
Total	100%	83