



Comer importa

**ASPECTOS ALIMENTARIOS DE PERSONAS MAYORES
DE ANDALUCÍA Y CATALUNYA**



Este informe ha sido realizado en julio de 2024 y expone una parte de los resultados de la investigación *“Comer importa. Los desafíos de una alimentación inclusiva, saludable y sostenible para un mejor envejecimiento”*, correspondiente a la convocatoria de I+D "Retos coordinado" por dos subproyectos (sub. 1, código PID2019-104253RB-C21 y sub.2, código PID2019-104253RB-C22), financiado por MICIU/AEI /10.13039/501100011033, dirigido por Mabel Gracia-Arnaiz y Cristina Larrea-Killinger.

REALIZACIÓN DEL INFORME

Claudia Juzwiak y Claudia Soar

COLABORACIÓN

Carla Aguilar-Cunill y Cristina Larrea-Killinger

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Arianna Vindici

FOTOGRAFÍAS DE PORTADA

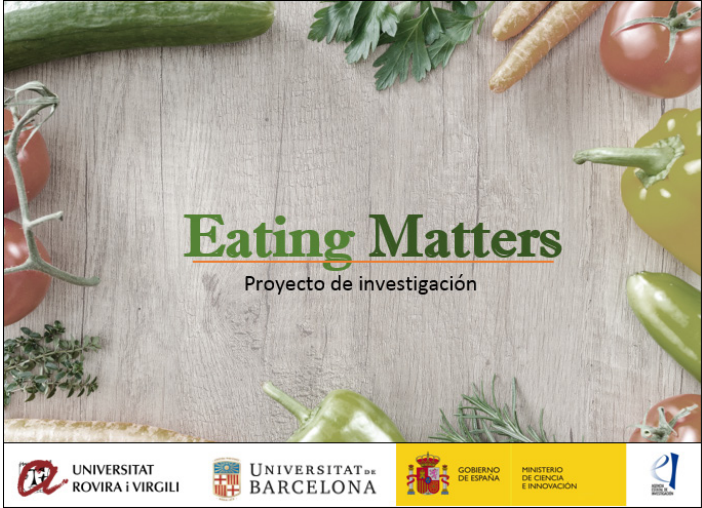
Александр Габона (Pexels)
Coombesy (Pixabay)
Gustavo Fring (Pexels)
Jacob Varghese (Baseimage)
Kampus production (Pexels)
Osvaldo Hernandez (Getty Images)
Vlada Karpovich (Pexels)

FOTOGRAFÍAS EN EL INFORME

Kampus production (Pexels)
StockSnap (Pixabay)
Vlada Karpovich (Pexels)

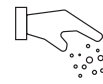
Índice

PRESENTACIÓN	5
PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA	6
SEGURIDAD ALIMENTARIA	7
CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN	8
PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS	9
INFORMACIÓN SOBRE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	9
IDENTIFICACIÓN DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA	11
CALIDAD DE LA DIETA	12
RESULTADOS	14
CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES	14
CALIDAD ALIMENTARIA	15
CONCEPCIONES Y PERCEPCIONES SOBRE LA ALIMENTACIÓN	20
CONSIDERACIONES FINALES	23
¿QUIÉNES SON LAS PERSONAS MAYORES EN ESTA INVESTIGACIÓN?	23
¿QUÉ SABEMOS SOBRE SU ALIMENTACIÓN?	23
REFERENCIAS	25



Presentación

COMER IMPORTA



Sabemos que la alimentación supone uno de los temas centrales en la agenda política global y que, además, se encuentra incluido en el segundo Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, para “poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición, y promover la agricultura sostenible”. La meta fundamental del Proyecto **COMER IMPORTA** es responder a los retos a los que se enfrentan la sociedad española y sus instituciones ante la necesidad de alcanzar una alimentación más justa, saludable y sostenible en un contexto que dista de ser política y socioeconómicamente estable, y donde la precarización ha tenido repercusiones en el incremento de la desigualdad social y en el empeoramiento de las condiciones de vida de las personas más vulnerables.

Puesto que la (in)seguridad alimentaria (IA) está recogida de forma fragmentada en la agenda política española, esta investigación plantea averiguar cómo ésta se manifiesta en uno de los grupos con más peso demográfico y más vulnerable - las personas mayores. Además, el proyecto pretende conocer la calidad de la alimentación de personas mayores y su concepción y percepción sobre la alimentación justa, sostenible y saludable.

Personas mayores en España

El envejecimiento se caracteriza como un proceso fisiológico y continuo que forma parte del ciclo natural de la vida. En España la proporción de personas mayores continúa aumentando. A partir de datos obtenidos el año 2022, se estima que el 19,97% sobre el total de la población corresponde a personas mayores. Andalucía y Catalunya son las comunidades con mayor proporción de personas mayores, representando más de 1,5 millones de personas mayores respectivamente (Pérez Díaz et al., 2023). Datos de 2021 sobre la esperanza de vida, un importante indicador de las condiciones sanitarias, sociales y económicas de un país, indica que, en España, las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer de 85,83 años y los hombres de 80,27 años (83,07 para el conjunto) (Pérez Díaz et al., 2023).

Aunque la vejez sea un proceso fisiológico, es común que, debido a una pérdida progresiva de la integridad fisiológica asociada a otros factores como la vulnerabilidad psicosocial y socioeconómica, se produzca el deterioro de las funciones y una mayor vulnerabilidad y riesgo para el desarrollo de enfermedades y la muerte. Este deterioro es el principal factor de riesgo para el desarrollo de las principales enfermedades humanas (Bozzaro et al., 2018; López Otín et al., 2013), de ahí que la calidad de la alimentación y la nutrición sean factores importantes en el mantenimiento y prevención de la salud (López et al., 2022).



Seguridad alimentaria

Según la FAO (1996), la “seguridad alimentaria” significa asegurar que todas las personas tengan acceso a los alimentos básicos de calidad y cantidad suficientes, sin comprometer otras necesidades esenciales. La pobreza, la degradación ambiental y la crisis climática, los conflictos armados, la falta de inversión en agricultura (principalmente sostenible), el desmantelamiento de políticas o las políticas insuficientes e inadecuadas, la inestabilidad de los mercados y el despilfarro de los alimentos son factores que afectan la seguridad alimentaria (Aulestia Guerrero & Capa Mora, 2020; FAO, 2022).

En España hay estudios que analizaron la inseguridad alimentaria utilizando la *Escala de la Inseguridad Alimentaria basada en la Experiencia – FIES* (FAO, 2013), en hogares. Vasquez y Ibáñez (2023) aplicaron la FIES en 600 hogares en Asturias e identificaron que el 24,9% de los hogares (alrededor de 113.000 hogares) asturianos presentaba algún tipo de inseguridad alimentaria, mayoritariamente inseguridad alimentaria leve (18,3%). Moragues-Faus y Magaña-González (2022) identificaron, en un estudio con una muestra representativa del país, que el 13,3% de los hogares españoles experimentaron inseguridad alimentaria y que, en el período entre julio de 2020 y julio de 2021, esta situación afectó a 2,5 millones de hogares y, por lo tanto, alrededor de 6.235.900 personas. De estos hogares españoles, el 5,2% sufría inseguridad alimentaria moderada o grave, con un aumento expresivo de la inseguridad alimentaria como reflejo de la pandemia de COVID-19 (Moragues-Faus y Magaña-González, 2022). En el estudio producido por el Observatorio de Vulnerabilidad de Cruz Roja Española en la Comunidad Valenciana (2018), a partir de una muestra específica de personas que frecuentaba el Programa de Atención a personas en extrema vulnerabilidad, la inseguridad ligera, moderada o grave fue encontrada en el 47%, el 30% y el 3% de los hogares de adultos. En estos dos últimos estudios no se destacaron resultados referidos a las personas mayores.

CONSIDERANDO QUE EXISTEN TODAVÍA POCOS ESTUDIOS SOBRE LA PREVALENCIA DE (IN)SEGURIDAD ALIMENTARIA EN ESPAÑA DE PERSONAS MAYORES, EN ESTE INFORME APORTAMOS INFORMACIÓN SOBRE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS: DE ANDALUCÍA Y CATALUNYA.

Calidad de la alimentación

La alimentación es uno de los factores esenciales para la definición del estado nutricional de las personas: la cantidad y la calidad de la alimentación puede producir desnutrición o exceso de peso. Ambas situaciones están relacionadas con el desarrollo de enfermedades, estancias hospitalarias más prolongadas y frecuentes, así como el aumento de visitas a los centros de atención primaria con el consiguiente incremento en la utilización de recursos sanitarios (Martínez-Valero et al., 2020).

En España, en dos estudios que valoraron la calidad de la alimentación de personas mayores de 65 años (Martínez Valero et al., 2020) y de una población mayor de 80 años (no institucionalizados) (Hernández Galiot; Goñi Cambrodon, 2015), se encontró un porcentaje significativo de los participantes con necesidad de cambios en sus prácticas alimentarias para alcanzar las recomendaciones de una dieta saludable, respectivamente de un 89,6% y un 64,15%.

CONSIDERANDO LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN A LO LARGO DEL CICLO NATURAL DE LA VIDA Y MÁS ESPECÍFICAMENTE ENTRE LAS PERSONAS MAYORES, EN ESTE INFORME APORTAMOS INFORMACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN DE ESTE GRUPO ETARIO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ANDALUCÍA Y CATALUNYA.



Procedimientos metodológicos

INFORMACIÓN SOBRE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos que analiza este informe se recogieron en la fase de trabajo de campo del proyecto Comer Importa, mediante una encuesta centrada en la (in)seguridad alimentaria en las personas mayores en las comunidades autónomas

de Andalucía y Catalunya (Figura 1). Dicha encuesta se aplicó entre abril de 2022 y enero de 2024. Sus resultados permitirán orientar mejor las políticas públicas destinadas a que la alimentación sea más saludable y sostenible.

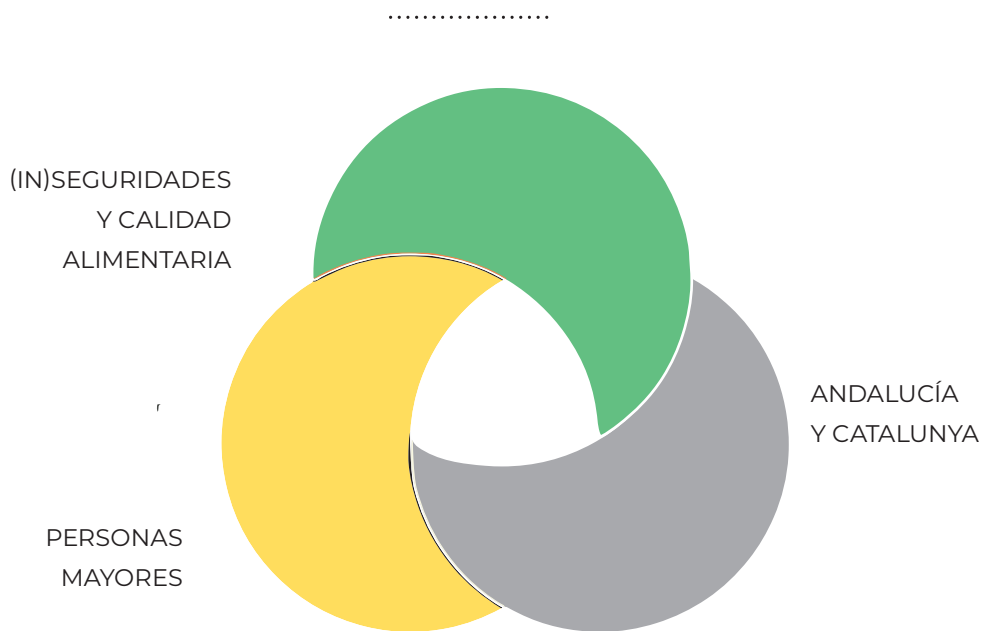


Figura 1. Encuesta del proyecto *Comer Importa*.

Antes de la fase de implementación, se realizó un pilotaje presencial para probar su aplicación en condiciones reales, mediante el cual se comprobó el correcto funcionamiento de la metodología prevista. También se observó la necesidad de un apoyo presencial para la explicación de algunas de las preguntas.

El cuestionario se aplicó en diferentes centros de salud, pertenecientes a zonas envejecidas, tanto en barrios urbanos como en municipios rurales. Se decidió

aplicar desde los centros de salud por su alta accesibilidad a las personas mayores. Debido a la negativa de los centros a la presencia de personas encuestadoras ajenas a la organización, las encuestas fueron aplicadas por parte del mismo personal sanitario de los centros. La **Figura 2** resume las etapas de la recolección de datos.

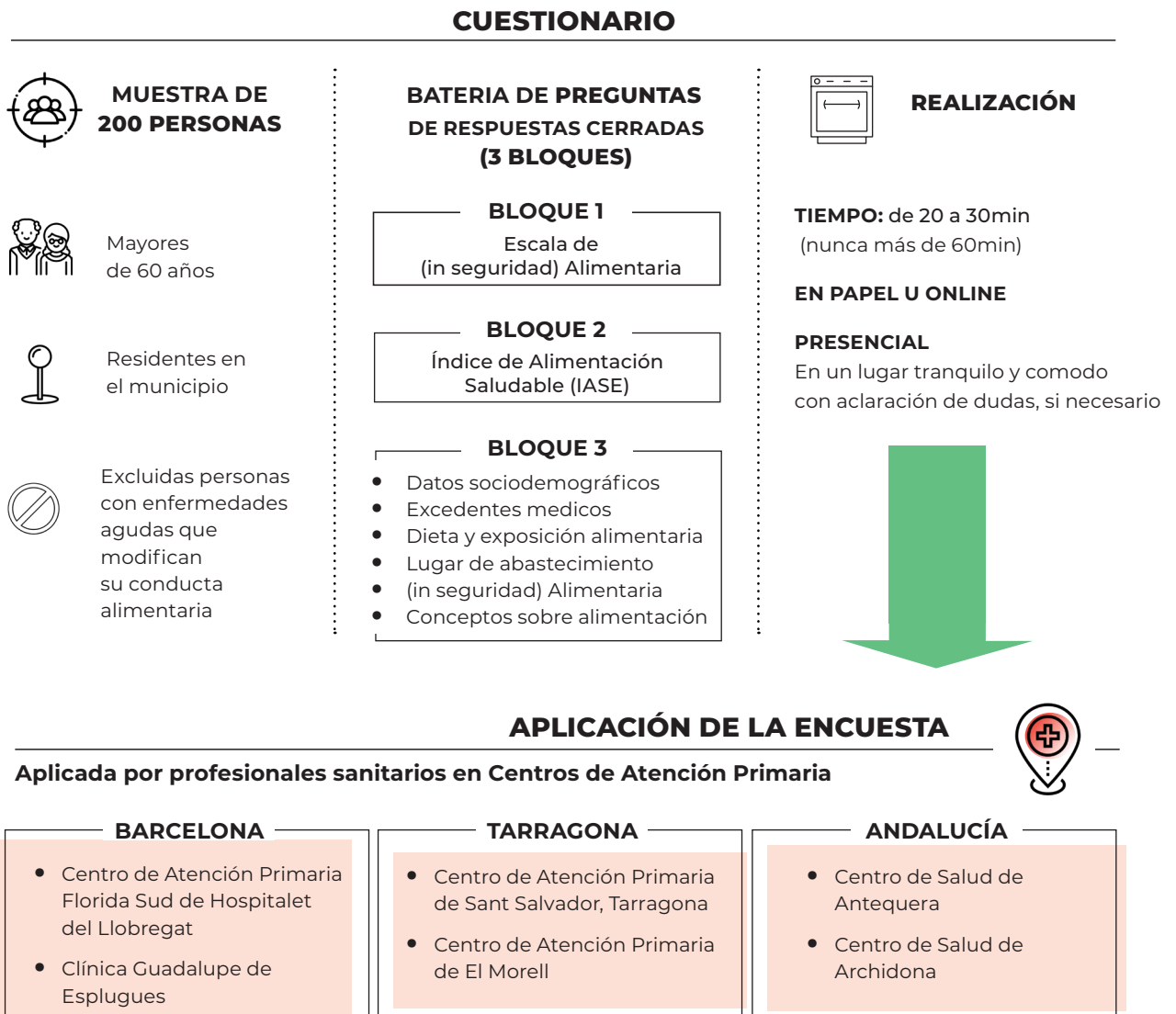


Figura 2. Principales características de la recolección de datos mediante encuesta del proyecto Comer Importa

La muestra partió de 200 encuestas, de las que pudieron realizarse 199. De ellas, 2 fueron invalidadas debido a que las personas participantes no cumplían con los requisitos de inclusión. Por todo ello, finalmente, se obtuvieron 197 respuestas válidas. Una vez finalizada la recolección de datos, se elaboró un análisis descriptivo de la población a través de los datos de los tres bloques del cuestionario. Informaciones más detalladas sobre la recolección de datos están descritas en Larrea-Killinger et al., 2024a.

IDENTIFICACIÓN DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA

En relación con la identificación de la inseguridad alimentaria se aplicó el módulo de la encuesta *Escala de la Inseguridad Alimentaria basada en la Experiencia* (acrónimo en inglés: FIES-SM). Se trata de una escala de medición que, como indica el nombre, se basa en la experiencia para determinar la gravedad de la inseguridad alimentaria. De los cuatro pilares de la seguridad alimentaria -la disponibilidad de los alimentos, el acceso a los alimentos, utilización y estabilidad- la FIES ha sido diseñada para medir la segunda dimensión -el acceso a los alimentos- a partir de datos aportados por los encuestados referentes tanto a los hogares como a los individuos. Esta segunda dimensión, en su versión traducida al español, fue adoptada en este estudio (FAO, 2013).

La FIES se apoyó en las respuestas directas (dicotómicas sí/no) a ocho preguntas (Figura 3) sobre su acceso a alimentos adecuados.

Figura 3. Preguntas propuestas en la Escala FIES individual

LAS 8 PREGUNTAS CLAVES

El módulo de la encuesta de la FIES consta de ocho preguntas breves que se refieren a las experiencias del encuestado individual o del hogar del encuestado en su conjunto. Las preguntas se centran en experiencias y comportamientos relacionados con la alimentación que describen los encuestados, relacionados con dificultades crecientes para acceder a los alimentos debido a limitaciones de recursos.

Durante los últimos 12 meses, ha habido algún momento en que, por falta de dinero u otros recursos:

- 1.** Se haya preocupado por no tener suficientes alimentos para comer
- 2.** No haya podido comer alimentos sanos o nutritivos
- 3.** Haya comido poca variedad de alimentos
- 4.** Haya tenido que saltarse una comida
- 5.** Haya comido menos de lo que pensaba que debía comer
- 6.** Su hogar se haya quedado sin alimentos
- 7.** Haya sentido hambre pero no comió
- 8.** Haya dejado de comer durante todo un día

Fuente: FAO, 2013 y 2020

Cabe destacar que en este estudio la aplicación de la encuesta se llevó a cabo entre los años 2022 y 2023, período atravesado todavía por la pandemia del COVID-19, por lo cual optamos por adoptar preguntas complementarias propuestas por la FAO (2020) para analizar el impacto del COVID-19 sobre la inseguridad alimentaria: si cualquiera de las ocho cuestionas ocurrió debido a la crisis del COVID-19 y, además, si sucedió en las últimas 4 semanas (30 días), para evaluar la inseguridad alimentaria reciente.

Las ocho preguntas de la FIES componen una escala estadística diseñada para cubrir un rango de gravedad de la inseguridad alimentaria y se deben analizar en conjunto como escala, no como ítems separados. La FIES está concebida para ofrecer equivalencia entre culturas y validez en países en desarrollo y desarrollados por igual, a fin de producir indicadores comparables de la prevalencia poblacional de inseguridad alimentaria a diversos niveles de gravedad (FAO, 2013).

La **Figura 4** indica cómo se procede para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria, según la puntuación de la Escala FIES

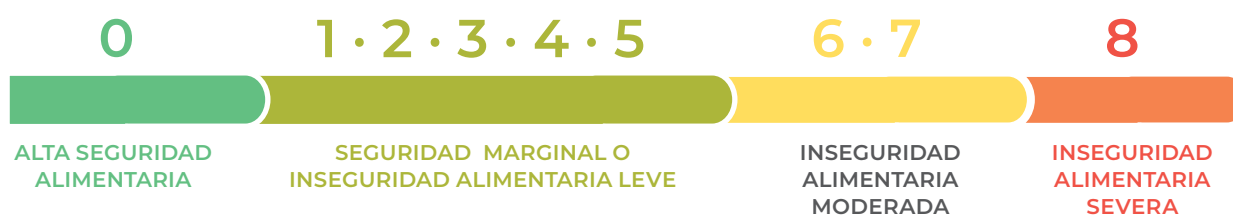


Figura 4. Puntuación y clasificación del grado de (in)seguridad alimentaria según la FIES (la numeración corresponde al porcentaje bruto) . **Fuente:** Elaboración propia a partir de FAO, 2013.

CALIDAD DE LA DIETA

Para valorar la calidad de la alimentación se aplicó el *Índice de Alimentación Saludable para la Población Española (IASE)* propuesto por Norte Navarro y Ortiz Moncada (2011), a partir de la idea que el consumo de alimentos es un indicador que mide la calidad de la dieta y un determinante de la salud nutricional. Los autores elaboraron el IASE fundamentado en la metodología del *Healthy Eating Index (HEI)* norteamericano con diversas modificaciones, adaptándolo a las características de la alimentación y recomendaciones nutricionales españolas (Norte Navarro y Ortiz Moncada, 2011).

Para la obtención de este índice, la persona contesta a preguntas sobre la frecuencia en que son consumidos determinados grupos de alimentos y valora también la variedad de alimentos a partir de la siguiente puntuación: primero, para las frutas, las hortalizas, los cereales y derivados, y la leche y derivados, la mejor puntuación (equivalente a 10) es obtenida cuando el consumo es “diario”. Segundo, en el caso del grupo compuesto por las carnes, los pescados y los huevos y el grupo de las legumbres, la mayor puntuación (equivalente a 10) ocurre cuando el consumo se produce entre “1-2 veces a la semana”. Tercero, en el caso de los siguientes tres grupos -los embutidos y fiambres, los dulces y los refrescos azucarados- la puntuación máxima (equivalente a 10) es obtenida cuando “no hay consumo o casi nunca”.

Para el componente “variedad”, se consideran 2 puntos cuando se consumen con una frecuencia adecuada los alimentos recomendados diariamente y 1 punto los alimentos con frecuencia semanal. La puntuación máxima es de 100 puntos (Norte Navarro y Ortiz Moncada, 2011; Martínez Valero et al., 2020). El Cuadro 1 ilustra cómo se procede a la puntuación según la frecuencia de consumo de cada grupo alimentario y la variedad.

Cuadro 1. Puntuación de los componentes del IASE según la frecuencia del consumo de nueve grupos alimentarios y la variedad

ID	COMPONENTE IASE	CONSUMO DIARIO	3x o + / sem	1-2x / sem	> 1x / sem	NUNCA O CASI NUNCA
CONSUMO DIARIO	FRUTAS	10	7,5	5	2,5	0
	VERDURAS Y HORTALIZAS	10	7,5	5	2,5	0
	CEREALES Y DERIVADOS	10	7,5	5	2,5	0
	LECHE Y DERIVADOS	10	7,5	5	2,5	0
CONSUMO SEMANAL	CARNES, PESCADOS Y HIEVOS	2,5	7,5	10	5	0
	LEGUMBRES	2,5	7,5	10	5	0
CONSUMO OCASIONAL	EMBUTIDOS Y FIAMBRES	0	2,5	5	7,5	10
	DULCES	0	2,5	5	7,5	10
	REFRESCOS	0	2,5	5	7,5	10

VARIEDAD: 2 puntos a cada recomendación diaria alcanzada y 1 punto a cada recomendación semanal alcanzada

Fuente: Norte Navarro y Ortiz Moncada, 2011; Martines Valero et al., 2020.

La calidad de la alimentación se clasifica como “saludable” cuando la puntuación final es mayor a >80 puntos; “necesita de cambios”, cuando la puntuación se encuentra entre 50 y 80 puntos y, finalmente, como “poco saludable” cuando la puntuación es inferior a 50 puntos (Martínez Valero et al., 2020). Así lo encontramos representado en la Figura 5.



Figura 5. Niveles de calidad de la alimentación según puntuación

Resultados

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

Fueron valoradas las respuestas de 197 personas mayores, 111 (56,3%) mujeres y 86 hombres (43,7%). La edad

promedio fue de 77 años (DP 7,7). La Figura 6 indica la distribución de edad de la muestra.

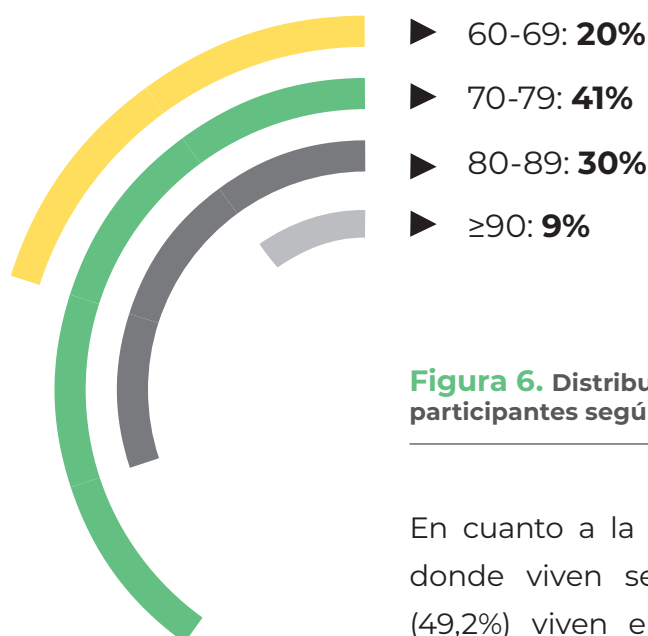
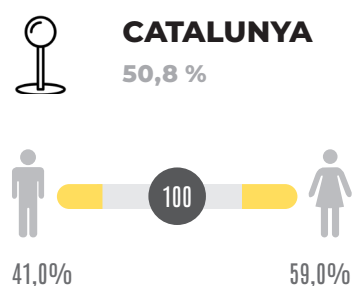
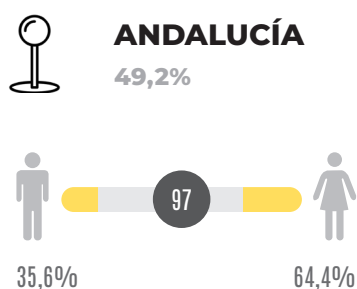


Figura 6. Distribución de las personas participantes según el rango etario (n=197)

En cuanto a la Comunidad Autónoma donde viven se refiere, 97 personas (49,2%) viven en Andalucía (Córdoba, Granada, Málaga) y 100 personas (50,8%) en Catalunya (Barcelona y Tarragona).



En la **Tabla 1** se resumen algunas de las características de la muestra según la Comunidad Autónoma donde viven.

Tabla 1. Características de las personas mayores de acuerdo con la Comunidad Autónoma en que residen (n=197)

VARIABLE	ANDALUCÍA		CATALUNYA		TOTAL		
	N=97	%	n=100	%	N=197	%	
SEXO	Hombres	45	46,4	41	41,0	86	43,7
	Mujeres	52	53,6	59	59,0	111	56,3
ESTUDIOS	Sin estudios	31	32,0	24	24,0	55	27,9
	Primaria	38	39,2	52	52,0	90	45,7
	Secundaria	11	11,3	10	10,0	21	10,7
	FP medio	7	7,21	10	10,0	17	8,6
	Universidad/ FP superior	10	10,3	4	4,0	14	7,15
CON QUIEN VIVE	Solo	26	26,8	24	24,0	50	25,4
	En pareja	45	46,4	49	49,0	94	47,7
	Con otros*	26	26,8	27	27,0	53	26,9
VIVIENDA	En alquiler	2	2,1	10	10,0	12	6,1
	En propiedad	92	94,8	87	87,0	179	90,9
	En casa de otra persona	2	2,1	3	3,0	5	2,5
	En usufructo o cesión	1	1,0	0	0,0	1	0,5
ENFERMEDADES**	Diabetes	38	39,2	33	33,0	71	36
	Hipertensión	56	57,7	56	56,0	112	56,9
	Infarto	1	1,0	8	8,0	9	4,6
	Dislipidemia	3	3,1	21	21,0	24	12,2
	Desnutrición	0	0	0	0	0	0
CLASIFICACIÓN DEL IMC***	Peso insuficiente	7	7,2	2	2,0	9	4,6
	Normo-peso	28	28,9	35	35,0	63	32,0
	Sobrepeso	28	28,9	35	35,0	63	32,0
	Obesidad	34	35,0	28	28,0	62	31,4
INGRESOS (€) [□]	<500	1	1,0	0	0	1	0,5
	≥500-999	19	20,5	10	11,0	29	15,5
	≥1000-1499	18	19,5	23	24,0	41	22,0
	≥1500-1999	25	27,0	30	32,0	55	29,0
	≥2000-2499	19	20,5	18	19,0	37	20,0
	≥2500-2999	6	6,5	5	5,0	11	6,0
	≥3000-6000	5	5,0	8	9,0	13	7,0

* Con otros incluye vivir en pareja y con los hijos y/o otras personas o solamente con hijos o con otras personas.

** Enfermedades más relacionadas al estado nutricional y a la alimentación, más de una respuesta posible.

*** IMC según la clasificación propuesta en la declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (Camina-Martin et al., 2016).

□ Ingresos netos mensuales de la unidad familiar de convivientes en euros, incluyendo los de los entrevistados. Solo fueron consideradas 187 respuestas válidas, 93 de Andalucía y 94 de Catalunya.

Con relación al estado nutricional según el IMC¹ (kg/m²), la distribución entre hombres y mujeres se presenta, según la clasificación, en la **Figura 7**.

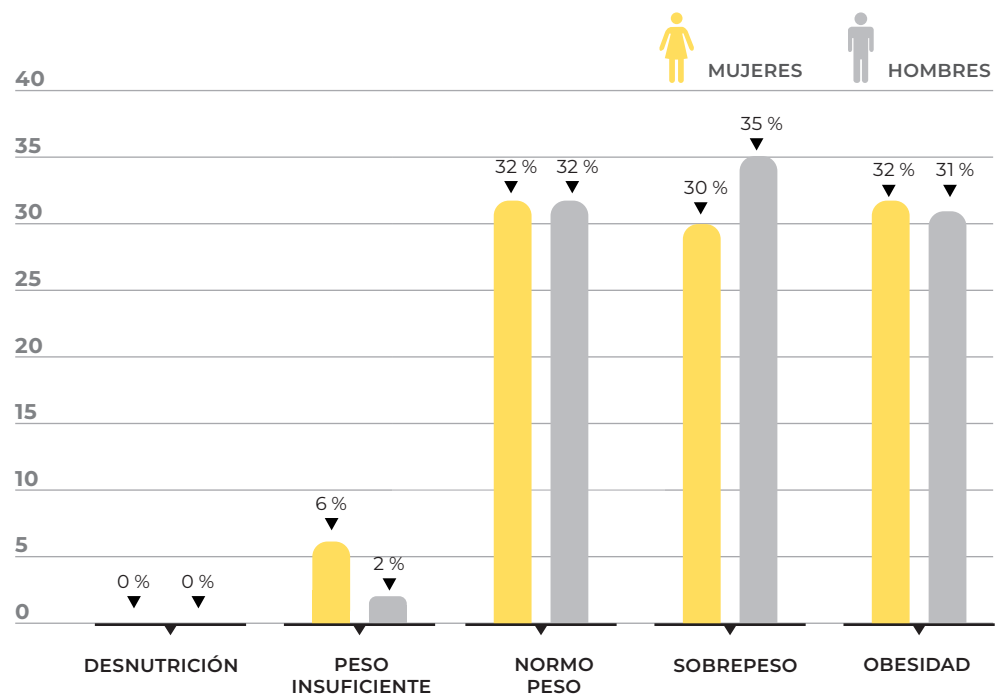


Figura 7. Distribución (%) de hombres y mujeres según la clasificación del IMC (kg/m²)

1. IMC según la clasificación propuesta en la declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedade Española de Geriatria y Gerontología (Camina-Martin et al., 2016).

(IN)SEGURIDAD ALIMENTARIA

De los 194 que contestaron a las preguntas sobre seguridad alimentaria, el total de 11 participantes (5,7%), con un promedio de edad de 71 años (DP=6,1), presentan IA.

De las 11 personas, 9 presentan IA marginal o ligera, con una puntuación entre 1 y 5, mientras solamente una persona presentó IA moderada (puntuación =6) y otra, severa, con una puntuación de 8. Se observa que la situación de IA de una persona está asociada a la pandemia por el COVID-19, mientras que hay 5 personas que indican una situación aguda en las últimas cuatro semanas. La Figura 8 muestra el significado de cada nivel de IA según la *Escala de la Inseguridad Alimentaria basada en la Experiencia*.

Figura 8. Significado de cada nivel de inseguridad alimentaria según la Escala FIES



Fuente: Adaptado de la FAO, 2013

CALIDAD ALIMENTARIA

Los resultados indican que la puntuación promedio de toda la muestra fue de 73 (DP 11,8). En Catalunya, la puntuación promedio fue de 70,95 (DP 12,82) y en Andalucía de 75,02 (DP 10,31). En la investigación de Norte Navarro y Ortiz Moncada (2011) basada en la población española general, identificaron puntuaciones similares de 71,3 (DP 11) para Catalunya y 72,2 (DP 11) para Andalucía.

La **Figura 9** resume la distribución de la calidad de la dieta según los puntos de corte propuestos por el IASE.

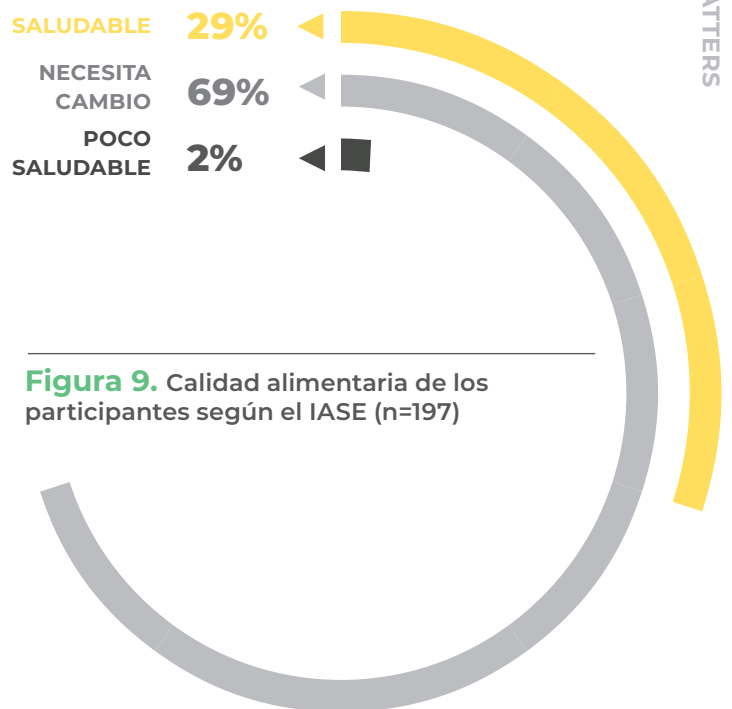


Figura 9. Calidad alimentaria de los participantes según el IASE (n=197)

Nuestros resultados para la proporción de personas con alimentación poco saludable son similares a los encontrados por Martínez Valero et al. (2020), que aplicaron el IASE en una muestra representativa de 6003 personas mayores de 65 años en España e identificaron que 2,2% de la muestra presentaba alimentación poco saludable.

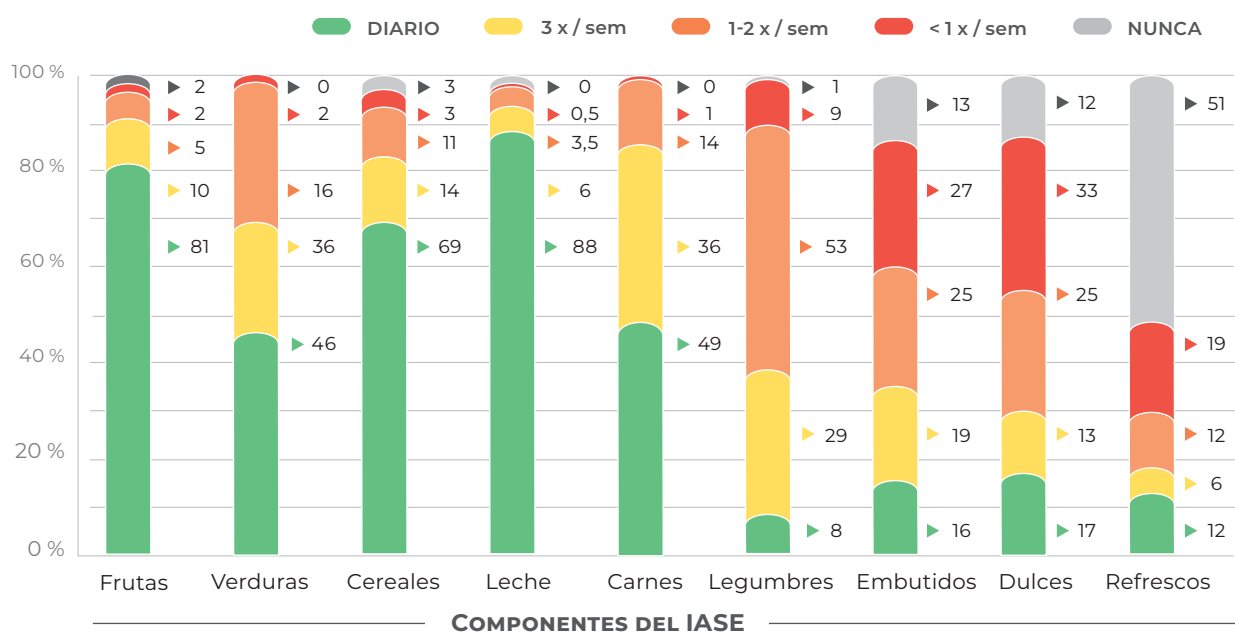
En relación con la alimentación saludable, y “necesitando cambios”, Martínez Valero et al. (2020) identificaron el 8,2% y el 89,6%, respectivamente. Norte Navarro y Ortiz Mocada (2011), en su estudio con población española general, verificaron que, entre las personas mayores de su muestra, la proporción con alimentación clasificada como saludable (38%) fue superior al encontrado en otros rangos de edad.

El Cuadro 2 y la Figura 10 resumen la puntuación de los componentes del IASE obtenida por los participantes según la frecuencia de consumo.

Cuadro 2. Frecuencia de consumo de los componentes del IASE entre personas mayores en España (n=197)

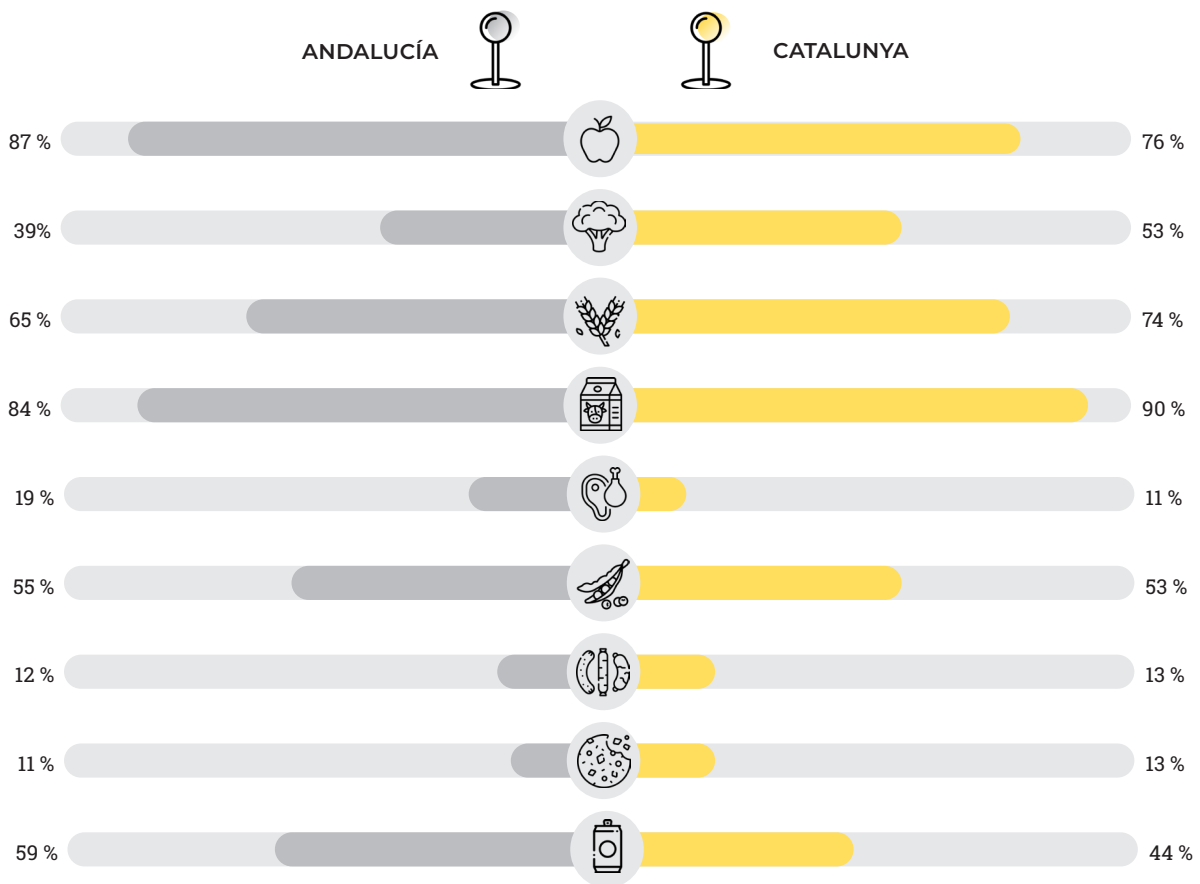
FRECUENCIA	DIARIA		3x o + / sem		1-2x / sem		<1x / sem		nunca o casi nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	160	81,2	20	10,2	10	5,1	4	2,0	3	1,5
Verduras	91	46,2	72	36,6	31	15,7	3	1,5	0	0
Cereales	137	69,5	28	14,2	21	10,7	5	2,5	6	3,1
Leche	173	87,8	12	6,1	7	3,6	1	0,5	4	2,0
Carnes	96	48,7	71	36,1	29	14,7	1	0,5	0	0
Legumbres	16	8,1	57	29,0	106	53,8	17	8,6	1	0,5
Embutidos	32	16,2	38	19,3	49	24,9	53	26,9	25	12,7
Dulces	33	16,7	25	12,7	50	25,4	65	33,0	24	12,2
Refrescos	23	11,7	13	6,6	23	11,7	37	18,8	101	51,3

Figura 10. Frecuencia relativa de consumo de los componentes del IASE entre personas mayores en España (n=197)



En la **Figura 11** se observa la proporción de personas mayores que alcanza la recomendación diaria para los componentes del IASE (puntuación máxima de 10) y en la **Figura 12**, las que presentan la peor puntuación posible (puntuación mínima de 0).

Figura 11. Proporción de personas mayores que alcanza la recomendación (puntuación máxima de 10) para los componentes del IASE según la comunidad autónoma donde reside (n=197)



EATING MATTERS

RECOMENDACIÓN PARA ALCANZAR LA PUNTUACIÓN MÁXIMA

- 1) Frutas; verduras & hortalizas; cereales & derivados y leche & derivados: **consumo diario**
- 2) Carnes, pescado & huevos y legumbres: **1-2 veces a la semana**
- 3) Embutidos & fiambres; dulces y refrescos con azúcar: **nunca o casi nunca**

COMPONENTES DEL IASE










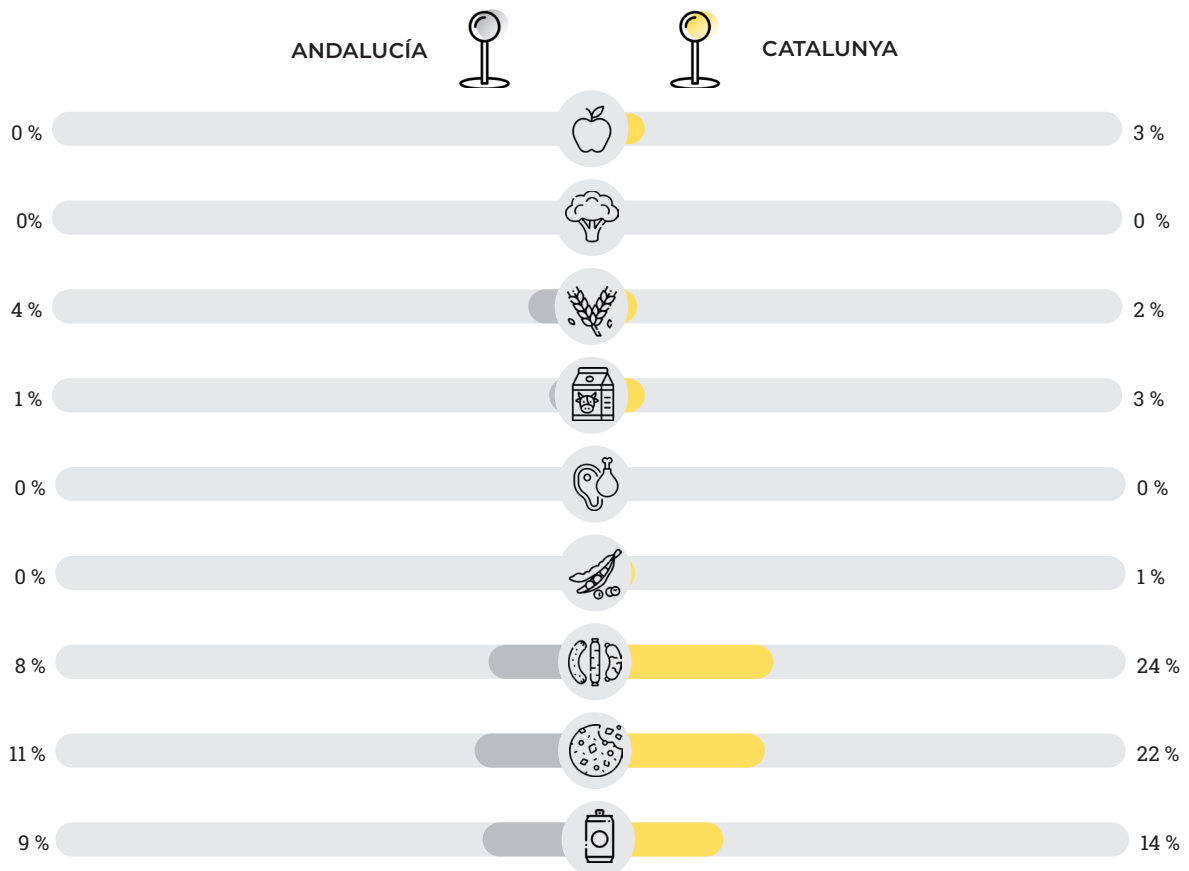
 Frutas	 Leche	 Embutidos
 Verduras	 Carnes	 Dulces
 Cereales	 Legumbres	 Refrescos

Figura 12. Proporción de personas que presenta la peor puntuación (puntuación igual a 0) para los componentes del IASE según la comunidad autónoma donde reside (n=197)*



CONSUMO QUE PRESENTA LA PEOR PUNTUACIÓN (CERO):

- 1) Frutas; verduras & hortalizas; cereales & derivados y leche & derivados: **nunca o casi nunca**
- 2) Carnes, pescado & huevos y legumbres: **nunca o casi nunca**
- 3) Embutidos & fiambres; dulces y refrescos con azúcar: **consumo diario**

Concepciones y percepciones sobre la alimentación

A los participantes se les presentó una serie de afirmaciones sobre lo que se consideraba como alimentación justa, sostenible y saludable a partir de una escala del tipo Likert, en la que pudieran indicar su grado de concordancia o de desacuerdo, variando las respuestas de "totalmente de acuerdo", "de acuerdo", "ni de acuerdo/ni en desacuerdo", "en desacuerdo" o "totalmente en desacuerdo". Las Figuras 13, 14 y 15 resumen los resultados encontrados.

Figura 13. Concepción de alimentación **JUSTA** según el grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones presentadas (n=197)

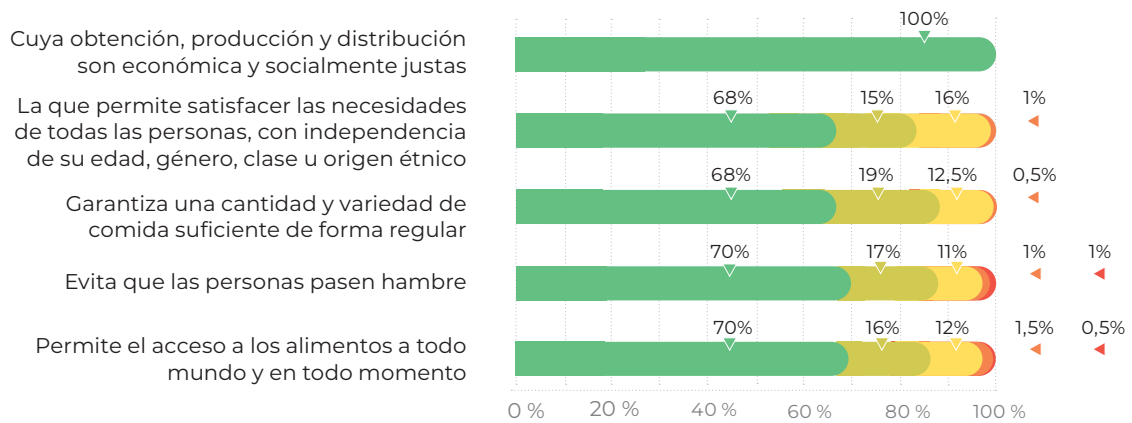
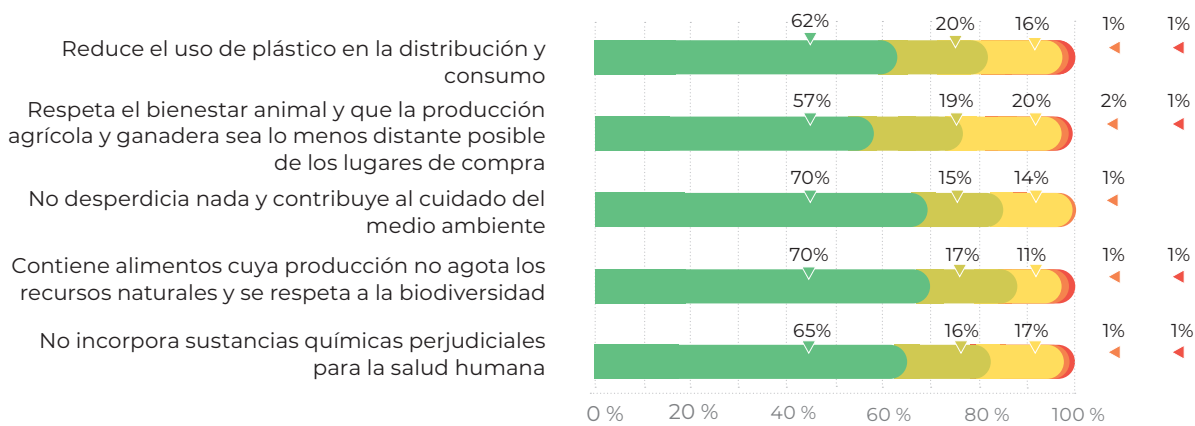
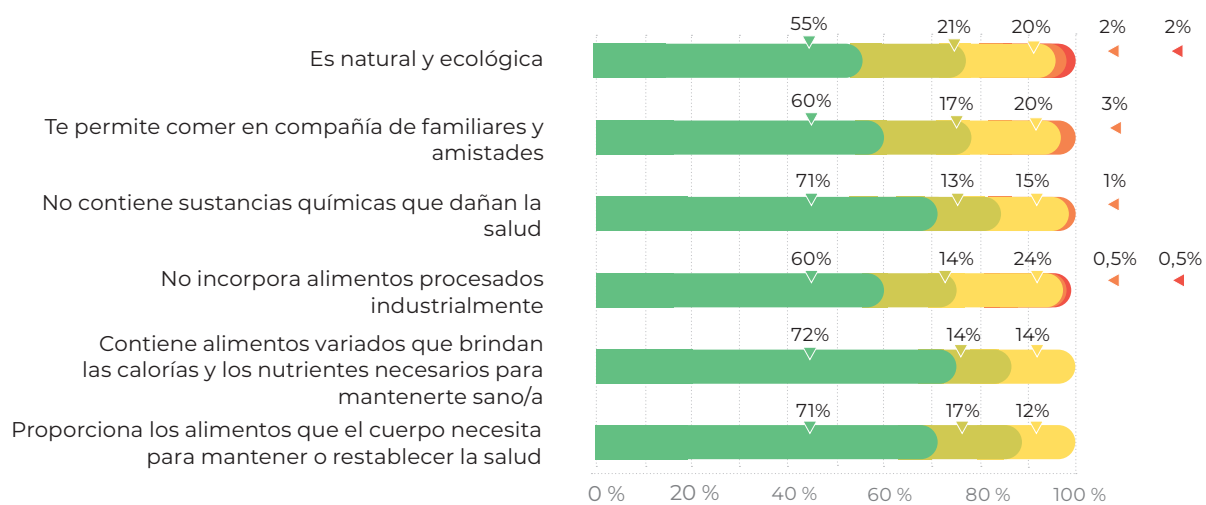


Figura 14. Concepción de alimentación **SOSTENIBLE** según el grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones presentadas



EATING MATTERS

Figura 15. Concepción de alimentación **SALUDABLE** según el grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones presentadas



■ TOTALMENTE DE ACUERDO
 ■ DE ACUERDO
 ■ NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
 ■ EN DESACUERDO
 ■ TOTALMENTE EN DESACUERDO

Además, se les preguntó cómo percibían su alimentación, indicando hasta qué punto les parecía justa, sostenible y saludable. Para esto se utilizó una escala del tipo Likert, para que los participantes pudieran indicar su grado de acuerdo o desacuerdo, variando de “1: no se parece en nada” a “5: es exactamente igual” (Figura 16).

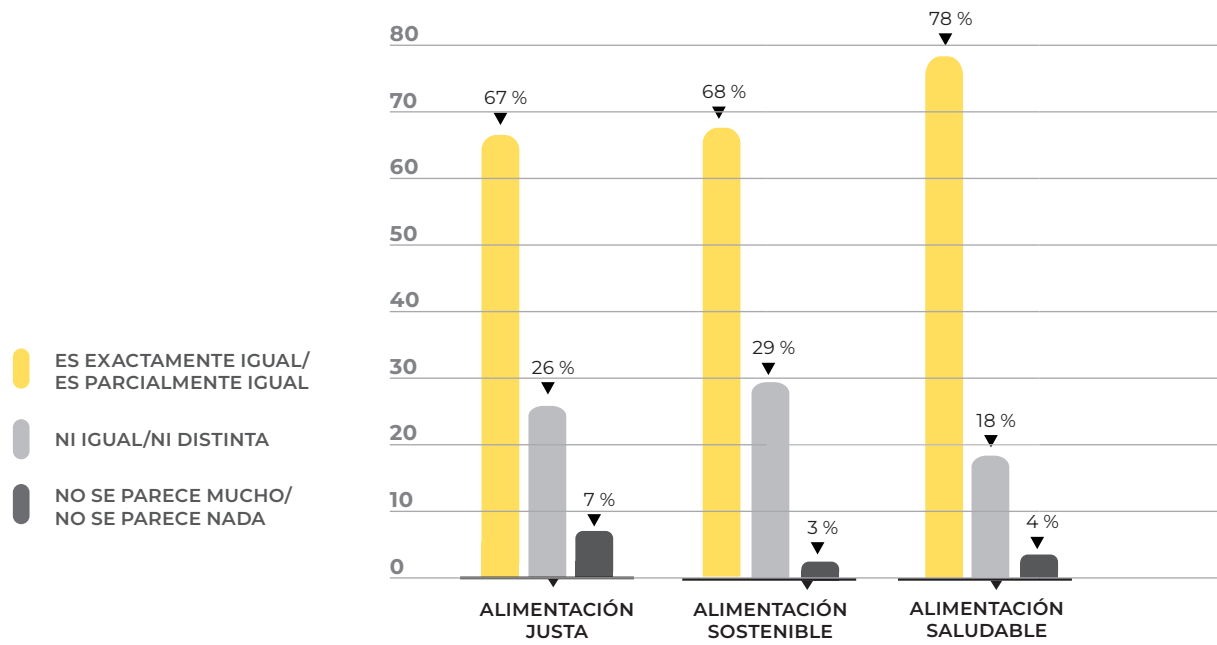


Figura 16. Percepción sobre la alimentación según el grado de acuerdo o desacuerdo de que sea justa, sostenible y saludable

Resultados del Proyecto Comer Importa resaltan que la selección de los alimentos en el caso de las personas mayores se ve afectada por numerosos factores, incluidas la confianza y desconfianza en los alimentos. La confianza y la desconfianza representan una asociación compleja de diferentes aspectos relacionados con la alimentación, que van más allá de las cualidades atribuidas a los ingredientes (Larrea-Killinger et al., 2024b). La percepción sobre el potencial de la alimentación saludable, sostenible y justa puede ser un factor importante que influya en la confianza y desconfianza y, en consecuencia, en la elección de los alimentos.

Consideraciones finales

¿QUIÉNES SON LAS PERSONAS MAYORES EN ESTA INVESTIGACIÓN?

La muestra fue muy equilibrada con relación al lugar donde residen los participantes y al género que frecuenta los centros de Atención Primaria. La mayoría tiene nivel de estudios de primaria (45,7%), vive en pareja (47,7%), en régimen de propiedad (90,9%) y con ingresos entre 1000€ y 1999€. En cuanto a su estado de salud, la mayoría presenta un exceso de peso (63,4%, considerando el sobrepeso y la obesidad) y convive con problemas de hipertensión (56,9%) y diabetes (36%)

¿QUÉ SABEMOS SOBRE SU ALIMENTACIÓN?

Una proporción pequeña de los que contestaron las preguntas sobre seguridad alimentaria (5,7%) presentaron algún grado de inseguridad alimentaria y solamente hubo un caso relacionado con la pandemia del COVID-19.

Por un lado, la mayoría (69%) de los entrevistados presentaba una alimentación que necesitaba cambios, principalmente con relación al consumo excesivo del grupo de las carnes en general y los huevos, y sobre todo el grupo de los embutidos y el grupo de los dulces, al haber una mayor frecuencia de inadecuación. Por otro lado, el 29% de los entrevistados presentaba una alimentación clasificada como saludable y los grupos alimentarios con frecuencia más grande de consumo adecuado (de acuerdo con las recomendaciones) fueron los grupos de las frutas, grupo de la leche y derivados y grupo de los cereales.

La mayoría de la muestra consideraba que su alimentación era justa (67%), sostenible (68%) y saludable (78%).

Estos resultados muestran la importancia de seguir invirtiendo en políticas públicas para garantizar el derecho a una alimentación adecuada, o sea en cantidad y calidad, que respete la cultura alimentaria y que sean producidos y distribuidos de manera justa y sostenible a lo largo de la vida, pero especialmente con el objetivo de garantizar un envejecimiento saludable.



Referencias

Aulestia-Guerrero EM, Capa-Mora ED. Una mirada hacia la inseguridad alimentaria sudamericana. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020; 25(7), 2507-2517. DOI: 10.1590/1413-81232020257.27622018.

Bozzaro C, Boldt J, Schweda M. Are older people a vulnerable group? Philosophical and bioethical perspectives on ageing and vulnerability. **Bioethics**. 2018; 32(4):233-239. <https://doi.org/10.1111/bioe.12440>

Camina-Martín MA et al. Valoración del estado nutricional en Geriátría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. **Rev Esp Geriatr Gerontol**. 2016;51(1):52–57.

Food and Agricultural Organization (FAO). **Escala de Inseguridad Alimentaria Basada en la Experiencia**.

2013. Disponible en: <https://www.fao.org/in-action/voices-of-the-hungry/fies/es/>

Food and Agricultural Organization (FAO). **The state of food insecurity and nutrition in the world. Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable**. Rome, FAO, 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc0639en>.

Food and Agricultural Organization (FAO). **Rome Declaration on World Food Security**. 1996. Disponible en: <https://www.fao.org/3/w3613e/w3613e00.htm>.

Food and Agriculture Organization (FAO). **Uso de la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria para monitorear el impacto del COVID-19**. 2020. Disponible en: <https://openknowledge.fao.org/home>

Hernández Galiot, A. y Goñi Cambrodon, I. Calidad de la dieta de la población española mayor de 80 años no institucionalizada. **Nutrición Hospitalaria**. 2015; vol. 31(6). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n6/31originalancianos03.pdf>

Larrea-Killinger C, Muñoz A, Echeverría R, Gracia-Arnaiz M. M. Itinerarios, entornos y consumo alimentario en personas mayores de 65 años: etnografía comparada en las comunidades autónomas de Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana. In: Gracia-Arnaiz, M.; Larrea-Killinger, C. (org.). **Comer importa: desafíos alimentarios en sociedades que envejecen**. Valencia: Editorial Tirant lo Blanch, 2024a.

Larrea-Killinger C, Muñoz A, Echeverría r, Larrea O, Gracia-Arnaiz. Trust and distrust in food among non-dependent elderly people in Spain. Study on socio-cultural representations through the analysis of cultural domains. **Appetite**. 2024; 197: 107306b. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107306>.

López D, Álvarez CP, Lloreda PS. Cambios gastrointestinales en el envejecimiento: impacto sobre la alimentación y el estado nutricional. **Revista Medicina**. 2022; 44(3):396-404. Disponible en: <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/2185?time=1714698706>

López Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. The hallmarks of aging. **Cell**. 2013; 153. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2013.05.039>

Moragues-Faus A, Magaña-González CR. **Alimentando un futuro sostenible: Estudio sobre**

la inseguridad alimentaria en hogares españoles antes y durante la COVID-19. Universitat de Barcelona y Fundación Daniel & Ninna Carasso, Barcelona. 2022. Disponible en: https://www.ub.edu/alimentandounfuturosostenible/documents/informe-alimentacion_una-pag.pdf

Martinez Valero APM et al. Calidad de la dieta en mayores de 65 años y factores socioeconómicos relacionados. **Aten Primaria**. 2020;53(1):27-35.

Norte Navarro AI & Ortiz Moncada R. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. **Nutrición Hospitalaria**. 2011;26(2):330-336.

Observatorio de la Vulnerabilidad Cruz Roja Comunidad Valenciana. **Alimentación saludable para personas vulnerables**. Observatorio de la Vulnerabilidad Cruz Roja Comunidad Valenciana. Valencia. 2018.

Pérez Díaz J., et al. Un perfil de las personas mayores en España 2023. Indicadores estadísticos básicos **Informes. Envejecimiento en red**. 2023; 30. Disponible en: <https://envejecimientoenred.csic.es/wp-content/uploads/2023/10/enred-indicadoresbasicos2023.pdf>

Vasquez An, Ibañez, MRA. **Inseguridad alimentaria en Asturias**. Cátedra Concepción Arenal de Agenda 2030, Universidad de Oviedo. Oviedo. 2023. Disponible en: <https://derechoalimentacion.org/sites/default/files/pdf-noticias/Inseguridad%20alimentaria%20Asturias.pdf>



