

Hábitos alimentarios en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara, sin deterioro cognitivo y residentes en la comunidad

Albert Cuñat, V.*; Maestro Castelblanque, M. E.**; Martínez Pérez, J. A.***; Santos Altozano, C.**** y Monge Jodra, V.*****

* Z. B. S Guadalajara Periférico. ** Z. B. S. Yunquera de Henares. Guadalajara. *** Z. B. S. Guadalajara Sur. **** Z. B. S. El Alamin. Guadalajara. ***** Servicio Medicina Preventiva Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer las características de los hábitos alimentarios en personas mayores de 65 años, sin deterioro cognitivo y residentes en la comunidad.

DISEÑO: Estudio descriptivo, transversal, de base poblacional, con distribución aleatoria.

EMPLAZAMIENTO: A nivel comunitario, en el marco de la atención primaria, incluye toda la provincia.

PERSONAS: Muestra finalmente necesaria, con unas pérdidas teóricas del 26%, compuesta por 473 personas (228 varones y 245 mujeres) en el medio rural y 477 personas en el medio urbano (210 varones y 267 mujeres). Muestra finalmente estudiada, tras las pérdidas (en el ámbito rural la mayoría por negativa y en el urbano, por no localización-cambio de domicilio), de 388 personas en el medio rural y 392 en el medio urbano.

INTERVENCIONES: Por medio de cuestionario, previo estudio de la fiabilidad en las respuestas mediante test-retest, analizamos las variables que determinan los hábitos alimentarios. Cribado de deterioro cognitivo, a cada participante, mediante test de Pfeiffer (SPMSQ).

MEDICIONES Y RESULTADOS PRINCIPALES: Consumo de alcohol (30% V, 5% M), Café (< 2%), Tres o mas comidas/ día (> 95%), Tendencia no cenar (< 12%) y Tendencia a no desayunar (< 2%), Alimentos no consumidos en el día, sobre todo verduras y legumbres, Consumen alimentos de todos los grupos (> 20%), Grasa visible (> 60%), Líquidos adecuados (< 45%), Golosinas (< 40%), Sal adecuado (> 75%), Consumo semanal en frecuencia saludable, peor en el caso de legumbres y verduras, Dieta saludable (< 45%).

CONCLUSIONES: Hábitos alimentarios con notables deficiencias en el colectivo de ancianos de nuestra provincia, sin distinción de sexo ni ámbito. Sería necesario implementar medidas correctoras.

Palabras clave

Ancianos. Alimentación. Hábitos alimentarios. Estudio poblacional.

Correspondencia: Vicente Albert Cuñat. Boixareu Rivera 66, 1º, 4ª. 19002 Guadalajara.

Recibido el 15-2-00; aceptado el 14-6-00.

Eating habits on persons over 65 in the health area of Guadalajara, without cognitive deterioration and residents and non institutionalized

SUMMARY

OBJECTIVE: To know the eating habits characteristics of people over 65 years without cognitive deterioration and residents in the community.

DESIGN: Descriptive, transversal study of the base population with randomized distribution.

SETTING: At a community level within the frame of primary health care, including the entire province.

PERSONS: Finally necessary sample, whit theoretical losses of 26%, composed of 473 people [228 males, and 245 females] in rural areas, and 477 people in urban areas [210 males and 267 females]. Sample finally studied, after losses (in Rural areas, the majority due to a negative, and in Urban areas due to inability to locate/ change of adress), of 388 people (rural areas) and 392 (urban areas):

INTERVENTIONS: By questionnaire, following a study of answer viability by test-retest, we analyzed the variables which determine eating habits. Cognitive deterioration screening in each case, by Pfeiffer test (SPMSQ).

MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS: Alcohol consumption (30% M, 5% F), Coffee (< 2%), Three or more meats a day (> 95%). Tendency to skip evening meat (< 12%) and tendency to skip breakfast (< 2%), Food items not consumed during the day, above all vegetables and legumes. Eaten from all food groups (> 20%), Visible fat (> 60%), Adequate liquids (< 45%), Sweets (< 40%), Adequate salt (> 75%). Weakly consumption in a healthy frequency, less so in the case of legumes and vegetables, Healthy (< 45%).

CONCLUSIONS: Eating habits with notable deficiencies in the elderly of our province, without distinction of sex or environment. It would be necessary to implement corrective measures.

Key words

Elderly. Nutrition. Eating habits. Poblational study.

INTRODUCCIÓN

Probablemente no existe ningún factor que de modo aislado ejerza tanta influencia sobre la salud, y consecuentemente sobre la vida, como la alimentación. Por ello, conocer los hábitos dietéticos de una comunidad permite saber sobre qué pautas de alimentación nocivas para la salud debemos intervenir, tanto de modo preventivo como curativo (1, 2).

Señalaremos la importancia de la dieta en cualquier persona, pero de modo especial en las de más edad, en las cuales comer puede significar uno de los pocos placeres de los que pueden seguir disfrutando (3).

El grupo de población que peor come es el de los ancianos. Hasta el 10% de las causas se pueden atribuir a factores sociales (4): pobreza, soledad, ignorancia. La asociación de diferentes situaciones de riesgo nutricional, hacen que este sea un colectivo con especial riesgo de malnutrición, y entre las principales causas y factores de riesgo, se citan (5, 6): a) Cambios fisiológicos en relación a la edad, b) Patologías orgánicas, c) Trastornos psiquiátricos, d) Causas ambientales, e) Fármacos/tóxicos.

Si estableciésemos una gradación del riesgo en sentido ascendente lo podríamos hacer de este modo (7): 1.º Grupo de ancianos sanos, que son la mayoría de los que residen en la comunidad; 2.º Aquellos que padecen alguna enfermedad crónica pero que están socialmente bien integrados; 3.º Los que viven solos, confinados en su domicilio; 4.º Ancianos que viven en instituciones.

Al igual que en personas más jóvenes, el riesgo que comporta el desequilibrio nutricional, sigue una curva en «U» (8). Pero a pesar de la importancia de una correcta alimentación en la salud de los viejos, estas cuestiones no han calado hondo en los programas de educación sanitaria en este colectivo. En todo caso, saber con exactitud qué come un anciano es una tarea laboriosa (9). Y aunque conocer las características de la alimentación es fundamental para comprender diversos aspectos del proceso de envejecimiento, para poder influir en él y avanzar en el camino de un envejecimiento exitoso, todavía estamos lejos de poder estimar con un nivel razonable de fiabilidad las necesidades de las recomendaciones diarias en la vejez, y ello supone una gran limitación para poder avanzar en una de las partes fundamentales del binomio en que se basa el juicio sobre el estado nutritivo de una colectividad: por un lado las recomendaciones dietéticas de energía y nutrientes, y por otro las ingestas reales de los mismos (10).

Por otro lado, este es un colectivo en constante y notable aumento en la sociedad actual. Por ello planteamos como objetivo de nuestro estudio conocer cuáles son los hábitos alimentarios en el grupo de personas mayores de 65 años, sin deterioro cognitivo y que residen a nivel comunitario en el área de salud de Guadalajara.

METODOLOGÍA

Diseño. Se trata de un estudio observacional, analítico, transversal, efectuado en el marco de la Atención Primaria.

Ámbito. Lo hemos desarrollado, a lo largo del año 1997, en la provincia de Guadalajara, caracterizada por presentar una población notablemente envejecida y muy dispersa, de modo especial en el ámbito rural. Dada la diferente estructura poblacional diferenciamos entre ámbito rural y urbano.

Muestra. Calculamos el tamaño muestral aplicando la fórmula adecuada para poblaciones finitas, caso de proporciones, considerando $k=2$, $p=q=0,5$, que sería el caso más desfavorable. Aumentaremos el tamaño muestral calculado en un 26%, que es el porcentaje de pérdidas que señalan otros autores en un estudio mediante encuesta a personas mayores de 65 años (11).

Para poder ser incluido en el estudio cada persona debería cumplir las condiciones que se citan: a) Tener una edad igual o superior a 65 años cumplidos; b) Residir de modo habitual en alguno de los municipios de la provincia de Guadalajara; c) No estar institucionalizado, residiendo de modo habitual en la comunidad; d) No presentar deterioro cognitivo. Para ello se evaluó a todas las personas incluidas finalmente en el estudio, mediante el test de Pfeiffer (12), estableciendo el corte en cuatro puntos.

Definimos asimismo los criterios de no inclusión, exclusión y pérdidas.

El muestreo es de tipo probabilístico, aleatorio, estratificado y hemos seguido un procedimiento polietápico y proporcional según edad, sexo y núcleos de población. A nivel urbano sólo son incluíbles las localidades de Guadalajara y Azuqueca de Henares. A nivel rural hemos clasificado las localidades en cinco categorías, según el número de habitantes: a) 0-299 habitantes, b) 300-599, c) 600-999, d) 1.000-1.999 e) 2.000-5.000.

A todas las personas seleccionadas aleatoriamente a partir de bases de datos poblacionales, les fue remitida una carta explicando el motivo del estudio y solicitando su colaboración. Al cabo de una semana se intentaba conectar telefónicamente con ellos para recordarles la cita y confirmar su participación. Con ello intentamos disminuir la tasa de no respuesta (13).

La muestra finalmente necesaria estaba compuesta por 473 personas en el ámbito rural (228 varones y 245 mujeres) y 477 personas en el urbano (210 varones y 267 mujeres).

Variables analizadas. En nuestro estudio utilizamos un tipo de encuesta alimentaria, obtenida mediante entrevista-cuestionario, basada en el recuerdo, de tipo no cuantitativo, como es el recuerdo de 24 horas (14) completándola con un método semicuantitativo como es la frecuencia de consumo semanal de cada uno de los grupos de

TABLA I. Hábitos alimentarios. Índice K. Valoración del índice K.

Variable	TV	K ponderado	IC 95%	K simple	IC 95%	Valoración
Alcohol	p	0,900	0,850-0,960			MB
Café	d			0,833	0,654-1,012	MB
Consumo semanal de						
– Leche	p	0,966	0,924-1,009			MB
– Carne	p	0,565	0,350-0,779			MOD
– Pescado	p	0,556	0,392-0,721			MOD
– Legumbre	p	0,543	0,363-0,722			MOD
– Verduras	p	0,768	0,637-0,899			B
– Frutas	p	1,000				MB
– Pan y otros HC	p	0,956	0,880-1,032			MB
Consumo de sal	d			0,826	0,636-1,015	MB
Consumo líquidos	d			0,699	0,477-1,015	B
Consumo grasa visible	d			0,825	0,635-1,115	MB
Consumo golosinas	d			0,611	0,355-0,867	B

Fuente y elaboración propias. TV: Tipo de variable; p: Variable politómica; d: Variable dicotómica; MB: Muy bueno; B: Bueno; MOD: Moderado. IC: Intervalo de confianza.

alimentos que se consideran, lo cual permite mejorar la estimación (15). Como variables de estudio consideramos:

Hábitos alimentarios

a) Consumo diario de líquidos, cuantificado en vasos/día. En nuestro estudio consideramos correcto el consumo de al menos cuatro vasos de líquidos al día, sin contar el consumo en las comidas. Ello nos aproximaría, en un cómputo global, al consumo recomendado en ancianos, estimado en 1.500 cc (16).

b) Consumo de alimentos. Por medio de una aproximación cualicuantitativa, aceptamos como alimentación correcta aquella que incluye al menos un alimento de cada uno de los grupos que integran la conocida «rueda de los alimentos» (17). Asumimos como patrón saludable (18): el consumo semanal («veces en semana») de verduras-hortalizas, frutas y legumbres superior a 4; ingesta semanal de pescado superior a 2; ingesta semanal de huevos inferior a 5; ingesta diaria de 500 cc de leche.

c) Número de comidas al día.

d) Tendencia a «no desayunar» y tendencia a «no cenar», considerando como tales, la no ingestión de alimentos sólidos en el transcurso de estas comidas.

e) Grupos de alimentos que aparecen predominantemente como «no consumidos» en el día.

f) Ancianos que consumen a diario alimentos de todos los grupos.

g) Consumo diario de sal, aceptando como correcto el hecho de no añadir nunca sal a las comidas en la mesa.

h) Consumo de «grasa visible» de procedencia animal.

i) Consumo de golosinas-bollería industrial, tanto como parte de las comidas o entre comidas.

j) Consumo de bebidas con alcohol, cuantificando en gramos/día y clasificando según los criterios del *National Health and Medical Research Council* de Australia, 1987 (19). Se considera bebedor moderado, aquella persona que consume alcohol de modo habitual, en cantidad que se sitúa por debajo de lo aceptado como límite de riesgo, que es de 41 g/día en varones y 21 g/día en mujeres.

k) Consumo de café. La cantidad de cafeína de una taza de café es muy variable y depende del método de preparación. En general se estima que una taza contiene 100-150 mg de cafeína (2-4 mg si es descafeinado) (20). Se consideran dosis bajas de cafeína, aquellas que están en el rango de 20-200 mg/día. Producen habitualmente efectos subjetivos de carácter positivo y de intensidad leve. Dosis en el rango de 200-280 mg/día pueden ocasionar efectos negativos. Por tanto, dosis que superen las tres tazas/día, que tomaremos como punto de corte, coincide con las recomendaciones de consumo máximo que se hacen en los pacientes hipertensos (21).

Variables sociodemográficas

Edad, sexo, estado civil, nivel educativo-académico, nivel socioeconómico, profesión desarrollada de modo preferente y situación laboral, situación familiar actual.

Procedimiento de recogida de datos. El cuestionario definitivo fue sometido a procedimiento de pilotaje previo entre profesionales sanitarios de dos EAP de la provincia. Asimismo se estudió la fiabilidad en las respuestas en una

TABLA II. Expresión porcentual de cada una de las variables. Distribución según sexo y medio.

<i>Variables</i>	<i>VR</i>	<i>MR</i>	<i>VR</i>	<i>MU</i>
Alcohol*	30,7 (24-37,5)	5,1 (2,6-8,9)	30,8 (24,3-38)	5,9 (3,3-9,6)
Café**	1,6 (0,3-4,5)	0,5 (0,2-1)	1,7 (0,6-5)	1,8 (0,5-4,6)
Tres o más comidas día	98,4 (95,5-99,7)	98 (94,8-99,4)	95,3 (91-97,8)	95 (91,2-97,5)
Tendencia no desayun	13,5 (9,2-18,9)	15,8 (11,2-21,4)	20,3 (14,8-26,9)	16,3 (12,3-22,2)
Tendencia no cenar	8,9 (5,4-13,5)	13,8 (9,5-19,1)	9,3 (5,6-14,4)	12,7 (8,9-17,6)
No leche día anterior	6,8 (3,8-11)	7,1 (4,1-11,4)	4,1 (1,8-7,9)	2,7 (1,1-5,6)
No proteínas (DA)	2,1 (0,8-5,2)	3,1 (1,2-6,3)	1,7 (0,4-5)	1,8 (0,5-4,8)
No legumbres (DA)	32,8 (26,4-39,7)	44,4 (37,5-51,4)	39 (31,9-46,4)	41,4 (35-48)
No frutas (DA)	5,7 (3-9,7)	7,1 (4,1-11,4)	4,1 (1,8-7,9)	7,3 (4,4-11,3)
No verduras (DA)	40,6 (33,8-47,7)	36,7 (30,2-43,7)	24,4 (18,4-31,3)	25 (19,6-31)
No HC (DA)	1 (0,1-3,7)	1,5 (0,3-4,4)	1,7 (0,4-5)	3,2 (1,4-6,2)
No grasas (DA)	15,6 (11-21,3)	23,5 (17,9-29,8)	2,9 (1-6,7)	5,5 (3-9,1)
Aliment. todos grupos	37 (30,4-44)	25,5 (19,8-32)	40,7 (33,5-48,2)	40,9 (34,6-47,5)
Grasa visible animal	76,6 (70,2-82,1)	65,3 (58,4-71,7)	62,8 (55,4-69,8)	60 (53,4-66,3)
Consume golosinas	45,3 (38,4-52,4)	39,8 (33,1-46,8)	41,9 (34,7-49,3)	42,7 (36,3-49,3)
Líquidos adecuado	58,3 (51,3-65,2)	45,4 (38,4-52,4)	62,2 (54,8-69,2)	56,4 (49,7-62,8)
No añaden sal	75,5 (69,1-81,2)	73,5 (67-79,3)	79,7 (73,6-85,2)	82,7 (77,3-87,3)

Fuente y elaboración propias. * Consumo de alcohol Moderado; ** Consumo de café Excesivo. DA: Día anterior. Entre paréntesis, intervalos de confianza al 95%. Los intervalos de confianza de los porcentajes menores que 5 y mayores que 95 se han calculado por el método binomial exacto. VR: Varón Rural; MR: Mujer Rural; VU: Varón Urbano; MU: Mujer Urbano.

muestra de 40 personas mediante el procedimiento test-retest, utilizando el coeficiente kappa ponderado en las variables categóricas politómicas y el simple en las dicotómicas (22).

En la tabla I reflejamos los valores de este coeficiente.

Los datos han sido recogidos siempre por las mismas personas. Cada participante fue entrevistado en su domicilio o en la consulta, según sus preferencias.

Plan de análisis. Para el procesamiento y análisis de los datos hemos utilizado el programa integrado SPSS versión 4.0, apoyado en el procesador de textos Microsoft Word, el cual permite la elaboración de tablas y gráficos. Hemos codificado la recogida de datos para facilitar el posterior vaciado de la información. Se revisó toda la información contenida en una selección aleatoria del 10% de los cuestionarios. Se efectuó depuración de los datos estudiando una a una todas las variables.

Para el análisis hemos utilizado los procedimientos propios de la estadística descriptiva (proporciones con sus intervalos de confianza, media aritmética con desviación estándar y error estándar), de la analítica (chi cuadrado, t de Student y ANOVA) y hemos efectuado asimismo análisis multivariante por regresión logística modelo logit binomial. Asumimos siempre $p < 0,05$ como nivel de significación estadística.

Recursos. Hemos utilizado las bases de datos CD-Rom Medline e Índice Médico Español.

RESULTADOS

Descriptivos

Las pérdidas oscilan entre el 15,6% para los varones del medio rural y el 26,3% en las mujeres del ámbito urbano. A nivel rural el motivo predominante es la negativa a participar y en el medio urbano la no localización por cambio de residencia.

La muestra finalmente estudiada la componen 388 personas en el medio rural (192 varones y 196 mujeres) y 392 en el medio urbano (172 varones y 220 mujeres).

En la tabla II mostramos los resultados relativos a las variables Consumo de alcohol, Consumo de café, Número de comidas/día, Tendencia a no desayunar, Tendencia a no cenar, Grupos de alimentos no consumidos en el día según recordatorio del día anterior, Toman alimentos de todos los grupos, Consumen golosinas, Consumo adecuado de líquidos, Consumo de sal. Destacamos los altos porcentajes de personas que no consumen legumbres y verduras, así como de aquellos que no añaden sal a las comidas.

En la tabla III expresamos la frecuencia semanal en el rango de saludable para cada tipo de alimento (expresada en porcentaje), así como la frecuencia semanal del consumo de cada alimento (como media). Se repite en estos casos lo anteriormente señalado, con bajos porcentajes de consumo de verduras y legumbres. Son bajos también los porcentajes de aquellos que efectúan dieta saludable.

TABLA III. Valores porcentuales del consumo semanal en frecuencia saludable de cada alimento. Dieta saludable. Frecuencia media del consumo semanal de cada alimento. Distribución según sexo y ámbito.

Variable	%	x	ES	s	%	x	ES	s
VR					MR			
Leche	92,2	6,53	0,12	1,69	62,3	6,57	0,11	1,59
Carne	53,6	4,43	0,13	1,79	56,1	4,38	0,13	1,80
Pescado	60,4	3,40	0,13	1,83	70,4	3,58	0,13	1,80
Huevos	95,3	2,52	0,11	1,55	99	2,18	0,08	1,09
Legumbres	18,8	4,21	0,13	1,82	14,3	3,94	0,13	1,79
Fruta	87,5	6,44	0,12	1,70	91,3	6,67	0,09	1,22
Verdura	30,7	4,59	0,15	2,13	33,7	4,85	0,15	2,06
Pan	94,3	6,72	0,09	1,20	93,4	6,71	0,08	1,18
Dieta salud	28,6 (22,6-35,2)				40,3 (30,6-47,3)			
VU					MU			
Leche	92,4	6,65	1,36	0,10	94,5	6,76	1,07	0,07
Carne	57	4,27	1,58	0,12	53,6	4,43	1,82	0,12
Pescado	59,9	2,89	1,52	0,17	71,4	3,42	1,71	0,12
Huevos	97,7	2,37	1,39	0,11	99,5	1,94	1,05	0,07
Legumbres	12,2	3,41	1,79	0,14	13,6	3,46	1,94	0,13
Fruta	91,3	6,63	1,36	0,10	90	6,56	1,43	0,10
Verduras	58,1	5,46	2,05	0,16	55,9	5,36	2,14	0,14
Pan	95,3	6,77	1,14	0,09	93,6	6,66	1,37	0,09
Dieta salud	39,5 (32,4-47)				47,3 (40,7-53,9)			

Fuente y elaboración propias. x = media; s = desviación estándar; ES: Error estándar de la media. Entre paréntesis intervalo de confianza al 95%. VR: Varón Rural; MR: Mujer Rural; VU: Varón Urbano; MU: Mujer Urbano.

Analíticos

En la tabla IV expresamos los resultados del análisis bivariable al comparar según sexo-medio y según edad. Sólo especificamos aquellos casos en que las diferencias son significativas entre grupos.

En la tabla V señalamos los resultados del análisis multivariable especificando sólo aquellas variables dependientes en las que las variables independientes mostraban una OR superior a 1,2. A destacar cómo el nivel educativo explica las diferencias en el caso de consumo de café, consumo adecuado de líquidos, así como frecuencia en el consumo semanal de pescado y verduras (en las que también influye el ámbito); el nivel socioeconómico en el consumo de sal y en la frecuencia semanal de consumo de legumbres, el sexo en la tendencia a no cenar, así como en el consumo de grasas (en las que también influyen el estado civil y el ámbito).

DISCUSIÓN

En primer término justificamos la utilización de la información obtenida mediante entrevista-cuestionario y basada en el recuerdo, dado que la unidad de estudio es el in-

TABLA IV. Grupos en los que el análisis bivariable según sexo-ámbito y según edad muestran diferencias significativas.

Variable	Sexo-ámbito	Edad
Alcohol	VR-MR; VU-MU	MU
Café	VR-MR; VU-MU	MR
Nº comidas/día		MU
No leche	MR-MU	
No proteínas		MR
No legumbres	VR-MR	MU
No verduras	VR-VU; MR-MU	VR
No hidratos carbono		MR
No grasas	VR-VU; MR-MU	
Todo tipo de alimentos	MR-MU; VR-MR	MU
Grasa visible	VR-MR; VU-MU	
Líquidos adecuado	MR-MU; VR-MR	MU
Verdura saludable	VR-VU; MR-MU	
Pescado saludable	VR-MR; VU-MU	
Huevos saludable	VR-MR	
Dieta saludable	VR-VU; VR-MR	
Pescado semana		MR, MU
Carne semana		MR

VR: Varón Rural; MR: Mujer Rural; VU: Varón Urbano; MU: Mujer Urbano.

TABLA V. Resultados del análisis multivariante de aquellas variables en los que existen diferencias significativas.

<i>Variable dependiente</i>	<i>Variable independiente</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>
Café	Nivel educativo	1,3128	1,71-1,01
Sal	Nivel socioeconómico	1,4044	1,95-1,01
Tendencia no cenar	Sexo	1,4241	1,90-1,07
Consumo líquidos	Nivel educativo	1,4426	1,96-1,06
Pescado/semana	Nivel educativo	1,1795	1,39-1,00
Legumbres/semana	Nivel socioeconómico	1,9199	2,82-1,31
Verduras	Nivel educativo	1,2404	1,47-1,05
Grasas	Tipo municipio	1,4197	1,91-1,06
	Sexo	1,5485	2,14-1,12
	Estado civil	1,1886	1,34-1,05
	Tipo municipio	1,4273	1,96-1,04

Fuente y elaboración propias. OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza.

dividuo. Algunos epidemiólogos se han preguntado la utilidad de medir la ingestión dietética individual dada la complejidad de los patrones alimentarios y la poca precisión de los métodos de encuesta disponibles. Sin embargo la clasificación ordenada de los individuos en cuanto a su consumo, es suficiente para establecer relaciones etiológicas en estudios epidemiológicos (23). La utilización de las encuestas dietéticas en epidemiología se considera un buen método, tanto para la investigación etiológica de una enfermedad como para valorar el estado nutricional de un paciente o determinar si la ingestión de un sector de la población es acorde con los requerimientos nutricionales establecidos (24, 25). Se consideran métodos útiles para la valoración de la ingesta individual en estudios poblacionales: el diario dietético, la historia dietética, el cuestionario de consumo de frecuencia de alimentos. El más práctico para el estudio de muchos sujetos, es el cuestionario (26).

En cuanto a las pérdidas, nuestro porcentaje es similar al señalado por M. Colomo (27) en su estudio a nivel urbano, donde encuentra el 20%. Cabe considerar que nuestras tasas de respuesta son altas, y pensamos que a ello ha contribuido el procedimiento seguido en la captación de los encuestados, con notificación postal y posterior recor-

datorio telefónico, así como el haber comentado el proyecto, de modo previo, con los médicos de cabecera.

De otra parte, la fiabilidad del cuestionario utilizado, medida a través de la estabilidad en las respuestas, garantiza resultados fiables.

En lo relativo a hábitos tóxicos relacionados con la alimentación, constatamos que nuestros porcentajes de bebedores moderados coinciden con los señalados en las Encuestas Nacionales de Salud donde reflejan cifras del 35%; y en lo relativo al consumo de café, un estudio de ámbito nacional (28) evidencia que el 68% de las personas que viven en el medio urbano lo consumen, mientras que en el medio rural, el porcentaje es algo inferior, llegando al 65%. Estos valores disminuyen desde el 75% en el grupo de 65-69 años hasta el 65% en los mayores de 75 años. Nuestros porcentajes son sensiblemente inferiores.

Ya se comentó que los hábitos alimentarios y el estado nutricional son importantísimos determinantes de la salud, así como un medio de promocionarla y aumentar la calidad de vida. Probablemente no existe en la actualidad ningún factor que de modo aislado ejerza tanta influencia sobre la salud, y en consecuencia sobre la vida, como la ali-

TABLA VI. Frecuencia de consumo semanal de los diferentes alimentos.

	<i>Castillo</i>						<i>Colomo</i>		
	<i>Rural</i>			<i>Urbano</i>					
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Leche	13013	5,63	81,25	2,56	1,28	96,15	7,1	7,9	8,5
Carne	3,75	20,63	75,63	1,28	10,26	88,46	4,2	67,9	27,9
Pescado	1,88	23,75	74,38	2,56	24,36	73,08	4,2	60,5	34,5
Fruta	—	4,38	95,63	—	2,56	97,72	1,8	3,4	95,8
Verdura	6,25	16,88	76,88	1,28	6,41	92,31	2,4	37,6	59,2

Fuente y elaboración propias. 1: Nunca; 2: A veces; 3: De modo habitual.

mentación, entendiéndola como un proceso voluntario susceptible de aprendizaje y modificación. En personas ancianas ya se ha demostrado que siguen las prescripciones médicas y se muestran receptivas a modificar pautas inadecuadas de consumo de alimentos, confirmando la utilidad de la educación nutricional en este colectivo (29).

Numerosos estudios tanto a nivel comunitario como hospitalario o en unidades de larga estancia, demuestran que el estado nutricional influye en la evolución de las personas mayores, así como en la relación entre dicho estado y el pronóstico vital y funcional. La malnutrición es un factor de riesgo de primer orden y este hecho no se modifica en los distintos niveles (comunitario, hospital).

La prevalencia de malnutrición en este grupo varía en función de los criterios diagnósticos utilizados, aunque se considera que existe infradiagnóstico debido al bajo índice de sospecha (30), así como a la falta de costumbre diagnóstica y a la enorme variabilidad clínica. La prevalencia en ancianos que residen en la comunidad puede oscilar desde el 5 al 32%, pudiendo llegar al doble a partir de los 80 años (31-33). Pero la mayoría de los casos permanecen sin detectar. Señalaremos que se ha documentado un aumento de la mortalidad en aquellos ancianos con un 15% menos del peso teórico (34), así como en aquellos que normalmente no realizan desayuno (35). De otro lado, la ingesta calórica recomendada varía poco con la edad, dependiendo fundamentalmente del grado de actividad física habitual, pudiendo aceptar a grandes rasgos, los efectos beneficiosos en el anciano de una dieta que no excede de 1.500-2.000 calorías/día (36).

La gran variabilidad metodológica dificulta la comparación con los trabajos revisados en los que se efectúa encuesta alimentaria. Por ello, aparte de publicar directrices unificadoras en este sentido, sería un gran avance la realización de encuestas periódicas con metodología uniforme (37).

En cualquier caso, en la tabla VI reflejamos los datos de M. Colomo y Castillo, et al (38). Comparamos el consumo medio semanal de alimentos con el estudio de Aroca et al (39), en Murcia, observando notables diferencias. Del estudio de Castillo se desprende que existen mayores desequilibrios en los hábitos alimentarios en el medio rural, con un alto porcentaje de personas que no consumen nunca leche, verduras. Del estudio de Colomo, que estudió sólo el medio urbano, se deducen las grandes diferencias con el estudio anterior, lo que cabe atribuir especialmente a la gran subjetividad que entraña el tipo de valoración cualitativa que hacen de la frecuencia. No es posible establecer comparaciones con nuestro estudio, aunque en líneas generales, obtenemos un mayor porcentaje de personas que efectúan dieta saludable, independientemente del ámbito.

Los resultados del análisis bivalente permiten concretar diferencias en cuanto a sexo, ámbito y edad para algunas variables. El análisis multivariante confirma la influencia de los factores socioeconómicos y ambientales en los

hábitos alimentarios de la población anciana de nuestra provincia.

A modo de conclusiones de nuestro estudio cabe decir que es excesivo el número de ancianos con tendencia a no desayunar y a no cenar; por ello es un aspecto que debemos corregir. Es muy alto el porcentaje, sin diferencias entre grupos, de los que no consumen verduras, y el problema se acentúa en el medio rural. No llegan al 50% los que declaran tomar alimentos de todos los grupos, de modo especial en el medio urbano. «Grasa visible» de procedencia animal es consumida por un altísimo porcentaje que supera en todos los casos el 60%. En la misma línea, aunque algo inferior, situamos el consumo de golosinas. Por ello, ambas son cuestiones en las que deberíamos intentar medidas correctoras. En cuanto al consumo de sal, los hábitos son en general correctos. En lo relativo al consumo «saludable» de cada grupo de alimentos, en el ámbito rural es deficitario el consumo de legumbres y verduras. A nivel urbano solamente para las legumbres.

A destacar que, incluso cuando utilizamos criterios poco restrictivos, el número de personas que efectúa una dieta saludable, independientemente del sexo y del medio, apenas sobrepasa el 45%. Sería necesario potenciar medidas correctoras globales. Lo mismo que para el caso del consumo de pescado y verduras, que muestran un patrón deficitario independientemente del sexo y del ámbito.

Finalmente debemos significar que las encuestas de consumo de alimentos en nuestro país se han centrado hasta el momento en población general o en escolares, siendo escasísimas las que estudian de modo específico esta cuestión en los ancianos (40). Por ello pensamos que es una vía que debería abrirse en la investigación gerontológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clapés Estapé J. La alimentación y sus alteraciones. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Doyma; 1994. p. 425-50.
2. Fernández-Crehuet Navajas J, Finedo Sánchez A. Alimentación, Nutrición y Salud Pública. En: Piedrola Gil G, ed. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson-Salvat; 1991. p. 1224-36.
3. Serra Rexach JA. ¿Pueden los ancianos seguir disfrutando del placer de comer? (ed). Modern Geriatrics (ed esp) 1993;5:49.
4. Salvá A. Fisiología nutricional en el anciano. JANO 1996;51(1189): 57-9.
5. Santi Cano MJ, Barba Chacón A, Mangas Rojas A, García Rojas JF, Núñez Cortés JM, Zamora Madaria E. Factores que favorecen la desnutrición de los ancianos. An Med Intern (Madrid) 1990;7:645-50.
6. Silver AJ. Cuándo y cómo intervenir en el anciano malnutrido. Modern Geriatrics (ed esp) 1994;6:22-5.
7. Moreira O. Alimentación, nutrición y salud. Rev Esp Geriatr Gerontol 1995;30(Supl 2):37-48.
8. Kushner RF. Body weight and mortality. Nutr Rev 1993;51:127-36.
9. Ribera Casado JM. La nutrición del anciano, ¿Es un tema serio? Modern Geriatrics (ed esp) 1996;8:225-6.

10. Varela G. Las recomendaciones dietéticas para las personas de edad avanzada: un problema acuciante. *Modern Geriatrics* (ed esp) 1991; 3:219-20.
11. Oyarzábal M, Cebrián C, Escós C, López R. Un sistema de citación eficaz para realizar entrevistas a las personas mayores de 65 años. *Aten Primaria* 1993;12:224-6.
12. Pfeiffer E. A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients. *J Am Geriatr Soc* 1975;23:433-41.
13. Eiroa Patiño P, Vázquez-Vizoso FL, Veras Castro R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. *Med Clin (Barc)* 1996;106:641-8.
14. Ramón Torell JM. Encuestas alimentarias. Clasificación y tipos. *Aten Primaria* 1990;7:458-60.
15. Morillas C, Hernández A. Encuesta Nutricional. Centro de Salud 1996; 4:101-4.
16. Salgado A, Guillén F. Higiene. Régimen de Vida. Sueño e Insomnio. Alimentación y Nutrición. Inmovilidad. En: Salgado A, Guillén F, eds. *Manual de Geriatria*. Barcelona: Editorial Salvat; 1990. p. 105-20.
17. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Programa EDALNU. Los alimentos. Madrid; 1979.
18. Ordoño JM. La monitorización de la dieta alimentaria en atención primaria. *Aten Primaria* 1991;8:770-6.
19. Anderson P, Wallace P, Jones H. Alcohol problems. *Oxford Medical Publications (Practical Guides for General Practice-5)*. Oxford: Oxford University Press; 1988.
20. Zunzunegui Marcaida J, Pérez Callejón A, de Diego Cuesta M. Tabaco, alcohol, café y embarazo. *FMC* 1995;2:141-6.
21. Strain EC, Mumford GK, Silvermann K, Griffiths RR. Síndrome de dependencia de la cafeína. Evidencia a partir de casos clínicos y estudios experimentales. *JAMA* (ed esp) 1995;4:296-302.
22. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona: Ed. Doyma; 1991.
23. Block GA. A review of validation of dietary assessment methods. *Am J Epidemiol* 1982;115:492-505.
24. Sabaté J. La encuesta dietética: su valor en la clínica, epidemiología y política de nutrición. *Med Clin (Barc)* 1992;98:738-40.
25. Banegas JR, Villar F, Gil E, et al. Directrices para la elaboración de estudios poblacionales de alimentación y nutrición. *Rev San Hig Publ* 1994;68:247-60.
26. Sabaté J. ¿Qué podemos comer hoy para no enfermar mañana? *Med Clin (Barc)* 1995;104:17-8.
27. Colomo M. Estudio sociosanitario en las personas mayores de 65 años en la ciudad de Guadalajara. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá; 1998.
28. Solidaridad Democrática: Consumo de sustancias tóxicas en la tercera edad. Instituto Nacional de Servicios Sociales. INSERSO. Madrid 1988;21:209-304.
29. Bilderbeck N, Holdsworth MD, Purves R, Davies L. Changing food habits among 100 elderly men and women in the United Kingdom. *J Hum Nutr* 1981;35:448-55.
30. Vergelés-Blanca JM, Arroyo-Fernández de Aguilar J, Buitrago F. Valoración de la malnutrición en el anciano. *FMC* 1998;5:27-36.
31. Ortega RM, Redondo MR, Zamora MJ, López Sobaler AM, Andrés P, Encinas Sotillos A. Balance energético y perfil calórico en ancianos obesos o con sobrepeso en comparación con los de peso medio. *Med Clin (Barc)* 1995;104:526-9.
32. Roebotah BV, Chandra RK. Relationship between nutritional status and immune function of elderly people. *Age Ageing* 1994;23:49-53.
33. Fauscher C. Malnutrition among the elderly. *Can Fam Physician* 1993; 39:1395-403.
34. Gray-Donald K. The frail elderly: meeting the nutritional challenges. *J Am Diet Assoc* 1995;95:538-40.
35. Kaplan GA, Seeman TE, Cohen RD, Knudsen LP, Guralnik J. Mortality among the elderly in the Alameda County Study: behavioral and demographic risk factors. *Am J Public Health* 1987;77:307-12.
36. Walford RL. ¿Cabe esperar grandes cosas de la restricción dietética? *Modern Geriatrics* (ed esp) 1991;3:30-2.
37. Banegas JR, Villar F, Gil E, Carretero ML, Arranz I, Aranceta J, et al. Directrices para la elaboración de estudios poblacionales de alimentación y nutrición. *Rev San Hig Publ* 1994;68:117-30.
38. Castillo Soria O, Carrasco Asenjo M, Martínez Lázaro F, Magro Perteguer R, Sánchez Blanqué R. Epidemiología y Planificación de la asistencia sanitaria al anciano. *Gac Sanit* 1988;2:30-3.
39. Aroca García MD, Menárguez Puche JF, Luna Rodríguez C, Alcántara Muñoz PA, Herranz Valera JJ, Canteras Jordana M. Hábitos alimentarios y patrones de consumo en una zona de salud. *Aten Primaria* 1997;19:72-9.
40. Ortega Anta RM, Robles Agudo F, Chaparro Jiménez AI, Andrés Carvajales P, Jiménez A, Rodríguez Mañas L. Estimación de la ingesta dietética en un colectivo de ancianos no institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:163-70.