



ORIGINAL BREVE

Factores sociodemográficos asociados con el grado de adherencia al patrón de dieta mediterránea en personas mayores



Isabel Viñuales^{a,*}, Manuel Viñuales^a, José Puzo^{a,b} y Teresa Sanclemente^a

^a Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Universidad de Zaragoza, Huesca, España

^b Servicio de Bioquímica Clínica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de junio de 2015

Aceptado el 21 de septiembre de 2015

On-line el 19 de noviembre de 2015

Palabras clave:

Dieta mediterránea

Factores sociodemográficos

Ámbito rural y urbano

Ancianos

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar el grado de adherencia al patrón de dieta mediterránea (DMedit) en personas mayores de 65 años en el ámbito rural y urbano de Comarca de la Hoya de Huesca e investigar si existen factores sociodemográficos relacionados con dicha adherencia.

Material y métodos: Estudio exploratorio de tipo descriptivo transversal. Se utilizaron 2 cuestionarios: uno autoelaborado para datos sociodemográficos y el cuestionario validado PREDIMED para evaluar el grado de adherencia a la DMedit. Se recogieron 240 encuestas, previo consentimiento informado, durante 2 semanas consecutivas, en marzo del 2014.

Resultados: El promedio de edad fue $74 \pm 6,8$ años, con igual proporción de ámbito rural y urbano y de ambos sexos. Ambas poblaciones presentaron una adherencia al patrón de DMedit similar, con un score global medio de 9 en una escala de 0 a 14. Además, se observó la influencia de algunos factores sociodemográficos en el grado de adherencia a la DMedit, tales como el poder adquisitivo o la presencia de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta.

Conclusiones: La población urbana y rural de la Hoya de Huesca parece tener una buena adherencia a la DMedit, aunque existen algunos factores económicos y de salud que podrían modificarla.

© 2015 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Sociodemographic factors associated with adherence to the Mediterranean dietary pattern in elderly people

A B S T R A C T

Objective: To assess the level of adherence to the Mediterranean dietary pattern (DMedit) in people over 65 in rural and urban areas of the region of Hoya de Huesca (Spain) and investigate whether there are sociodemographic factors related to that adherence.

Material and methods: Exploratory cross-sectional study. Two questionnaires were used: one self-made for sociodemographic factors, and the PREDIMED validated questionnaire to assess the level of adherence to the DMedit. After prior informed consent, a total of 240 questionnaires were collected over a period of 2 consecutive weeks in March 2014.

Results: The mean age was 74 ± 6.8 years, with an equal proportion of rural and urban areas and both sexes. Both populations showed a similar adherence pattern to DMedit, with an average overall score of 9 on a scale of 0 to 14. Furthermore, the influence of sociodemographic factors was observed on the level of adherence to the DMedit, such as purchasing power or presence of chronic diet-related diseases.

Conclusions: The urban and rural population of the Hoya de Huesca seems to have a good adherence to the DMedit, although some economic and health factors could modify it.

© 2015 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Mediterranean diet

Demographic factors

Rural and urban population

Elderly

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vinualesisabel@gmail.com (I. Viñuales).

Introducción

Diversos estudios experimentales y epidemiológicos han mostrado que el estado nutricional de las personas mayores en particular, y de la población en general, es un indicador válido para predecir tanto la longevidad como la calidad de vida¹.

La preocupación global por el incremento de enfermedades crónicas, tales como enfermedad cardiovascular, obesidad y diabetes, ha motivado que se preste mayor atención al consumo de alimentos que realiza la población para así poder modificar los patrones de consumo alterados², sin olvidar otros elementos del estilo de vida, como la actividad física, el consumo de tabaco y el estrés, que también influyen de forma significativa sobre el estado de salud³. Debido a la magnitud del problema, se han realizado numerosos estudios y se han obtenido evidencias significativas acerca del efecto protector de la dieta mediterránea (DMedit)⁴.

Por otro lado, se sabe que existen factores sociodemográficos que pueden mejorar la adherencia a la DMedit. González et al.⁵ señalan influencias del nivel educativo, la clase social de origen, la edad, la región de procedencia y el sexo. Más recientemente, Patino-Alonso et al.⁶ corroboran como factores asociados a una mayor adherencia el sexo femenino, ser mayor de 65 años, el consumo moderado de alcohol y realizar actividad física. Además, Bandrés y Barra⁷ indican que existen diferencias en la forma de alimentarse entre población urbana y rural.

Por todo ello, el objetivo del estudio fue evaluar el grado de adherencia al patrón de DMedit en una población mayor de 65 años de la Hoya de Huesca, investigando si existían diferencias entre la

población urbana y rural, y la posible influencia de otros factores sociodemográficos.

Material y métodos

Se trata de un estudio exploratorio de tipo descriptivo transversal. Los participantes fueron reclutados entre los usuarios que acudieron a la sala de extracciones del laboratorio del Hospital San Jorge de Huesca durante 2 semanas consecutivas en marzo del 2014. Los criterios de inclusión fueron: edad igual o superior a 65 años y vivir en la comarca de la Hoya de Huesca, participar voluntariamente y de manera anónima firmando el correspondiente consentimiento informado, tener independencia en la alimentación y en la manipulación de alimentos, así como tener capacidad autónoma para responder a las preguntas del cuestionario. Los criterios de exclusión fueron: tener dificultades para la comunicación, recibir ayudas procedentes de comedores sociales, hospitales de día o estar institucionalizados y cumplimentar inadecuadamente alguna de las variables del cuestionario.

La descripción de la muestra estudiada se realizó globalmente y comparando los grupos según el lugar de residencia, rural y urbano. Para analizar los factores sociodemográficos que se asociaban con una mayor adherencia al patrón de DMedit, se dividió en 2 grupos según el score global obtenido en el cuestionario PREDIMED, baja adherencia y buena adherencia.

Los datos sociodemográficos se obtuvieron a través de un cuestionario elaborado *ad hoc* sobre la base de la información necesaria para la investigación, mientras que para evaluar el grado de

Tabla 1
Descripción de la muestra estudiada

	Todos	Urbano	Rural	p ^a
<i>Edad</i>	74 ± 6,8	73 ± 6	76 ± 7	0,112
<i>Estado civil</i>				0,773
Soltero	15 (6,3)	8 (6,7)	7 (5,8)	
Casado/en pareja	185 (77,1)	94 (78,3)	91 (75,8)	
Viudo/separado/divorciado	40 (16,7)	18 (15)	22 (18,3)	
<i>Estudios</i>				0,001
Primarios	199 (82,9)	87 (72,5)	112 (93,3)	
Secundarios	21 (8,7)	16 (13,3)	5 (4,2)	
Universitarios	20 (8,3)	17 (14,2)	3 (2,5)	
<i>Enfermedades</i>				0,176
Crónicas relacionadas con la dieta	171 (71,3)	81 (67,5)	90 (75)	
Otras	27 (11,3)	18 (15)	9 (7,5)	
Ninguna	42 (17,5)	21 (17,5)	21 (17,5)	
<i>Toma más de 3 medicamentos</i>				0,599
Sí	142 (59,2)	73 (60,8)	69 (57,5)	
No	98 (40,8)	47 (39,2)	51 (42,5)	
<i>IMC</i>				0,013
< 30 kg/m ²	195 (81,3)	105 (87,5)	90 (75,0)	
≥ 30 kg/m ²	45 (18,8)	15 (12,5)	30 (25,0)	
<i>Actividad física</i>				0,592
Nada	49 (20,4)	22 (18,3)	27 (22,5)	
Ligera	161 (67,1)	81 (67,5)	80 (66,7)	
Moderada	30 (12,5)	17 (14,2)	13 (10,8)	
¿Consume bebidas alcohólicas?	94 (39,2)	52 (43,3)	42 (35,0)	0,186
<i>Tabaco</i>				0,518
No fumador	16 (6,7)	9 (7,5)	7 (5,8)	
Exfumador	52 (21,7)	29 (24,2)	23 (19,2)	
Fumador	172 (71,7)	82 (68,3)	90 (75,0)	
<i>Dónde compra</i>				0,001
Sin producto propio	128 (53,3)	81 (67,5)	47 (39,2)	
Con producto propio	112 (46,7)	39 (32,5)	73 (60,8)	
¿Cree que con sus posibilidades económicas puede llevar una buena DMedit?				0,048
Sí	217 (90,4)	104 (86,7)	113 (94,2)	
No	23 (9,6)	16 (13,3)	7 (5,8)	
<i>Grado de adherencia al patrón de DMedit</i>	8,8 ± 1,8	8,9 ± 1,9	8,7 ± 1,6	0,287

Datos expresados como media ± desviación estándar o número (%). La unidad para edad está expresada en años.

Enfermedades crónicas relacionadas con la dieta: diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, dislipidemias, hipertensión.

IMC: índice de masa corporal.

^a Se consideran diferencias estadísticamente significativas cuando $p < 0,05$.

adherencia al patrón de DMedit se utilizó el cuestionario validado del estudio PREvención con Dieta MEDiterránea (PREDIMED)⁸. Este último consta de 14 preguntas, 12 ítems sobre la frecuencia del consumo de alimentos y 2 sobre los hábitos de consumo de alimentos característicos de la DMedit, y cada respuesta afirmativa supone un punto. El cálculo del *score* o grado de adherencia se realiza sumando la puntuación obtenida en las 14 preguntas. Se considera una buena adherencia al patrón de DMedit a partir de 9 puntos⁶.

La comparación de los datos entre grupos para las variables continuas se realizó con la prueba de la *t* de Student para muestras independientes. En el caso de las variables categóricas, se usó la prueba de la *chi* al cuadrado y, en su caso, se usaron los residuos tipificados para valorar en qué categoría se producían las diferencias estadísticamente significativas. Todas las comparaciones fueron de 2 colas y un valor $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. Todos los cálculos estadísticos se llevaron a cabo con SPSS versión 22.0 para Windows (SPSS Inc. Chicago, EE. UU.).

Resultados

Se estudió una muestra de 240 individuos de $74 \pm 6,8$ años, con igual proporción de hombres y mujeres y de población urbana y rural, cuya descripción se muestra en la *tabla 1*. Cabe destacar que el 83% tenía estudios primarios, mayor proporción en Huesca rural ($p < 0,001$), y que el 71% refería tener una enfermedad crónica relacionada con la dieta, por lo que existe una tendencia a la polimedicación (casi el 60% tomaba más de 3 medicamentos). Además, aunque en ambos grupos predomina un índice de masa corporal (IMC) inferior a 30 kg/m^2 , existe un mayor número de individuos de procedencia rural con obesidad, es decir, $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ($p < 0,013$). Se observó que existía mayor proporción de individuos en la zona rural con disponibilidad de producto propio, es decir, huerto y/o granja ($p < 0,001$). Finalmente, se detectó una mayor proporción de personas de ámbito urbano que no creían que con sus posibilidades económicas pudieran llevar una buena DMedit ($p < 0,048$). A pesar de ello, al calcular el *score* global del cuestionario PREDIMED ambos grupos mostraron un valor medio muy próximo a 9, valor a partir del cual se considera buena adherencia al patrón de la DMedit. Cabe reseñar que al analizar cada uno de los ítems del cuestionario PREDIMED (datos no mostrados), las personas de ámbito rural refirieron tomar más carne de ternera y cerdo que las de ciudad ($p < 0,049$).

Al analizar los factores sociodemográficos asociados con una mayor adherencia al patrón de DMedit (*tabla 2*), se observó que una buena adherencia (*score* global ≥ 9) solamente se relacionó con presentar una enfermedad crónica relacionada con la dieta ($p < 0,004$) y con disponer de mayores posibilidades económicas ($p < 0,033$). Es interesante indicar que, al comparar los ítems del cuestionario PREDIMED entre ambos grupos, observamos que existen diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems salvo en la pregunta relacionada con el consumo de aceite de oliva como principal grasa y sobre el consumo de mantequilla, margarina o nata que mostraron resultados similares (datos no mostrados).

Discusión

El presente estudio muestra que las personas mayores de 65 años que viven en Huesca ciudad y en los pueblos de la comarca de la Hoya de Huesca presentan una buena adherencia al patrón de DMedit, que es similar en los 2 ámbitos. Esto contradice la conclusión del estudio de Bandrés y Barra⁷, que comparan poblaciones urbana y rural de la Comunidad de Madrid. La diferencia en el número de habitantes para delimitar la zona rural y la urbana entre ambos estudios podría explicar la divergencia de resultados. Sin embargo, apoyando las diferencias encontradas en el consumo de grupos de alimentos por estos autores, los individuos procedentes

Tabla 2

Factores sociodemográficos asociados con el grado de adherencia al patrón de dieta mediterránea

Factores sociodemográficos	Adherencia a la DMedit		
	Score < 9, n = 106	Score $\geq$ 9, n = 134	p ^a
<i>Edad</i>	75 $\pm$ 6	74 $\pm$ 6	0,209
<i>Sexo</i>			0,298
Hombre	49 (46,2)	71 (53,0)	
Mujer	57 (53,8)	63 (47,0)	
<i>Lugar de residencia</i>			1,000
Huesca ciudad	53 (50,0)	67 (50,0)	
Huesca rural	53 (50,0)	67 (50,0)	
<i>Estado civil</i>			0,176
Soltero	6 (5,7)	9 (6,7)	
Casado/en pareja	77 (72,6)	108 (80,6)	
Viudo/separado/divorciado	23 (21,7)	17 (12,7)	
<i>Estudios</i>			0,675
Primarios	90 (84,9)	109 (81,3)	
Secundarios	9 (8,5)	12 (9,0)	
Universitarios	7 (6,6)	13 (9,7)	
<i>Enfermedades</i>			0,004
Crónicas relacionadas con la dieta	76 (71,7)	95 (70,9)	
Otras	5 (4,7)	22 (16,4)	
Ninguna	25 (23,6)	17 (12,7)	
<i>Toma más de 3 medicamentos</i>			0,097
Sí	37 (34,9)	61 (45,5)	
No	69 (65,1)	73 (54,5)	
<i>IMC</i>			0,708
< 30 kg/m^2	85 (80,1)	110 (82)	
$\geq 30 \text{ kg/m}^2$	21 (19,8)	24 (17,9)	
<i>Actividad física</i>			0,307
Nada	25 (23,6)	24 (17,9)	
Ligera	71 (67,0)	90 (67,2)	
Moderada	10 (9,4)	20 (14,9)	
<i>¿Consumo bebidas alcohólicas?</i>	32 (30,2)	62 (46,3)	0,011
<i>Tabaco</i>			0,215
No fumador	82 (77,4)	90 (67,2)	
Exfumador	18 (17,0)	34 (25,4)	
Fumador	6 (5,7)	10 (7,5)	
<i>Dónde compra</i>			0,154
Sin producto propio	62 (58,5)	66 (49,3)	
Con producto propio	44 (41,5)	68 (50,7)	
<i>¿Cree que con sus posibilidades económicas puede llevar una buena DMedit?</i>			0,033
Sí	91 (85,8)	126 (94,0)	
No	15 (14,2)	8 (6,0)	

Datos expresados como media $\pm$ desviación estándar o número (%). La unidad para edad está expresada en años.

Enfermedades crónicas relacionadas con la dieta: diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, dislipidemias, hipertensión.

DMedit: dieta mediterránea; IMC: índice de masa corporal.

^a Se consideran diferencias estadísticamente significativas cuando $p < 0,05$.

de la zona rural de la Hoya de Huesca toman más carne roja que los de la capital. La mayor disponibilidad de recursos propios, como son las granjas de porcino, ovino y bovino, ampliamente explotadas en la comarca de la Hoya de Huesca⁹, justificarían este resultado.

Respecto a los factores sociodemográficos, una mayor adherencia al patrón de la DMedit en la zona geográfica estudiada lleva asociados mayores recursos económicos, lo que está en consonancia con lo mostrado por Gracia et al.¹⁰, que observan una relación directamente proporcional entre el poder adquisitivo y la calidad de vida. Sin embargo, al igual que muestra el estudio realizado por Zaragoza-Martí et al.¹¹ en personas mayores de Alicante, no está asociado con variables como el hábito tabáquico o el IMC. Debemos destacar que tampoco hubo relación con la disponibilidad de producto propio, aspecto que, hasta lo que se sabe, no se había valorado previamente en ningún estudio previo.

Por otro lado, las personas estudiadas que referían presentar enfermedades crónicas relacionadas con la dieta mostraron un mayor grado de adherencia a la DMedit, muy probablemente por la mayor información sanitaria recibida respecto a la dieta

adecuada en este tipo de patologías. Potenciando la prevención de estas enfermedades mediante estrategias de salud pública se consigue aumentar la calidad y la esperanza de vida¹², y si además se aprovecha el beneficio de la DMedit como prevención primaria en un futuro no solo se disminuiría el gasto sanitario, como dice Estruch¹³, sino que también se alcanzaría una reducción en las comorbilidades y los efectos adversos de los fármacos¹⁴. Esta prevención mediante medidas higiénicas y dietéticas se debe iniciar en el ámbito hospitalario y continuar en las consultas de atención primaria, en las que, gracias a la capacidad de abordaje global al paciente, es donde se puede alcanzar unos mayores resultados¹⁵. Lo anteriormente indicado podría ser el motivo de que las personas con una enfermedad estén más informadas acerca de hábitos saludables y las hayan incorporado en su estilo de vida.

En conclusión, las personas mayores de la Hoya de Huesca presentan un adecuado grado de adherencia a un patrón dietético saludable como es la DMedit, independientemente del lugar de residencia, aunque parece que puede modificarse por factores económicos y de salud. Un abordaje global desde las consultas de geriatría y atención primaria, con una mayor implicación de los profesionales sanitarios para fomentar buenos hábitos dietéticos en los mayores, debe considerarse como una estrategia fundamental en la prevención, el control y la mejora de la salud de las personas mayores.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Jiménez Sanz M, Sola Villafranca JM, Pérez Ruiz C, Turienzo Llata MJ, Larrañaga Lavín G, Mancebo Santamaría MA, et al. Estudio del estado nutricional de los ancianos de Cantabria. *Nutr Hosp*. 2011;26:345–54.
2. Estruch R, Sacanella E. Nunca es tarde para mejorar nuestros hábitos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:155–7.
3. Márquez-Sandoval F, Bulló M, Vizmanos B, Casas-Agustench P, Salas-Salvadó J. Un patrón de alimentación saludable: la dieta mediterránea tradicional. *Antropo*. 2008;15:11–22.
4. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: An updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2010;92:1189–96.
5. González CA, Argilaga S, Agudo A, Amiano P, Barricarte A, Beguiristain JM, et al. Diferencias sociodemográficas en la adhesión al patrón de dieta mediterránea en poblaciones de España. *Gac Sanit*. 2002;16:214–21.
6. Patino-Alonso MC, Recio-Rodríguez JI, Magdalena Belio JF, Colominas-Garrido R, Lema-Bartolomé J, Gómez Arranz A, et al. Factors associated with Adherence to the Mediterranean diet in the adult population. *J Acad Nutr Diet*. 2013;22:12–672.
7. Bandrés AC, Barra A. Patrón alimentario en dos poblaciones pertenecientes a la dieta mediterránea distintas: rural y urbana. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2007;13:11–7.
8. Schroder H, Fito M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *J Nutr*. 2011;141:1140–5.
9. laest.es [Internet]. Zaragoza: Instituto Aragonés de Estadística; 2012 [acceso 16 de febrero 2014]. Datos básicos de Aragón, Comarcas. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesEstadistica/Documentos/docs/Areas/DatosBasic/2012/08.Comarcas.pdf>.
10. Gracia A, Gil JM, Angulo AM. El consumo de alimentos en España: el consumidor rural versus urbano. *Rev Estud Reg*. 1998;50:111–29.
11. Zaragoza-Martí A, Ferrer-Cascales R, Cabañero-Martínez MJ, Hurtado-Sánchez JA, Laguna-Pérez A. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el estado nutricional en personas mayores. *Nutr Hosp*. 2015;31:1667–74.
12. Rodríguez-Artalejo F. Potenciar la prevención cardiovascular primordial y primaria para aumentar la esperanza de vida. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:837–8.
13. Estruch R. Qué nos ha enseñado y qué nos queda por aprender del estudio PREDIMED. *Av Diabetol*. 2013;29:81–7.
14. Arós F, Estruch R. Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:771–4.
15. Tranche Iparraguirre S. Prevención secundaria: el talón de Aquiles de las enfermedades cardiovasculares. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:534–5.