

Calidad de los hábitos sobre alimentación saludable y su relación con factores sociodemográficos en adultos mayores de Curgos, Perú

Quality of the habits on healthy eating and its relation with sociodemographic factors in elderly adults of Curgos, Peru

BOCANEGRA GARCÍA, Sylvia¹

No fueron encontrados conflictos de interés en este artículo.

RESUMEN

Se investigó la calidad de los hábitos basados en 10 pasos para una alimentación saludable establecidos para el Perú y su relación con algunos factores sociodemográficos en adultos mayores del distrito de Curgos, La Libertad-Perú. Se empleó el muestreo aleatorio por conglomerados para la selección de 255 individuos, así como un diseño descriptivo para estudiar la calidad de los hábitos y correlacional para estudiar las relaciones entre esta variable y los factores considerados, obteniéndose los datos mediante una guía de entrevista y analizándose los mismos mediante la correlación de Pearson y las pruebas chi cuadrado, t, ANOVA y de comparación múltiple. El promedio de calidad de los hábitos (0,59) estuvo por debajo del valor mínimo aceptable (0,66). La calidad de los hábitos sólo es aceptable en la minoría de los adultos mayores; el hábito con el más alto promedio de calidad, aceptable y saludable en la mayoría de los individuos, corresponde al paso uno (consume por lo menos tres comidas diarias y en sus horarios), mientras que el hábito con bajo promedio de calidad, no aceptable ni saludable, corresponde al paso dos (incluya diariamente todos los grupos alimentarios). La correlación más relevante entre la calidad de los hábitos sobre ciertos pasos es sólo positiva y débil, pero altamente significativa. Finalmente, la edad es el único factor asociado significativamente a la calidad de los hábitos en tal población.

Palabras clave: Hábitos alimentarios, alimentación saludable, factores sociodemográficos, adultos mayores

ABSTRACT

The quality of the habits based on 10 steps for a healthy eating established for Peru and its relation with some sociodemographic factors in elderly adults of the district of Curgos, La Libertad-Peru, was studied. It was used a random sampling by conglomerates for the selection of 255 individuals, as well as a descriptive design to study the quality of the habits and a correlational one to study the relations between this variable and the considered factors. Data were collected by means of an interview guide and analyzed by means of the correlation of Pearson and the chi square, t, ANOVA, and multiple comparison tests. The habits quality average (0,59) was below the acceptable minimum value (0,66). The quality of the habits is only acceptable in few of the elderly adults; the habit with the highest quality average, acceptable and healthy in most of the individuals, corresponds to step one (at least, consume three daily meals in its established schedules), whereas the habit with a low quality average, nonacceptable nor healthy, corresponds to step two (include all the nourishing groups daily). The most relevant correlation between the quality of the habits on some steps is positive and weak, but highly significant. Finally, the age is the only factor significantly associated to the quality of the habits in such population.

Key words: Food habits, healthy eating, sociodemographic factors, elderly adults

¹Magíster en Salud Pública, Escuela de Postgrado, UNT. sylviamagali@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, la alimentación saludable ha sido un problema constante. Bastaba ver cómo los expertos en nutrición centraban su atención en la definición de cuáles eran los nutrientes esenciales y las principales vitaminas, a fin de establecerla ingesta mínima de alimentos para gozar de buena salud.

Debido a que no existe un alimento que contenga todos los nutrientes esenciales que el organismo necesita^{1,2}, es imprescindible tener en cuenta el subministro de una dieta diaria equilibrada, variada^{3, 4} y segura⁵, que aporte proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales, agua⁶ y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana¹. Además, es necesario que se prepare siguiendo las normas básicas de higiene, que responda a los principios de la gastronomía de cada región y se consuma en un ambiente agradable⁷, complementándose con la práctica diaria de ejercicio físico moderado^{1,5} y ajustando la ingesta de alimentos de acuerdo al nivel de actividad habitual, para mantener el peso corporal adecuado en niveles deseables⁵.

A fin de propiciar la alimentación saludable y prevenir enfermedades crónicas como principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad, se han elaborado conjuntos de mensajes educativos llamados guías^{3,4, 6}. Estas hacen referencia al consumo de determinados alimentos, proporciones entre ellos, fuentes de energía, nutrientes no esenciales y relaciones de los grupos de alimentos con los nutrientes que aportan². Para facilitar su comprensión, diferentes organismos involucrados en el cuidado de la salud han creado o modificado la pirámide alimentaria incluida en tales guías, la cual constituye expresión visual o fórmula gráfica de integración proporcional de todos los alimentos que debemos consumir de forma racional y saludable^{3,4}.

Es de advertirse, sin embargo, cambios en el perfil de la alimentación y nutrición, así como en la actividad física de las poblaciones, condicionados por la interacción de factores económicos^{1,2,8}, psicológicos^{1,2} culturales^{1,8}, geográficos¹, religiosos², demográficos y ambientales⁸ en la sociedad, que evolucionan originando, a su vez, nuevos estilos de vida y hábitos alimentarios no siempre saludables.

Considerando, además, que el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas sigue aumentando a medida que las personas envejecen, la OMS en su Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en el 2002, presentó el marco para una política sobre envejecimiento activo y saludable⁹. Similar objetivo persiguió la Asamblea Mundial de la Salud al aprobar en el 2004 la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud¹⁰ y la Organización Panamericana de la Salud al elaborar en el 2007 una Estrategia y Plan de Acción Regional¹¹, en las cuales se instan a todas las organizaciones e instituciones internacionales, nacionales y locales a desarrollar acciones que propicien una mejora en la dieta y reduzcan el sedentarismo.

En concordancia con lo propuesto en estas estrategias, en Honduras¹² y Panamá¹³ se han elaborado independientemente 10 pasos para una alimentación saludable; a un nivel más específico, el Ministerio de Salud del Brasil hizo lo mismo, de acuerdo a grupos etarios¹⁴. A su vez, el Ministerio de Salud del Perú ha establecido los diez pasos para una alimentación saludable como una orientación para las personas adultas mayores¹⁵. Más allá de los esfuerzos y medidas desarrolladas por los Estados y organismos competentes, es esencial que las personas asuman mayor responsabilidad por su salud y adopten modos de vida y hábitos alimentarios que la promuevan.

En cuanto a hábitos sobre 10 pasos para una alimentación saludable, sólo se tiene conocimiento de un estudio reciente realizado en población adulta del Brasil¹⁶, mas no de estudio alguno relacionado a la calidad de los mismos, basados en tales pasos establecidos para el Perú, y a su relación con algunos factores; en tal contexto, el distrito de Curgos resulta de especial interés, por pertenecer a uno de los departamentos con mayor porcentaje de adultos mayores¹⁷, por integrar el 80% de su región de sierra¹⁸ y, por tanto, tener una población de bajo nivel cultural y en extrema pobreza¹⁹.

Por tanto, en este trabajo se determina cuál es la calidad de los hábitos basados en 10 pasos para una alimentación saludable establecidos para el Perú y qué factores sociodemográficos están relacionados a esta variable en adultos mayores del distrito de Curgos, departamento de La Libertad, Perú.

MATERIAL Y METODOS

Muestra

Estuvo constituida por 255 personas adultas mayores (de 60 a más años de edad) del distrito de Curgos, provincia de Sánchez Carrión, departamento de La Libertad, de ambos sexos y con adecuado estado cognitivo. La muestra se obtuvo por conglomerados (capital del distrito más 13 de 38 centros poblados), de septiembre 2009 a julio 2010.

Diseño de investigación

Se empleó un diseño prospectivo, de corte transversal y de tipo descriptivo para estudiar la calidad de los hábitos referentes a los 10 pasos para una alimentación saludable y correlacional para estudiar las relaciones entre la calidad de tales hábitos y los factores sociodemográficos.

Técnica, instrumento y procedimientos de recolección de datos

Se usó la entrevista estructurada, empleándose como instrumento de apoyo una Guía de Entrevista sobre Hábitos basados en 10 Pasos para una Alimentación Saludable, previamente validada en cuanto a su estructura y aplicabilidad. Para cada individuo elegido, con estado cognitivo normal, se

procedió a la entrevista, marcándose la opción que eligió para cada pregunta de la Guía. Para la calificación se empleó una escala de 0 a 0,99, considerándose, para cada hábito, tres preguntas y un puntaje de 0,33 por respuesta correcta y de 0,00 por respuesta incorrecta y, para el conjunto de hábitos, un puntaje de 0,033 por respuesta correcta y de 0,000 por respuesta incorrecta; a nivel individual y global, los hábitos se consideraron aceptables si se alcanzó un valor de 0,66 a <0,99 y saludables si eran calificados con el máximo puntaje (0,99).

Análisis estadístico

Las relaciones entre los puntajes referentes a los hábitos se examinaron mediante el análisis de correlación bivariada de Pearson. Las relaciones entre la calidad de los hábitos y los factores sociodemográficos se analizaron mediante la prueba Chi Cuadrado. Las diferencias entre los puntajes promedios de calidad de los hábitos, según cada factor estudiado, se examinaron mediante la prueba t no pareada o el ANOVA con la prueba de Tukey o de Games-Howell, según el caso. Se empleó el SPSS, v15.0 y se consideró un valor $p < 0.05$

RESULTADOS

En términos globales, el promedio de calidad de los hábitos basados en los 10 pasos para una alimentación saludable de los encuestados fue de 0,59, el rango de variación de los puntajes fue de 0,43 a 0,79 y el puntaje más frecuente fue de 0,594 (Tabla 1). El mayor promedio (0,96) correspondió al hábito respecto al primer paso, mientras que el menor promedio (0,23) al hábito respecto al quinto paso. Asimismo, el 18,82% de los adultos mayores tuvieron una calidad global aceptable de los hábitos estudiados, logrando el 96,86% de individuos calidad aceptable del hábito respecto al paso uno y ninguno de ellos tal calidad respecto al paso dos. Ninguno de los adultos mayores tampoco tuvo todos los hábitos saludables; sin embargo, el porcentaje de individuos con tales hábitos fue del 96,86% respecto al paso uno y del 00,00% respecto a los pasos dos y cuarto.

Sólo se halló una correlación positiva, débil y altamente significativa ($p < 0,01$) entre la calidad del cuarto y quinto hábito ($r = 0,339$) y del quinto con el sexto hábito ($r = 0,176$) (Tabla 2).

De otro lado, el promedio de calidad de los hábitos de los adultos mayores del sexo femenino (0,60) fue significativamente más alto ($p < 0,01$) que el de los del sexo masculino (0,57) y el porcentaje de mujeres con calidad aceptable de hábitos fue mayor (21,60%) que el de varones (13,98%), sin relación significativa ($p > 0,05$) entre la calidad de los hábitos y el sexo de los individuos (Tabla 3).

El promedio de calidad de los hábitos alimentarios

de los adultos de 60 a 69 años (0,60) sólo fue significativamente más alto ($p < 0,05$) que el de los mayores de 80 años (0,56) y el porcentaje de encuestados con calidad aceptable de los hábitos fue mayor en los que tuvieron entre 60 y 69 años (23,14%) y menor cuando tuvieron más de 80 años (3,23%), hallándose una relación significativa ($p < 0,05$) entre la calidad de tales hábitos y la edad de los individuos (Tabla 4).

El promedio de calidad de los hábitos alimentarios de los adultos mayores del área urbana (0,61) fue significativamente más alto ($p < 0,05$) que el de los del área rural (0,58) y el mayor porcentaje de encuestados con calidad aceptable de tales hábitos (20,69%) correspondió al área urbana, mientras que el menor porcentaje (17,86%), al área rural, sin relación significativa ($p > 0,05$) entre la calidad de tales hábitos y el área de residencia de los individuos (Tabla 5).

Los promedios de calidad de los hábitos alimentarios de los adultos mayores analfabetos y con primaria completa e incompleta fueron similares (0,59) y sin diferencias significativas ($p > 0,05$) entre ellos (Tabla 6). Asimismo, el porcentaje de adultos mayores con calidad aceptable de tales hábitos fue progresivamente mayor conforme se incrementó el grado de instrucción, de analfabeto (16,56%) a primaria completa (25,00%), sin relación significativa ($p > 0,05$) entre la calidad de tales hábitos y el grado de instrucción de los individuos.

A su vez, el promedio de calidad de los hábitos alimentarios de las amas de casa (0,60) fue significativamente más alto ($p < 0,05$) que el de los agricultores (0,57) y el porcentaje de adultos mayores con calidad aceptable de tales hábitos fue menor para los agricultores (14,10%) y mayor para los que se dedicaron a otra ocupación (25,00%), no observándose relación significativa alguna ($p > 0,05$) entre la calidad de tales hábitos y la ocupación de los individuos (Tabla 7).

El promedio más alto de calidad de los hábitos alimentarios correspondió a los adultos mayores casados o convivientes (0,60) y el más bajo, a los adultos mayores solteros (0,57), sin diferencias significativas ($p > 0,05$) entre los grupos comparados (Tabla 8). Asimismo, el porcentaje de adultos mayores con calidad aceptable de tales

hábitos fue mayor para los casados o convivientes (20,51%) y menor para los solteros (12,00%), sin relación significativa ($p > 0,05$) entre la calidad de tales hábitos y el estado civil de los individuos.

Finalmente, los promedios de calidad de los hábitos alimentarios no fueron significativamente diferentes ($p > 0,05$) según la fuente de información (Tabla 9). Los mayores porcentajes de adultos mayores con calidad aceptable de tales hábitos correspondieron a los que recibieron información de dos o más fuentes (23,81%) y del personal de salud (23,08%), mientras que el menor porcentaje, a los que se informaron sólo a través de familiares (11,11%), sin hallarse una relación significativa ($p > 0,05$) entre la calidad de tales hábitos y la fuente de información de los individuos.

Tabla 1: Calidad de los hábitos basados en 10 pasos para una alimentación saludable en 255 adultos mayores del distrito de Curgos

| HÁBITOS ESTUDIADOS | CALIDAD DE CADA HÁBITO * | | | | | |
|---|--------------------------|--------------|-------------|--------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| | Rango | Moda | Promedio | D. estándar | % de indiv. con calidad aceptable | % de indiv. con hábitos saludables |
| 1. Consume por lo menos 3 comidas al día y mantiene sus horarios de alimentación. | 0,33 – 0,99 | 0,99 | 0,96 | 0,130 | 96,86 | 92,94 |
| 2. Incluye diariamente todos los grupos de alimentos: lácteos, carnes, cereales, menestras, tubérculos - raíces, verduras y frutas. | 0,33 – 0,33 | 0,33 | 0,33 | 0,000 | 00,00 | 00,00 |
| 3. Consume preferentemente aceite vegetal y reduce el consumo de grasas. | 0,00 – 0,99 | 0,66 | 0,57 | 0,192 | 71,37 | 4,31 |
| 4. Consume jugo de frutas y refrescos naturales; evita gaseosas y jugos industrializados. | 0,00 – 0,66 | 0,33 | 0,40 | 0,157 | 23,53 | 00,00 |
| 5. Disminuye la cantidad de azúcar, sal y condimentos en las comidas. | 0,00 – 0,99 | 0,00 | 0,23 | 0,302 | 15,29 | 7,84 |
| 6. Bebe por lo menos 2 litros de agua por día, contenida en las comidas, refrigerios, bebidas y agua. | 0,33 – 0,99 | 0,66 | 0,65 | 0,125 | 90,59 | 5,10 |
| 7. Elige alimentos de fácil masticación. | 0,00 – 0,99 | 0,99 | 0,91 | 0,173 | 96,47 | 79,22 |
| 8. Se alimenta manteniendo el adecuado estado nutricional "peso ideal". | 0,00 – 0,99 | 0,33 | 0,46 | 0,255 | 24,71 | 15,69 |
| 9. Suprime el tabaco y evita el alcohol. | 0,33 – 0,99 | 0,99 | 0,86 | 0,182 | 96,86 | 63,14 |
| 10. Solicita orientación profesional si requiere alimentación especial. | 0,00 – 0,99 | 0,33 | 0,56 | 0,264 | 54,51 | 18,04 |
| CALIDAD GLOBAL DE LOS HÁBITOS | 0,43 – 0,79 | 0,594 | 0,59 | 0,067 | 18,82 | 00,00 |

*Escala de calificación: 0,00 – 0,99. Puntaje mínimo de la calidad aceptable del hábito = 0,66; Puntaje del hábito saludable = 0,99

Tabla 2: Correlación entre la calidad de los hábitos alimentarios basados en 10 pasos para una alimentación saludable en 255 adultos mayores del distrito de Curgos

| | Hábito 1 | Hábito 2 | Hábito 3 | Hábito 4 | Hábito 5 | Hábito 6 | Hábito 7 | Hábito 8 | Hábito 9 | Hábito 10 |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Hábito 1 | 1,000 | | | | | | | | | |
| Hábito 2 | NC* | 1,000 | | | | | | | | |
| Hábito 3 | - 0,138* | NC* | 1,000 | | | | | | | |
| Hábito 4 | 0,091 | NC* | 0,001 | 1,000 | | | | | | |
| Hábito 5 | 0,041 | NC* | 0,126* | 0,339** | 1,000 | | | | | |
| Hábito 6 | - 0,082 | NC* | - 0,071 | 0,115 | 0,176** | 1,000 | | | | |
| Hábito 7 | - 0,085 | NC* | 0,129* | - 0,018 | 0,008 | - 0,094 | 1,000 | | | |
| Hábito 8 | - 0,027 | NC* | - 0,068 | - 0,030 | - 0,040 | 0,029 | 0,068 | 1,000 | | |
| Hábito 9 | 0,065 | NC* | 0,127* | 0,012 | - 0,058 | - 0,158* | 0,161** | 0,100 | 1,000 | |
| Hábito 10 | 0,001 | NC* | 0,067 | 0,040 | - 0,058 | - 0,096 | 0,045 | - 0,021 | 0,025 | 1,000 |

Sólo aquellos coeficientes r de Pearson con asterisco muestran una correlación significativa a nivel de 0,05 (*) o de 0,01 (**).

Tabla 3: Calidad de los hábitos alimentarios basados en 10 pasos para una alimentación saludable según el sexo de los adultos mayores del distrito de Curgos.

| SEXO | CALIDAD DE LOS HÁBITOS | | |
|-----------|------------------------|---|---------------------------------------|
| | Promedio* | Nº de individuos con calidad aceptable ¹ | % de individuos con calidad aceptable |
| Masculino | 0,57 | 13 | 13,98 |
| Femenino | 0,60 | 35 | 21,60 |
| TOTAL | 0,59 | 48 | 18,82 |

Se halló una diferencia significativa ($p < 0,01$) entre los promedios de calidad de los hábitos según el sexo de los individuos.

!No se halló una relación significativa ($p > 0,05$) entre la calidad de los hábitos alimentarios y el sexo de los individuos.

Tabla 4. Calidad de los hábitos alimentarios basados en 10 pasos para una alimentación saludable según la edad de los adultos mayores del distrito de Curgos.

| EDAD (años) | CALIDAD DE LOS HÁBITOS | | |
|----------------|------------------------|---|---------------------------------------|
| | Promedio* | Nº de individuos con calidad aceptable ¹ | % de individuos con calidad aceptable |
| 60 – 69 | 0,60 ^a | 28 | 23,14 |
| 70 – 79 | 0,59 ^{ab} | 19 | 18,45 |
| = 80 | 0,56 ^b | 1 | 3,23 |
| TOTAL | 0,59 | 48 | 18,82 |

Se halló una diferencia significativa ($p < 0,05$) entre los promedios de calidad de los hábitos con distinto superíndice, según la edad de los individuos.

Tabla 5. Calidad de los hábitos alimentarios basados en 10 pasos para una alimentación saludable según el área de residencia de los adultos mayores del distrito de Curgos.

| ÁREA DE RESIDENCIA | CALIDAD DE LOS HÁBITOS | | |
|----------------------------|------------------------|---|---------------------------------------|
| | Promedio* | Nº de individuos con calidad aceptable ¹ | % de individuos con calidad aceptable |
| Urbana (Pueblo de Curgos) | 0,61 | 18 | 20,69 |
| Rural (Caseríos de Curgos) | 0,58 | 30 | 17,86 |
| TOTAL | 0,59 | 48 | 18,82 |

No se halló una diferencia significativa ($p > 0,05$) entre los promedios de calidad de los hábitos según el grado de instrucción de los individuos.

No se halló una relación significativa ($p > 0,05$) entre la calidad de los hábitos alimentarios y el grado de instrucción de los individuos.

Tabla 6. Calidad de los hábitos alimentarios basados en 10 pasos para una alimentación saludable según el área de residencia de los adultos mayores del distrito de Curgos.

| GRADO DE INSTRUCCIÓN | CALIDAD DE LOS HÁBITOS | | |
|----------------------|------------------------|---|---------------------------------------|
| | Promedio* | Nº de individuos con calidad aceptable ¹ | % de individuos con calidad aceptable |
| Analfabeto | 0,59 | 26 | 16,56 |
| Prim. incompleta | 0,59 | 18 | 21,95 |
| Prim. completa | 0,59 | 4 | 25,00 |
| TOTAL | 0,59 | 48 | 18,82 |

Se halló una diferencia significativa ($p < 0,05$) entre los promedios de calidad de los hábitos según el área de residencia de los individuos.

No se halló una relación significativa ($p > 0,05$) entre la calidad de los hábitos alimentarios y el área de residencia de los individuos.

Tabla 7. Calidad de los hábitos alimentarios basados en 10 pasos para una alimentación saludable según el grado de instrucción de los adultos mayores del distrito de Curgos.

| OCUPACIÓN | CALIDAD DE LOS HÁBITOS | | |
|-------------|------------------------|---|---------------------------------------|
| | Promedio* | Nº de individuos con calidad aceptable ¹ | % de individuos con calidad aceptable |
| Ama de casa | 0,60 ^a | 32 | 20,38 |
| Agricultor | 0,57 ^b | 11 | 14,10 |
| Otra | 0,59 ^{ab} | 5 | 25,00 |
| TOTAL | 0,59 | 48 | 18,82 |

No se halló una diferencia significativa ($p > 0,05$) entre los promedios de calidad de los hábitos según el grado de instrucción de los individuos.

No se halló una relación significativa ($p > 0,05$) entre la calidad de los hábitos alimentarios y el grado de instrucción de los individuos.

Tabla 8. Calidad de los hábitos alimentarios basados en 10 pasos para una alimentación saludable según el estado civil de los adultos mayores del distrito de Curgos.

| ESTADO CIVIL | CALIDAD DE LOS HÁBITOS | | |
|--------------------|------------------------|---|---------------------------------------|
| | Promedio* | Nº de individuos con calidad aceptable ¹ | % de individuos con calidad aceptable |
| Soltero | 0,57 | 3 | 12,00 |
| Casado/Conviviente | 0,60 | 32 | 20,51 |
| Viudo/Divorciado | 0,59 | 13 | 17,57 |
| TOTAL | 0,59 | 48 | 18,82 |

No se halló una diferencia significativa ($p > 0,05$) entre los promedios de calidad de los hábitos según el estado civil de los individuos.

No se halló una relación significativa ($p > 0,05$) entre la calidad de los hábitos alimentarios y el estado civil de los individuos.

Tabla 9. Calidad de los hábitos alimentarios basados en 10 pasos para una alimentación saludable según la fuente de información de los adultos mayores del distrito de Curgos.

| FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE ALIMENT. SALUDABLE | CALIDAD DE LOS HÁBITOS | | |
|--|------------------------|---|---------------------------------------|
| | Promedio* | Nº de individuos con calidad aceptable ¹ | % de individuos con calidad aceptable |
| Personal de salud | 0,59 | 6 | 23,08 |
| Familiares | 0,58 | 3 | 11,11 |
| Medio de comunicación, profesor, botica, empleador o amigo | 0,59 | 3 | 21,43 |
| Dos o más fuentes anteriores | 0,60 | 10 | 23,81 |
| Ninguna | 0,59 | 26 | 17,81 |
| TOTAL | 0,59 | 48 | 18,82 |

No se halló una diferencia significativa ($p > 0,05$) entre los promedios de calidad de los hábitos según la fuente de información de los individuos.

No se halló una relación significativa ($p > 0,05$) entre la calidad de los hábitos alimentarios y la fuente de información de los individuos.

DISCUSIÓN

En primer lugar, este estudio muestra que el promedio global de calidad de los hábitos de los adultos mayores del distrito de Curgos, basados en los 10 pasos para una alimentación saludable, fue inferior al valor mínimo establecido como aceptable, que una baja proporción de tales individuos tiene una calidad global aceptable de dichos hábitos y que ninguno de ellos tiene todos los hábitos saludables (Tabla 1). En un estudio realizado en Brasil¹⁶, se observó que sólo el 1,1% de adultos de 20 años a más seguía todos los pasos de una alimentación saludable, lo cual no difiere apreciablemente de lo hallado en esta investigación y se debería a la diferencia de contextos sociales y metodología del estudio.

El hábito con el más alto promedio de calidad correspondió al paso uno (consume por lo menos tres comidas diarias y en sus horarios), alcanzando la condición de aceptable y saludable en la mayor parte de los individuos. Al respecto, el 57,1% de adultos del Brasil¹⁶ consumían tres comidas diarias más lonche y el 56,6% de adultos mayores de España²⁰, el 99% de Venezuela²¹ y el 91,8% de Chile²² consumían diariamente tres comidas, siendo las dos primeras cifras notoriamente inferiores a la de esta investigación. Al parecer, el alto porcentaje de individuos aquí encontrado, con hábito saludable respecto a este paso, se debería a la costumbre bien arraigada de comer las tres comidas del día respetando sus horarios.

Contrariamente, el hábito con uno de los más bajos promedios de calidad correspondió al paso dos (incluya diariamente todos los grupos alimentarios), no alcanzando la condición de aceptable ni de saludable en individuo alguno. Ello se debería al consumo muy esporádico de lácteos y habitual de sólo algunos otros grupos de alimentos, que alternan diariamente. Algunas razones para tal consumo limitado serían la poca disponibilidad de productos o medios económicos, la soledad y la presencia de enfermedades crónicas, también referidas en la literatura²²; además, pueden señalarse la lejanía a los centros de abastos y las preferencias alimentarias de los adultos mayores. Un único trabajo, en alguna medida comparable con éste, muestra que la mayoría de los adultos estudiados en Brasil¹⁶ consumían diariamente frutas, legumbres, verduras y frijol, sin precisarse cual es la conducta diaria respecto a los otros grupos alimentarios.

En relación a los otros hábitos, cabe señalar los altos promedios de calidad de aquellos referentes a los pasos siete (elija alimentos de fácil masticación cuando fuera necesario) y nueve (suprime el tabaco y evite el alcohol), alcanzando la condición de aceptables y saludables en la mayoría de la población. En cuanto al séptimo paso, la proporción de adultos mayores, que consumían sus alimentos

lentamente, fue notoriamente superior a la de los adultos brasileños¹⁶ y, en el caso nuestro, se debería a limitaciones fisiológicas propias de su edad, ya advertidas en otros casos^{22, 23}. Respecto al noveno paso, el resultado se debería al hecho de haber reemplazado el consumo de tabaco por el de hoja de coca, haber restringido el consumo de alcohol a solo chicha de jora y no consumir tabaco y alcohol en otras presentaciones por dificultades de expendio, limitaciones económicas o prohibición de su religión. No obstante ello, el porcentaje de consumidores frecuentes de alcohol resultó ser muy superior al de adultos brasileños que consumían diariamente tal sustancia¹⁶. Otros estudios realizados en Costa Rica²⁴, Chile²² y en la sierra peruana²⁵ han revelado una mayor proporción de individuos con este hábito saludable, sólo en el caso de los dos primeros países.

En cuanto al octavo paso (aliméntese manteniendo el adecuado estado nutricional), sólo el 15,69% de adultos mayores siguió esta recomendación frente al 46,1% de adultos brasileños¹⁶, sustentándose tal contraste en el diferente tipo de evaluación empleado en ambos estudios y en el hecho que los individuos aquí estudiados se alimentaban sin tener interés por mantener un "peso ideal". Asimismo, el bajo cumplimiento (18,04%) del décimo paso (solicite orientación si requiere alimentación especial) se debería a la creencia de ellos de que conocían lo que debían consumir, a la falta de nutricionista o médico en el establecimiento de salud de su jurisdicción, a la falta de orientación de parte de éstos sobre alimentación y a la lejanía del establecimiento en relación a sus viviendas.

De otro lado, los hábitos sobre los pasos tres (consume preferentemente aceite vegetal y reduzca el consumo de grasas), cinco (disminuya la cantidad de azúcar, sal y condimentos en las comidas) y seis (beba por lo menos dos litros de agua diariamente) fueron escasamente saludables en la población estudiada (entre 5 a 8%). Lo referente al tercer hábito se debe al uso continuo de manteca o sebo de animales por considerar que la comida es así más sabrosa o natural y contrasta con el 49,3% de los adultos brasileños que consumían grasas sólo una vez por semana¹⁶. Lo relacionado al quinto hábito se debe a la preferencia de consumir la misma cantidad de tales sustancias que cuando eran jóvenes y es coincidente con el elevado consumo de azúcar en adultos mayores de Costa Rica²⁴ y España²⁶, a diferencia del consumo restringido de azúcar y sal por la mayoría de los adultos estudiados en Brasil¹⁶. A su vez, lo referente al sexto hábito se debe al consumo de no más de 2-3 vasos de agua al día, sólo cuando se tiene sed o se trabaja y es muy inferior al hallado en adultos mayores de Venezuela²¹, que en un 20,6% consumían más de 5 tazas de líquidos al día.

Finalmente, el hecho que el hábito acerca del paso cuatro (consume jugo de frutas y refrescos naturales, evitando las bebidas gaseosas y jugos industrializados) en ningún caso sea saludable, alcanzando sólo la condición de aceptable en aproximadamente la cuarta parte de los adultos mayores, se debería, básicamente, a la falta de medios como licuadora y electricidad para el consumo de jugos y refrescos naturales, la facilidad de consumo de gaseosas y productos envasados y el poco conocimiento de los beneficios y perjuicios de estas bebidas. Sólo para mostrar que algunas de las recomendaciones también se incumplen en otras poblaciones, cabe señalar que el 17,6% de los adultos brasileños consumían gaseosas diariamente ¹⁶, mientras que más del 50 % de los adultos suecos no consumían jugos de frutas ²⁷. Por otra parte, la correlación más relevante entre algunos pasos, fue sólo positiva, débil y altamente significativa, enfatizándose que, el aumento en la calidad de un hábito guardó cierta relación con el aumento en la calidad de algún otro hábito (Tabla 2), sin precisarse si esto mismo ocurre en otras poblaciones.

A diferencia de la edad, los otros factores sociodemográficos estudiados no están asociados significativamente a la calidad de los hábitos basados en los 10 pasos considerados. Así, el mayor porcentaje de mujeres con hábitos de calidad aceptable y el promedio de calidad de los hábitos significativamente más alto en ellas (Tabla 3) serían consecuencia de una mayor preocupación por su salud y de sus experiencias previas, independientemente de cuanto conozcan sobre los pasos estudiados; En cierta medida, estos hallazgos difieren de lo hallado en adultos brasileños ¹⁶ en cuanto a la significancia de la asociación sexo - calidad (saludable o no) de la mayoría de los hábitos estudiados, pero no en cuanto a la tendencia de sus porcentajes.

Contrariamente a lo anterior, el más alto porcentaje de individuos con hábitos aceptables se asoció significativamente a los que tuvieron entre 60-69 años y el más bajo, a los que tuvieron más de 80 años (Tabla 4). Tales hallazgos se fundamentarían en el hecho que los primeros tienen mayor capacidad que los segundos para decidir que hábitos preservar o modificar al no presentar una mayor dependencia de otras personas.

Del mismo modo, el porcentaje de individuos Respecto al área de residencia, el mayor porcentaje de individuos del área urbana (Pueblo de Curgos) con hábitos aceptables y el promedio de calidad de los hábitos significativamente más alto en tales individuos (Tabla 5) probablemente sean el reflejo de su mayor conocimiento sobre alimentación, sustentado en la mayor posibilidad de recibir

información adecuada sobre ella, por estar más próximos a un establecimiento de salud y disfrutar del desarrollo urbano. Los con hábitos aceptables fue algo mayor conforme se incrementó el grado de instrucción, sin variar el promedio de calidad de los hábitos (Tabla 6). Una tendencia diferente observada en Brasil ¹⁶, muestra que el cumplimiento de la mayoría de los pasos estudiados fue mayor en los adultos menos escolarizados; al parecer, los hallazgos del presente estudio muestran que el grado de instrucción no sería determinante en la calidad de los hábitos alimentarios de este grupo, cuando menos en el área estudiada.

Asimismo, el mayor porcentaje de amas de casa con hábitos aceptables y el promedio de calidad de sus hábitos, significativamente más alto que el de los agricultores (Tabla 7) se deberían a las mismas razones señaladas al discutir la probable relación entre hábito y sexo, por ser las amas de casa de sexo femenino y los agricultores, del sexo opuesto.

A su vez, el mayor porcentaje de casados o convivientes con hábitos aceptables y el más alto promedio de calidad de los hábitos de éstos que los de las otras opciones (Tabla 8) serían el reflejo del conocimiento de tales individuos sobre alimentación, sustentado en una unión estable o en pareja, que condicionaría un mayor intercambio o modificación benéfica de tales conocimientos.

Similarmente, los porcentajes de adultos mayores con hábitos aceptables, informados por personal de salud o por dos o más fuentes (personal de salud, radio, profesores, boticas, empleadores o amigos) fueron mayores que el de los informados únicamente por sus familiares, sin advertirse diferencias significativas entre los promedios de calidad de los hábitos según la fuente de información (Tabla 9). Tal relación indicaría que la información brindada por personal competente o más capacitado es, en cierta medida, de mejor calidad que la transmitida por los familiares.

La baja calidad de los hábitos sobre alimentación saludable, que viene imperando en la mayor parte de la población estudiada, está constituyéndose en medio silencioso aunque no desapercibido, que podría coadyuvar al incremento de los índices de enfermedades crónicas y mortalidad en ella. En este contexto, es imperioso ejecutar un programa de intervenciones para elevar la proporción de hábitos alimentarios saludables de los grupos más vulnerables, en especial, y de toda la población adulta mayor de la sierra de La Libertad, en general.

CONCLUSIONES

1. La calidad global de los hábitos basados en 10 pasos para una alimentación saludable es aceptable en la minoría de los adultos mayores del distrito de Curgos y, en ninguno de éstos, es saludable.
2. El hábito con el más alto promedio de calidad, aceptable y saludable a la vez, en la mayoría de los adultos mayores, corresponde al paso uno (consume por lo menos tres comidas diarias y en sus horarios), mientras que el hábito con bajo promedio de calidad, no aceptable ni saludable, corresponde al paso dos (incluya diariamente todos los grupos alimentarios).
3. La edad es el único factor sociodemográfico asociado significativamente a la calidad de los hábitos basados en 10 pasos para una alimentación saludable en los adultos mayores del distrito de Curgos.
4. Los adultos mayores de sexo femenino, los que tienen entre 60-69 años, los del área urbana y las amas de casa tienen promedios de calidad de los hábitos alimentarios significativamente más altos en relación a los respectivos grupos comparados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FACUA. Alimentación saludable: consejos para llevar una vida más sana . Sevilla: FACUA España; 2005
2. Ministerio del Interior; Ministerio de Educación y Cultura; Ministerio de Sanidad y Consumo. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios . Madrid (España): Ministerio de Sanidad y Consumo.
3. Calañas-Continente AJ. Alimentación saludable basada en la evidencia. *Endocrinol Nutr.* May 2005;52 Supl 2:8-24.
4. Calañas-Continente AJ, Bellido D. Bases científicas de una alimentación saludable. *Rev Med Univ Navarra.*
5. Dapcich V, Salvador Castell G, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J, Serra Majem LI. Guía de la alimentación saludable. Madrid (España): Sociedad Española de Nutrición Comunitaria; 2004
6. Zacarías I, Olivares S. Guía de alimentación saludable y necesidades nutricionales del adulto. En: Zacarías I, Olivares S, Keller I, Escobar MC, Legetic B, editoras. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Santiago (Chile): Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos; 2002
7. Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud. Orientaciones técnicas para la promoción de la alimentación y nutrición saludable. Lima (Perú).
8. Uauy R, Monteiro CA. El reto de la mejora de la alimentación y la nutrición en América Latina. En: Jacoby ER, editor. Consulta regional OPS sobre alimentación saludable y actividad física en las Américas. San José (Costa Rica): Organización Panamericana de la Salud; Abr 2003. p. 7-17.
9. Organización Panamericana de la Salud. Mantenerse en forma para la vida: Necesidades nutricionales de los adultos mayores [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 8 Ago 2006.
10. 57ª Asamblea Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. Ginebra: Secretaría de la OMS; 17 Abr 2004.
11. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
12. Presidencia de la Republica de Honduras. Programa escuela saludable [Internet]. Honduras C.A.: Organización Mundial de la Salud; 2000. Módulo II: Seguridad alimentaria y nutrición;
13. SENAPAN: Vida y Salud [Internet]. Panamá: Secretaria Nacional para el Plan Alimentario Nutricional; 2007. Plan nacional de seguridad alimentaria; "10 pasos para una alimentación saludable".
14. Saúde: Alimentação Saudável [Internet]. Brasilia, DF (Brasil): Ministério da Saúde. Série temática "Os 10 Passos para a Alimentação Saudável": alimentação saudável para todos, alimentação saudável para crianças menores de 2 anos, alimentação saudável para crianças, alimentação saudável para pessoas com mais de 60 anos; 2002
15. MINSA: Campañas y especiales [Internet]. Lima (Perú): Ministerio de Salud del Perú. Yo cuido mi salud. Alimentación saludable. Diez pasos para una alimentación saludable, 22 Set 2008.

Recibido: 5 abril 2012 | **Aceptado:** 17 junio 2012



ARQUITECTURA

