

# INFORME: ESTILO DE VIDA Y LONGEVIDAD

Día nacional de la nutrición 2013

“XII edición”





El Día Nacional de la Nutrición (DNN2013) es una iniciativa llevada adelante por la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD) en colaboración con otras instituciones y el apoyo de la industria farmacéutica y alimentaria. El martes 28 de mayo de 2013 se celebrará la XII edición de esta efeméride con el lema: "Come bien para envejecer mejor" resaltando el papel de los buenos hábitos alimentarios y de estilos de vida en la consecución de una vida más longeva y con mejor calidad.

Con motivo de la celebración del DNN2013 y ante la oportunidad que supone reflejar la importancia de la práctica de unos adecuados estilos de vida para la salud de las personas, como elemento central de un envejecimiento activo y saludable, la FESNAD se ha planteado la realización de un estudio sobre cómo estos estilos de vida pueden haber influenciado el bienestar percibido de nuestros ciudadanos más longevos.

## **Sujetos y metodología**

### ***Diseño del estudio***

Se ha realizado un estudio transversal mediante encuesta personal a individuos no institucionalizados de 80 y más años, de forma oportunista en un disperso y no programado grupo de localidades.

Para la realización de las encuestas y con el objetivo que estas fueran geográficamente concentradas, se pidió la colaboración a cada sociedad perteneciente a la FESNAD.

Además a través de la web FESNAD se ofreció a aquellas personas que voluntariamente quisieron colaborar con las actividades del DNN la posibilidad de participar en este estudio con la realización de encuestas, ofreciéndoles la categoría de colaboradores a aquellos que mandaron y tras la verificación de calidad de las mismas, han contribuido con 5 o más encuestas.

El periodo de recogida de encuestas fue desde el 5 de marzo hasta el 22 de abril de 2013, ambos inclusive. Los cuestionarios fueron enviados mimeografiados, o en distintos tipos de formato imagen a la Secretaria Técnica de FESNAD que una vez verificada su adecuación los remitió al grupo de análisis.

### ***Cuestionario (Anexo I)***

Se elaboró un cuestionario "ad hoc" sobre estilos de vida y longevidad consensuado por un equipo multidisciplinar, formado por

expertos pertenecientes a las diferentes sociedades integrantes de FESNAD.

El cuestionario con identificación anónima y obtenido tras la petición de consentimiento por el individuo, constaba de 21 preguntas.

Las tres primeras cuestiones hacían referencia a variables sociodemográficas para la caracterización muestral.

*Código postal.* Lugar de realización de la encuesta, siendo el objetivo de esta, saber el origen y dispersión geográfica de la encuesta.

*Edad.* Dado el carácter de la encuesta se tomó como referente y criterio de inclusión haber cumplido 80 años, dado que la esperanza de vida se sitúa según INE para 2011 en 78 años para los hombres y 82 años en las mujeres. No se estableció criterio superior de exclusión por edad, si bien se pidió que la encuesta debía ser contestada por el individuo de forma que se valorara su capacidad de comprensión y coherencia en las respuestas.

Los efectivos se agruparon para los análisis en los siguientes grupos de edad: 80 a 84 años; 85 a 89 años y 90 y más años.

*Sexo:* mujer u hombre a fin de realizar un análisis descriptivo estratificado.

*Estado de salud percibido* en el momento de la encuesta, pregunta obtenida de los cuestionarios de las principales encuestas de salud y de OMS. La variable recogía cinco posibles respuestas: "muy buena", "buena", "regular", "mala" o "muy mala", si bien para optimizar el análisis y obtener un número de efectivos adecuado para el mismo se agruparon estas cinco categorías en dos: *buen estado de salud* y *regular o malo estado de salud*. La primera opción incluyó las categorías primarias muy buena y buena, mientras que la segunda agrupó las respuestas: regular, mala y muy mala. Esta pregunta así categorizada fue considerada como variable salida para el análisis de los datos.

*Estilos de vida a lo largo de la vida.* Se preguntó sobre 14 cuestiones que hacían referencia a la opinión sobre la influencia o contribución de diferentes hábitos al estado de salud percibido en la actualidad, así como a diferentes aspectos concretos sobre su residencia, su alimentación y hábitos relacionados.

*Tipo de población habitual.* Se preguntó sobre donde había vivido la mayor parte de su vida, considerando *población urbana* cuando la respuesta fue en un municipio de más de 10.000 habitantes y

*población rural* cuando se refirieron a una población menor da 10.000 habitantes.

*Percepción de los factores influyentes en su estado de salud actual.* La pregunta correspondiente tenía como objetivo saber qué factor consideraba el encuestado que había tenido mayor influencia para llegar al estado de salud que manifestaba en la actualidad. Las opciones a escoger fueron: *alimentación, dormir mucho, actividad física, felicidad, trabajo, no fumar y herencia.*

*Cuidado de la alimentación a lo largo de la vida.* En esta pregunta se pidió al encuestado que indicara como consideraba que fue su alimentación en el pasado. Pudiendo elegir entre las opciones siguientes: *"me cuidaba mucho", "normal" o "no me preocupaba de ella".*

*Frecuencia de consumo de grupos de alimentos.* El siguiente bloque de preguntas hacían referencia a la cantidad de raciones que comía, por término medio en el pasado, de distintos grupos de alimentos: frutas, verduras, legumbres y pescado.

*Frutas: ¿Cuántas frutas comía por termino medio, cada día?* Ofreciendo las siguientes opciones: *"una o menos piezas/día", "dos piezas/día", "tres piezas/día" y "cuatro o más piezas/día".* Dado que el número de respuestas para la última opción fueron limitadas para realizar un análisis se colapsó para quedar finalmente en tres categorías, siendo la última: *"tres o más/día"*

*Verduras:* Finalmente se consideraron tres categorías: *"ninguna", "una al día" y "dos o más"* al presentar un bajo número de respuestas la opción más de tres al día.

*Pescado:* el tercer grupo por el que se interrogó fue el correspondiente al pescado, cuyas opciones de análisis fueron *"ninguna vez/semana", "una vez/semana", "dos veces/semana" y "tres o más veces/semana".*

*Legumbres:* Se agruparon las respuestas en tres opciones: *"una vez o menos/semana", "dos veces/semana" y "tres o más veces/semana".*

*Hábitos relacionados con la alimentación.*

*Tipo de aceite utilizado.* La pregunta sobre qué tipo de aceite utilizaban en su casa de joven, con opciones como aceite de oliva, aceite de maíz, o de girasol, se agrupó para el análisis en consumo de aceite de oliva y aceite de otro tipo (maíz, girasol).

*Actitud ante la grasa visible.* La siguiente pregunta del cuestionario preguntaba si se quitaba la grasa visible de los alimentos, contemplando tres posibilidades: "siempre", "algunas veces" y "nunca".

*Consumo de vino junto a las comidas.* Se preguntó sobre la frecuencia de beber vino con las comidas. Tres categorías: "a diario", "alguna vez a la semana" y "nunca".

#### *Exclusión habitual de alimentos*

Se preguntó sobre la exclusión de alimentos, explorando dieciséis grupos de alimentos: "lácteos", "carnes rojas", "carnes blancas", "embutidos", "fiambres", "huevos", "patatas", "pan", "frutas", "ensaladas", "verduras", "pescados", "dulces", "legumbres" y "fritos", teniendo como última opción la de "otros".

*Cantidad de ingestión relativa.* Respecto a la cuestión en la que se hacía referencia a cómo le consideraban en relación a los demás con respecto a la cantidad que comía, se categorizaron tres opciones: "muy comedor", "normal" y "poco comedor".

*Periodos prolongados de hambre.* El siguiente ítem preguntaba si había pasado hambre durante un periodo superior a dos años (haciendo alusión a la guerra), siendo el tipo de variable categórica nominal dicotómica.

*Imagen corporal o corpulencia relativa.* Se preguntó sobre cómo se percibía respecto al peso para su talla. Las opciones fueron agrupadas para el análisis en: *delgado/a, normal o con exceso de peso (más peso de lo normal y obesidad)*.

*Antropometría declarada.* Para terminar se preguntó, en caso de conocerlo, cual era su *peso actual*, sin ropa y *cuanto medía sin zapatos*. A partir de estos datos se calculó el IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) y se abordó la categorización ponderal de los encuestados en la actualidad: bajo peso ( $\text{IMC} < 18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), normopeso ( $\text{IMC} = 18.5\text{-}24.9 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), sobrepeso ( $\text{IMC} = 25\text{-}29.9 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) y obesidad ( $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) según los criterios de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) del año 2000.

### **Participación**

El número total de encuestas recibidas fue de 232; no obstante, debido a la existencia de tres encuestas que se presentaban incompletas para algunos de los ítems más determinantes (sexo y estado de salud), el número de efectivos que entraron en los análisis fueron los referidos a 228 encuestas.

*Procedencia.* Las 232 encuestas procedieron de distintos ámbitos geográficos estatales, con un total de 13 provincias involucradas. (Tabla 1)

**Tabla 1. Distribución de los cuestionarios según procedencia**

<b>Provincia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Valencia</i>	47	20,3%
<i>Castellón</i>	17	7,3%
<i>Ávila</i>	6	2,6%
<i>Barcelona</i>	15	6,5%
<i>Córdoba</i>	40	17,2%
<i>Huesca</i>	4	1,7%
<i>Jaén</i>	7	3,0%
<i>Lérida</i>	1	0,4%
<i>La rioja</i>	7	3,0%
<i>Madrid</i>	34	14,7%
<i>Cantabria</i>	13	5,6%
<i>Tarragona</i>	17	7,3%
<i>Zaragoza</i>	24	10,3%
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>100,0%</b>

### **Análisis estadístico**

Los datos fueron depurados y codificados para verificar la no existencia de errores y abordar el correcto análisis de los datos. Se tomaron como datos perdidos aquellos casos cuya respuesta correspondía con un NS/NC o era errónea. Posteriormente, las encuestas fueron codificadas y descargadas para su análisis en un fichero Excel.

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS + 15.0 para Windows, donde se realizaron las estimaciones estadísticas. Se procedió a realizar un análisis descriptivo de los datos del estudio mediante la elaboración de tablas de frecuencias para las variables categóricas. Asimismo, se estimaron las medias y las desviaciones estándar (DE) de las variables cuantitativas.

La comparación entre variables cualitativas se realizó mediante la prueba exacta del Chi cuadrado, y la comparación entre grupos y variables cuantitativas se realizó mediante la prueba t de Student (en caso de 2 grupos) y el test ANOVA (en casos de grupos múltiples). Estableciendo como punto de significación estadístico un p-valor < 0.05

## **Resultados**

*Edad y sexo.* El rango de edad fue de 80 a 103 años, siendo la media tanto para hombres como para mujeres de 86.2 años, la desviación típica de 4.76 y la moda de 85 años. Los entrevistados fueron mayoritariamente mujeres (70.6%).

En la tabla 2 se expone el reparto porcentual de los efectivos según grupo de edad y sexo.

**Tabla 2. Distribución por grupos de edad y sexo de los efectivos de análisis.**

<b>Gr de edad</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
80-84 años	22 (32.8%)	65 (40.4%)	87 (38.2%)
85-90 años	31 (46.3%)	56 (34.8%)	87 (38.2%)
90-95 años	13 (19.4%)	27 (16.8%)	40 (17.5%)
> 95 años	1 (1.5%)	13 (8.1%)	14 (6.1%)
<b>Total</b>	<b>67 (29.4)</b>	<b>161 (70.6%)</b>	<b>228(100%)</b>

### *Estado de salud*

En la tabla 3 se muestran la distribución de los participantes según la percepción de su estado de salud y sexo.

**Tabla 3. Distribución de la muestra según la percepción de su estado de salud**

<b>Estado salud</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
<b>Muy bueno</b>	12 (7.5%)	4 (6%)	16 (7%)
<b>Bueno</b>	59 (36.6%)	31 (46.3%)	90 (39.5%)
<b>Regular</b>	74 (46%)	26 (38.8%)	100 (43.9%)
<b>Malo</b>	15 (9.3%)	5 (7.5%)	20 (8.8%)
<b>Muy malo</b>	1 (0.6%)	1 (1.5%)	2 (0.9%)
<b>Total</b>	<b>161 (100%)</b>	<b>67 (100%)</b>	<b>228 (100%)</b>

El 46.5% de la población a estudio consideró su estado de salud como "bueno o muy bueno", mientras que el 53.5% declaró tener un estado de salud "regular, malo, muy malo". Estos resultados fueron del 52.3% y del 47.7% respectivamente en hombres, y del 44.1% y 55.9% en mujeres, No siendo estas diferencias estadísticamente significativas.



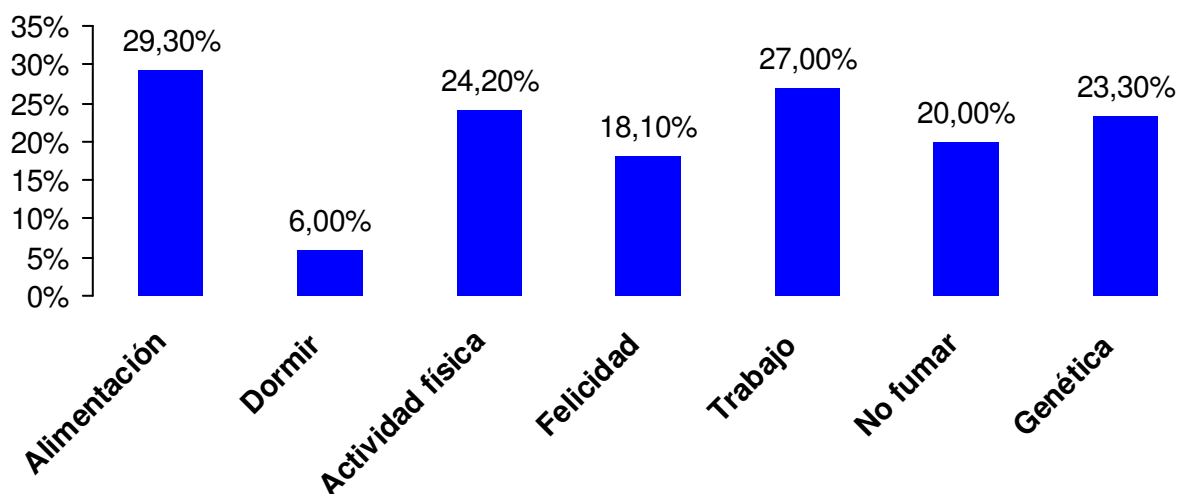
### *Tipo de población*

En lo que refiere al tipo de población en la que ha vivido la mayor parte de su vida, el 37% de la población analizada manifestó que lo hizo en una población rural (<10000 habitantes) y un 63% en una población urbana (>10000 habitantes).

Tras cruzar la variable sexo con el lugar donde había vivido la mayor parte de su vida, un 35.1% de las mujeres manifestó que había vivido en un medio rural mientras que un 64.9% vivió en un medio urbano. En los hombres, estos valores fueron de un 41.5% para el medio rural y de el 58.5% para la población urbana. Las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas.

### *Influencia de los estilos de vida en el estado de salud*

En cuanto a la opinión sobre los factores que consideraron con mayor influencia en su estado de salud actual, el 29.3% manifestó que la alimentación, un 27% el trabajo, la actividad física con un 24.2%, la genética 23.3%, no fumar con un 20% y la felicidad con un 18.1%. En contraposición la opción "dormir mucho" fue poco considerada alcanzando un 6% de las respuestas. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo.



**Figura 1. Influencia en el estado de salud**

### *Cuidado de la alimentación a lo largo de la vida*

En referencia al cuidado de su alimentación a lo largo de la vida, el 24.7% indicaron que no cuidaban su alimentación, un 63.2% manifestó que su alimentación fue normal a lo largo de su vida y un 12.1% afirmó que la había cuidado mucho.

Al analizar por sexo se pudo observar que un 25.5% no se preocupaba de ella, un 63.1% afirmaba que había sido normal, y un 11.5% manifestó haber cuidado mucho su alimentación. En los hombres, estos valores fueron del 22.7%, 63.7% y 13.6% respectivamente, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

### *Frecuencia de consumo de grupos de alimentos*

Para el grupo de las frutas, se observó que el 38.3% comía dos frutas al día, un 34.7% comía tres o más piezas de fruta al día, y el 27% una o menos al día.

Teniendo en consideración el sexo se observó que el 40.1% de las mujeres consumía dos frutas al día, el 24.2 % una o menos piezas de fruta diarias y un 35.7%, tres piezas por día. En los hombres, estas frecuencias fueron de 33.8%, 33.8% y 32.3% respectivamente. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En cuanto a la frecuencia de consumo de las verduras (ración o plato) se estimó que el 11.3% no las consumía diariamente, un 67% dijo haber ingerido una ración de verduras al día y el 21.7% lo hacía dos o más veces por día.

Por sexos, se constató que un 12.7% de las mujeres no tomaban verduras a diario, un 65% consumía una ración/día y un 22.3% comía dos o más raciones al día. En los hombres estos valores fueron de un 7.8%, 71.9% y 20.3% respectivamente. Las diferencias no obtuvieron significación estadística.

En relación a la frecuencia de consumo semanal de pescado, el 11.2% declaró no consumir pescado ninguna vez a la semana, un 33.5% dijo consumirlo una vez a la semana, el 36.2% afirmó que lo comía dos veces por semana y el 19.2% tres o más veces a la semana.

El 11.3% de las mujeres afirmó no consumir pescado, el 30.2% lo hacía una vez a la semana, el 37.7% dos veces a la semana y el 20.8% lo consumía tres o más veces por semana. Para los hombres,

los datos estimados fueron 10.8%, 41.5%, 32.3% y 15.4% respectivamente. No siendo estadísticamente diferentes.

En cuanto a la frecuencia de consumo semanal de legumbres, el 41.8% de los participantes declaró consumirlos tres o más veces por semana, el 32.4% dijo hacerlo dos veces por semana y el 25.8% manifestó que una o menos veces por semana.

Los valores estimados por sexo fueron: en las mujeres de 29.6% para aquellas que comían una o ninguna vez por semana, del 32.7% para las que comían dos veces por semana y del 37.7% para las mujeres que las comían tres o más veces por semana. Respecto a los varones, estos valores fueron de 16.7%, 31.8%, 51.5% respectivamente.

#### *Hábitos relacionados con la alimentación: Uso de grasas y consumo de vino*

Respecto al tipo de aceite utilizado habitualmente en casa cuando fueron jóvenes, el 85.6%, declaró consumir aceite de oliva y un 14.4% otro tipo de aceite (maíz, girasol).

Las diferencias por sexo no fueron estadísticamente significativas. Las mujeres utilizaban aceite de oliva en un 85.4% y en los hombres fue la grasa culinaria en un 86.2%.

La tabla 4, muestra la distribución de los participantes por sexo, en relación a si eliminaban la grasa visible de los alimentos.

**Tabla 4. Distribución de la muestra por sexo, en relación a si eliminaban la grasa visible de los alimentos.**

<b>Elimina grasa</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
<b>Siempre</b>	43 (27.4%)	17 (28.3%)	60 (27.6%)
<b>Algunas veces</b>	65 (41,4%)	15 (25%)	80 (36.9%)
<b>Nunca</b>	49 (31.2%)	28 (46.7%)	77 (35.5%)
<b>Total</b>	<b>157 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>	<b>217 (100%)</b>

Los participantes que manifestaron que no quitaban "nunca" o "algunas veces" la grasa visible fueron aproximadamente dos tercios, 35.5% y 36.9% respectivamente, y un 27.6% contestaron que retiraban "siempre" la grasa visible.

Las diferencias observadas por sexo fueron estadísticamente significativas (p-valor=0.047). El porcentaje de hombres que no retiraban nunca la grasa visible fue superior al de las mujeres (46.7% vs 31.2%) y entre las mujeres el porcentaje de realizar esta práctica algunas veces fue superior al de los hombres (41.4% vs 25%).

En la tabla 5 se expone la distribución del consumo de vino con las comidas por sexo.

**Tabla 5. Distribución de la muestra por sexo, en relación al consumo de vino en las comidas**

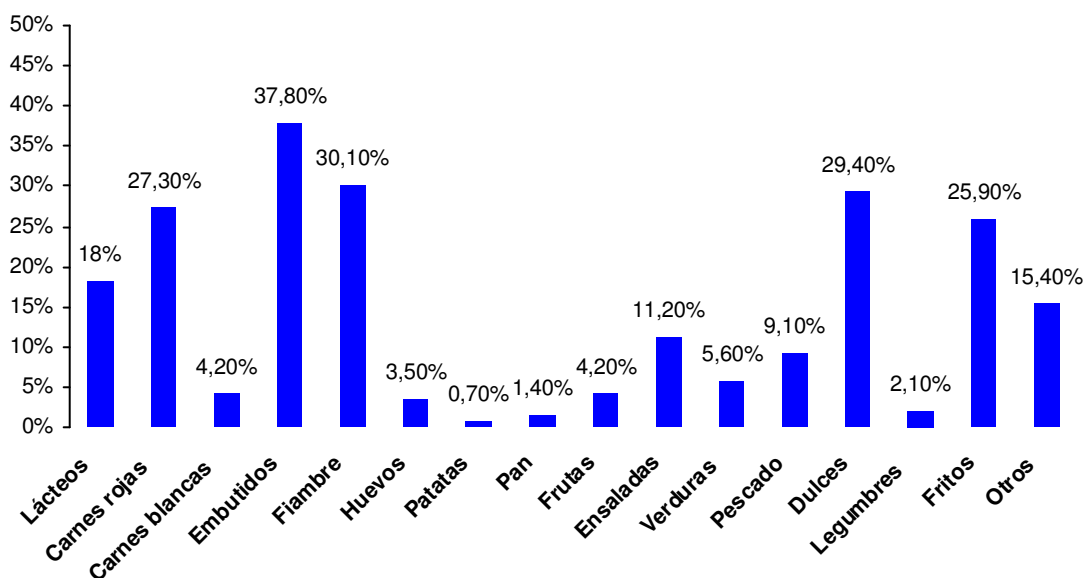
Frecuencia vino	Mujer	Hombre	Total
<b>A diario</b>	23 (14.5%)	26 (39.4%)	49 (21.8%)
<b>Alguna vez</b>	38 (23.9%)	25 (37.9%)	63 (28%)
<b>Nunca</b>	98 (61.6%)	15 (22.7%)	113 (50.2%)
<b>Total</b>	<b>159 (100%)</b>	<b>66 (100%)</b>	<b>225 (100%)</b>

De la población encuestada, el 50.2% afirmó no consumir vino con las comidas, un 28% manifestó que lo consumía alguna vez y el 21.8% dijo que lo hacía a diario.

El consumo diario de vino a diario junto a las comidas en el pasado fue significativamente mayor en los hombres (39.4%) y la abstinencia (no consumía nunca) fue más prevalente en las mujeres (61.6%) que en los hombres (22.7%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p$ -valor  $<0.01$ ).

### *Exclusión voluntaria de alimentos*

La figura 2 muestra la exclusión de alimentos por parte de los encuestados:



**Figura 2. Frecuencia de exclusión de alimentos**

El grupo excluido más declarado fue el de los embutidos con un 37.8%, seguido del fiambre (30.1%), los dulces (29.4%), las carnes rojas (27.3%) y los fritos (25.9%)

### *Cantidad de ingestión relativa*

En la tabla 6, se muestra la distribución de la población estudiada por sexo y con relación a cómo le consideraban respecto a la cantidad o volumen de ingesta.

**Tabla 6. Distribución de la muestra por sexo, en relación al consumo de comida**

<b>Consumo comida</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
<b>Poco comedor</b>	31 (19.4%)	26 (38.8%)	57 (25.1%)
<b>Normal</b>	96 (60%)	33 (49.3%)	129 (56.8%)
<b>Muy comedor</b>	33 (20.6%)	8 (11.9%)	41 (18.1%)
<b>Total</b>	<b>160 (100%)</b>	<b>67 (100%)</b>	<b>227 (100%)</b>

El 25.1% de los encuestados opinaban que les consideraban "poco comedores", el 56.8% "normales" y el 18.1% que les consideraban "muy comedores". Las diferencias observadas por sexo fueron estadísticamente significativas (p-valor <0.01).

### *Periodos prolongados de hambre*

Respecto a si había pasado hambre durante un periodo superior a dos años (haciendo alusión a la guerra), el 68% de la población a estudio declaró no haber pasado hambre en ese periodo frente al 32% que dijo haber pasado hambre durante este periodo.

Tras relacionar esta variable con el sexo, se obtuvo que el 32.5% de las mujeres pasaron hambre en un periodo superior a dos años, y un 67.5% no paso hambre; en hombres los valores fueron de un 30.8% para aquellos que si pasaron hambre y un 69.2% para aquellos que no lo hicieron. Las diferencias por sexo no obtuvieron significación estadística.

### *Imagen corporal o corpulencia relativa*

En cuanto a cómo consideraban que fue en el pasado habitualmente su estado corporal con respecto a peso para la altura, un 22.6% se consideraba que había tenido una corpulencia delgada, el 50.4% una corpulencia normal y un 27% de peso excedido.

Estratificando por sexo, se estimó que el 22% de las mujeres se consideraban delgadas, el 49.1% en peso normal y el 28.9% con exceso de peso. En hombres estos valores fueron de un 23.9%, 53.7% y 22.4% respectivamente, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

### *Antropometría declarada*

En cuanto al peso actual declarado, el rango estuvo entre 36–105 kg, siendo el peso con mayor frecuencia entre los encuestados 70 Kg y la media de 67.8 kg y la desviación típica 12.6.

El rango para mujeres fue de 36-105 Kg, la media de 65.5 Kg (D.E = 12.58) y la moda 60 Kg. Para hombres el rango fue de 48-99 Kg, la media 73.25 kg (DE = 10.85) y la moda de 65 Kg.

Referente a la altura declarada se obtuvo una talla mínima de 1.34 metros frente a una talla máxima de 1.84 m. Siendo la media de 1.6 (DE = 0.09) y la moda de 1.6 m.

Por sexo se estimó en las mujeres un rango de 1.34-1.84 m, con una media de 1.56 metros (DE = 0.08) y moda de 1,6 m; y en los hombres, el rango fue de 1.44-1.84 metros, la media de 1.67 m (DE = 0.08) y la moda de 1,7 metros.

### **Estado de salud en la actualidad y estilos de vida en el pasado**

Se ha procedido a realizar un análisis de las diferentes variables explicativas (estilos de vida en el pasado) con respecto a la variable *percepción actual de su estado de salud*.

#### *Descripción de la variable según edad y sexo*

En la tabla 7, se muestra la distribución de la población estudiada en relación a su estado de salud percibido según grupo de edad.

**Tabla 7. Estado de salud percibido en relación a los grupos de edad**

<b>ESTADO DE SALUD</b>			
<b>Grupo de edad</b>	<b>Muy bueno –bueno</b>	<b>Regular-malo-muy malo</b>	<b>TOTAL</b>
80-84 años n (%)	35 (40.2)	52 (59.8)	87
85-89 años n (%)	40 (46.0)	47 (54.0)	87
90 y más n (%)	31 (57.4)	23 (42.6)	54
<b>TOTAL</b>	106 (46.5)	122 (53.5)	228

Chi-square: 3.9670; 2DF; p-value: 0,1376

En los grupos de edad de 80-84 y 85-89 años, la prevalencia de personas que consideraba su estado de salud regular-malo-muy malo fue mayor, y entre los sujetos de 90 y más años el porcentaje fue superior para los que consideraron su estado de salud bueno y muy bueno, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En la tabla 8 se muestra la distribución de los participantes según la variable salida y su género.

**Tabla 8. Estado de salud percibido en relación al sexo**

<b>ESTADO DE SALUD</b>			
<b>Sexo</b>	<b>Muy bueno-bueno</b>	<b>Regular-malo-muy malo</b>	<b>TOTAL</b>
Mujeres n (%)	71 (44.1)	90 (55.9)	161
Hombres n (%)	35 (52.2)	32 (47.8)	67
<b>TOTAL</b>	106 (46.5)	122 (53.5)	228
Chi-square - Mantel-Haenszel: 1.2544; 1 DF; p-valor: 0.13			

Entre las mujeres se encontró un 44.1% que manifestaron percibir su estado de salud como muy bueno-bueno mientras que entre los hombres este porcentaje fue del 52.2%. No alcanzando esta diferencia significación estadística.

#### *Tipo de población*

En la tabla 9 se muestra la distribución de los participantes en base a la percepción de su estado de salud y por tamaño del municipio donde vivió la mayor parte de su vida.

**Tabla 9. Estado de salud percibido y tipo de población donde desarrolló su vida**

<b>ESTADO DE SALUD</b>			
<b>Tipo de población</b>	<b>Muy bueno -bueno</b>	<b>Regular-malo-muy malo</b>	<b>TOTAL</b>
Rural n (%)	32 (39.5)	49 (60.5)	81
Urbana n (%)	71 (51.4)	67 (48.6)	138
<b>TOTAL n (%)</b>	103 (47.0)	116 (53.0)	219
Chi-square - Mantel-Haenszel: 2.9091; 1 DF; p-valor: 0.06			

Entre los que declararon residir la mayor parte de su vida en una población urbana, el porcentaje de sujetos que percibían su estado de salud como muy bueno-bueno fue semejante al que manifestó tener un estado regular-malo-muy malo (51.4% vs 48.6), y entre los que habían vivido en medio rural, el porcentaje de sujetos que percibían su estado de salud como regular-malo-muy malo fue mayor (60.5%), si bien estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

### Cuidado de la alimentación

La tabla 10 muestra la distribución de la población estudiada según su estado de salud percibido relacionado al cuidado de su alimentación.

**Tabla 10. Estado de salud percibido y cuidado con la alimentación realizada**

ESTADO DE SALUD				
Cuidaba su alimentación		Muy bueno –bueno	Regular-malo-muy malo	TOTAL
Mucho	n (%)	18 (66.7)	9 (33.3)	27
Normal	n (%)	62 (44.0)	79 (56.0)	141
No me preocupaba	n (%)	24 (43.6)	31 (56.4)	55
<b>TOTAL</b>	n (%)	104 (46.6)	119 (53.4)	223

Chi-square: 4.9540; 2DF; p-value: 0,0840

Aquellos que consideraron que habían *cuidado mucho su alimentación*, declararon presentar un estado de salud bueno o muy bueno en un 66.7% de los casos; en cuanto aquellos que consideraban *no haberse preocupado de su alimentación* a lo largo de su vida, este porcentajes fue del 43.6%. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

### Frecuencia de consumo de grupos de alimentos

*Frutas.* La tabla 11 muestra la distribución de la muestra a estudio según la variable salida relacionada al número de *frutas* consumidas diariamente.

**Tabla 11. Estado de salud percibido y frecuencia de consumo de frutas**

ESTADO DE SALUD				
Frecuencia frutas		Muy bueno –bueno	Regular-malo-muy malo	TOTAL
1 o menos diarias	n (%)	22 (36.7)	38 (63.3)	60
2 al día	n (%)	36 (42.4)	49 (57.6)	85
3 o más al día	n (%)	45 (58.4)	32 (41.6)	77
<b>TOTAL</b>		103 (46.4)	119 (53.6)	222

Chi-square: 7.3347; 2DF; p-value: 0,0255

La prevalencia de personas con un mejor estado de salud percibido ha sido mayor en aquellas cuyo consumo diario de frutas fue de tres o más piezas al día (58.4%). Entre los declaradores de haber consumido uno o menos piezas de fruta al día la prevalencia de percibir su estado de salud como "regular, malo o muy malo", fue



superior (63.3%). Estas diferencias de la percepción del estado de salud en base a la frecuencia de consumo de frutas al día, obtuvieron significación estadística (p-valor = 0.026)

*Verduras.* En la tabla 12 queda reflejada la distribución de la población en base a su estado de salud declarado y el consumo diario de *verduras*.

**Tabla 12. Estado de salud percibido y frecuencia de consumo de verduras**

ESTADO DE SALUD			
Frecuencia verduras	Muy bueno –bueno	Regular-malo-muy malo	TOTAL
Ninguna n (%)	11 (44.0)	14 (56.0)	25
1 al día n (%)	69 (46.6)	79 (53.4)	148
2 o más al día n (%)	24 (50.0)	24 (50.0)	48
<b>TOTAL</b>	104 (47.1)	117 (52.9)	221
Chi-square: 0.2719; 2DF; p-value: 0,8729			

La relación existente entre las opciones de la variable estado de salud, es totalmente equitativa entre aquellos que declararon consumir dos o más raciones de verduras diarias. Entre aquellos que declararon no consumir ninguna ración de este grupo alimentario, el 56% declaró poseer un estado de salud "regular, malo o muy malo", frente el 44% que declaró "bueno o muy bueno". Estos valores fueron del 53.4% y del 46.6% respectivamente para los participantes que manifestaron un consumo de una ración al día. Estas diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas.

*Pescado.* La tabla 13 muestra la distribución porcentual de la muestra en base a la variable salida y la frecuencia de consumo de pescado semanal.

**Tabla 13. Estado de salud percibido y frecuencia de consumo de pescado**

ESTADO DE SALUD			
Frecuencia pescado	Muy bueno –bueno	Regular-malo-muy malo	TOTAL
Ninguna n (%)	11 (44.0)	14 (56.0)	25
Una vez / semana n (%)	31 (41.3)	44 (58.7)	75
Dos veces / semana n (%)	41 (50.6)	40 (49.4)	81
Tres o más / semana n (%)	22 (51.2)	21 (48.8)	43
<b>TOTAL</b>	105 (46.9)	119 (53.1)	224
Chi-square: 1.7809; 2DF; p-value: 0,6191			

Entre los que declararon consumir semanalmente tres o más raciones de pescado, el porcentaje de sujetos que percibían un estado de

salud muy bueno-bueno fue semejante al que manifestó tener un estado regular-malo-muy malo (51.2% vs 48.8%), al igual que en aquellos que el consumo era de 2 veces por semana (50.6% vs 49.4%). En aquellos cuyo consumo fue de ninguna o una vez a la semana, la prevalencia de buen estado de salud fue algo inferior a las observadas en los otros dos casos (del 44% y 41.3% respectivamente), observando una tendencia mayor en los valores para el estado de salud "regular, malo o muy malo". Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

*Legumbres.* En la tabla 14 se muestran la distribución de los participantes según la percepción de su estado de salud y número de legumbres que ingería.

**Tabla 14 Estado de salud percibido y frecuencia de consumo de legumbres**

<b>ESTADO DE SALUD</b>			
<b>Consumo legumbres</b>	<b>Muy bueno – bueno</b>	<b>Regular-malo-muy malo</b>	<b>TOTAL</b>
1 o menos / semana n (%)	29 (50.0)	29 (50.0)	58
2 veces / semana n (%)	36 (49.3)	37 (50.7)	73
3 o más veces/semana n (%)	39 (41.5)	55 (58.5)	94
<b>TOTAL</b>	104	121	225
Chi-square: 1.4610; 2 DF; p-valor: 0.4817			

En referencia al consumo de legumbres no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

*Hábitos relacionados con la alimentación: Uso de grasas y consumo de vino*

*Aceite.* En la tabla 15, se muestra la distribución de la población estudiada por estado de salud, en relación al tipo habitual de aceite utilizado en su hogar.

**Tabla 15 Estado de salud percibido en relación al aceite utilizado**

<b>ESTADO DE SALUD</b>			
<b>Tipo de aceite</b>	<b>Muy bueno –bueno</b>	<b>Regular-malo-muy malo</b>	<b>TOTAL</b>
Oliva n (%)	91 (47.9)	99 (52.1)	190
Otros n (%)	13 (40.6)	19 (59.4)	32
<b>TOTAL</b>	104 (46.8)	118 (53.2)	222
Chi-square - Mantel-Haenszel: 0.5787; 1 DF; p-valor: 0.285			

Entre los que declararon utilizar aceite de oliva en su hogar a lo largo de su vida, la distribución de sujetos que percibían un estado de

salud "muy bueno-bueno" y un estado "regular-malo-muy malo", fue similar para ambos (47.9% vs 52.1%), y entre los que habían utilizado otros tipos de aceite, estos valores fueron del 40.6% y 59.4% respectivamente. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

*Retirar grasa visible de los alimentos.* En la tabla 16, se muestra la distribución de la población estudiada por estado de salud, en base a la eliminación de las grasas visibles de los alimentos.

**Tabla 16 Estado de salud percibido en relación a la eliminación de grasa visible**

ESTADO DE SALUD			
Eliminación grasa	Muy bueno –bueno	Regular-malo-muy malo	TOTAL
Siempre n (%)	35 (58.3)	25 (41.7)	60
Alguna vez n (%)	31 (38.8)	49 (61.3)	80
Nunca n (%)	34 (44.2)	43(55.8)	77
<b>TOTAL</b>	100 (46.1)	117 (53.9)	217
Chi-square: 5.4704; 2DF; p-value: 0,0649			

La prevalencia de personas que manifestaron tener un estado de salud "bueno o muy bueno" o "regular, malo o muy malo", fue independiente de que estos eliminaran siempre, alguna vez o nunca la grasa visible de los alimentos, no obteniendo diferencias significativas.

*Consumo de vino junto a las comidas.* La tabla 17, representa la distribución de la población a estudio según su estado de salud, y en relación al consumo de vino:

**Tabla 17. Estado de salud percibido en relación al consumo de vino.**

ESTADO DE SALUD			
Consumo de vino	Muy bueno –bueno	Regular-malo-muy malo	TOTAL
A diario n (%)	31 (63.3)	18 (36.7)	49
Alguna vez por semana	31 (49.2)	32 (50.8)	63
Nunca n (%)	42 (37.2)	71 (62.8)	113
<b>TOTAL</b> n (%)	104 (46.2)	121 (53.8)	225
Chi-square: 9.6781; 2DF; p-value: 0,0079			

Entre aquellos sujetos que manifestaron consumir vino en la comida diariamente, se obtuvo un mayor porcentaje de personas que declararon poseer un *buen estado de salud* que aquellos que manifestaron tenerlo *regular, malo o muy malo*, 63.3% frente al

36.7%. Asimismo, entre los que dijeron que no consumían nunca vino en las comidas, la prevalencia de estado de salud bueno o muy bueno, fue significativamente inferior que los que declaraban no gozar de buena salud (37.2% vs 62.8%). Estas diferencias fueron significativas, p-valor = 0.008).

### *Cantidad de ingestión relativa*

En la tabla 18, se muestra la distribución de la población según la variable salida y en relación a cómo le consideraban respecto a la cantidad que comía en comparación a los demás.

**Tabla 18. Estado de salud percibido en relación a como le consideraban respecto a lo que comía**

<b>ESTADO DE SALUD</b>			
<b>Como se consideraban</b>	<b>Muy bueno – bueno</b>	<b>Regular-malo-muy malo</b>	<b>TOTAL</b>
Muy comedor n (%)	26 (45.6)	31 (54.4)	57
Normal n (%)	60 (46.5)	69 (53.5)	129
Poco comedor n (%)	20 (48.8)	21 (51.2)	41
<b>TOTAL</b>	106 (46.7)	121 (53.3)	227
Chi-square: 0.1001; 2DF; p-value: 0.9512			

En cuanto a cómo se consideraban los participantes en referencia a la cantidad que comían, no se obtuvieron diferencias significativas en su estado de salud.

### *Periodos prolongados de hambre*

La tabla 19 muestra la distribución de los participantes según la percepción de su estado de salud en relación al haber pasado hambre en un periodo superior a dos años:

**Tabla 19. Estado de salud percibido en relación al haber pasado hambre en un periodo superior a dos años.**

<b>ESTADO DE SALUD</b>			
<b>Pasar hambre</b>	<b>Muy bueno –bueno</b>	<b>Regular-malo-muy malo</b>	<b>TOTAL</b>
Si n (%)	32 (44.4)	40 (55.6)	72
No n (%)	72 (47.1)	81 (52.9)	153
<b>TOTAL</b>	104 (46.2)	121 (53.8)	225
Chi-square - Mantel-Haenszel: 0.1340; 1 DF; p-valor: 0.4120			

Aquellos que manifestaron pasar hambre durante un periodo superior a dos años, declararon presentar un estado de salud "bueno o muy bueno" en un 44.4% de los casos, frente al 55.6% que manifestó tener un estado de salud "regular, malo o muy malo"; en cuanto a los que declararon no pasar hambre, estos porcentajes fueron del 47.1% y 52.9% respectivamente. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

### *Imagen corporal relativa*

En la tabla 20 se muestran la distribución de los participantes según la percepción de su estado de salud y como consideraban que era habitualmente su corpulencia:

**Tabla 20. Distribución de la muestra en relación a como fue su corpulencia**

Percepción corporal	ESTADO DE SALUD		TOTAL
	Muy bueno – bueno	Regular-malo-muy malo	
<b>Delgado</b> n (%)	21 (41.2)	30 (58.8)	51
<b>Normal</b> n (%)	62 (54.4)	52 (45.6)	114
<b>Exceso peso</b> n (%)	22 (36.1)	39 (63.9)	61
<b>TOTAL</b>	105 (46.5)	121 (53.5)	226
Chi-square: 6.1010; 2DF; p-value: 0,0473			

En cuanto a la percepción corporal, se obtuvieron mayores prevalencias para el estado de salud "regular, malo o muy malo" en aquellas personas que declararon haber sido de complexión delgada (58.8%) o con exceso de peso (63.9%), frente a las que consideraban su corpulencia normal. Diferencias que fueron estadísticamente significativas.

## **Conclusiones**

Con la realización del análisis de las variables contenidas en el cuestionario, se ha explorado cuales de ellas presentan relación con el estado de salud percibido por parte de los mayores participantes en el estudio.

De este análisis, se puede determinar:

1. En referencia a la variable salida "estado de salud declarado o percibido", los sujetos que manifestaron un consumo de tres piezas o más de fruta al día manifestaron poseer un mejor estado de salud.
2. El consumo diario de vino en las comidas, se ha relacionado con el estado de salud declarado como "bueno o muy bueno".
3. En cuanto a la percepción corporal, la declaración de un complexión mayor o inferior a la considerada "normal", se ha relacionado con la un peor estado de salud declarado.

