

Hábitos de alimentación, salud y género en personas mayores

M^a Rosario López Giménez¹, M^a Pilar Montero López¹, Ana Isabel Mora Urda¹ y Juan Francisco Romero Collazos²

¹Universidad Autónoma de Madrid; ²Clínica de Medicina Deportiva y Fisioterapia de Madrid (España)

El proceso de envejecimiento debe entenderse como un proceso multifactorial de interacciones en el que intervienen aspectos biológicos, ambientales y de género, y que los estilos de vida y la alimentación son factores de singular trascendencia en la situación de la salud. Por ello una de las metas más importantes de la investigación sobre envejecimiento es identificar factores que contribuyan a mejorar estado de salud en esta etapa de la vida. Se ha realizado un estudio observacional de diseño transversal con una muestra constituida por 191 mujeres y hombres de 65 o más años, de medio rural y urbano de la Comunidad de Madrid, a través de entrevistas con una encuesta diseñada *ad hoc* para el estudio, que contempla diferentes aspectos sociales, culturales, de estilos de vida y de salud. Los resultados obtenidos muestran que las mujeres perciben su salud como regular o mala en un porcentaje superior al de los hombres (61% vs. 45%), están menos satisfechas con su vida (28.6% vs. 6%) y que los condicionantes educativos, de género y mórbidos son determinantes en la percepción de la salud. Existe un patrón de salud diferente en ambos géneros, con una importante prevalencia de problemas osteoarticulares en las mujeres (62.3%). Los hábitos de alimentación actuales no aparecen asociados al mejor o peor estado de salud mientras que los aspectos de género (nivel educacional o ingresos económicos) sí presentan asociación.

Palabras clave: Salud, género, envejecimiento saludable, hábitos de alimentación.

Eating habits, health and gender in the elderly. The aging process must be understood as a multifactorial process involving interactions between biological, environmental and gender factors. Lifestyle and diet are factors of particular importance in the health situation of elderly. Thus one of the most important goals of aging research is to identify factors that contribute to improving health in this stage of life. A cross-sectional observational study was performed with a sample of 191 women and men aged 65 or more years in rural and urban areas of the Comunidad de Madrid, through interviews with a survey designed *ad hoc* for the study, which considered different social, cultural, lifestyle and health. The results showed that women perceived their health as fair or poor in a higher percentage of men (61% women vs. 45% men), they were also less satisfied with their life (28.6% women vs. 6% men). Educational level, gender and morbidity were determinants in the perception of health. There was a different pattern of health in both genders, with a significant prevalence of osteo-articular problems in women (62.3%). Eating habits at the time of the study showed no association with better or worse health, either among women or men, while gender issues (education or income level) were associated with health.

Keywords: Health, gender, healthy aging, eating habits.

El envejecimiento de la población es un desafío importante para todos los países de Europa. La estructura por edades de la población ha cambiado durante las últimas décadas y se ha producido un aumento sin precedentes del número de personas mayores. De acuerdo con el trabajo prospectivo de la Unión Europea “*Confronting demographic changes, solidarity between generations*” (2008), la población mayor de 75 años se incrementará de 26.4 millones en 2000, a 45.3 en 2030 debido al envejecimiento de la población que protagonizó el baby boom de los años setenta y a las mejores expectativas de vida más allá de los setenta y cinco años.

Desde comienzos del siglo XX, en España se ha duplicado la esperanza de vida y, si bien no es fácil hacer un pronóstico sobre su evolución, las estimaciones muestran que la tendencia en el futuro será también hacia el aumento de la edad de mortalidad. En 2050, se espera que la esperanza de vida esté por encima de los 81 años en los hombres y de los 87 en las mujeres (Guijarro y Peláez, 2008). En la actualidad, la esperanza de vida es de 78.9 años para los hombres y 84.8 años para las mujeres (INE, 2012), y esto hace que en estos momentos la población mayor de 65 años se sitúe alrededor del 17% de la población total, con más de 7 millones de personas, de las que aproximadamente el 25% son octogenarios (INE, 2011).

El proceso de envejecimiento debe entenderse como un proceso multifactorial de interacciones en el que intervienen aspectos biológicos (fisiológicos, somáticos, funcionales), ambientales (sociales, económicos y culturales) y relativos al género (que incluye la interacción entre factores biológicos y comportamientos y actitudes construidas socialmente). Los estilos de vida y la alimentación son factores de singular trascendencia en la situación de la salud en esta etapa de la vida y por ello una de las metas más importantes de la investigación para la promoción de un envejecimiento activo y saludable es identificar hábitos que contribuyan a mejorar estado de salud de las poblaciones de mayores.

El estado de salud no es solo producto de la ausencia de enfermedad y del estado de bienestar físico, psíquico y social, tal y como lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS), sino que la sensación de satisfacción con la vida en cuanto a cómo se percibe por los sujetos es fundamental (Ramos y Jiménez, 1999; OPS, 2010), y por otra parte es necesario considerar que tanto en la percepción de la salud como la satisfacción con la vida, el factor género es determinante (Drumond, 2011; Zunzunegui, 2009). Estos datos justifican la importancia de la realización de investigaciones que permitan el abordaje del proceso de envejecimiento con un enfoque multidisciplinar (Rodríguez, 2012; Albala, 2005; WHO, 2007) y en este marco se establece la investigación que se ha realizado, cuyo objetivo es introducir la perspectiva de género en el análisis de los factores socio-culturales que pueden incidir en la situación de salud de las personas mayores.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional de diseño transversal con una muestra constituida por 191 mujeres y hombres de 65 o más años, de medio rural y urbano de la Comunidad de Madrid (CM). Los participantes se reclutaron en Centros de Mayores de la Comunidad de Madrid y entre los estudiantes del Proyecto de Universidad para Mayores (PUMA) de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

La recogida de datos en Centros de Mayores fue autorizada por la Consejería de Bienestar Social de la CM, mediante convenio firmado con la UAM para la realización del proyecto. La participación en el estudio fue voluntaria, los participantes fueron informados previamente y firmaron el correspondiente consentimiento. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos obtenidos mediante un proceso de anonimización en la creación de la base de datos.

Se realizó una entrevista con una encuesta diseñada *ad hoc* para el estudio, que contempla diferentes aspectos sociales, culturales y de estilos de vida.

Se recogió también información sobre salud diagnosticada (número y tipo de enfermedades, consumo de medicamentos, polimedicación), sobre salud percibida, variable aceptada como un buen indicador del estado de salud (Segovia *et al.*, 1989; Séculi *et al.*, 2001) y sobre satisfacción con la vida. Algunos autores señalan la valoración subjetiva de la salud y la satisfacción con la vida como elementos destacados en un envejecimiento con éxito (Lher, 1982).

Los hábitos de alimentación se recogieron mediante una encuesta de frecuencia de consumo de alimentos en la que se preguntaba, entre otros alimentos, sobre el consumo diario y/o semanal de frutas, verduras, lácteos.

La información obtenida se ha procesado mediante el paquete estadístico SPSS v.19, realizándose en primer lugar una depuración de datos y posteriormente la estadística descriptiva de los ítems considerados. Se ha analizado la relación bivariante entre las diferentes variables consideradas, a través de tablas de contingencia con el test estadístico Chi-cuadrado, en el caso de variables cualitativas, y de comparación de medias mediante el test de la *t* de Student, en el caso de variables cuantitativas. Finalmente se han realizado análisis de correspondencias múltiples con el fin de obtener diferentes patrones de agrupación de variables teniendo siempre en cuenta el género como variable de referencia. La probabilidad de error máxima exigida en todas las pruebas es de $p=0.05$.

RESULTADOS

Las características de la muestra responden a las de la población general española de este grupo de edad. En la muestra analizada hay un mayor porcentaje de

mujeres (62.3%) que de hombres. Asimismo la proporción de mujeres viudas y que viven solas es superior a la de hombres y no se detectan diferencias significativas en la edad media, pese a la mayor esperanza de vida de las mujeres. Los datos generales de características socio-demográficas y de salud se presentan en la tabla I. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de algunas patologías (digestivas, endocrinas, cardiovasculares, etc.) en hombres y mujeres. Para las que se detectan diferencias significativas, que son las que aparecen en la tabla I, el porcentaje es mayor en mujeres (problemas con la vista, problemas osteo-articulares, enfermedades del sistema nervioso, problemas psicológicos y alergias), excepto para las patologías genito-urinarias, más frecuentes en varones. Estos resultados indican un patrón de salud diferente en hombres y mujeres, con una importante prevalencia de problemas osteoarticulares (63.2%) en las mujeres. La salud percibida también es peor en las mujeres (61% la perciben como regular o mala frente al 45% de los hombres).

Tabla I. Características socio-demográficas y de salud por género

Variables	Hombres	Mujeres
Sexo (%)*	37.7	62.3
Edad (media, error estándar)	74.8 (0.79)	74.2 (0.53)
Estado civil		
Viudos/as, solteros/as	20.9	52.1
Casados/as	79.1	47.9
Nivel de estudios (%)*		
Sin educación forma	16.9	35.3
Estudios primarios	54.9	43.7
Estudios secundarios	14.2	11.8
Estudios superiores	14.0	9.2
Salud percibida (%)*		
Mala/regular	45.1	61.0
Buena/muy Buena	54.9	39.0
Número de enfermedades* (media, error estándar)*	1.6 (0.23)	2.4 (0.21)
Número de medicamentos (media, error estándar)	3(0.31)	3.1 (0.22)
Problemas de salud (%)*		
Con la vista	13.0	26.4
Con el sistema osteoarticular	23.6	63.2
Con el sistema nervioso	1.9	13.2
Problemas Psicológicos	9.3	24.5
Alergias	3.7	14.2
Problemas genitourinarios	27.3	8.5

*Diferencias estadísticamente significativas con $p < 0.05$.

En cuanto a hábitos de vida y relaciones sociales la información se presenta en la tabla II. Vemos que se trata de una población con buenos hábitos de sueño, de actividad física y ocio, no observándose diferencias estadísticamente significativas en estos parámetros entre mujeres y hombres. El 61.8% de los hombres y el 63.5% de las mujeres, realizan una actividad física de 1 hora o más al día. En el caso de actividades de ocio, el 87.2% de los hombres y el 83.2% de las mujeres, realizan una hora o más al día.

Tabla II. Estilos de vida y relaciones sociales por género

Variables	Hombres	Mujeres
Número de horas de sueño (media, error estándar)	6.8(0.24)	6.4(0.12)
Frecuencia de actividad física (%)		
<i>Ninguna</i>	12.7	7.5
<i><= 3 horas semana</i>	14.6	14.9
<i>>3 horas semana</i>	10.9	14.1
<i>1 hora o más al día</i>	61.8	63.5
Frecuencia de actividades de ocio (%)		
<i><= 3 horas semana</i>	7.3	11.2
<i>>3 horas semana</i>	5.5	5.6
<i>1 hora o más al día</i>	87.2	83.2
Apoyo del entorno familiar (%)*		
<i>Muy poco</i>	3.8	5.8
<i>Algo</i>	5.7	19.2
<i>Bastante</i>	43.4	22.1
<i>Mucho</i>	47.1	52.9
Cuentan con Ud. para recibir ayuda (cuidarle, acompañarle,...) (%)*		
<i>Nunca</i>	22.6	13
<i>Casi nunca</i>	11.3	10
<i>Algunas veces</i>	38.7	24
<i>A menudo</i>	12.2	23
<i>Muy a menudo</i>	9.5	13
<i>Siempre</i>	5.7	17
Satisfacción con su vida (%)*		
<i>Muy poco</i>	0	2.2
<i>Algo</i>	6	26.4
<i>Bastante</i>	70	49.5
<i>Mucho</i>	24	22

*Diferencias estadísticamente significativas con $p < 0.05$.

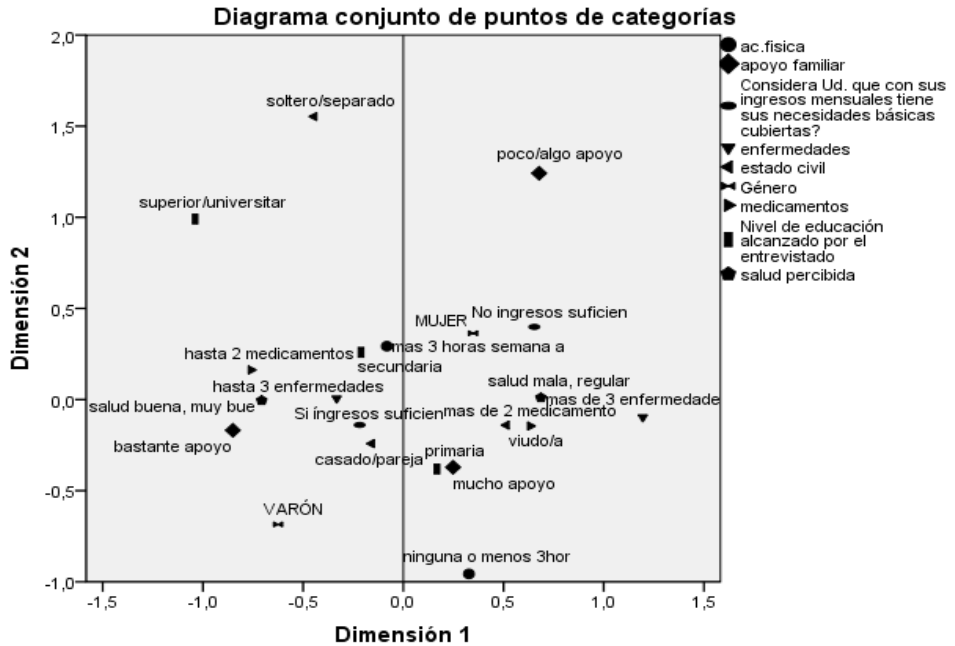
Sí se obtienen, sin embargo, diferencias en las características de relaciones sociales los hombres valoran más positivamente el apoyo del entorno familiar (porcentajes mayores en los hombres en tener bastante o mucho apoyo) y las mujeres el hecho de que se cuente con ellas para tomar decisiones (porcentajes mayores en las mujeres en contar a menudo, muy a menudo y siempre).

La satisfacción con la vida es peor en las mujeres que en los hombres (28.6% está poco o algo satisfecha con su vida frente al 6% de los hombres) y aunque esto puede responder a los problemas de salud reales, que aparecen en mayor número en las mujeres, al igual que sucede con la peor salud percibida, también podría estar relacionada con otros factores socio-culturales.

Con el fin de analizar conjuntamente la asociación entre todas estas variables entre sí y con el género, se realizó un análisis de correspondencias múltiples, cuyos resultados se recogen en el gráfico I. La varianza total explicada entre todos los factores es del 71%. Las variables consideradas en el análisis se han recodificado en menor número de categorías que las iniciales y han sido: actividad física (ninguna o menos de 3 horas semanales, más de 3 horas semanales), apoyo familiar (poco o algo de apoyo, mucho apoyo, bastante apoyo), considera que sus ingresos son o no suficientes, nivel de educación (primario o sin estudios, secundario, superior o universitario), estado civil (viudo/a, soltero/a o separado/a y casado/a o con pareja), enfermedades (más de 3, hasta

3), medicamentos (más de dos, hasta 2) , salud percibida (mala o regular, buena o muy buena) y género (varón, mujer).

Gráfico I. Relación entre género, características socio-demográficas y salud



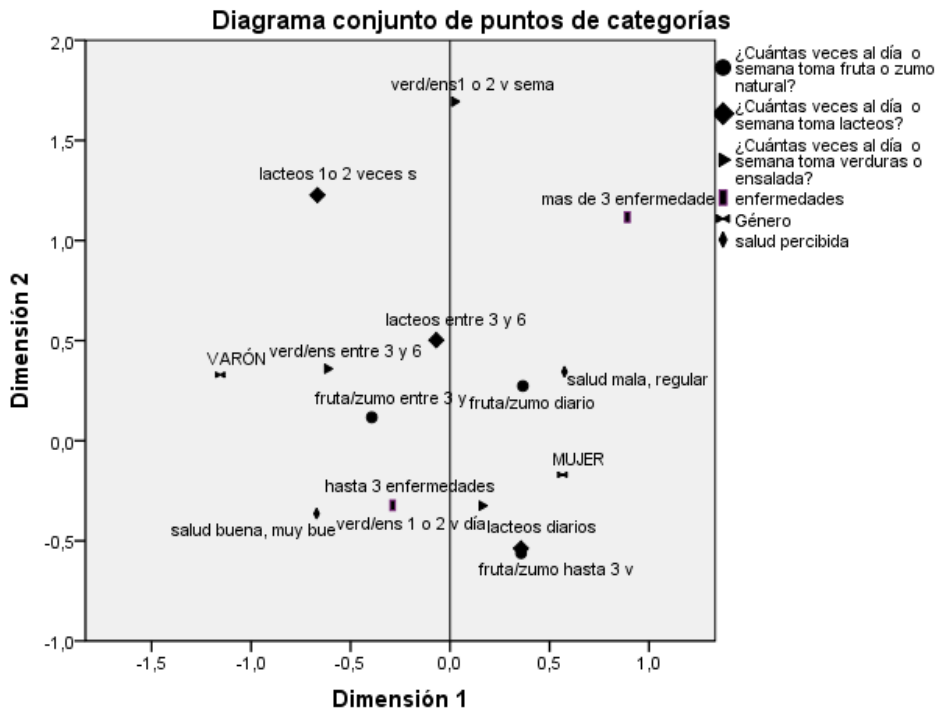
Con respecto a la dimensión 1, se observa un patrón diferente para mujeres y para varones. En el sector de la derecha la categoría mujer, se asocia a salud percibida mala o regular, consumo de más de dos medicamentos, presencia de más de 3 enfermedades diagnosticadas, viudas, con educación primaria, sin ingresos suficientes y con poca actividad física. En el sector de la izquierda se sitúa la categoría varón asociada a mayor nivel educativo, ingresos suficientes, casado o con pareja, con menos enfermedades y menor consumo de medicamentos, con más de tres horas semanales de actividad física y con una salud percibida buena o muy buena.

Por otra parte la encuesta recogía el consumo de alimentos y dado que unos buenos hábitos de alimentación, se asocian a mejores estado de salud, se realizó otro análisis de correspondencias múltiple (Gráfico II), que explica una varianza del 52% entre todos los factores.

Las variables incluidas en el análisis fueron el género (varón, mujer), el número de enfermedades diagnosticadas (hasta 3, más de 3), la salud percibida (mala o regular, buena o muy buena) y la frecuencia de consumo de frutas y zumos, de verduras

o ensaladas y de lácteos (1 o 2 veces semana, entre 3 y 6 veces semana, 1 o 2 veces al día). Con respecto a la dimensión 1, se observa nuevamente un patrón diferente para mujeres y para varones. En el sector de la derecha se sitúa la categoría mujer, asociada a un mejor patrón de alimentación, mayor consumo de fruta y zumos, mayor consumo de lácteos y mayor consumo de verduras que el hombre, sin embargo su situación de salud, tanto por el número de enfermedades como percibida, es peor que la de los hombres. En el sector de la izquierda se presenta la categoría de varón asociada a la mejor situación de salud pero con peores hábitos alimenticios.

Gráfico II. Relación entre género, patrones de alimentación, salud percibida y enfermedades



DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo en cuanto a diferencias entre mujeres y hombres en la situación de salud real y percibida coinciden con los de otros estudios (Fernández-Mayoralas, 2003; Dorantes, 2007; Roque, 2012). El mayor número de enfermedades que presentan las mujeres y la diferencia de patologías con los varones da lugar al mayor deterioro del sistema osteo-articular en mujeres que incide directamente en la peor

percepción de su salud como ha sido puesto de manifiesto (Acevedo y López, 2013; Pérez, 2004; Romero, 2011; Dalstra *et al.*, 2005).

Sin embargo, existen otros factores sociales que pueden relacionarse con la percepción de la salud (WHO, 2007), como el nivel de ingresos o el apoyo familiar. Los avances realizados en la prolongación y condiciones de vida de las poblaciones de mayor edad se deben principalmente a una mejor educación, nutrición y nivel de vida, así como la mejora del sistema médico (Riley, 2001). La alimentación actual no parece asociarse con la salud dado que las mujeres presentan patrones de alimentación más saludables, lo que vuelve a incidir en la idea compartida por diferentes autores que la salud actual es el resultado de la trayectoria vital y de otros factores socio-económicos (López y Acevedo, 2013; Montero *et al.*, 2011; Lavery y Lee, 2009; Adams y White, 2004).

Las limitaciones de un estudio transversal no permiten establecer relaciones de causa-efecto, pero los resultados obtenidos pueden ser un punto de referencia para estudios con diseños más apropiados. En resultados preliminares de esta investigación (Montero *et al.*, 2011), se pudo observar que la estatura y la talla sentada, buenos indicadores de la alimentación y condiciones de vida de estas personas durante su proceso de crecimiento y desarrollo, aportan información muy valiosa sobre la influencia de factores nutricionales, socioeconómicos y socioculturales a lo largo del ciclo vital, en la situación actual de salud de las personas mayores (Montero y Rodríguez, 2013). Estos factores tienen también un componente claro de género porque el tipo de vida que han llevado los hombres y las mujeres de estas edades, desde su infancia hasta la edad adulta, en cuanto a exposición a diferentes riesgos (salud laboral, salud reproductiva y sexual), condicionantes económicos (trabajo remunerado, trabajo doméstico), etc., ha sido diferente y su impacto sobre la salud también lo es (López y Acevedo, 2013).

Como conclusión, los resultados de este estudio muestran que las mujeres tienen una peor percepción de su salud y están menos satisfechas con su vida que los hombres, y que los condicionantes educativos, de género y mórbidos son determinantes en la percepción de la salud. Los hábitos de alimentación actuales no aparecen asociados al mejor o peor estado de salud.

Agradecimientos: Este trabajo se encuadra en el proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011-0004-INV00071). Agradecemos el apoyo de la Consejería de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid y el de los centros que participaron en el estudio.

REFERENCIAS

Acevedo, P. y López, M.R. (2013). Percepción del estado de salud en mujeres y hombres de edad avanzada En P. Folguera, V. Maquieira, M.J. Matilla, P. Montero; M.J Vara (Eds.),

- Género y Envejecimiento* (pp. 362-376). Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Adams, J.M. y Whithe, M. (2004). Biological ageing. A fundamental, biological link between socio-economic status and health? *European Journal of Public Health, 14*, 331-334.
- Albala, C. (2005). The health, well-being and aging (SABE) survey: Methodology applied and profile of study population. *Revista Panamericana de Salud Pública, 17*(5), 307-22.
- Dalstra, J.A., Kunst, A.E., Borrell, C., Breeze, E. y Cambois, E. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int. J. Epidemiol, 34*, 316-326.
- Dorantes, G. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. *Revista Panamericana de Salud Pública, 22*(1), 1-11.
- Drumond, F. (2011). Gender Differences in Life Expectancy and Disability-Free Life Expectancy Among Older Adults in Sao Paulo, Brazil. *Women's Health Issues, 11*(1), 64-70.
- Fernández-Mayoralas, G. (2003). Envejecimiento y salud: diez años de investigación en el CSIC. Disponible en <http://digital.csic.es/handle/10261/10539>
- Guijarro, M. y Peláez, O.(2008). La longevidad globalizada: un análisis de la esperanza de vida en España (1900-2050). *Rev Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, 12*, 260-74.
- INE (2011). Mujeres y Hombres en España. INE (eds.)
- INE (2012). Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Notas de Prensa, 18 de enero de 2012. <http://www.ine.es/prensa/np697.pdf>.
- Lher, U. (1982). Socio psychology correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 3*, 102-147.
- Lavery, D. y Lee, M. (2009). Effects of early life on elderly health. *Today's Research on Ageing, 16*, 1-5.
- López, M.R. y Acevedo, P. (2013). El género como factor diferenciador de la relación entre estilos de vida y estado de salud en personas mayores. En P. Folguera, V. Maquieira, M.J. Matilla, P. Montero y M.J Vara (Eds.), *Género y Envejecimiento* (pp. 345-361). Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Montero, P. y Rodríguez, S. (2013) Indicadores de envejecimiento activo en la población española. En P. Folguera, V. Maquieira, M.J. Matilla, P. Montero y M.J Vara (Eds.), *Género y Envejecimiento* (pp. 313-333). Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Montero, M.P., Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D. y Rodríguez, S. (2011). Anthropometric, Body Composition and Health Determinants of Active Ageing: A Gender Approach. *Journal of Biosocial Sciences, 43*, 597-610.
- OPS (2010). Salud, bienestar y envejecimiento. Disponible en <http://www.ssc.wisc.edu/sabe/Espanol/partners-e.html>
- Pérez, L. (2004). *Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España*. Perfiles y tendencias, 9, p. 27. Madrid: IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ramos, F. y Jiménez, P. (1999). *Salud y envejecimiento*. Fundación Universidad Empresa, Madrid, UNED.
- Riley, J.C. (2001). *Rising life expectancy: a global history*. Cambridge University Press.
- Rodríguez, V. (2012). Envejecimiento: La investigación en España y Europa. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 47*(4), 174-179.
- Romero, R. (2011). El instrumento de fragilidad para Atención Primaria de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE-FI): Resultado de la muestra española. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 46*(5), 243-49.

- Roque, M. (2012). Tendencias en salud percibida y dependencia de la población mayor española: evolución entre los años 1993 y 2006. *Medicina Clínica*, 139(7), 284-289.
- Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Juncá, M. y Guillén, M. (2001). “Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida”. *Gaceta Sanitaria*, 15(3), 217-223.
- Segovia, J., Bartlett, R.F. y Edwards, A.C. (1989). An empirical analysis of the dimensions of health status measurements. *Soc Sci Med*, 29, 761-768.
- WHO (2007). *Women, Ageing and Health: A framework for Action*. Focus on Gender, Ginebra.
- Zunzunegui, M.V. (2009). Explaining health differences between men and women in later life: A cross-city comparison in Latin America and the Caribbean. *Social Sciences and Medicine*, 68(2), 235-242.

Recibido: 13 de mayo de 2013

Recepción Modificaciones: 24 de junio de 2013

Aceptado: 6 septiembre de 2013