

## Estudio comparativo del consumo de comida basura en ancianos del ámbito rural frente al ámbito urbano

### Comparative study of the fast food consumption in elder people living rural areas versus urban areas

Gómez Gutiérrez, María José<sup>1</sup>; Martín-Doimeadios Trujillo, Luis<sup>2</sup>; Cervantes Torres, Laura<sup>3</sup>, Moreno Trenado, Vanessa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Álava-Txagorritxu (Vitoria, Álava).

<sup>2</sup> Hospital Público Santa Bárbara (Puertollano, Ciudad Real).

<sup>3</sup> Residencia de Ancianos "La Milagrosa" (Manzanares, Ciudad Real).

Recibido: 3/abril/2018. Aceptado: 4/diciembre/2018.

#### RESUMEN

**Objetivo:** analizar el consumo de *comida basura* en ancianos del ámbito rural y del ámbito urbano, comprobando si hay diferencias significativas entre ambos grupos.

**Método:** estudio descriptivo transversal en 346 ancianos con una horquilla de edad de 65-95 años, residentes en Porzuna y Madrid. Recogida de datos: encuesta autoadministrada con escala Likert. Análisis de datos: Chi-cuadrado, valor de significación p, intervalos de confianza.

**Resultados:** un 27% de los ancianos rurales (n=46; DE=16,26; IC95%=53,87-61,13) y un 39% de los ancianos urbanitas (n=69) consumen *comida basura*, existiendo diferencias significativas:  $X^2(1) = 6,1052$ ;  $X^2$  crítico = 3,8415;  $p = 0,014 < 0,05$ . Si hablamos de las repercusiones en la salud, un 45% de los ancianos rurales (n=42; DE=14,14; IC95%=48,84-55,16) y un 90% de los urbanos (n=62) las percibe como negativas, sin que existan diferencias estadísticamente significativas:  $X^2(1) = 0,067$ ;  $X^2$  crítico = 3,8415;  $p = 0,7957 > 0,05$ .

**Discusión:** la Escuela de Administración de Empresas ha registrado en España un ascenso del gasto en *comida basura* por habitante del 49,65% respecto a 2014. Según García y Villalobos su consumo en ancianos se debe a la disminución

de poder adquisitivo, la muerte del cónyuge y/o la falta de apoyo social.

**Conclusiones:** existen diferencias estadísticamente significativas en el consumo de *comida basura*, pero no en la percepción que tienen los ancianos de ambos grupos sobre su estado de salud derivada de su consumo.

#### PALABRAS CLAVE

Comida rápida, anciano, medio rural, área urbana.

#### ABSTRACT

**Objective:** to analyze the consumption of *junk food* in elder people living in rural and urban areas, as well as to verify if there are significant differences between both.

**Method:** cross-sectional descriptive study in 346 elder people in a fork of age 65-95 years, living in Porzuna and Madrid. Data collection: self-administered survey with Likert scale. Data analysis: Chi-square, significance value p, confidence intervals.

**Results:** 27% of rural elder people (n=46, SD=16,26; CI95%=53,87-61,13) and 39% of urban elder people (n=69) consume *junk food*, with significant differences:  $X^2(1) = 6,1052$ ;  $X^2$  crítico = 3,8415;  $p = 0,014 < 0,05$ . If we talk about the consequences in elder people's health, 45% of the rural elder people (n=42, SD=14,14; CI95%=48,84-55,16) and 90% of the urban elder people (n=62) perceive them as negative without statistically significant differences:  $X^2(1) = 0,067$ ;  $X^2$  crítico = 3,8415;  $p = 0,7957 > 0,05$ .

#### Correspondencia:

María José Gómez Gutiérrez  
Mariajosegomez94@gmail.com

**Discussion:** the Business School has registered in Spain an increase in spending on “junk food” per capita of 49.65% compared to 2014. According to Garcia and Villalobos, their consumption in the elderly is due to the decrease in purchasing power, wife’s death and/or the lack of social support.

**Conclusions:** there are statistically significant differences in the consumption of “junk food”, but not in the perception that the elderly of both groups have about their state of health derived from their consumption.

## KEY WORDS

Fast food, aged, rural area, urban area.

## ABREVIATURAS

DE: desviación estándar.

EAE Business School: Escuela de Administración de Empresas.

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

SENC: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los cambios más agresivos que ha derivado de la “era de la globalización” del siglo XXI es la irrupción de los monopolios de la industria alimentaria en la economía mundial<sup>1,2</sup>. El interés de las multinacionales por el aumento de beneficios ha llevado a “centuplicar las existencias de comida, crear formas más duraderas y convertir los alimentos en causantes de enfermedad” como demuestra la introducción en el mercado de la denominada *comida basura*<sup>2,3</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la comida basura como “aquellos alimentos ultraprocesados que no están diseñados para satisfacer las necesidades nutricionales de las personas, sino para que se conserven por mucho tiempo en los estantes y generen deseos incontrolados de consumo”<sup>4</sup>.

La *comida basura* se caracteriza nutricionalmente por un aporte de gran densidad calórico-energética, altos contenidos en grasas saturadas, LDL-colesterol, hidratos de carbono y sodio, acompañado de un marcado déficit en fibra, vitaminas y minerales<sup>5,6</sup>. Estos alimentos albergan un doble perjuicio: la invasión del espacio en la dieta correspondiente a alimentos frescos pilares de una dieta saludable, así como las repercusiones negativas en la salud tales como el aumento de enfermedades cardiovasculares, depresión, obesidad, ansiedad, etc<sup>4,7</sup>.

En el presente trabajo de investigación consideramos *comida basura* o ultraprocesados a hamburguesas, perritos calientes, pizzas, bebidas carbonatadas -incluyendo bebidas con gas, agua con gas, refrescos sin gas y con azúcares añadidos, refrigerios con edulcorantes y/o acidulantes-, bollería industrial elaborada con grasas saturadas y azúcares refinados -engloba croissants, donuts, sobaos, ensaimadas industriales, magdalenas, palmeras, etc y excluye aquella bollería artesanal y/o de panadería elaborada sin grasas hidrogenadas ni conservantes-, precocinados industriales elaborados con grasas saturadas y aditivos -que incluyen empanadillas procesadas, *san Jacobos*, croquetas industriales, calamares con rebozado procesado, verduras rebozadas en tempura congeladas, pollo congelado ultraprocesado, ensaladillas ultraprocesadas, etc y excluye aquellos alimentos de los citados anteriormente que se hayan preparado por métodos caseros sin aditivos ni grasas saturadas como por ejemplo croquetas o verduras rebozadas en tempura de elaboración casera-.

Los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de junio de 2017, nos muestran que la población de 65-95 años en España está formada por 8.658.925 habitantes de ambos sexos<sup>8</sup>. El aislamiento social en las últimas etapas de la vida, los cambios de estructura familiar, el hecho de que los ancianos vivan solos de forma frecuente y el pobre soporte social favorecen descuidos en la alimentación de los mayores de 65 años y, por ende, estados de desnutrición<sup>9</sup>. La comida fuera del domicilio como nexo abuelo-nieto es otro de los factores a tener en cuenta en la introducción de los ancianos en el mundo de la comida ultraprocesada<sup>10</sup>. Todo ello nos pone en guardia sobre la magnitud del problema al que se enfrenta esta horquilla etaria, con necesidades fisiológicas y nutricionales diferentes a las de otros estratos de la sociedad<sup>5,6,7,9</sup>.

## OBJETIVOS

Analizar el consumo de *comida basura* en ancianos del ámbito rural frente a los de ámbito urbano, así como comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas en el consumo y en las repercusiones en la salud de ambos grupos.

## MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal realizado durante los meses de febrero y marzo de 2018 en la localidad de Porzuna (Ciudad Real) y la ciudad de Madrid para recoger datos referentes a los ámbitos rural y urbano, respectivamente. La población sobre la que deseamos obtener conclusiones es la de ancianos del ámbito rural y urbano, con edad comprendida entre los 65 y 95 años. El método de muestreo contó como criterios de inclusión la edad superior a 65 y menor a 95 años, así como tener domicilio principal en Porzuna o Madrid -imprescindibles para obtener resultados en los medios rural y urbano, respectivamente-. En contraposición, fueron criterios de exclusión el deterioro cognitivo severo, la no

comprensión de las cuestiones -pese a ser leídas y explicadas por los responsables del estudio en casos de analfabetismo o problemas sensoriales-, los sujetos con edades fuera de la horquilla etaria de 65-95 años por no ser representativos de la ancianidad y aquellos individuos con lugares de residencia distintos a Madrid o Porzuna. Por su fácil acceso, la muestra elegida fue la de 200 ancianos en cada área geográfica, de los que 172 del área rural y 176 del área urbana cumplían los criterios de inclusión. Los sujetos han dado su consentimiento expreso, voluntario y oral, respetándose la confidencialidad de los datos, sin menoscabo del cumplimiento de las normas vigentes de la Declaración de Helsinki. Para la obtención de datos, se han utilizado encuestas autoadministradas (dirigidas, en caso de dificultades sensoriales) con 10 preguntas cerradas y/o escalas tipo Likert. El análisis de los datos se ha realizado mediante estadística descriptiva, expresando frecuencia absoluta (n), porcentaje (%) y desviación estándar (DE). Para el contraste de hipótesis, se ha utilizado Chi-Cuadrado, obteniendo  $\chi^2$ ,  $\chi^2$  crítico, valor de significación (p) e intervalos de confianza (IC95%), así como tablas de interpretación con SPSS.

## RESULTADOS

De los 348 ancianos de la muestra, un 43% (n=151) estaba en un rango de edad de [65-75] años, un 35% (n=121) con rango de edad de [75-85] años y un 22% (n=76) con rango de edad de [85-95] años (n=116; DE=37,75; IC95%=107,57-124,43).

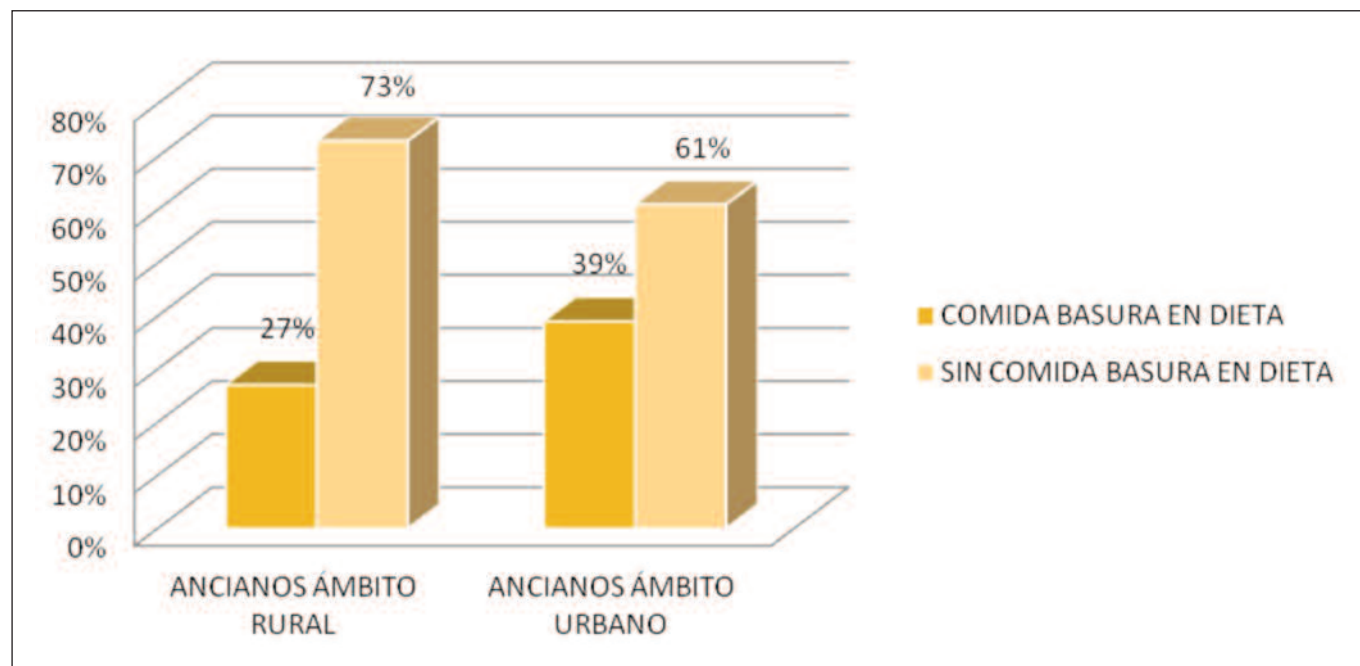
Cuando preguntamos a la muestra sobre el concepto de *comida basura*, solamente el 9% (n=15; DE=17,68;

IC95%=23,55-31,45) de los ancianos con residencia en área rural y el 23% de los ancianos residentes en área urbana (n=40) lo conocen. Al realizar la misma cuestión tras haberles mostrado algún ejemplo, los porcentajes ascienden hasta el 59% (n=101; DE=22,63; IC95%=111,95-122,05) y el 76% (n=133), respectivamente.

Si hablamos de la inclusión de *comida rápida* en la dieta, un 27% de los ancianos rurales (n=46; DE=16,26; IC95%=53,87-61,13) y un 39% de los ancianos urbanitas (n=69) los tienen integrados en su alimentación, frente al 73% de los ancianos del área rural (n=126; DE=13,44; IC95%=113,5-119,5) y al 61% (n=107) de los ancianos del área urbana, que no los consumen. Una vez realizado el test Chi-Cuadrado, podemos señalar que existen diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de *comida rápida* en ancianos rurales y urbanitas, ya que  $\chi^2(1) = 6,1052$ ;  $\chi^2$  crítico = 3,8415; p = 0,0135 < 0,05 (**Gráfico 1**).

De todos los datos obtenidos de forma pormenorizada acerca del consumo de cada alimento ultraprocesado (**Tabla 1**), expondremos los más importantes. En relación a las hamburguesas, un 1% de ancianos rurales (n=2; DE=1,41; IC95%=2,68-3,32) y un 2% de los urbanitas (n=4) la consumen semanalmente; frente a un 97% de ancianos del área rural (n=166; DE=2,83; IC95%=163,37-164,63) y un 92% (n=162) del área urbana que nunca la consumen. Con respecto a la pizza, un 1% de ancianos rurales (n=2; DE=4,95; IC95%=4,39-6,61) y un 5% de los urbanitas (n=9) la consumen semanalmente; frente a un 95% de ancianos del área rural (n=163; DE=6,36; IC95%=157,08-159,92) y un 87% (n=154) del área urbana

**Gráfico 1.** Inclusión de *comida basura* en la dieta de ancianos del ámbito rural y del ámbito urbano.



**Tabla 1.** Consumo de *comida basura* en ancianos rurales y urbanitas.

	RURALES		URBANITAS		DE	IC95%
	n	%	n	%		
<b>HAMBURGUESA</b>						
A diario	0	0%	1	1%	0,71	0,34-0,66
Semanalmente	2	1%	4	2%	1,41	2,68-3,32
Mensualmente	4	2%	9	5%	3,54	5,71-7,29
<b>PIZZA</b>						
A diario	0	0%	1	1%	0,71	0,34-0,66
Semanalmente	2	1%	9	5%	4,95	4,39-6,61
Mensualmente	7	4%	12	7%	3,54	8,71-10,29
<b>PERRITO CALIENTE</b>						
A diario	0	0%	0	0%	0	-
Semanalmente	0	0%	2	1%	1,41	0,68-1,32
Mensualmente	3	2%	3	2%	0	3-3
<b>BOLLERÍA INDUSTRIAL</b> -con alto contenido en grasas saturadas y aditivos, y excluyendo la bollería artesanal elaborada con grasas insaturadas y sin aditivos-						
A diario	19	11%	29	17%	7,07	22,42-25,58
Semanalmente	13	8%	16	9%	2,12	14,03-14,97
Mensualmente	9	5%	6	3%	2,12	7,03-7,97
<b>PRECOCINADOS</b> -con alto contenido en grasas saturadas y aditivos, excluyendo los precocinados caseros elaborada con grasas insaturadas y sin aditivos-						
A diario	2	1%	4	2%	1,41	2,68-3,32
Semanalmente	5	3%	6	3%	0,71	5,34-5,66
Mensualmente	9	5%	10	6%	0,71	9,34-9,66
<b>BEBIDAS CARBONATADAS</b> - bebidas con gas, agua con gas, refrescos sin gas y con azúcares añadidos, refrigerios con edulcorantes y/o acidulantes-						
A diario	3	2%	5	3%	1,41	3,68-4,32
Semanalmente	7	4%	10	6%	2,12	8,03-8,97
Mensualmente	10	6%	15	8%	3,54	11,71-13,29
<b>OTROS</b>						
A diario	0	0%	1	1%	0,71	0,34-0,66
Semanalmente	0	0%	2	1%	1,41	0,68-1,32
Mensualmente	0	0%	6	3%	4,24	2,05-3,95

n: frecuencia absoluta.

DE: desviación estándar.

IC95%: intervalo de confianza del 95%

que nunca la consumen. En referencia a los perritos calientes, ningún anciano del área rural ( $n=0$ ;  $DE=1,41$ ;  $IC95\%=0,68-1,32$ ) y sólo un 1% de ancianos urbanitas ( $n=2$ ) los consumen semanalmente. Con respecto a la bollería industrial elaborada con grasas saturadas y azúcares refinados -engloba croissants, donuts, sobaos, ensaimadas industriales, magdalenas, palmeras, etc y excluye aquella bollería artesanal y/o de panadería elaborada sin grasas hidrogenadas ni conservantes-, un 11% de ancianos rurales ( $n=19$ ;  $DE=7,07$ ;  $IC95\%=22,42-25,58$ ) y un 17% de los urbanitas ( $n=29$ ) la consumen a diario. Acerca del consumo de precocinados industriales elaborados con grasas saturadas y aditivos -que incluyen empanadillas procesadas, *san Jacobos*, croquetas industriales, calamares con rebozado procesado, verduras rebozadas en tempura congeladas, pollo congelado ultraprocesado, ensaladillas ultraprocesadas, etc y excluye aquellos alimentos de los citados anteriormente que se hayan preparado por métodos caseros sin aditivos ni grasas saturadas como por ejemplo croquetas o verduras rebozadas en tempura de elaboración casera-, un 1% de ancianos del ámbito rural ( $n=2$ ;  $DE=1,41$ ;  $IC95\%=2,68-3,32$ ) y un 2% del ámbito urbano ( $n=4$ ) los consumen diariamente. En relación a las bebidas carbonatadas -incluyendo bebidas con gas, agua con gas, refrescos sin gas y con azúcares añadidos, refrigerios con edulcorantes y/o acidulantes-, un 4% de ancianos rurales ( $n=7$ ;  $DE=2,12$ ;  $IC95\%=8,03-8,97$ ) y un 6% de los urbanitas ( $n=10$ ) las consumen semanalmente.

Cuando consultamos a la muestra sobre el lugar de consumo de *comida basura*, el 22% ( $n=10$ ;  $DE=25,46$ ;  $IC95\%=22,31-33,67$ ) de los ancianos con residencia en área rural manifiesta consumirla fuera de casa, frente al 67% de los ancianos de área urbana ( $n=46$ ). En cuanto a los motivos de su consumo, en el ámbito rural predomina la muerte del cónyuge (65%) y el complacer a los nietos (28%); mientras que en el área urbana domina el complacer a los nietos (36%), la falta de tiempo para preparar otras comidas (29%), la muerte del cónyuge (28%) y el comer *comida basura* por placer (6%).

Si hablamos de las repercusiones del consumo de *comida basura* en la salud, percibidas por los ancianos de la muestra, un 91% de los ancianos del ámbito rural ( $n=42$ ;  $DE=14,14$ ;  $IC95\%=48,84-55,16$ ) y un 90% de los ancianos del ámbito urbano ( $n=62$ ) perciben consecuencias negativas en su salud derivadas de su consumo. Una vez aplicado el test Chi-Cuadrado, podemos señalar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las repercusiones en la salud del consumo de *comida rápida* percibidas por ancianos rurales y urbanitas, ya que  $\chi^2(1) = 0,067$ ;  $\chi^2$  crítico = 3,8415;  $p = 0,7957 > 0,05$ .

## DISCUSIÓN

Fruto de este estudio, queda al descubierto la acuciante tarea de intentar disminuir el consumo todavía bajo -pero en

constante crecimiento- de *comida basura* en ancianos. Pese a la dificultad y casi vacío absoluto de proyectos de investigación sobre el consumo de comida rápida en hombres y mujeres en esta etapa etaria, a continuación se confrontarán los datos y conclusiones más relevantes de algunos autores sobre este aspecto. Según la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), las personas mayores priorizan la dieta mediterránea, la comida de preparación casera y los productos naturales sobre "platos preparados, *caterings* y comida basura"<sup>11</sup>. Sin embargo, está registrándose un lento crecimiento -pero constante- del consumo de comida rápida, tal y como expone el informe de referencia a nivel internacional de la EAE Business School sobre el Consumo de Comida Rápida, que expone que en 2016 los españoles gastaron en comida rápida 63,77€/habitante, un ascenso del 49,65% respecto a 2014<sup>12</sup>. Una de las razones que exponen García y Villalobos para explicar dicha tendencia ascendente en ancianos es la presencia de factores extrínsecos sociales tales como la disminución del poder adquisitivo, la muerte del cónyuge, la falta de apoyo social y/o la incapacidad para preparar alimentos, de forma más acusada en el género masculino por cuestiones de arraigo cultural<sup>13</sup>. Sin embargo, Schwalb y Sanborn consideran que es imprescindible contextualizar estos nuevos patrones de alimentación dentro de la era revolucionaria que estamos viviendo, donde la publicidad, la comida a domicilio, los precios competitivos y el gran atractivo de las cadenas para los nietos de los ancianos marcan la dinámica consumista de esta franja etaria<sup>14</sup>.

En definitiva, podemos señalar que los resultados obtenidos por los anteriores estudios ratifican nuestra hipótesis de que existe un interés ascendente a nivel industrial y del consumidor por integrar comida basura en la dieta diaria. Este hecho supone una base sustentada para que los profesionales sanitarios y de la nutrición puedan trazar y poner en funcionamiento estrategias de educación sanitaria, teniendo en cuenta que los ancianos son uno de los estratos de la sociedad que más se puede beneficiar de ello.

## CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en este estudio y, habiendo realizado un contraste de hipótesis Chi-Cuadrado, podemos concluir que hay diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de *comida basura* en ancianos con residencia en el ámbito rural y los del ámbito urbano. Sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción que tienen los ancianos de ambas áreas de residencia sobre su estado de salud derivadas del consumo de *comida basura*.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moss M. Adictos a la comida basura. ¿Cómo la industria manipula los alimentos para que nos convirtamos en adictos a sus productos? Nueva York: Editorial Deusto. 2016; 5-121.



2. Lago JA, Rodríguez M, Lamas A. Fast Food Consumption: situation in the world and regional approach. *Lin Pers.* 2011; 1:7-38. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px>
3. Aguirre P. Human eating: the scientific study of the obvious. *Salud Colect.* 2016; 12(4):463-471.
4. OMS/OPS: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Ultra-processed food and drink products in Latin America: trends, impact on obesity, policy implications. *Publ OMS.* 2015; 2-76.
5. Moliní MD. Repercusiones de la comida rápida en la sociedad. En: Trastornos de la conducta alimentaria. Sevilla: 2008; 635-659.
6. Universidad de Navarra. Dieta saludable, alimentos y nutrientes. Dieta mediterránea [Internet]. Pamplona: 2018 [consultado 8 Feb 2018]; [4 pantallas]; 2-76. Disponible en: <http://www.unav.edu/web/comida-sana/alimentacion-y-salud/dieta-saludable>
7. Sánchez-Villegas A, Toledo E, Irala J, Ruiz-Canela M, Pla-Vidal J, Martínez-González MA. Fast-food and comercial baked goods consumption and the risk of depression. *Public Health Nutrition.* 2012; 15(3):424-432.
8. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Población (españoles/extranjeros) por edad (grupos quinquenales), sexo y año. Madrid: INE; 2016 [consultado 22 Ene 2018]; [5 pantallas].
9. SENC: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Guía de la alimentación saludable. Madrid: 2014; 5-103.
10. Nogueira I, Moura A, Alves R, Sichieri R. Consumo de alimentos fora do domicilio no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(supl 1):202-211.
11. SEGG: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Alimentación y nutrición saludable en los mayores: mitos y realidades. *Rev Geriatria y Gerontología SEGG.* 2017; 3-49.
12. EAE Business School. El gasto en comida rápida en España [Internet]. Barcelona: 2017 [consultado 1 Feb 2018]; [1 pantalla]; 10-55. Disponible en: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdDKXbcKxt7L8j1Rb-qL8foUQG5gjzRjncV4P8tYkAXvb90Aw/viewform?formkey=dFdlcGVnZDhxNU1oYUdVS2FzSFJIUUE6MQ#gid=0>
13. García T, Villalobos JA. Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo. *Med Int Mex.* 2012; 28(1):57-64.
14. Schwalb MM, Sanborn C. Comida chatarra, estado y mercado. *Rev Univ Pacif.* 2014; 47(supl 1):15-201.