

# Caracterización de estado nutricional y riesgo cardiovascular y su relación con dieta mediterránea en adultos mayores de la región metropolitana de Chile

## Characterization of nutritional status and cardiovascular risk and its relationship with the Mediterranean diet in older adults from the metropolitan region of Chile

Claudio Villota A, Jhoavana Luna M, Sofía Quiroz P, Nicole Salvo O, Ximena Rodríguez P  
*Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Bernardo O'Higgins, Santiago.*

Recibido: 13/octubre/2022. Aceptado: 22/enero/2023.

### RESUMEN

**Introducción:** La dieta mediterránea es una de las más completas y adecuadas para mantener un correcto estado nutricional. En adultos mayores, producto de los cambios fisiológicos propios de la senectud, se evidencia una modificación en su alimentación, aumentando del riesgo cardiovascular y alterando su estado nutricional.

**Objetivo:** Analizar la adherencia a la dieta mediterránea y la asociación con el estado nutricional y riesgo cardiovascular en adultos mayores no institucionalizados

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, en adultos mayores no institucionalizados de Chile. Se determinó el estado nutricional por medio de IMC. El riesgo cardiovascular se determinó según razón entre la circunferencia de cintura/altura. Para determinar la adherencia a la dieta mediterránea (IDM) se utilizó el cuestionario ID-Chile, el cual contiene 22 preguntas, evaluando la frecuencia del consumo de 14 grupos de alimentos. Para el análisis estadístico se calculó el valor de p mediante chi cuadrado de Pearson. El nivel de significancia se estableció al 5% ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** El 61% de los participantes fueron mujeres, de edad promedio de 72,13 años, con mayor representación de

obesidad y sobrepeso (31,15%). El 39% de los participantes fueron hombres, con edad promedio de 72,33 años y mayoritariamente con peso normal o sobrepeso (35,89%). Se observó diferencias significativas entre varones y mujeres considerando el peso ( $p < 0,052$ ). No se observó relación significativa con variables como edad, IMC, adherencia a dieta mediterránea y riesgo cardiovascular. Se observó una relación significativa al comparar adherencia a la dieta mediterránea con el estado nutricional ( $p < 0,027$ ) y el riesgo cardiovascular ( $p < 0,032$ ).

**Conclusión:** La adherencia a la dieta mediterránea es un factor asociado con mejor estado nutricional y la reducción del riesgo cardiovascular en la población de adultos mayores. Es importante masificar el consumo de alimentos de este estilo de vida para así mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

### PALABRAS CLAVES

Adulto mayor, Dieta mediterránea, riesgo cardiovascular, estado nutricional, conducta alimentaria.

### ABSTRACT

**Introduction:** The Mediterranean diet is one of the most complete and adequate to maintain a correct nutritional status. In older adults, because of the physiological changes typical of old age, there is evidence of a change in their diet, increasing cardiovascular risk and altering their nutritional status.

**Objective:** To analyze adherence to the Mediterranean diet and its association with nutritional status and cardiovascular risk in non-institutionalized older adults.

**Correspondencia:**  
Claudio Villota Arcos  
Claudio.villota@ubo.cl

**Materials and Methods:** Descriptive cross-sectional study in non-institutionalized older adults in Chile. Nutritional status was determined by BMI, cardiovascular risk was determined by waist circumference/height ratio. To determine adherence to the Mediterranean diet (MDI), the ID-Chile test was used, which contains 22 questions, evaluating the frequency of consumption of 14 food groups. For statistical analysis, the p value was calculated using Pearson's chi square. The level of significance was established at 5% ( $p < 0.05$ ).

**Results:** 61% of the participants were women, an average age of 72.13 years, with a greater representation of obesity and overweight (31.15%). 39% of the participants were men, with an average age of 72.33 years and mostly with normal weight or overweight (35.89%). Significant differences were observed between men and women considering weight ( $p < 0.052$ ). No significant relationship was observed with variables such as age, BMI, adherence to the Mediterranean diet and cardiovascular risk. A significant relationship was observed when comparing adherence to the Mediterranean diet with nutritional status ( $p < 0.027$ ) and cardiovascular risk ( $p < 0.032$ ).

**Conclusion:** Adherence to the Mediterranean diet is a factor associated with better nutritional status and reduced cardiovascular risk in the elderly population. It is important to massify the food consumption of this lifestyle to improve the quality of life of older adults.

## KEYWORDS

Older adult, Mediterranean diet, cardiovascular risk, nutritional status, eating behavior.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es considerada por la OMS como la pandemia global del siglo XXI<sup>1</sup>, siendo en Chile un problema de salud pública. Fuertes evidencias asocian el exceso de peso, en concreto la obesidad, con mayor prevalencia de patologías crónicas: enfermedades cardiovasculares, cáncer y problemas osteoarticulares y respiratorios, lo que la convierte en un factor de riesgo para la salud en población adulta<sup>1</sup>.

Una dieta adecuada es fundamental en la prevención y tratamiento de numerosas enfermedades crónicas, así como en la mantención de un peso adecuado y en reducir los signos de envejecimiento<sup>2</sup>. Una de las dietas mejor estudiadas y más ampliamente recomendada es la dieta mediterránea<sup>3</sup> (DM). Esta dieta propia de las poblaciones que habitan cerca de las costas del mar mediterráneo comprende la ingesta de ácidos grasos monoinsaturados, poliinsaturados, fibra dietética, polifenoles, vitaminas y minerales, acompañado de una baja ingesta de carnes rojas con altos niveles de grasa, privilegiando el consumo de carnes magras y el moderado consumo de vino tinto<sup>3</sup>.

Diversos estudios han evidenciado que una alta adherencia a la dieta mediterránea se asocia con mantención de normo peso y a la reducción de sufrir enfermedades vasculares, entre otros beneficios<sup>4</sup>. Sin embargo, las antiguas y clásicas dietas mediterráneas han sido modificadas por tendencias occidentales y por diversos aspectos sociales, que terminan generando dietas que no cumplen con los estándares adecuados de ingesta<sup>4</sup>. Otro problema que ha sido evidenciado en los últimos años es que existen muy pocas pruebas que han sido validadas y que permiten evaluar la correcta adherencia de las personas a la dieta mediterránea<sup>5</sup>.

Por lo tanto, la elección de un adecuado sistema de evaluación es un punto crucial en la investigación.

En Chile, la dieta mediterránea es conocida pero debido al costo económico que esta involucra, solo un grupo muy reducido de la población es capaz de adherirse a ella<sup>6</sup>, aún cuando los beneficios de esta dieta han sido descritos ampliamente en literatura.

Los adultos mayores presentan cambios fisiológicos propios del envejecimiento como dificultad para masticar, sequedad de la boca, la disminución de la capacidad olfatoria y el sentido del gusto, factores que contribuyen a generar un desequilibrio de la ingesta de energía y/o nutrientes en los adultos mayores, con la consecuente alteración metabólica. La dieta mediterránea involucra una ingesta adecuada para los adultos mayores, sin embargo, los de menores ingresos no puede acceder a los alimentos incluidos en la dieta mediterránea, esto debido a su elevado costo<sup>6</sup>.

El objetivo de este estudio es analizar la adherencia a la dieta mediterránea y como esta adherencia se asocia con el estado nutricional y riesgo cardiovascular en adultos mayores no institucionalizados

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal, ejecutado durante los meses de enero y marzo del 2021 en adultos mayores no institucionalizados de Chile.

### *Población y muestra*

Los participantes fueron seleccionados a través de muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo compuesta por 99 adultos mayores no institucionalizados, habitantes de la Región Metropolitana de Chile. De los adultos mayores, el 60 correspondían a mujeres y 39 a hombres, con edades entre los 61-92 y entre los 61 y 86 años, para mujeres y hombres, respectivamente. Las características sociodemográficas, antropométricas, clínicas y analíticas de la muestra se encuentran resumidas en la tabla 1.

### *Procedimientos*

El peso se midió con una balanza SECA, modelo 803, dispuesta en una superficie lisa y plana, y calibrada en cero. El

**Tabla 1.** Características antropométricas de la población de adultos mayores de la región metropolitana de Santiago de Chile

| Variables comparadas           | Sexo | N  | Media  | DE    | p     |
|--------------------------------|------|----|--------|-------|-------|
| Edad (años)                    | F    | 60 | 71,58  | 7,96  | 0,828 |
|                                | M    | 39 | 72,33  | 6,62  |       |
| Estatura (cm)                  | F    | 60 | 151,88 | 5,85  | 0,001 |
|                                | M    | 39 | 164,66 | 7,06  |       |
| Peso (Kg)                      | F    | 60 | 68     | 11,56 | 0,052 |
|                                | M    | 39 | 72,5   | 15,31 |       |
| IMC (Kg/m <sup>2</sup> )       | F    | 60 | 29,3   | 5,23  | 0,007 |
|                                | M    | 39 | 26,55  | 4,52  |       |
| Circunferencia de cintura (cm) | F    | 60 | 97,88  | 11,23 | 0,707 |
|                                | M    | 39 | 96,8   | 13,18 |       |

individuo presentaba el mínimo de ropa y se encontraba descalzo. Una vez situado en el centro de la plataforma, se mantuvo quieto con el peso distribuido uniformemente en ambos pies mirando hacia el frente. Para medir la estatura se utilizó un tallímetro SECA, modelo 213, ubicando al individuo de pie, descalzo con la cabeza orientada en el plano de Frankfort, con los brazos a ambos lados del tronco, extendidos y con palmas tocando cara externa de los muslos, talones juntos tocando el extremo inferior de la superficie vertical, con el borde interno de los pies en el ángulo 45 a 60 grados, zona occipital, escapular, nalgas, cara posterior de las rodillas y pantorrillas tocando superficie vertical del tallímetro. Para la determinación del estado nutricional se obtuvo el Índice de Masa Corporal (IMC=Peso en kg/Talla<sup>2</sup> en m). Los puntos de corte utilizados para adultos mayores fueron déficit de peso:  $\leq 23$ ; normal: 23 a  $<28$ ; sobrepeso: 28 a  $<32$ ; obesidad:  $>32$ <sup>7</sup>.

Para la determinación del riesgo cardiovascular se midió la circunferencia de cintura del adulto mayor a través de una cinta métrica SECA, modelo 201, flexible pero no extensible, y con una precisión de 0,1cm. El paciente se ubicó de pie identificando el punto medio entre el reborde costal y la cresta iliaca a nivel la línea media axilar al final de una espiración normal. El valor del riesgo cardiovascular fue calculado según la razón de la circunferencia de cintura (cm)/estatura (cm). Los sujetos fueron clasificados con bajo ( $<0,5$ ), elevado (0,5 o  $<0,6$ ) y muy elevado riesgo ( $\geq 0,6$ )<sup>8</sup>.

Para determinar la adherencia a la dieta mediterránea se utilizó el cuestionario validado IDM-Chile, instrumento que se adapta a la realidad y hábitos alimentarios de la población chilena. Este cuestionario contiene 22 preguntas, evaluando la

frecuencia del consumo de 14 grupos de alimentos<sup>9</sup>. Los grupos de alimentos evaluados fueron: verduras, legumbres, cereales, frutos secos, frutas, lácteos enteros y descremados, azúcar, aceite de oliva, grasas saludables, carnes rojas grasas y procesadas, carnes blancas y rojas magras. La cantidad de cada grupo de alimentos consumido se asocia a valores que son 0, 0,5 y 1 punto, generando un valor máximo de 14 puntos. Los niveles de adherencia fueron clasificados como baja (puntaje menor de 5), moderada (puntajes entre 5-8,5) y alta adherencia (9-14 puntos). Según lo publicado por Leisthn y cols (2009) y Echeverría y cols (2016).

### **Análisis estadístico**

Se calculó el valor de p mediante chi cuadrado de Pearson para evaluar diferencias estadísticas significativas y evaluar la asociación entre las variables cualitativas. El nivel de significancia se estableció al 5% ( $p<0,05$ ). Se utilizó la prueba de U-Mann Whitney para determinar la dependencia de los resultados obtenidos entre hombres y mujeres. Los valores obtenidos fueron analizados con el programa estadístico SPSS®, versión 24.0.

### **Consideraciones éticas**

Los datos personales, la seguridad y el bienestar de los participantes, fueron protegidos en todo momento. Cada encuestado aceptó participar de manera voluntaria y para ello firmó un consentimiento informado. El protocolo de estudio fue previamente aprobado por el comité de ética de investigación científica de la Universidad Bernardo O'Higgins. El estudio se realizó respetando el acuerdo de ética de investigación de Helsinki.

## RESULTADOS

Los hallazgos relacionados con las características de los adultos mayores muestran una mayor participación de mujeres (61%) en relación a sujetos de sexo masculino (39%). La media de la edad del total de los sujetos estudiados fue  $72,61 \pm 7,44$  años, y el 99% tenían entre 60 y 90 años de edad.

Las características antropométricas de los adultos mayores evaluados se presentan en la Tabla 1. Los datos muestran que existen diferencias significativas entre varones y mujeres en

lo que respecta a IMC ( $p=0,007$ ), el cual es mayor en mujeres. En el caso de la estatura ( $p<0,001$ ) y el peso ( $p=0,052$ ) existieron diferencias significativas, siendo ambas variables mayores en los hombres.

La Tabla 2 expone el estado nutricional según IMC donde el 33% de los adultos mayores mostraron tener un peso normal, mientras que el grupo con sobrepeso, bajo peso y obesidad fue 33%, 12% y 22%, respectivamente. Las mujeres presentaron mayores prevalencias de sobrepeso (31,66%) y de obesidad (30%) que los hombres, cuyos valores para sobrepeso fue de 35,89% y de un 7,71% en cuanto a obesidad.

**Tabla 2.** Características sociodemográficas, antropométricas, clínicas y analíticas de los adultos mayores de la región metropolitana de Santiago de Chile

| Características              | Total 99      | Mujeres 60<br>61% | Hombres 39<br>39% |
|------------------------------|---------------|-------------------|-------------------|
| Variables                    | Media (DE)    | Media (DE)        | Media (DE)        |
| Edad (años)                  | 72,00 (7,43)  | 71,58 (7,96)      | 72,33 (6,62)      |
| Altura (cm)                  | 156,90 (8,90) | 151,88 (5,85)     | 164,66 (7,06)     |
| Peso (Kg)                    | 69,72 (13,22) | 68,00 (11,56)     | 72,5 (15,31)      |
| IMC (Kg/m <sup>2</sup> )     | 28,20 (5,12)  | 29,30 (5,23)      | 26,55 (4,52)      |
| Perímetro de cintura (cm)    | 97,50 (11,99) | 97,88 (11,23)     | 96,80 (13,18)     |
| <b>Estado nutricional</b>    |               |                   |                   |
| Bajo peso                    | 12 (12,1%)    | 4 (6,66%)         | 8 (20,51%)        |
| Peso normal                  | 33 (33,3%)    | 19 (31,66%)       | 14 (35,89%)       |
| Sobrepeso                    | 33 (33,3%)    | 19 (31,66%)       | 14 (35,89%)       |
| Obesidad                     | 21 (21,2%)    | 18 (30,00%)       | 3 (7,71%)         |
| <b>Edad (años)</b>           | <b>n (%)</b>  | <b>n (%)</b>      | <b>n (%)</b>      |
| 60-70                        | 46 (46,6)     | 30 (50)           | 16 (41,02)        |
| 71-80                        | 33 (33,33)    | 16 (26,66)        | 17 (43,59)        |
| 81-90                        | 19 (19,19)    | 13 (21,66)        | 6 (15,38)         |
| 91-100                       | 1 (1,01)      | 1 (1,66)          | 0 (0)             |
| <b>Riesgo cardiovascular</b> |               |                   |                   |
| Bajo                         | 8 (8,08)      | 2 (3,33)          | 6 (15,38)         |
| Elevado                      | 33 (33,33)    | 15 (25)           | 18 (46,15)        |
| Muy elevado                  | 58 (58,58)    | 43 (71,66)        | 15 (38,46)        |

La tabla 2 muestra las características de la población de adultos mayores estudiada. Con los datos antropométricos se procedió a calificar a los sujetos según su estado nutricional y el riesgo vascular. Para determinar el estado nutricional se utilizaron los parámetros descritos por OMS 1995<sup>7</sup>. Para el cálculo del riesgo vascular normalizado según la estatura del sujeto se utilizaron los parámetros descritos por S. Gibson y M. Ashwell, 2020<sup>8</sup>.

De acuerdo con el perímetro de cintura, el 8,08% se clasifica con bajo riesgo cardiovascular; el 33,3% tiene elevado riesgo cardiovascular y el 58,58% presenta muy elevado riesgo cardiovascular (tabla 2). Al revisar por sexo, los hombres tienen una mayor prevalencia de riesgo cardiovascular elevado (46,15%) a diferencia de las mujeres que en ese grupo alcanza el 25%. Sin embargo en lo que respecta a riesgo cardiovascular muy elevado, el 71,66% de las mujeres se clasifica en esa categoría y en el caso de los hombres es del 38,46%

La ingesta de alimentos asociados a la dieta mediterránea se expone en la tabla 3. En cuanto al consumo de verduras

solo el 11% consume tres o más porciones de verduras al día. En el caso de legumbres, el 5% consume más de dos veces por semana. El 12% consume frutos secos más de dos veces por semana. En cuanto al consumo de frutas, el 25% consume más de dos porciones de frutas al día. Solo un 1% consume más de dos porciones de cereales al día. El 13% consume carnes magras más de cuatro veces por semana. El 49% de los adultos mayores consume carnes grasas menos de una vez por semana. Solo el 3% consume pescado o mariscos más de dos veces por semana. El 19% consume diariamente más de una taza de lácteos descremados. El consumo de más de tres cucharaditas de aceite de oliva fue alcanzado

**Tabla 3.** Respuestas de los adultos mayores al cuestionario nutricional para cálculo del índice chileno de dieta mediterránea (IDM-Chile)

| Pregunta de adherencia a dieta mediterránea   | Total n (%)       | Mujeres n (%)     | Hombres n (%)     |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| ¿Consume tres o más porciones de verduras al día?   | 11 (11,11)        | 9 (15)            | 2 (5,12)          |
| ¿Consume legumbres más de dos veces por semana?   | 5 (5,05)          | 3 (5)             | 2 (5,12)          |
| ¿Consume frutos secos más de dos veces por semana?  | 12 (12,12)        | 9 (15)            | 3 (7,69)          |
| ¿Consume más de dos porciones de frutas al día?   | 25 (25,25)        | 17 (28,33)        | 8 (20,51)         |
| ¿Consume más de dos porciones diarias de cereales?  | 1 (1,1)           | 1 (1,66)          | 0 (0)             |
| ¿Consume carnes magras más de cuatro veces por semana?                                      | 13 (13,13)        | 10 (16,66)        | 3 (7,69)          |
| ¿Consume carnes grasas menos de 1 vez por semana?   | 49 (49,49)        | 33 (55)           | 16 (41,02)        |
| ¿Consume pescado o mariscos más de dos veces por semana?                                    | 3 (3,3)           | 3 (5)             | 0 (0)             |
| ¿Consume diariamente más de una taza de lácteos descremados, semidescremados o fermentados? | 19 (19,19)        | 10 (16,66)        | 9 (23,07)         |
| ¿Consume diariamente más de tres cucharaditas de aceite de oliva?                           | 4 (4,4)           | 3 (5)             | 1 (2,56)          |
| ¿Consume semanalmente más de tres paltas?   | 13 (13,13)        | 9 (15)            | 4 (10,25)         |
| ¿Consume más de dos copas de vino al día?   | 1 (1,1)           | 0 (0)             | 1 (2,56)          |
| ¿Consume golosinas varias veces al día?   | 29 (29,29)        | 12 (20)           | 17 (43,58)        |
| <b>Índice de adherencia a dieta mediterránea</b>  |                   |                   |                   |
|   | Total             | Mujeres           | Hombres           |
|   | 99                | 60                | 39                |
|   | 100%              | 60,6%             | 39,4%             |
|   | <b>Media (DE)</b> | <b>Media (DE)</b> | <b>Media (DE)</b> |
|   | 6,45 (1,84)       | 6,45 (1,84)       | 6,40 (1,88)       |
| Adherencia baja (menor de 4,9 puntos)   | 16 (16)           | 10 (16,39)        | 6 (15,38)         |
| Adherencia moderada (5-8,5 puntos)  | 73 (74)           | 43 (72,13)        | 30 (76,22)        |
| Adherencia alta (8,6-14 puntos)   | 10 (10)           | 7 (11,47)         | 3 (7,69)          |

por el 4% de los adultos mayores. El 13% de los sujetos consume mas de tres paltas a la semana. El 1% consume mas de dos copas de vino al día. El 29% consume golosinas varias veces al día.

La determinación de la adherencia a la dieta mediterránea se realizó por medio del cuestionario prueba IDM-Chile. En la tabla 3 se observa la adherencia a la dieta mediterránea. Los puntajes asignados a cada pregunta permiten definir índices de baja, moderada y alta adherencia a la dieta mediterránea. Tal como se observa, la mayor parte de los adultos mayores estudiados, mostraron una moderada adherencia (72,13% y 76,22%, para mujeres y hombres, respectivamente).

Al analizar la asociación entre adherencia a dieta mediterránea y estado nutricional y riesgo cardiovascular (ver tabla 4), por medio del análisis de chi cuadrado de Pearson, se mostró que existe una significancia estadística entre la adherencia a la dieta mediterránea y el estado nutricional y con el riesgo cardiovascular. Se determinó un nivel de significancia ( $p < 0,001$ )

en comparación del estado nutricional y la adherencia a la dieta mediterránea. El valor obtenido de chi cuadrado de Pearson fue 0,028. Se analizó el nivel de significancia ( $p < 0,003$ ) en comparación del riesgo cardiovascular y la adherencia a la dieta mediterránea. El valor obtenido de chi cuadrado de Pearson fue 0,042.

## DISCUSIÓN

En el actual estudio, se analizó la adherencia a la dieta mediterránea en 99 adultos mayores no institucionalizados de la región metropolitana de Chile. La ingesta de alimentos propios de la dieta mediterránea se relaciona con una mejor calidad de vida y en beneficios para la salud. Entre otros elementos, se destacan la ingesta de ácidos grasos insaturados, fibra dietética, el consumo de aceite de oliva, de carnes magras y el consumo moderado de vino tinto<sup>3</sup>. Aún cuando Chile es productor de la mayor parte de estos productos, la dieta mediterránea no ha sido incorporada por la mayor parte de la población chilena. Muy pocos estudios se han re-

**Tabla 4.** Análisis de asociación entre adherencia a dieta mediterránea y estado nutricional. ( $p < 0,001$ . Chi cuadrado de Pearson = 0,028) y entre adherencia a dieta mediterránea y riesgo cardiovascular ( $p < 0,003$ . Chi cuadrado de Pearson = 0,042)

|                                 |                 |                 | Riesgo cardiovascular |         |             |       |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|---------|-------------|-------|
|                                 |                 |                 | Bajo                  | Elevado | Muy elevado | Total |
| Adherencia a dieta mediterránea | Alta            | Recuento        | 4                     | 0       | 10          | 14    |
|                                 |                 | % dentro del DM | 28,57                 | 0       | 71,43       | 100   |
|                                 |                 | % dentro de CV  | 50                    | 0       | 17,24       | 14    |
|                                 |                 | % del total     | 4,4                   | 0       | 10,1        | 14    |
|                                 | Baja            | Recuento        | 0                     | 17      | 9           | 26    |
|                                 |                 | % dentro del DM | 0                     | 65,38   | 34,62       | 100   |
|                                 |                 | % dentro de CV  | 0                     | 51,52   | 15,52       | 26    |
|                                 |                 | % del total     | 0                     | 17,17   | 9,09        | 26    |
|                                 | Moderada        | Recuento        | 4                     | 16      | 39          | 59    |
|                                 |                 | % dentro del DM | 6,78                  | 27,12   | 66,1        | 100   |
|                                 |                 | % dentro de CV  | 50                    | 48,48   | 67,24       | 59    |
|                                 |                 | % del total     | 4,4                   | 16,16   | 39,39       | 59    |
| Total                           | Recuento        | 8               | 33                    | 58      | 99          |       |
|                                 | % dentro del DM | 8               | 33                    | 58      | 99          |       |
|                                 | % dentro de CV  | 100             | 100                   | 100     | 99          |       |
|                                 | % del total     | 8               | 33                    | 58      | 99          |       |

alizado en adultos mayores, pero los datos publicados indican que solo un 30% de los adultos mayores muestran una alta adherencia a la dieta mediterránea<sup>10</sup>. Un estudio realizado con adolescentes chilenos mostró que un 95% de ellos no adhieren a la dieta mediterránea<sup>11</sup>. Los resultados del presente estudio muestran que el 74% de los adultos mayores adhieren moderadamente a la dieta mediterránea y solo un 10% lo hacen con índices altos. La encuesta de calidad de vida del adulto mayor (2013) mostró que el 64% tiene hipertensión arterial, un 35% tiene hipercolesterolemia y 24% presenta diabetes<sup>12</sup>. El 29,5% tienen sobrepeso y un 24,4% es obeso<sup>12</sup>. Si son considerados los beneficios de la dieta mediterránea, Chile y su población tienen un gran potencial para el desarrollo e implementación de este tipo de dieta. Lo que podría mejorar los elevados índices de obesidad de la población y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles como las derivadas de enfermedad metabólica y cardiovasculares.

Dentro de las limitantes identificadas en el presente estudio comparativo son por un lado la homogeneidad de la muestra, donde la mayor población evaluada fue la de sexo femenino evaluada y también es importante señalar que al ser un estudio de corte transversal no es posible inferir relaciones de causalidad.

## CONCLUSIONES

Uno de los principales hallazgos de la presente investigación, es la moderada adherencia de los adultos mayores a la dieta mediterránea, asociada por un bajo consumo de verduras, legumbres, frutas, pescados y frutos secos. Además la muestra se caracteriza por elevadas prevalencias de obesidad y sobrepeso, destacando la asociación entre malnutrición por exceso y la baja adherencia a la dieta mediterránea.

Es por esto que se recomienda intervenir a la población de personas mayores respecto a hábitos de alimentación saludable con el objeto de mejorar la calidad de vida y el proceso de envejecimiento saludable, considerando los beneficios a la salud que aporta este tipo de dieta.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Director Ejecutivo de Fundación Banco de Alimentos Lo Valledor Hugo Espinosa Arratia por su apoyo en el acceso a la población de estudio.

## FINANCIAMIENTO

Este proyecto fue financiado por el Gobierno Regional Metropolitano de Chile por el proyecto FIC 40026935-0 "Valorización de excedentes alimentarios para la formulación de alimentos solidarios y saludables en Mercados Mayoristas".

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ceballos-Macías José Juan, Pérez Negrón-Juárez Reynaldo, Flores-Real Jorge Alberto, Vargas-Sánchez Joel, Ortega-Gutiérrez Guillermo, Madriz-Prado Ramón et al. Obesidad. Pandemia del siglo XXI. *Rev. sanid. mil.* 2018; 72(5-6): 332-338.
2. Lozano Manuel, Manyes Lara, Peiró Juanjo, Ramada José María. Nutrients associated with diseases related to aging: a new healthy aging diet index for elderly population. *Nutr. Hosp.* 2018; 35(6): 1287-1297
3. Martínez-González, M. A., & Martín-Calvo. Mediterranean diet and life expectancy; beyond olive oil, fruits, and vegetables. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care.* 2016; 19(6), 401-407.
4. Dussillant Catalina, Echeverría Guadalupe, Urquiaga Inés, Velasco Nicolás, Rigotti Attilio. Evidencia actual sobre los beneficios de la dieta mediterránea en salud. *Rev. méd. Chile.* 2016; 144(8): 1044-1052.
5. Carrillo-López Pedro José, García-Cantó Eliseo, Rosa-Guillamón Andrés. Estado nutricional y adherencia a la dieta mediterránea en escolares de la Región de Murcia. *Perspect Nut Hum.* 2018; 20(2): 157-169.
6. Urquiaga Inés, Echeverría Guadalupe, Dussillant Catalina, Rigotti Attilio. Origen, componentes y posibles mecanismos de acción de la dieta mediterránea. *Rev. méd. Chile.* 2017; 145(1): 85-95
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Uso e interpretación de la antropometría. *Serie de Reporte Técnico No. 854.* 1995.
8. Sigrid Gibson, Margaret Ashwell. A simple cut-off for waist-to-height ratio (0.5) can act as an indicator for cardiometabolic risk: recent data from adults in the Health Survey for England. *Br J Nutr.* 2020 Mar 28;123(6):681-690.
9. Echeverría Guadalupe, Urquiaga Inés, Concha María José, Dussillant Catalina, Villarroel Luis, Velasco Nicolás et al. Validación de cuestionario autoaplicable para un índice de alimentación mediterránea en Chile. *Rev. méd. Chile.* 2016; 144(12): 1531-1543
10. San Onofre Bernat Nadia, Trescastro-López Eva María, Quiles I Izquierdo Joan. Diferente clasificación de una población adulta por dos índices validados de adherencia a la dieta mediterránea. *Nutr. Hosp.* 2019; 36(5): 1116-1122
11. Zapata F Dámaris, Granfeldt M Gislaine, Mosso C Constanza, Sáez C Katia, Muñoz R Sara. Evaluación nutricional y adherencia a la dieta mediterránea de adolescentes chilenos que residen en hogares de familias hospedadoras. *Rev. chil. nutr.* 2016; 43(2): 110-115.
12. Ministerio de salud, gobierno de Chile. Programa nacional de salud de las personas adultas mayores MINSAL. Santiago: Ministerios de salud subsecretaría de salud pública división de prevención y control de enfermedades, departamento de ciclo vital programa nacional de salud del adulto mayor; 2014.