



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública

México

Rivera-Márquez, José Alberto; Mundo-Rosas, Verónica; Cuevas-Nasu, Lucía; Pérez-Escamilla, Rafael
Inseguridad alimentaria en el hogar y estado de nutrición en personas adultas mayores de México

Salud Pública de México, vol. 56, núm. 1, 2014, pp. S71-S78

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632374011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Inseguridad alimentaria en el hogar y estado de nutrición en personas adultas mayores de México

José Alberto Rivera-Márquez, PhD,⁽¹⁾ Verónica Mundo-Rosas, MSc,⁽²⁾
Lucía Cuevas-Nasu, MSc,⁽²⁾ Rafael Pérez-Escamilla, PhD.⁽³⁾

Rivera-Márquez JA, Mundo-Rosas V, Cuevas-Nasu L, Pérez-Escamilla R. Inseguridad alimentaria en el hogar y estado de nutrición en personas adultas mayores de México. *Salud Publica Mex* 2014;56 suppl 1:S71-S78.

Rivera-Márquez JA, Mundo-Rosas V, Cuevas-Nasu L, Pérez-Escamilla R. Food insecurity at the household level and nutritional status of older people in México. *Salud Publica Mex* 2014;56 suppl 1:S71-S78.

Resumen

Objetivo. Estimar prevalencias de inseguridad alimentaria (IA) en hogares con personas de 60 años o más y su asociación con el estado de nutrición. **Material y métodos.** Con información de 6 790 adultos mayores distribuidos en 6 591 hogares se midió la IA utilizando la versión armonizada para México de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Los hogares se clasificaron según nivel de IA; se analizaron prevalencias de IA según variables asociadas. **Resultados.** 67.0% de los hogares reportó alguna forma de IA. Las prevalencias más altas se registraron en hogares indígenas (85.9%), rurales (82.2%) y beneficiarios de programas con componente alimentario (>79.0%). Se encontraron asociaciones positivas entre IA en el hogar y bajo peso de los ancianos. **Conclusiones.** Se requiere complementar el análisis de IA en el hogar con indicadores individuales para una toma de decisiones más cercana a la realidad nutricional de las personas mayores.

Palabras clave: seguridad alimentaria; encuestas nutricionales; personas mayores; estado nutricional; México

Abstract

Objective. To estimate the prevalence of food insecurity (FI) in households with members aged 60-and-over, analyzing the association between household FI and the nutritional status of older members. **Materials and methods.** Data on 6 790 adults aged 60-and-over distributed in 6 591 households were analyzed. FI was measured using the harmonized version for Mexico of the Latin American and Caribbean Food Security Scale (ELCSA). Households were classified according to the level of FI. Prevalences of FI were analyzed by associated variables. **Results.** The overall prevalence of FI at the household level was 67.0%. FI was higher in native language-speaking households (85.9%), households in rural areas (82.2%) and those benefiting from food-related programs (>79.0%). Positive associations between household FI and low weight in the older person were found. **Conclusions.** Further analysis on the individual expressions of FI is required to improve food and nutrition interventions during old age.

Key words: food security; nutrition surveys; aged; nutritional status; Mexico

(1) Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Ciudad de México, México.

(2) Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(3) Department of Chronic Disease Epidemiology, Yale School of Public Health. New Haven, Connecticut, EUA.

Fecha de recibido: 29 de abril de 2013 • Fecha de aceptado: 24 de enero de 2014

Autor de correspondencia: Dr. José Alberto Rivera Márquez. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Calz. del Hueso 1100, Col. Villa Quietud. 04960 Coyoacán, DF, México.
Correo electrónico: arivera@correo.xoc.uam.mx

En México para muchos adultos mayores el acceso a una alimentación adecuada en términos de cantidad y calidad es incierto o limitado, debido particularmente a las dificultades que implica no contar con una fuente segura de ingresos y no poder transformar los recursos disponibles. Esta premisa contradice argumentos que sostienen que durante la vejez, la pobreza y la desigualdad son un mito, porque los sujetos ancianos acumularon capital social, físico y financiero durante etapas tempranas de la vida, y al término de ésta se encuentran en las mejores condiciones para vivir de tal acumulación.¹

Durante la vejez, la inseguridad alimentaria (IA), además de problemas de carácter económico, se asocia con salud deteriorada, deterioro cognitivo y depresión, condiciones de fragilidad, ausencia de redes sociales de apoyo, falta de protección social, así como reducida o nula participación de los ancianos en decisiones personales y de su entorno inmediato, entre otros factores.^{2,3}

En México pocos trabajos han abordado la IA en poblaciones adultas mayores y su relación con el estado de nutrición. Una investigación realizada con 1 263 sujetos de 70 años de edad o más, residentes de la Ciudad de México, reveló que a menor poder adquisitivo mayor IA y menor diversidad de la dieta. Se observa, además, que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue más alta en sujetos de ambos sexos que reportaron al menos una experiencia de IA en los últimos doce meses, en comparación con quienes no reportaron tal experiencia.²

En el pasado, la IA se asociaba prácticamente de manera exclusiva con desnutrición y síndromes carenciales. En la actualidad, existe evidencia de que en hogares pobres con IA el sobrepeso y la obesidad son, en general, altamente prevalentes en todos los miembros.³⁻⁵

La importancia de analizar las condiciones de IA en hogares con personas de 60 años o más (HP \geq 60) y la forma en que se asocia con su estado de nutrición radica en la urgente necesidad de identificar problemas de nutrición y salud en etapas avanzadas del ciclo de vida, e incorporar a este sector de la población mexicana a las agendas de la salud pública y la política social. Así, se contará con mejores condiciones para generar nuevos y más eficientes esquemas de atención para un sector de la población históricamente marginado. Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es estimar prevalencias de IA en HP \geq 60 y su asociación con el estado de nutrición de este grupo de población.

Material y métodos

Población de estudio

La Ensanut 2012 obtuvo información de 8 544 personas de 60 años o más; sin embargo, en este trabajo se analiza únicamente la información de 6 790 hombres y mujeres de la misma edad, distribuidos en un total de 6 591 hogares en el territorio nacional. Con el fin de observar los posibles sesgos en la submuestra resultante, se compararon el estado de nutrición y otras variables sociodemográficas del grupo de observaciones que se excluyeron (por no contar con datos completos) con la población incluida en este estudio, sin encontrarse diferencias significativas entre ambos grupos.

Diseño del estudio

La Ensanut 2012 es una encuesta nacional de diseño probabilístico con representatividad estatal y regional, por estratos urbano y rural, con una sobremuestra de los hogares con mayores carencias del país.* El marco de muestreo se integró con información del Censo de Población y Vivienda 2005 desagregada por AGEB y el listado de localidades de nueva aparición en el Censo 2010. La recolección de la información de la Ensanut 2012 se realizó entre octubre de 2011 y mayo de 2012. Los detalles del diseño y tamaño de muestra de la encuesta ya han sido publicados previamente,⁶ y su protocolo fue aprobado por las comisiones de ética, investigación y bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública.

Variables de estudio

Seguridad/inseguridad alimentaria en el hogar. Se midió usando la versión armonizada para México de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA),⁷ la cual consta de 15 preguntas con opciones de respuesta "sí" o "no". La ELCSA estima el grado de seguridad o inseguridad alimentaria en hogares y no a nivel individual; por tanto, las preguntas fueron dirigidas al jefe o a la jefa del hogar, o a la persona encargada de comprar los alimentos. Cupo la posibilidad de que el

* Los hogares con mayores carencias se identificaron mediante la construcción de un índice de rezago social definido para las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB); el índice que se construyó es similar al índice de rezago social construido por el Coneval para las localidades en 2005.

hogar fuera encabezado por un adulto mayor, pero no fue así para todos los casos. El periodo de referencia para las preguntas son los tres meses previos a la aplicación de la escala.⁸ La escala clasifica a los hogares en cuatro categorías, dependiendo del número de respuestas positivas y si cuentan o no con integrantes menores de 18 años (cuadro I).

La ELCSA ha sido validada con indicadores de variedad de la dieta e inventario de alimentos en población mexicana.⁹ En este trabajo se utilizó la propuesta de Pérez-Escamilla *et al.*,¹⁰ para confirmar la validez de la ELCSA en la muestra de adultos mayores. Se obtuvieron valores de alpha de Cronbach de 0.87 para los ocho reactivos que se refieren al hogar o a los adultos en todos los hogares, así como de 0.92 para los 15 reactivos en hogares con niños. Lo anterior sugiere un comportamiento psicométrico adecuado de la escala, así como una alta validez predictiva.

Estado de nutrición. Se evaluó a través de las mediciones de peso y talla (estatura), con los cuales se calculó el índice de masa corporal (IMC). Los valores de este último se clasificaron de acuerdo con los puntos de corte propuestos por la OMS:¹¹ bajo peso (IMC<18.5), estado nutricional adecuado (IMC de 18.5 a 24.9), sobrepeso (IMC de 25.0 a 29.9), y obesidad (IMC≥30.0). Estas mediciones fueron tomadas en las personas que no tuvieron limitaciones para la toma de medidas de peso y estatura de pie.

Pérdida de peso. Debido a que la pérdida de peso no intencionada sugiere riesgo nutricional en adultos mayores,¹² se exploró si éstos habían perdido peso en los tres meses previos a la encuesta.

Disminución en el consumo de alimentos debido a alteraciones. Se indagó si en los tres meses previos a la encuesta el adulto mayor dejó de comer o comió menos por falta de apetito, problemas digestivos o por dificultades de masticación o deglución.

Enfermedades crónicas no transmisibles. Se preguntó sobre el diagnóstico previo, y a través de un médico, de enfer-

medades como diabetes e hipertensión y enfermedades cardiovasculares.

Tipo de localidad. Se clasificó una localidad como rural cuando el número de habitantes era menor a 2 500 y urbana cuando contaba con 2 500 habitantes o más.

Hablantes de lengua indígena. Se clasificó como hablante de lengua indígena a aquellas personas que así lo informaron.

Índice de condiciones de bienestar (ICB). Se generó a partir de condiciones de la vivienda y posesión de bienes: materiales de construcción del piso, paredes y techo; número de cuartos que se usan para dormir, disposición de agua, posesión de automóvil, número de bienes domésticos (refrigerador, lavadora, microondas, estufa y boiler) y número de aparatos eléctricos (televisión, cable, radio, teléfono y computadora). Se seleccionó como índice el primer componente que acumula 40.5% de la variabilidad. Dicho índice fue clasificado en quintiles de condiciones de bienestar, siendo el quintil 1 (Q1) el que agrupaba a los hogares con condiciones de bienestar más precarias y el quintil 5 (Q5) el que aglutinaba a los de mejores condiciones.^{13,14}

Adulto mayor como jefe de familia. Se identificó como tal al adulto mayor que mencionó ser el principal proveedor de ingresos o el responsable económico del hogar.

Beneficiarios de programas sociales con algún componente alimentario. Se clasificó como tal a los adultos mayores beneficiarios directos de programas sociales tales como el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, Liconsa, despensas u otro tipo de ayuda alimentaria del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Programa Setenta y Más, programas provenientes de organizaciones no gubernamentales, etcétera.

Análisis estadístico

Se calcularon las proporciones de las diferentes categorías de seguridad e inseguridad alimentaria (SeIA) por las variables de interés y sus intervalos de confianza al 95%. Se probaron modelos logísticos multinomiales para estimar las prevalencias ajustadas del estado de nutrición del adulto mayor (bajo peso, peso adecuado, sobrepeso y obesidad), así como las de pérdida de peso en los tres meses previos a la encuesta, según condición de SeIA en el hogar. Los modelos fueron controlados por edad, sexo, quintil de condiciones de bienestar, disminución del consumo de alimentos en los últimos tres meses por falta de apetito, problemas digestivos o dificultades de masticación; nivel educativo, hablante de alguna lengua indígena, localidad de residencia (urbana o rural), cobertura de servicios de salud y de programas

Cuadro I
CRITERIOS UTILIZADOS PARA CATEGORIZAR SEGURIDAD E INSEGURIDAD ALIMENTARIA. MÉXICO, ENSANUT 2012

Categorías de seguridad e inseguridad alimentaria	Número de respuestas positivas	
	Hogares con integrantes menores de 18 años	Hogares sin integrantes menores de 18 años
Seguridad alimentaria	0	0
IA leve	1-5	1-3
IA moderada	6-10	4-6
IA severa	11-15	7-8

sociales con algún componente alimentario, así como presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Para observar diferencias entre las categorías de interés se utilizó la prueba de ji cuadrada para análisis descriptivos y la prueba de Wald en los modelos multinomiales. En todos los análisis se emplearon factores de expansión y, por tanto, se realizaron ajustes por diseño de la encuesta usando el comando svy para análisis de muestras complejas del paquete estadístico Stata v. 12.

Resultados

Se incluyó la información de 6 790 adultos de 60 años o más que representan a un total de 10 355 096 individuos en todo el país. El promedio de edad de esta población fue de 69.8 años (IC95% 69.5-70.2) (datos no presentados en cuadros); 53.4% de esta población fueron mujeres, 8.5% hablantes de alguna lengua indígena, 64.0% son jefes de familia y 76.8% viven en localidades urbanas. Un tercio de los hogares con personas adultas mayores fueron clasificados en los estratos más bajos de condiciones de bienestar y cerca de la mitad son beneficiarios directos de algún programa social con componente de ayuda alimentaria (cuadro II).

El cuadro III muestra que a nivel nacional cerca de 41.0% de los HP \geq 60 experimentó IA leve; alrededor de 18.0% experimentó su forma moderada y 10.1% la forma severa. En los HP \geq 60 pertenecientes a áreas urbanas la prevalencia combinada de IA (que suma las prevalencias de IA leve, moderada y severa) es de 64.5%, mientras que en los hogares pertenecientes a áreas rurales es de 82.2%. La prevalencia combinada de IA en HP \geq 60 hablantes de lengua indígena es de 85.9%. Cerca de la mitad de estos hogares se clasificó en las categorías de IA de mayor emergencia: moderada y severa. La prevalencia combinada de IA en HP \geq 60 con miembros menores de 18 años (75.7%) es mayor que en donde no los hay (65.3%).

Al analizar la prevalencia combinada de IA de acuerdo con el quintil de condiciones de bienestar, se observa que ésta es mayor en la medida que las condiciones de bienestar son más desfavorables (Q5=41.3%, Q4=68.4%, Q3=76.8%, Q2=81.8% y Q1=89.1%). Por otro lado, la prevalencia de IA es mayor en la medida que aumenta el número de programas sociales en el hogar con algún componente alimentario. La prevalencia de IA fue cercana a 60.0% en los hogares que no contaban con la cobertura de alguno de estos programas, mientras que en los hogares que sí los reciben la prevalencia fue prácticamente de 80.0% (recibiendo un programa) y 84.0% (recibiendo dos o más programas).

En cuanto a la distribución del estado de nutrición por categoría de SeIA (cuadro IV), destaca que la preva-

Cuadro II
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN
DE 60 AÑOS O MÁS. MÉXICO, ENSANUT 2012

Características	n (miles)	%	IC95%
Sexo			
Masculino	5154.2	46.6	44.8-48.5
Femenino	5895.6	53.4	51.5-55.2
Adulto mayor jefe de familia			
Sí	6629.2	64.0	62.0-66.0
Hablantes de lengua indígena			
Sí	890.8	8.5	7.1-10.1
No	9609.8	91.5	89.9-92.9
Estado de nutrición			
Bajo peso	163.7	1.5	1.1-2.0
Adecuado	3063.1	28.2	26.5-30.0
Sobrepeso	4369.4	40.2	38.4-42.0
Obesidad	3274.8	30.1	28.3-32.0
Tipo de localidad			
Urbana	8489.7	76.8	74.6- 78.9
Rural	2560.0	23.2	21.1- 25.4
Quintil de condiciones de bienestar			
Q1	1872.3	16.9	15.4- 18.6
Q2	1814.4	16.4	15.1-17.8
Q3	2057.2	18.6	17.1-20.2
Q4	2413.4	21.8	20.1-23.7
Q5	2892.5	26.2	23.9-28.6
Beneficiarios de programas sociales con algún componente alimentario			
Sí	4875.4	47.1	44.7-49.5

lencia de bajo peso es más alta en los adultos mayores que pertenecen a hogares con IA severa, en contraste con los que habitan en hogares con IA leve (2.8 y 1.3%, respectivamente). La prevalencia de peso adecuado fue de 28.7% en los adultos mayores de hogares con IA leve, de 30.5% en hogares con IA moderada y de 33.9% en los hogares con IA severa. La prevalencia de sobrepeso es mayor en los hogares con IA leve (38.9%) y moderada (40.6%). En contraste, en los hogares con IA severa fue menor la prevalencia de sobrepeso (32.1%). Cabe mencionar que no hubo diferencias significativas en las prevalencias de obesidad reportadas por categoría de SeIA en los hogares.

Cuadro III
PROPORCIÓN DE HOGARES CON ADULTOS MAYORES EN INSEGURIDAD ALIMENTARIA
DE ACUERDO CON ALGUNAS CARACTERÍSTICAS. MÉXICO, ENSANUT 2012

Características	Seguridad alimentaria			Inseguridad alimentaria								
	n (miles)	%	IC95%	Leve			Moderada			Severa		
				n (miles)	%	IC95%	n (miles)	%	IC95%	n (miles)	%	IC95%
Nacional*	3409.9	31.4	29.3-33.5	4433.9	40.8	38.8-42.8	1927.8	17.7	16.2-19.4	1099.4	10.1	9.1-11.2
Tipo de localidad*												
Urbana	296.2	35.5	32.0-38.1	3343.4	40.1	37.6-42.6	1292.9	15.5	13.7-17.4	748.7	9.0	7.8-10.3
Rural	448.1	17.8	15.7-20.1	1090.5	43.2	40.6-45.9	634.9	25.2	22.7-27.8	350.7	13.9	12.0-16.0
Lengua indígena*												
Sí	123.8	14.1	10.3-19.1	326.8	37.2	33.3-41.3	268.9	30.6	26.2-35.4	158.0	18.0	14.3-22.4
No	3074.2	32.4	30.2-34.8	3923.2	41.4	39.2-43.7	1573.3	16.6	15.0-18.4	906.9	9.6	8.5-10.8
Grupo de edad (años)												
60 a 69	1942.3	32.2	29.5-35.5	2473.1	41.0	38.4-43.7	1004.5	16.7	14.9-18.6	610.3	10.1	8.8-11.6
70 o más	1467.7	30.3	27.5-33.2	1960.9	40.5	37.5-43.5	923.3	19.1	16.8-21.6	489.0	10.1	8.6-11.8
Jefe de familia*												
Sí	2191.7	31.7	29.3-34.1	2768.5	40.0	37.6-42.5	1214.8	17.5	15.6-19.6	747.6	10.8	9.5-12.2
No	1218.3	30.9	27.6-34.3	1665.4	42.2	39.0-45.4	713.1	18.1	15.8-20.6	351.7	8.9	7.5-10.6
Hogares con integrantes menores de 18 años*												
Sí	862.7	24.3	20.9-28.1	1638.9	46.2	42.5-50.0	626.9	17.7	15.1-20.6	418.1	11.8	9.7-14.3
No	2547.2	34.8	32.4-37.3	2795.0	38.2	36.0-40.4	1300.9	17.8	16.0-19.7	681.3	9.3	8.2-10.5
Quintil de condición de bienestar (CB)*												
Q1	200.8	10.9	8.9-13.2	714.0	38.6	35.5-41.9	519.8	28.1	25.3-31.2	413.1	22.4	19.7-25.3
Q2	328.3	18.2	15.2-21.7	732.3	40.6	36.7-44.7	458.1	25.4	21.7-29.5	283.4	15.7	12.7-19.3
Q3	465.8	23.2	19.9-26.7	963.7	47.9	43.8-52.0	377.3	18.8	15.7-22.2	204.7	10.2	8.2-12.6
Q4	746.9	31.6	27.4-36.0	1093.5	46.2	41.8-50.7	367.4	15.5	12.5-19.1	158.7	6.7	4.8-9.3
Q5	1668.2	58.7	53.9-63.3	930.4	32.7	28.4-37.4	205.2	7.2	5.3-9.8	39.5	1.4	0.8-2.3
Beneficiarios de programas sociales con algún componente alimentario*												
Sin programas	2268.0	41.4	38.4-44.4	2046.9	37.4	34.6-40.2	774.1	14.1	12.3-16.2	390.7	7.1	6.1-8.4
Con un programa	658.3	20.6	18.0-23.4	1460.8	45.7	42.6-48.8	649.9	20.3	17.7-23.2	430.6	13.5	11.3-16.0
≥2 programas	271.8	16.2	12.7-20.5	742.3	44.3	39.6-49.1	418.2	25.0	21.3-29.0	243.6	14.5	11.7-18.0

* Diferencias significativas entre categorías (prueba ji cuadrada, $p < 0.05$)

El cuadro V presenta la prevalencia ajustada de pérdida de peso en los tres meses previos a la encuesta, según categoría de SeIA en el hogar. La prevalencia de pérdida de peso por menos de tres kilogramos fue significativamente mayor en residentes en hogares con IA moderada que en quienes

habitaban en hogares en donde se reporta seguridad alimentaria ($p < 0.05$). Pese a que otras diferencias no fueron estadísticamente significativas, es posible observar cierta tendencia que sugiere que la pérdida de peso, en general, es más alta a medida que la IA de los hogares se intensifica.

Cuadro IV

PREVALENCIAS AJUSTADAS* DEL ESTADO DE NUTRICIÓN DE ADULTOS MAYORES DE ACUERDO CON LA CATEGORÍA DE SEGURIDAD O INSEGURIDAD ALIMENTARIA (IA) EN EL HOGAR. MÉXICO, ENSANUT 2012

Categorías de seguridad o inseguridad alimentaria	Bajo peso		Peso adecuado		Sobrepeso		Obesidad	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Seguridad alimentaria	1.0	0.4-2.0	25.2	21.7-28.7	42.6	38.7-46.5	31.1	27.5-34.7
IA leve	1.3 [‡]	0.7-1.8	28.7 [‡]	25.9-31.5	38.9 [‡]	35.9-41.8	31.1	28.2-34.1
IA moderada	2.1	1.0-3.1	30.5 [‡]	26.5-34.6	40.6 [‡]	36.5-44.7	26.8	22.8-30.8
IA severa	2.8	0.7-4.8	33.9	29.5-38.4	32.1	26.8-37.4	31.2	25.8-36.6

* Prevalencias ajustadas por modelos multinomiales incluyendo las variables de sexo, edad, índice de condiciones de bienestar, nivel de escolaridad, hablante de lengua indígena; si ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución, cobertura de servicios de salud y de programas sociales de ayuda alimentaria; padecimiento de enfermedades crónico no transmisibles

[‡] Diferencia significativa con la categoría de inseguridad alimentaria severa (Prueba Wald, $p < 0.05$)

Cuadro V

PREVALENCIAS AJUSTADAS* DE PÉRDIDA DE PESO EN ADULTOS MAYORES, EN LOS TRES MESES PREVIOS A LA ENCUESTA, DE ACUERDO CON LA CATEGORÍA DE SEGURIDAD O INSEGURIDAD ALIMENTARIA (IA) EN EL HOGAR. MÉXICO, ENSANUT 2012

Categorías de seguridad o inseguridad alimentaria	Sin pérdida de peso		Perdió 3 kg o menos		Perdió más de 3 kg	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Seguridad alimentaria	78.0 [‡]	74.4-81.6	14.1 [‡]	11.4-16.9	7.8	4.9-10.6
IA leve	75.7	72.5-78.9	16.9	13.9-19.9	7.4	5.4-9.4
IA moderada	69.3	64.5-74.0	21.9	18.1-25.7	8.8	5.8-11.9
IA severa	69.0	62.9-74.9	31.0	15.7-24.4	11.0	6.0-16.0

* Prevalencias ajustadas por modelos multinomiales incluyendo las variables de edad, índice de condiciones de bienestar; si ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución; nivel de escolaridad, hablante de lengua indígena, cobertura de servicios de salud y padecimiento de enfermedades crónico no transmisibles

[‡] Diferencia significativa con la categoría de Inseguridad alimentaria moderada (Prueba Wald, $p < 0.05$)

Discusión

De acuerdo con la Ensanut 2012, en México la distribución de la IA en la submuestra de HP \geq 60 es muy similar a la que se reportó en el total de hogares estudiados a nivel nacional.^{5,15}

La presencia de IA en hogares con personas adultas mayores ha sido motivo de interés en otros ámbitos. En Estados Unidos se encontró que la IA en hogares con personas adultas mayores (8.1%) fue menor que en el total de hogares a nivel nacional (14.6%). La experiencia de hambre, lo cual sugiere IA severa, fue más baja en hogares exclusivamente habitados por personas adultas mayores en todos los niveles de ingreso, en comparación con hogares multigeneracionales y hogares sin personas mayores. Las prevalencias fueron del orden de 0.7, 0.9 y 1.7%, respectivamente.¹⁶ En el caso de México la IA severa está presente en uno de cada 10 HP \geq 60 al igual que las cifras reportadas en el ámbito nacional.

En la Ciudad de México, a partir de adaptaciones a las propuestas de Olson y col.,¹⁷ Radimer y col.,¹⁸ y Wolfe y col.,¹⁹ se encontraron prevalencias de IA de 58.0% o más en hogares con personas de 70 o más años de edad, en 2003. Los resultados de este estudio muestran que la IA aumenta en la medida en que la pobreza se intensifica.^{2,3} Pese a las diferencias metodológicas parece haber coincidencias entre los resultados de la Ensanut 2012 y los del estudio llevado a cabo en la Ciudad de México, en el sentido de que, a nivel de los hogares, las prevalencias de IA aumentan en la medida en la que los indicadores de bienestar disminuyen.

A partir de los resultados de la Ensanut 2012, se verifica que en los HP \geq 60 donde existe IA severa se registran asimismo las prevalencias más altas de bajo peso. Este hallazgo confirma la correspondencia entre condiciones de vida precarias (expresadas por las dificultades para acceder a los alimentos en estos hogares) e indicadores de un estado de nutrición deficitario. Al mismo tiempo,

proporciona evidencia de que, en la actualidad, la IA y el exceso de peso son parte de la cotidianidad de más de 60.0% de los HP \geq 60 en México.

Los resultados mostrados en este trabajo resaltan que la imposibilidad de satisfacer adecuadamente las necesidades de alimentación y nutrición pueden acelerar los procesos de deterioro a la salud, vulnerando la calidad de vida de las personas mayores.^{2,3} Por ello, es necesario evaluar adecuadamente indicadores del estado nutricional, de la dieta y del acceso a los alimentos en cada una de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

La presencia de sobrepeso u obesidad en adultos mayores en condición de IA es consecuencia de las adaptaciones que realizan las familias para mantener el consumo de energía ante las crisis económicas, pues se recurre a la compra de alimentos más baratos pero con inferior calidad nutricional. De esta manera se asegura –o en ocasiones se excede– el consumo de energía, pero no así el de micronutrientes o fibra.^{20,21}

Una limitación importante de este estudio es el uso de los puntos de corte de IMC y su interpretación tal y como se hace en adultos menores de 60 años, pues estos no toman en cuenta los cambios fisiológicos propios de esta edad como la pérdida de altura y masa muscular además de un aumento en la masa grasa,²² por tanto, se corre el riesgo de sobreestimar la prevalencia de sobrepeso u obesidad en la vejez.²³ Evidencia reciente en Australia sugiere que el sobrepeso durante la vejez no es necesariamente un factor de riesgo para enfermedades y que de hecho puede proteger contra ellas.²⁴

Es importante que estudios futuros utilicen los datos de Ensanut 2012 para tratar de comprender mejor la relación entre distintas categorías de peso, estado de salud e IA en ancianos mexicanos.

Conclusión

Pese a la imposibilidad de analizar datos a nivel individual, este trabajo confirma la importancia de analizar la distribución y los determinantes de la accesibilidad a los alimentos en el hogar, ámbito al cual las personas adultas mayores le tienen apego y en el que transcurre gran parte de su vida. Asimismo, se aporta evidencia que sugiere que las relaciones entre IA y estado nutricional de las personas de 60 o más años son complejas. Convendría, entonces, explorar la posibilidad, para futuras encuestas, de medir el problema a nivel individual con la finalidad de complementar el análisis y fortalecer la toma de decisiones en materia de políticas públicas dirigidas a las poblaciones en etapas avanzadas del ciclo de vida.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Barrientos A. Old age, poverty and social investment. *J Int Dev* 2002;14:1133-1141.
2. Rivera-Márquez JA. Malnutrition, food insecurity and poverty in older persons from Mexico City (tesis). London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2005.
3. Rivera-Márquez JA, Díaz de León-Vázquez C. Inseguridad alimentaria en los adultos mayores. En: Gutiérrez-Robledo LM, et al. (eds). Gerontología y nutrición del adulto mayor. México: McGraw-Hill Educación, 2010:46-54.
4. Ortiz-Hernández L, Rivera-Márquez JA. Inseguridad alimentaria y riesgo de obesidad. En: García-García E, et al. (eds). La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento. México: Funsalud-Fondo Nestlé para la Nutrición; Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"; Médica Panamericana, 2010:35-42.
5. Schlüssel MM, Silva AA, Pérez-Escamilla R, Kac G. Household food insecurity and excess weight/obesity among Brazilian women and children: a life-course approach. *Cad Saude Publica* 2013;29(2):219-226.
6. Romero M, Shamah T, Franco A, Villalpando S, Cuevas L, Gutiérrez JP, et al. Metodología. En: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
7. Melgar H, Álvarez MC, Amoroso L, Ballard T, Ortega J, Pérez-Escamilla, et al. Informe sobre taller regional: Armonización de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria – ELCSA. Cuernavaca, Morelos, septiembre 2010 [consultado el 20 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.insp.mx/informe-taller-elcsa.htm>
8. Pérez-Escamilla R, Melgar-Quinonez H, Nord M, Álvarez MC, Segall-Correa AM. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Memorias de la 1ª Conferencia en América Latina y el Caribe sobre la medición de la seguridad alimentaria en el hogar. *Nutrición Humana* 2007;(s):117-134.
9. Melgar-Quinonez H, Zubieta AC, Valdez E, Whitelaw B, Kaiser L. Validación de un instrumento para vigilar la inseguridad alimentaria en la Sierra de Manantlán, Jalisco. *Salud Publica Mex* 2005;47(6):413-422.
10. Pérez-Escamilla R, Segall-Correa AM, Kurdian-Maranhã L, Sampaio M de F A, Marín-León L, Panigassi G. An adapted version of the US Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. *J Nutr* 2004;134(8):1923-1928.
11. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic, Report of a WHO consultation on obesity, 2000. Geneva: OMS, 2000.
12. The mini nutritional assessment (MNA) review of the literature. What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006;10(6):466-487.
13. Resano-Pérez E, Méndez-Ramírez I, Shamah-Levy T, Rivera JA, Sepúlveda-Amor J. Methods of the National Nutrition Survey 1999. *Salud Publica Mex* 2003;45(supl 4):s558-s564.
14. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, et al. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Cuernavaca, México: INSP, 2006.
15. Mundo-Rosas V, Shamah T, Rivera-Dommarco JA, Grupo de Seguridad Alimentaria en México. Epidemiología de la inseguridad alimentaria en México. *Salud Publica Mex* 2013;55(supl 2):s206-s213.
16. Nord M. Food security are high for elderly households. Food Review, Summer-Fall 2002. [Consultado el 22 de marzo de 2013] Disponible en: http://webarchives.cdlib.org/wayback/public/UERS_ag_1/20110903130128/http://ers.usda.gov/publications/FoodReview/Sep2002/frvol25i2d.pdf.
17. Olson CM, Kendall A, Wolfe WS, Frongillo EA. Understanding the measurement of hunger and food security in the elderly. Madison: University of Wisconsin-Madison, 1996.

18. Radimer KL, Olson CM, Campbell CC. Development of indicators to assess hunger. *J Nutr* 1990;120:1544-1548.
19. Wolfe WS, Frongillo EA, Valois P. Understanding the experience of food insecurity by elders suggests ways to improve its measurement. *J Nutr* 2003;133:2762-2769.
20. Rose D. Economic determinants and dietary consequences of food insecurity in the United States. *J Nutr* 1999;129:517S-520S.
21. Dietz WH. Does hunger cause obesity? *Pediatrics* 1995;95:766-767.
22. Forster S, Gariballa S. Age as a determinant of nutritional status: a cross sectional study. *Nutr J* 2005;4:28.
23. Sánchez-García S, García-Peña C, Duque-López MX, Juárez-Cedillo T, Cortés-Núñez AR, Reyes-Beaman S. Anthropometric measures and nutritional status in a healthy elderly population. *BMC Public Health* 2007;7:2. doi:10.1186/1471-2458-7-2
24. Flicker L, McCaul KA, Hankey GJ, Jamrozik K, Brown WJ, Byles JE, et al. Body mass index and survival in men and women aged 70 to 75. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(2):234-241.