

Dirección Municipal de Salud Pública. Santiago de Cuba. Santiago

SOBRE LA OMISIÓN DEL DESAYUNO EN PERSONAS QUE VIVEN SIN RESTRICCIONES EN EL MUNICIPIO CABECERA DE LA CIUDAD DE SANTIAGO

Juan Castellanos Caballero¹, María Vizcay Duany², Laisol Fong Veranes³.

INTRODUCCIÓN

La omisión del desayuno es una práctica alimentaria que se ha identificada repetidamente en la población cubana, y se ha relacionado con un insuficiente rendimiento físico e intelectual, así como con el riesgo de desarrollo de alguna(s) de las manifestaciones de las ECNT.¹⁻² Las “Guías alimentarias para la población cubana mayor de 2 años de edad” refiere la necesidad del desayuno diario para satisfacer los requerimientos nutricionales del sujeto en cualquier etapa de vida, mantener un estado de salud a largo plazo, y disminuir la incidencia de las ECNT.³

La actividad de la consejería nutricional podría ayudar a mejorar la adherencia de la población al desayuno diario mediante la identificación y corrección de obstáculos y barreras existentes actualmente.⁴⁻⁵ Con tal objetivo, se completó un estudio prospectivo, longitudinal, con dos cortes transversales, con 103 sujetos (*Hombres*: 29.1%; *Edades* ≥ 60 años: 15.5%) que vivían sin restricciones en el municipio cabecera de Santiago de Cuba (Santiago, Cuba), entre el Primero de

Junio del 2017 y el 30 de Junio del 2017 (ambos inclusive). Los sujetos fueron atendidos indistintamente en el “Centro de Bienestar y Calidad de Vida” y el Servicio de Consejería Nutricional del Policlínico “Dr. Carlos Juan Finlay”, ambas instituciones de salud sitas en la ciudad de Santiago de Cuba (Cuba); a los fines de la reducción voluntaria del peso corporal. Los sujetos atendidos en estas instituciones difirieron entre sí respecto de las características demográficas, la situación socioeconómica y el acceso a los alimentos, por un lado; y el cuadro individual de salud, por el otro. Estas diferencias no fueron corregidas en la interpretación de los resultados. La frecuencia del exceso de peso ($IMC \geq 30.0 \text{ Kg.m}^{-2}$: Sobrepeso + Obesidad) en los sujetos que fueron intervenidos para la reducción de la obesidad fue del 74.7%. La obesidad ($IMC \geq 30.0 \text{ Kg.m}^{-2}$) estaba presente en el 29.1%.

¹ Ingeniero en Ciencias de los Alimentos. Centro de Bienestar y Calidad de Vida. ² Licenciada en Nutrición. Policlínico Docente Comunitario “Carlos Juan Finlay”. ³ Licenciada en Nutrición. Dirección Municipal de Salud Pública

Recibido: 4 de Febrero del 2019. Aceptado: 5 de Marzo del 2019.

Juan Castellanos Caballero. Centro de Bienestar y Calidad de Vida. Santiago de Cuba. Santiago, Cuba.

Correo electrónico: cm8laz@frcuba.co.cu.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y nutricionales de los sujetos intervenidos para la reducción del peso corporal. Se muestran el número y [entre corchetes] el número de sujetos incluidos en cada estrato de la correspondiente categoría. No fue el objetivo de esta investigación corregir el efecto de la institución de salud sobre el comportamiento de la característica. Para más detalles: Consulte el texto del presente artículo.

Característica	Institución de salud		Todos
	Centro de Bienestar y Calidad de Vida	Policlínico "Dr. Carlos Juan Finlay"	
Número de casos	51 [49.5]	52 [50.5]	103 [100.0]
Sexo			
• Masculino	7 [23.3]	23 [76.7]	30 [29.1]
• Femenino	44 [60.3]	29 [39.7]	73 [70.9]
Edad, años			
• < 60 años	51 [58.6]	36 [41.4]	87 [84.5]
• ≥ 60 años	0 [0.0]	16 [100.0]	16 [15.5]
Antecedentes de salud			
• DM	0 [0.0]	15 [100.0]	15 [14.5]
• HTA	0 [0.0]	8 [100.0]	8 [7.8]
• Afecciones osteomioarticulares	0 [0.0]	6 [100.0]	6 [5.8]
• Gastritis crónica y úlcera gástrica	0 [0.0]	6 [100.0]	6 [5.8]
• Infección por VIH/sida	0 [0.0]	4 [100.0]	4 [3.9]
• Asma bronquial	0 [0.0]	2 [100.0]	2 [1.9]
• Afecciones neurológicas	0 [0.0]	3 [100.0]	3 [2.9]
Exceso de peso: IMC ≥ 25.0 Kg.m ⁻²	41 [53.2]	36 [46.8]	77 [74.7]
Obesidad: IMC ≥ 30.0 Kg.m ⁻²	19 [63.3]	11 [36.7]	30 [29.1]

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie de estudio: 103.

Los sujetos fueron interrogados sobre la práctica corriente del desayuno, a saber: la frecuencia de desayuno y los motivos para la dejación del desayuno; según una encuesta construida *ad hoc* para este estudio. El sujeto también fue interrogado sobre si recibía la consejería nutricional correspondiente para la reintroducción del desayuno en los hábitos de alimentación en la institución de salud donde era atendido.

Una vez completada la inclusión del sujeto en el programa para la reducción voluntaria del peso corporal, éste fue expuesto a diversas formas educativas en los

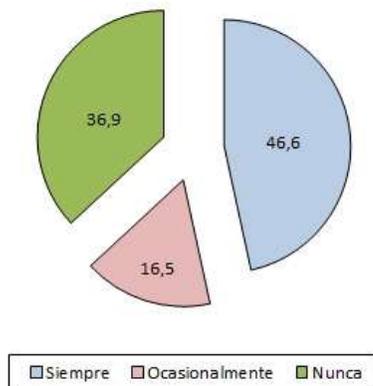
centros participantes sobre temas selectos de Alimentación y Nutrición, las propiedades nutrimentales de los alimentos, y la característica de una dieta saludable. Los sujetos beneficiarios del programa también fueron educados en cómo implementar dentro de sus estilos de vida y alimentación las recomendaciones contenidas en las "Guías alimentarias para la población cubana mayor de 2 años de edad". Las acciones educativas conducidas en los sujetos están comprendidas dentro de la consejería nutricional que forma parte de las

acciones preventivas dentro de la atención primaria de salud.⁶⁻⁷

El programa de reeducación y consejería nutricional se extendió por 30 días laborales. El sujeto fue reexaminado una vez concluidas las actividades educativas para evaluar la adherencia a la práctica del desayuno, entre las otras recomendaciones hechas durante la consejería nutricional recibida.

La Figura 1 muestra la adherencia al desayuno encontrada en la serie de estudio. La adherencia al desayuno se comportó como sigue: *Desayuna siempre*: 46.6%; *Desayuna ocasionalmente*: 16.5%; y *Nunca desayuna*: 36.9%; respectivamente.

Figura 1. Distribución de la adherencia al desayuno en la serie presente de estudio. Para más detalles: Consulte el texto del ensayo.



Fuente: Registros del estudio.
Tamaño de la serie de estudio: 103.

La Tabla 2 muestra las causas para la omisión del desayuno. La costumbre incorporada de no desayunar fue la citada con más frecuencia. Solo 2 de los sujetos intervenidos mencionaron el acceso a los alimentos como la causa de la omisión del desayuno.

La Tabla 3 muestra las asociaciones entre la práctica corriente del desayuno y las características sociodemográficas del sujeto encuestado. De todas las características estudiadas, solo la edad se asoció con la omisión del desayuno: *Edades < 60 años*: 66.7% vs. *Edades ≥ 60 años*: 12.0% ($\Delta = 54.7\%$; $\chi^2 = 9.14$; $p < 0.05$; test de independencia basado en la distribución ji-cuadrado). Más de la mitad de los sujetos con exceso de peso había omitido el desayuno. De forma interesante, el antecedente de salud referido por el sujeto no se asoció con una mayor adherencia a la práctica del desayuno.

La Tabla 4 muestra el cambio observado en la adherencia del sujeto a la práctica del desayuno transcurridos 30 días después de la consejería nutricional brindada. Se logró que 31 pacientes incorporaran la práctica del desayuno al final de la consejería nutricional (*Cambio observado*: 31 pacientes; $\chi^2 = 9.23$; test de McNemar para comparaciones apareadas).

Concluyendo, la consejería nutricional pudiera ser efectiva en lograr que los sujetos que viven sin restricciones en la comunidad, y en los que concurren varias enfermedades crónicas no transmisibles junto con el exceso de peso, reincorporen el desayuno dentro de los estilos que les son propio de vida y alimentación. Sin embargo, una proporción importante de los sujetos expuestos a la consejería nutricional no reincorporaron el desayuno. No fue el objetivo de este estudio extenderse en las causas para la pervivencia de la omisión del desayuno a la conclusión de las actividades de consejería nutricional. El estudio contempló 2 subpoblaciones de sujetos intervenidos en diferentes áreas de salud de la ciudad de Santiago.

Tabla 2. Causas para la omisión del desayuno en sujetos intervenidos para la reducción voluntaria del peso corporal. No fue el objetivo de esta investigación corregir el efecto de la institución de salud sobre la causa para la omisión del desayuno. Para más detalles: Consulte el texto del presente artículo.

Causas para la omisión	Institución de salud		Todos
	Centro de Bienestar y Calidad de Vida	Policlínico "Dr. Carlos Juan Finlay"	
Número de casos	51 [49.5]	52 [50.5]	103 [100.0]
<i>Omiten el desayuno</i> [¶]	32 [58.2]	23 [46.8]	55 [54.9]
• Falta de tiempo	1 [10.0]	9 [90.0]	10 [9.7]
• Falta de apetito	0 [0.0]	2 [100.0]	2 [1.9]
• Costumbre	29 [80.1]	7 [19.9]	36 [34.9]
• Depresión	0 [0.0]	1 [100.0]	1 [1.0]
• Distrés	0 [0.0]	1 [100.0]	1 [1.0]
• Náuseas y saciedad prolongada	1 [100.0]	0 [0.0]	1 [1.0]
• Miedo al aumento no deseado de peso	1 [100.0]	0 [0.0]	1 [1.0]
• Duerme toda la mañana	0 [0.0]	1 [100.0]	1 [1.0]
• Acceso a los alimentos	0 [0.0]	2 [100.0]	2 [1.9]

[¶] Siempre + Ocasionalmente.

Fuente: Registros del estudio.
Tamaño de la serie de estudio: 103.

El área de salud donde vive y se desenvuelve el sujeto podría destacarse por las características socioeconómicas, y la composición demográfica. Sujetos con ingresos económicos superiores y una mejor formación educativa y técnico-profesional podrían ser más permeables a las acciones educativas de consejería nutricional.⁸⁻⁹ Las dinámicas familiares y los roles de género en cuanto a la preparación y servido de las comidas al interior del hogar podrían también determinar las conductas alimentarias de los sujetos que viven sin restricciones en las distintas áreas de salud de la ciudad de Santiago de Cuba.¹⁰⁻¹¹ Tampoco deben olvidarse que los cambios en las percepciones del sujeto sobre cómo construir su estilo de vida (y el estilo de alimentación como parte del mismo) pudieran tomar más tiempo del que está previsto para un programa de consejería

nutricional.¹² Todas estas circunstancias pudieran evolucionar hasta convertirse hipótesis de trabajos ulteriores de investigación. No obstante lo dicho, la modificación de los hábitos alimentarios que no sea compatibles con la recomendaciones hechas como parte de una dieta saludable mediante la educación nutricional se vuelve una necesidad impostergable ante la elevada prevalencia de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles (todas ellas relacionadas con los estilos de alimentación) en las poblaciones humanas en todas partes del mundo contemporáneo.

Tabla 3. Asociaciones entre las causas para la omisión del desayuno y las características demográficas, clínicas y nutricionales de los sujetos intervenidos para la reducción voluntaria del peso corporal. Se muestran el número y [entre corchetes] el porcentaje de sujetos en cada estrato de la característica ajustados según la institución de pertenencia. No fue el objetivo de esta investigación corregir el efecto de la institución de salud sobre el comportamiento de la característica. Para más detalles: Consulte el texto del presente artículo.

Causas para la omisión	Institución de salud		Todos
	Centro de Bienestar y Calidad de Vida	Policlínico "Dr. Carlos Juan Finlay"	
Número de casos	51 [49.5]	52 [50.5]	103 [100.0]
Omiten el desayuno [¶]	32 [58.2]	23 [41.8]	55 [53.4]
Sexo			
• Masculino	5 [71.4]	10 [43.5]	15 [50.0]
• Femenino	27 [61.4]	13 [44.8]	40 [54.8]
Edad, años			
• < 60 años	29 [69.0]	23 [63.9]	52 [66.7]
• ≥ 60 años	3 [33.3]	0 [100.0]	3 [12.0]
Antecedentes de salud			
• Ninguno	32 [62.7]	0 [100.0]	32 [54.2]
• DM	0 [100.0]	4 [26.7]	4 [26.7]
• HTA	0 [100.0]	5 [62.5]	5 [62.5]
• Afecciones osteomioarticulares	0 [100.0]	5 [83.3]	5 [83.3]
• Gastritis crónica y úlcera gástrica	0 [100.0]	4 [66.7]	4 [66.7]
• Infección por VIH/sida	0 [100.0]	4 [100.0]	4 [100.0]
• Asma bronquial	0 [100.0]	1 [50.0]	1 [50.0]
• Afecciones neurológicas	0 [100.0]	0 [100.0]	0 [100.0]
Exceso de peso:	27 [65.9]	18 [50.0]	45 [58.4]
IMC ≥ 25.0 Kg.m ⁻²			
Obesidad:	12 [63.1]	6 [54.5]	18 [60.0]
IMC ≥ 30.0 Kg.m ⁻²			

[¶] Siempre + Ocasionalmente.

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie de estudio: 103.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porrata-Maury C, para el Grupo Cubano de Estudio de los Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Consumo y preferencias alimentarias de la población cubana con 15 y más años de edad. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2009;19:87-105.
2. Palomino ML, Ambrós ZA, Amable OG, Fuentes AJM. Estado de los conocimientos y comportamientos sobre alimentación de las personas atendidas en un consultorio del Programa del Médico de Familia. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2018;28:463-71.

Tabla 4. Cambio observado en la omisión del desayuno tras la conclusión de la consejería nutricional. Se muestra el número de sujetos que dejó de omitir el desayuno según la institución de salud de pertenencia. No fue el objetivo de esta investigación corregir el efecto de la institución de salud sobre el comportamiento de la característica. Para más detalles: Consulte el texto del presente artículo.

Causas para la omisión	Institución de salud		Todos
	Centro de Bienestar y Calidad de Vida	Policlínico "Dr. Carlos Juan Finlay"	
Número de casos	51 [49.5]	52 [50.5]	103 [100.0]
<i>Desayunan ocasionalmente</i>			
• Antes de la intervención	4	13	17
• Después de la intervención	2	12	14
Cambio observado	-2	-1	-3
<i>Nunca desayunan</i>			
• Antes de la intervención	28	10	38
• Después de la intervención	0	10	10
Cambio observado	-28	0	-28
<i>Cambio acumulado</i>	-30	-1	-31 [¶]

[¶] p < 0.05. Cambio observado para toda la serie de estudio.

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie de estudio: 103.

- Porrata C, Castro D, Rodríguez L, Martín I, Sánchez R, Gámez AI; *et al.* Guías alimentarias para la población cubana mayor de dos años de edad. INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana: 2009.
- Pizarro T. Intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Chil Pediatr* 2007;78:76-83.
- Aceves CCH, Muñoz JLC, Pivaral CC, Santacruz CG. Efectos de la consejería nutricional en la reducción de obesidad en personal de salud. *Rev Méd Inst Mex Seg Soc* 2003;41:429-36.
- Jiménez S, Rodríguez A, Pita G, Zayas G, Díaz ME, Castanedo R, Rodríguez-Ojea A, Morejón P, Cardona M. Consejería en alimentación y nutrición. Manual de Apoyo. INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana: 2011.
- Sánchez R, Jiménez S, Caballero A, Porrata C, Selva L, Pineda S, Bermúdez M. Educación alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos. Manual de capacitación. INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana: 2004.
- Cerezo de Ríos S, Ríos-Castillo I, Brito A, López de Romaña D, Olivares M, Pizarro F. Consejería nutricional incrementa el consumo de alimentos ricos en calcio, pero la ingesta se mantiene por debajo del requerimiento diario. *Rev Chil Nutr* 2014;41:131-8.
- Castillo Á, Smith C, Hirsch S, Brito A. ¿Es efectiva la consejería para aumentar el consumo de frutas y verduras y disminuir el riesgo cardiovascular en prevención secundaria?: Una revisión. *Rev Chil Nutr* 2008;35:123-9.

11. Ríos N, Samudio M, Paredes F, Vio F. Efecto de una intervención educativa nutricional en un entorno laboral. *ALAN Arch Latinoamer Nutr* 2017;67:138-45.
12. Molina C, Cifuentes G, Martínez C, Mancilla R, Díaz E. Disminución de la grasa corporal mediante ejercicio físico intermitente de alta intensidad y consejería nutricional en sujetos con sobrepeso u obesidad. *Rev Méd Chile* 2016;144:1254-9.
13. Cid P, Merino JM, Stiepovich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev Méd Chile* 2006;134:1491-9.