

## ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS ACERCA DEL CONSUMO DE SODIO Y GRASAS TRANS EN ARGENTINA

### Attitudes and Behaviors about Sodium and Trans Fat Consumption in Argentina

Lorena Peña,<sup>1</sup> Liliana Bergesio,<sup>2</sup> Vilda Discacciati,<sup>3</sup> María Pía Majdalani,<sup>4</sup> Natalia Elorriaga,<sup>5</sup> Raúl Mejía<sup>1</sup>

**RESUMEN.** INTRODUCCIÓN: La ingesta de altos niveles de sal y grasas trans está fuertemente relacionada con la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares. OBJETIVOS: Describir los conocimientos, comportamientos y prácticas socioculturales de diferentes grupos de población, con relación al consumo de sal y grasas trans en Argentina. MÉTODOS: Se efectuó un estudio cualitativo con diseño exploratorio-descriptivo. Participaron varones y mujeres mayores de 18 años. Se realizaron entrevistas en profundidad y grupos focales en tres zonas geográficas diferentes del país. RESULTADOS: Los participantes desconocen que el sodio es un componente de la sal. Se observó una tendencia a considerar que el consumo en exceso de sal es perjudicial para la salud principalmente en adultos mayores, mujeres embarazadas y en personas con enfermedades cardiovasculares. A su vez, se evidenció un total desconocimiento acerca de las grasas trans, en qué alimentos se encuentran y su impacto sobre la salud. CONCLUSIONES: Las percepciones acerca del consumo personal de sal hacen referencia a un consumo moderado. La reducción del consumo de sal ocurre predominantemente ante eventos de salud de familiares, no como conducta preventiva personal. Existe un escaso conocimiento acerca de las grasas trans.

**ABSTRACT.** INTRODUCTION: The consumption of high levels of salt and trans fats is strongly associated with cardiovascular diseases. OBJECTIVES: To describe knowledge, behaviors and socio-cultural practices of different population groups in relation to consumption of salt and trans fats in Argentina. METHODS: A qualitative study was conducted, with an exploratory-descriptive design and the participation of men and women older than 18. In-depth interviews and focus groups were carried out in three different regions of the country. RESULTS: Participants do not know that sodium is a component of salt. There was a tendency to consider that the consumption of too much salt is unhealthy mainly in older adults, pregnant women and people with cardiovascular diseases. There was also complete ignorance regarding trans fats, their impact on health and which foods are rich in them. CONCLUSIONS: Participants consider that they have a moderate consumption of salt. The reduction of salt intake mainly occurs after family health events, not as personal preventive behavior. There is very little knowledge about trans fats.

**PALABRAS CLAVE:** Sodio - Grasas trans - Salud

**KEY WORDS:** Sodium - Trans fats - Health

<sup>1</sup> Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

<sup>2</sup> Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Jujuy.

<sup>3</sup> Hospital Italiano de Buenos Aires.

<sup>4</sup> Programa de Medicina Interna General, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires.

<sup>5</sup> Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.

**FUENTE DE FINANCIAMIENTO:** International Development Research Center (IDRC), Canadá.

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 23 de febrero de 2015

**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 1 de diciembre de 2015

**CORRESPONDENCIA A:** Lorena Peña  
Correo electrónico: lo@ipaddress.com.ar

ReNIS N°: IS000671

### INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que durante 2008 fallecieron por esta razón 17,3 millones de personas, lo que representa un 30% de los decesos registrados.<sup>1</sup> Más del 80% de las muertes por ECV se producen en países de ingresos bajos y medios,<sup>1</sup> y en Argentina se registraron 89916 muertes por enfermedades del sistema circulatorio en 2009.<sup>2</sup>

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importantes para las principales ECV. Se estima que, a nivel mundial, aproximadamente 9,5 millones (16,5%) de las muertes anuales son atribuibles a la hipertensión.<sup>3</sup> Se ha demostrado una relación directa entre el consumo de sal y la presión arterial, y existe evidencia acerca de que la sal agregada en los alimentos contribuye significativamente al desarrollo de hipertensión: el consumo excesivo de sal es responsable así de hasta el 30% de los casos de hipertensión.<sup>4-7</sup>

Argentina ha establecido acuerdos voluntarios a partir del Plan Argentina Saludable del Ministerio de Salud de la Nación y de Menos Sal Más Vida, desde 2011, para reducir el uso de sal en la industria alimenticia y en las panaderías artesanales. Luego se promulgó la Ley 26.905 de Regulación del Consumo de Sodio en noviembre de 2013. Esta ley plantea la reducción progresiva del contenido de sal en los alimentos procesados hasta alcanzar los valores máximos establecidos por el Ministerio para cada grupo alimentario. Además, regula la inclusión de advertencias en los envases sobre los riesgos del consumo excesivo de sal, promueve la eliminación de los saleros en las mesas de los locales gastronómicos, establece que el contenido de sal de cada sobre individual no debe exceder los 500 miligramos e implementa sanciones a los infractores de esta normativa.

La ingesta de diferentes tipos de grasas, como grasas trans, también está fuertemente relacionada con la ocurrencia de eventos cardiovasculares.<sup>2</sup>

Las grasas trans se encuentran de forma natural en pequeñas cantidades en lácteos y carnes, pero se generan principalmente a partir de procesos industriales, que combinan aceites vegetales en presencia de hidrógeno y níquel a altas temperaturas, obteniendo como resultado grasas semisólidas, más conocidas como aceites vegetales parcialmente hidrogenados.<sup>8</sup> Este producto ha sido utilizado comúnmente en las margarinas, en la cocción comercial y en los procesos de manufactura. El consumo de grasas trans está asociado a un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles, como las ECV. Entre sus efectos adversos más documentados se encuentran: aumento del nivel de colesterol LDL, disminución del nivel de colesterol HDL, aumento de la razón colesterol total/colesterol HDL, aumento de los indicadores de inflamación y disfunción endotelial.<sup>8-10</sup>

En el marco de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró un plan de trabajo denominado *Las Américas Libres de Grasas Trans* (Declaración de Río de Janeiro; OPS/OMS, 2008), con el fin de eliminar las grasas trans de los alimentos procesados destinados al consumo diario. En 2010 el Ministerio de Salud de la Nación implementó la campaña Argentina 2014 libre de grasas trans, con modificaciones en el Código Alimentario Argentino (Ley Nº 18.284, Capítulo III, artículo 155 tris.; Código Alimentario Argentino) que incluían la limitación al 2% del total de grasas trans en aceites vegetales y margarinas destinadas al consumo directo y al 5% del total de grasas trans en el resto de los alimentos. La fecha límite para el cumplimiento de la restricción de aceites y margarinas fue en 2012, y en diciembre de 2014 alcanzó a los demás alimentos.<sup>8</sup>

La presente investigación se realizó con el propósito de recabar información para apoyar las campañas implementadas por el Ministerio de Salud de la Nación según las leyes antes mencionadas. Su objetivo consistió en describir los conocimientos, comportamientos y prácticas socioculturales de diferentes grupos de población respecto al consumo de sal y grasas trans en tres regiones de Argentina.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo con un diseño exploratorio-descriptivo. Esta metodología permitió explorar y comprender las estructuras de significados del contexto sociocultural de los sujetos y analizar los discursos que circulan en ese espacio.

La población de estudio estuvo constituida por varones y mujeres, de 18 años de edad o más, de cuatro provincias argentinas. Se excluyó a profesionales de la salud y/o aquellas personas que tuvieran prescripta una dieta baja en sodio durante el período de trabajo de campo. Se utilizó un muestreo por conveniencia y se recurrió al método bola de nieve para conformar la muestra; además, se aplicó el criterio de saturación o muestreo teórico para definir el marco muestral, dentro de la teoría fundamentada.<sup>11</sup> En este caso, el criterio que determina el total de la muestra es la saturación teórica de cierta categoría, es decir que nuevos entrevistados no aportan información adicional para ampliar esa categoría.<sup>11</sup>

Para recoger la información, se utilizaron dos técnicas cualitativas: entrevista en profundidad y grupo focal. La articulación de ambas técnicas ha sido útil para acceder a los significados compartidos de ciertos grupos poblacionales y también para captar diferencias y desacuerdos. En las entrevistas en profundidad se exploraron los siguientes ejes temáticos: conocimientos sobre el consumo de sal/sodio y grasas trans, comportamientos en el consumo de sal/sodio y grasas trans, prácticas socioculturales en el consumo de sal/sodio y grasas trans, relación con la salud, etiquetado nutricional de los alimentos y dieta sana/saludable. En los grupos focales se abordaron las siguientes dimensiones: conocimientos, comportamientos y prácticas socioculturales en el consumo de sal/sodio y grasas trans.

La guía para la entrevista en profundidad y el grupo focal se elaboró sobre la base de un estudio financiado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS),<sup>12</sup> y además se incluyeron dimensiones sobre grasas trans. En primer lugar se confeccionó una versión con la cual se realizó un estudio piloto; luego de un proceso iterativo entre los investigadores, se concluyó en una versión final. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 40 minutos, y los grupos focales se extendieron por 90 minutos aproximadamente. Cada localidad contó con un referente del estudio, que estuvo a cargo del reclutamiento de participantes. La invitación se efectuó por teléfono y correo electrónico. A todos los participantes contactados se les pidió autorización para grabar sus discursos, y se garantizó la confidencialidad de sus opiniones.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre agosto de 2012 y febrero de 2013 en tres regiones geográficas con diversidad poblacional. Para obtener una mayor heterogeneidad se seleccionaron localidades con distinto nivel de urbanización, que incluyeron ciudades capitales y otras con menor densidad de población. Para la región Noroeste se seleccionó la provincia de Jujuy y, dentro de ella, las subregiones Valles, Quebrada y Ramal, por su diversidad étnica;<sup>13</sup> la región central del país estuvo representada por

la provincia de La Pampa con su ciudad capital Santa Rosa y la localidad de Alpachiri, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el conurbano bonaerense (partidos de La Matanza, San Martín y Lomas de Zamora); por último, la región Patagónica incluyó a la provincia de Río Negro con la ciudad de San Carlos de Bariloche y su área circundante, denominada Alto de Bariloche.

El protocolo de investigación contó con la aprobación del comité de ética del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC). El estudio contempló la aplicación de un consentimiento informado individual. Al finalizar el estudio, como compensación por el tiempo invertido, los participantes recibieron órdenes de compra en supermercados por un valor simbólico; en los lugares donde esas órdenes no estaban disponibles, se les concedieron presentes por un valor similar. Una vez terminadas las actividades, se les entregó material con información acerca del consumo de sal y grasas trans.

Para el análisis de los datos, se realizó la transcripción de todas las entrevistas y grupos focales. El proceso se desarrolló en dos etapas: en primer lugar, se obtuvo una lectura general; luego se codificaron las entrevistas individuales y grupales de manera axial y abierta. El árbol de códigos se organizó según dimensiones acordadas por el equipo de investigación. Para facilitar la organización de datos, se utilizaron diagramas a modo de mapas conceptuales, que permitieron esquematizar la información recogida y codificada. Para la codificación se elaboró una planilla en Excel, con la cual se conformó la matriz de datos. La codificación y los mapas conceptuales fueron triangulados entre los investigadores del equipo. Finalmente, siguiendo el análisis iterativo, se fueron recuperando las dimensiones que emergían como relevantes en el proceso de lectura y relectura de las transcripciones y, a partir de ello, se elaboraron los resultados.

## RESULTADOS

La muestra total del estudio quedó conformada por 118 varones y mujeres, entre entrevistas y grupos focales. Las características demográficas están descritas en la Tabla 1. Se realizaron 58 entrevistas en profundidad a 34 mujeres y 24 varones. El rango de edad de los participantes estuvo entre los 18 y 72 años, con un promedio de 42,4; la mayoría había completado los estudios secundarios.

Además, se realizaron dos grupos focales por provincia (uno por localidad). En ellos participaron 60 personas (46 mujeres y 14 varones), con una edad promedio de 39,5 años y un rango de 20 a 67 años (ver Tabla 2).

- Consumo de sal/sodio

### Conocimientos

Se observó que existe un escaso conocimiento acerca del tema. Los participantes se refirieron a la sal como a un componente para los alimentos; se la identificó como un "resaltador de sabores". En las áreas menos urbanizadas, también se la reconoció como un conservante de alimentos. En el Noroeste argentino fue habitual la confusión con el yodo o iodo.

**TABLA 1.** Características sociodemográficas de participantes, entrevistas por región.

Variable	Buenos Aires Jujuy La Pampa Río Negro				Total
	Aires				
Sexo	Frecuencia				
Mujer	15	8	4	10	34
Varón	11	8	4	1	24
Edad (años)					
18-35	10	4	6	7	25
36-60	14	7	2	4	26
61 o más	2	5	0	0	7
Nivel educativo					
Hasta primario completo	6	2	0	2	10
Secundario incompleto	2	4	3	1	10
Secundario completo	7	8	2	6	23
Terciario completo	3	2	1	2	8
Universitario completo	6	0	1	0	7
Total					58

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 2.** Características sociodemográficas de participantes, grupos focales por región.

Variable	Buenos Aires Jujuy La Pampa Río Negro				Total
	Aires				
Sexo	Frecuencia				
Mujer	11	12	10	13	46
Varón	2	6	3	3	14
Edad (años)					
18-35	6	10	7	6	29
36-60	7	7	4	7	25
61 o más	0	1	2	3	6
Nivel educativo					
Hasta primario completo	6	1	1	5	13
Secundario incompleto	0	2	7	1	10
Secundario completo	6	3	3	5	17
Terciario completo	1	5	1	2	9
Universitario completo	0	7	1	3	11
Total					60

Fuente: Elaboración propia

Los entrevistados expresaron cierta confusión y desconocimiento con el término sodio. Al definirlo, pusieron el acento en un elemento químico, sin asociación alguna con la sal. No obstante, se registraron algunas menciones que describían al sodio como un componente de la sal de mesa.

Varones y mujeres manifestaron que el consumo de sal era dañino para la salud, aunque con reflexiones imprecisas al respecto y con desconocimiento acerca del consumo recomendado. Se hizo referencia a una "justa medida", con lo que el problema se ubicó en el exceso.

*Supongo que todas las comidas... la sal, el azúcar, las grasas, todo en alguna medida debe ser bueno. O sea, todo en exceso es malo también.* (Mujer, CABA)

A pesar de reconocerse a la sal como dañina en general, las percepciones de mayor riesgo estuvieron relacionadas con grupos específicos: mujeres embarazadas, bebés, niños y adultos mayores de edad.

*Voy a comer sin sal; cuando llegue a vieja, ya me van a prohibir la sal. ¿Viste que es la frase típica? Entonces ahí me voy a cuidar.* (Mujer, Alpachiri)

Los problemas asociados al consumo de sal estuvieron vinculados a ECV, como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular (ACV), enfermedad renal, retención de líquidos e hipertensión arterial.

*A mí me habían dicho también que por ahí te agarra, verdad o mentira [...] que te quedes parapléjico, ¿viste?, y es un tema eso de la sal con que quedes parapléjico, yo creo que si hubiera una concientización y dijeran que a través de eso viene el ACV... Está de moda el ACV.* (BA, GF)

No obstante, también se reconoció que la sal es útil y que está indicada por profesionales de la salud para las personas con hipotensión arterial y para la reposición de sales en los deportistas.

*Sí, tiene beneficios, el tema es que no hay que abusarse, como en todo. Y ya te digo: por ejemplo, en los casos de los desmayos y demás, que los he tenido. Me daban o Gatorade o sal o alimentos salados, papas fritas, por decirte.* (Mujer, CABA)

### Comportamientos y prácticas socioculturales

Los entrevistados dijeron que salaban las comidas principalmente durante el proceso de cocción, pero también hicieron referencia al agregado de sal en la mesa, aun sin probar previamente la comida. Quienes tenían familiares diabéticos o hipertensos, señalaron que habían intentado generar un cambio en sus prácticas retirando el salero de la mesa, aunque esto se realizaba como una medida de solidaridad con el familiar y no como una estrategia de prevención colectiva.

La manera más frecuente de salar es "a ojo", es decir, sin cuantificar. Esta modalidad se repite en la preparación y cocción de alimentos y en la mesa; sólo en forma aislada se utiliza una cucharada de té de sal por día, o bien los sobrecitos con cantidad preestablecida.

Los entrevistados señalaron que no aceptarían consumir ciertas comidas tradicionales (como asado o papas fritas) sin sal; algo similar se observó en la preparación de chacinados y fiambres, principalmente en La Pampa, y en la elaboración del charqui en Jujuy (método utilizado en diferentes grupos socioculturales para conservar las carnes con sal y secadas al sol).

Junto al consumo de chacinados y charqui, el de aderezos también se reconoció como una práctica habitual: principalmente mayonesa, mostaza, ketchup, salsa de soja y la llasgua o yasgua en Jujuy (aderezo picante muy utilizado en el norte argentino, que se emplea para acompañar múltiples comidas).

*Sí, aquí es clásico, no tiene que faltar la llasgua con la empanada, es sagrado.* (GF, Jujuy)

Pese a la utilización de diferentes condimentos, en particular hierbas aromáticas y saborizadores en polvo o cubos, no se identificaron estrategias posibles para reemplazar la sal y, a su vez, se observó un desconocimiento respecto a

cómo podría ser sustituida. En este punto, el uso de caldos concentrados o cubos saborizadores no se asoció a un alto contenido de sodio.

La sal común o sal de mesa, producida en sus diferentes modalidades (fina, entrefina o gruesa), resultó ser la más utilizada. Las llamadas sales modificadas, reducidas en sodio o sales de potasio, fueron referidas en menor medida y, en general, se las reconoció por la presencia de algún integrante de la familia que las consumía por indicación médica.

A pesar del menor uso, las percepciones con relación a las sales bajas en sodio y/o modificadas hicieron hincapié en su sabor ("no sala", "tiene gusto a remedio") y en su necesidad por razones de salud ("sal para enfermos", "sal para cardíacos"). Por otro lado, los participantes mostraron confusión ante la gran variedad de productos disponibles en el mercado (sal dietética, light, baja en sodio, con hierbas, etc.), lo cual representa una dificultad para establecer con claridad los posibles beneficios de los distintos tipos.

Se observó también el uso de sales naturales obtenidas directamente de salinas, sobre todo en Jujuy y La Pampa. En estos sitios, a diferencia del resto de los lugares, se aludió a la sal proveniente de salinas como "sal natural", considerada más saludable y pura. En las áreas más urbanas, en cambio, fundamentalmente en Buenos Aires, se identificó dentro de esta misma línea de pureza y como elemento natural más saludable a la sal marina.

*Claro, pero tiene además un montón de otros agregados que la hacen más positiva. Tiene otras sales, además de cloruro de sodio. Cuando como sal en cualquier comida, enseguida lo noto: se me hinchan las piernas, me siento más pesada, y no me pasa cuando consumo sal marina.* (GF, BA)

### • Consumo de grasas trans

#### Conocimientos

Los conocimientos sobre grasas trans resultaron limitados e imprecisos. Existe gran confusión con relación a las grasas buenas/malas o saturadas/insaturadas, cuyas características y efectos se entremezclan equivocadamente.

*Sí, he escuchado hablar, parece que es como otra grasa, pero no sé cuál es la buena y cuál es la mala.* (Mujer, Jujuy)

Al responder acerca de grasas, los participantes se refirieron directamente al colesterol, a grasas animales y productos lácteos. Cabe señalar que en muchos casos se asoció el término trans con transgénico, y se atribuyeron efectos perjudiciales por la transgenicidad del alimento.

*Sí, escuché hablar, pero no sé qué es, creo que es transgénica o algo así.* (Varón, CABA)

Quienes trataron de definirlos, no pudieron hacerlo por el desconocimiento acerca del tema; el resto de los participantes ni siquiera sabía de qué se hablaba. En esta misma línea de investigación, es importante resaltar que aquellos que intentaron definirlos sólo reconocieron el mensaje "0% grasas trans" presente en el envase de algunos productos comestibles, que fue señalado como beneficioso aunque sin poder describir los motivos de dicho beneficio.

Principalmente se reconoció la presencia de grasas trans en carnes rojas y lácteos. En menor medida, fueron mencionadas en productos de panadería, margarinas y algunos envasados, a partir del enunciado "0% grasas trans" en un lugar visible y fuera de la tabla de información nutricional. Ante la confusión y el desconocimiento con relación al tema, no se registraron preferencias en la selección de productos comestibles.

Sin embargo, las grasas trans fueron señaladas con un efecto negativo en el cuerpo, y se observó una fuerte tendencia a relacionarlas con el colesterol, el sobrepeso y la obesidad. En muy pocos casos se las vinculó con ECV, dado que se hacía referencia al consumo de grasas de modo genérico. Algunos expresaron vagamente que obstruyen las arterias o hacen que "se endurezcan".

- Etiquetado nutricional

#### Conocimientos y prácticas

En términos generales, las etiquetas nutricionales de los productos son muy poco utilizadas. Algunos entrevistados dijeron que no las leían por falta de credibilidad en la información que ofrecen los productos ("es más comercial que útil"), por falta de tiempo ("hay que buscarla y pararse a leerla", "te demorás como tres horas en el supermercado") o por su reducido tamaño.

La falta de credibilidad no sólo se limitó a las etiquetas nutricionales, sino que también se observó una asociación con los productos light, y se señaló que las etiquetas sólo eran útiles para quienes estaban a dieta.

*No, no lo leo... Eso es para los que hacen dieta.* (Varón, Santa Rosa)

Quienes leían la tabla nutricional de los productos consumidos, reconocieron que lo hacían a modo informativo o por curiosidad frente a un artículo nuevo y de composición desconocida, pero no para tomar una decisión en la compra, ya que en general optaban por los alimentos adquiridos habitualmente.

Los principales obstáculos registrados estuvieron relacionados con el tamaño pequeño de la letra y la ubicación poco visible de la tabla en el envase. Además, se observaron problemas en la comprensión de la etiqueta, no sólo por el desconocimiento de los componentes, sino también en la lectura de los valores y el tamaño de la porción.

Por otro lado, los miembros de algunas comunidades de bajos recursos económicos suelen realizar sus compras en ferias ambulantes o mercados callejeros (en lugar de hacerlo en cadenas de supermercados o almacenes), donde en general los productos son fraccionados y no poseen etiquetas con información nutricional.

En relación con la preferencia de emplear la palabra sal o sodio en la descripción de las etiquetas, hubo opiniones variadas: algunos no lo consideraron relevante; otros dijeron que sería más fácil si, en lugar de sodio, se hablara de sal por la familiaridad con el término.

Según lo expresado, en las etiquetas de los productos se presta especial atención a las palabras light/diet, al envase

color verde y a los porcentajes calóricos. También hubo menciones a los términos hierro, carbohidratos, proteínas, fortificado y calcio.

*Si es light y si tiene sal, es cuando estoy a dieta; si no, lo que venga.* (Mujer, Santa Rosa)

El sodio sólo fue mencionado con relación al agua mineral; al igual que en casos anteriores, este comportamiento estaba determinado por la experiencia de algún familiar o amigo que había recibido una indicación médica o por las publicidades televisivas de agua mineral, donde se destacaba el bajo contenido de sodio. Debido al desconocimiento sobre el tema, las grasas trans no fueron mencionadas como información de interés en las etiquetas nutricionales, aunque sí se reconoció el "0% grasas trans" resaltado en algunos productos.

Las elecciones estaban determinadas por el gusto y las costumbres familiares, aunque también se registraron referencias al precio, la marca y la fecha de vencimiento. Los únicos productos enumerados al momento de tener en cuenta alguna característica en particular fueron: lácteos (artículo light, descremado, fortificado, etc.), aceites (por el costo o la calidad) y gaseosas (por el bajo contenido de azúcar). Las preferencias en los lácteos, por ejemplo, se basaban en priorizar lo mejor para los hijos y en la necesidad de una alimentación más sana en los niños.

- Dieta saludable

#### Conocimientos y prácticas

Los conocimientos acerca de una dieta saludable no mostraron diferencias entre las mujeres y los varones consultados. En general, se la describió como a una dieta equilibrada y balanceada, con variedad de frutas, verduras, todo tipo de carnes, cereales y semillas. Al mismo tiempo, se subrayó la importancia de disminuir el consumo de gaseosas, tomar más agua y realizar actividad física.

*No consumir mucha gaseosa, por ejemplo, y más jugos naturales. Eso es una dieta saludable, más natural y con menos químicos.* (Varón, Jujuy)

Al indagar si se aplicaban sus conocimientos respecto a una dieta saludable, se observó que la puesta en práctica era más frecuente en adultos mayores, ya sea porque contaban con alguna recomendación médica o porque consideraban que a mayor edad era necesario tener ciertos cuidados adicionales con relación a la alimentación diaria. Las mujeres mayores subrayaron que a su edad era fundamental comer de manera más sana y realizar actividad física (por ejemplo, salir a caminar todos los días).

• *Norma: No, ustedes no, pero yo, en mi caso, sí. Trato de llevarlo porque, si no, ya estaría...*

• *María: Los que contamos con 61, sí.* (GF, Alpachiri)

También se identificaron ciertos cuidados para bebés y niños. En algunos casos, madres y padres priorizaban el consumo de alimentos más sanos sólo para sus hijos menores, sin incluir necesariamente a todo el grupo familiar.

*Yo con mi hija sí ejercito eso de verduras, de frutas, pero yo no consumo eso.* (Mujer, CABA)

Tanto varones como mujeres habían realizado un intento por modificar cambios en sus comportamientos alimenticios habituales e incorporar una dieta más saludable, por ejemplo: reducir el consumo de grasas y/o frituras, reemplazar el consumo de gaseosas por jugos en polvo o de sobre, comer más frutas y verduras, elaborar productos más naturales/caseros y disminuir el consumo de comida chatarra. Sin embargo, expresaron que esos cambios eran esporádicos y manifestaron dificultades para sostenerlos en el tiempo.

*A veces tratamos, porque somos dos en la casa, pero otras veces me saca corriendo con la dieta porque tiene hambre.* (Mujer, Jujuy)

### Barreras

Se identificaron algunas barreras que impiden consumir alimentos más saludables. En general, se hizo notar que llevar una dieta saludable tiene un costo mayor, ya que el precio de algunos productos es más elevado. Por otro lado, en las áreas menos urbanas, las personas observaron dificultades para conseguir ciertos alimentos: variedad de verduras frescas, pescado, productos sin sal y light. Acceder a este tipo de alimentos sólo era posible cuando se encontraban en ciudades medianas o grandes, ocasión que aprovechaban para realizar compras.

*Son más caros, y te cuesta mucho conseguir variedad. Hay verduras que no las conseguís, a mí me pasa que yo voy a Santa Rosa, y lo primero que miro es la verdulería, o es adonde me doy el lujo de entrar y voy a comprar las cosas que no consigo acá. Pero hay muchas cosas que no llegan. Y después también el tema de costo.* (Mujer, Alpachiri)

La falta de tiempo fue otra de las barreras mencionadas. Principalmente en los más jóvenes se optaba por el consumo de comidas rápidas: compradas o elaboradas de conservas y productos precocidos (congelados o instantáneos).

*Los tiempos... No te das el tiempo suficiente como para decir "Me como una fruta, tranquila, o desayuno como corresponde, tranquila".* (Mujer, Bariloche)

## DISCUSIÓN

Los participantes en el estudio desconocían que el sodio es un componente de la sal y que el consumo en exceso de esta última es perjudicial para la salud, sobre todo en adultos mayores, mujeres embarazadas y personas con ECV. Asimismo, se observó un total desconocimiento acerca de las grasas trans, en qué alimentos se encuentran y su impacto sobre la salud.

La falta de información acerca del sodio, presente en los relatos de los entrevistados, coincide con otros estudios cualitativos realizados tanto en América Latina como en Europa, donde, si bien la población tiene mayor consciencia y comprensión de la sal, confunde o desconoce su relación con el sodio. A pesar de las diferencias socioculturales de los países, la sal es definida como un saborizante, condimento o ingrediente; y en varios casos el sodio es identificado como un elemento químico.<sup>12,14-16</sup>

Los participantes percibieron su consumo de sal como adecuado para mantener la salud, aunque la ingesta promedio *per cápita* en Argentina duplica los 5 gramos diarios recomendados por la (OMS), y el 17,3% de la población siempre le agrega sal a la comida después de la cocción.<sup>17</sup> Esto podría atribuirse a la fuerte dependencia de la sal como potenciador del sabor en muchas comidas tradicionales argentinas. El dato es especialmente preocupante si se considera el alto contenido de sodio presente en algunos productos locales, como embutidos y charqui, además de todos los alimentos procesados e industriales.

Los entrevistados consideraban que el consumo excesivo de sal era riesgoso sólo para adultos mayores. Esta información es consistente con la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013, que reveló un mayor agregado de sal en los más jóvenes (de 23,7% en 18-24 años hasta 8,4% en los mayores de 65 años). Esta tendencia se registró de forma similar en todas las provincias argentinas.<sup>2</sup> La presencia de los más jóvenes como principales usuarios de sal puede explicarse por las diferentes prácticas y actitudes hacia la salud de los distintos grupos etarios. En los entrevistados más jóvenes se observó una actitud más despreocupada, que no consideraba las consecuencias de una dieta alta en sal.

Al igual que en otro estudio realizado en Argentina, la reducción de la ingesta de sal y/o de alimentos o preparaciones que la contienen se generaba a partir de tratamientos de salud indicados a familiares con alguna enfermedad, y no como conducta preventiva personal.<sup>18</sup> En general, existen dificultades para adoptar ese hábito preventivo, aun entre quienes tienen familiares con hipertensión.

Es muy limitado e impreciso el conocimiento sobre las grasas trans, su identificación y los efectos en la salud. Aunque Argentina ha reducido –y, en algunos casos, eliminado– la presencia de grasas trans en la mayoría de los productos siguiendo las recomendaciones de la OMS, todavía se requiere mucho esfuerzo en materia de educación al consumidor, de los productores de alimentos y voluntad política de los gobiernos para hacer los cambios necesarios.

La elección de los productos no está determinada por el contenido de sodio ni de grasas trans. Esta información es consistente con un estudio realizado en Argentina, donde los principales motivos que incidían en la elección de alimentos estaban relacionados, por un lado, con el precio y la accesibilidad en los comercios y, por el otro, con la comodidad en la preparación.<sup>19</sup>

## RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

La recomendación y estímulo hacia una nueva iniciativa implica facilitar un mayor acceso a alimentos saludables en los lugares que más lo requieran y hacer hincapié en la reformulación de productos, la educación del consumidor y el desarrollo de entornos donde la elección de alimentos más sanos se vea facilitada para el consumidor.<sup>20</sup>

La principal limitación de este estudio es que no se pue-

den generalizar los resultados, ya que se trata de un diseño cualitativo con una muestra por conveniencia. Sin embargo, este trabajo, realizado en diferentes zonas geográficas de Argentina, contribuye a disminuir el sesgo y a considerar una mayor diversidad sociocultural del país. Por otra parte, los resultados son similares a los encontrados en otros estudios efectuados en Argentina.<sup>12,18</sup>

### RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Las prácticas alimentarias son consecuencia de múltiples componentes socioculturales y económicos, y del conocimiento aprehendido por las diferentes generaciones.<sup>21</sup> La contradicción entre los conocimientos demostrados acerca de una dieta saludable y las dificultades para ponerla en práctica permiten abrir el debate sobre nuevas acciones preventivas que podrían implementarse. A su vez, es importante resaltar lo observado respecto del absoluto

desconocimiento acerca de las grasas trans, con el fin de trabajar en campañas de proximidad que permitan esclarecer dudas y preconceptos sobre el tema. La difusión del contenido de este trabajo entre los distintos efectores de salud pública debería hacer énfasis en la elaboración de estrategias de educación masiva desde una edad temprana, con el fin de reducir la exposición a la sal y disminuir el riesgo de futuras ECV.

### RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Los resultados del estudio pueden aportar información para fortalecer el diseño de las campañas implementadas por el Ministerio de Salud en apoyo de las leyes 26.905 (Regulación del Consumo de Sodio) y 18.284 (Código Alimentario Argentino).

### AGRADECIMIENTOS

A los entrevistados, por el tiempo dedicado.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

**Cómo citar este artículo:** Peña L, Bergesio L, Discacciati V, Majdalani MP, Elorriaga N, Mejía R. Actitudes y comportamientos acerca del consumo de sodio y grasas trans en Argentina. Rev Argent Salud Pública. 2015; Dic;6(25):7-13.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2011. [Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf)] [Último acceso: 28 de febrero de 2016]
- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/areas-de-vigilancia/factores-de-riesgo>] [Último acceso: 28 de febrero de 2016]
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, et al. A Comparative Risk Assessment of Burden of Disease and Injury Attributable to 67 Risk Factors and Risk Factor Clusters in 21 Regions, 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-2260.
- Joffres MR, Campbell NR, Manns B, Tu K. Estimate of the Benefits of a Population Based Reduction in Dietary Sodium Additives on Hypertension and its Related Health Care Costs in Canada. *Can J Cardiol*. 2007;23(6):437-43.
- Aceites saludables y la eliminación de ácidos grasos trans de origen industrial en las Américas. Iniciativa para la prevención de enfermedades crónicas. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC; 2008. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/aceites-saludables.pdf>] [Último acceso: 28 de febrero de 2016]
- Doval H, Tajer C, Ferrante D, et al. Prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. En: *Evidencias en Cardiología*. Buenos Aires: GEDIC; 2005.
- Ferrante D, Konfino J, Mejía R, Coxson P, Moran A, et al. Relación costo-utilidad de la disminución del consumo de sal y su efecto en la incidencia de enfermedades cardiovasculares en Argentina. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;32(4):274-80.
- Mozaffarian D, Aro A, Willett WC. Health Effects of Trans-Fatty Acids: Experimental and Observational Evidence. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2009;63:S5-S21.
- Tavella M, Peterson G, Espeche M, Cavallero E, Cipolla L, Perego L, et al. Trans Fatty Acid Content of a Selection of Foods in Argentina. *Food Chemistry*. 2000;69(213):209.
- Mozaffarian D, Clarke R. Quantitative Effects on Cardiovascular Risk Factors and Coronary Heart Disease Risk of Replacing Partially Hydrogenated Vegetable Oils with other Fats and Oils. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2009;63:S22-S33.
- Taylor S, Bodgan R. Introducción a los Métodos Cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- Sánchez G, Peña L, Varea S, Mogrovejo P, Goetschel ML, Montero-Campos MA, et al. Conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de sal, la salud y el etiquetado nutricional en Argentina, Costa Rica y Ecuador. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;32(4):259-64.
- Alderete E, Kaplan C, et al. Smoking Behavior and Ethnicity in Jujuy, Argentina: Evidence from a Low-Income Youth Sample. *Substance Use & Misuse*. 2009;44(5):632-646.
- Claro RM, Linders H, Ricardo CZ, Legetic B, Campbell NR. Consumer Attitudes, Knowledge, and Behavior Related to Salt Consumption in Sentinel Countries of the Americas. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;32(4):265-273.
- Food Standard Agency. Qualitative Research to Explore Public Understanding of Sodium and Salt Labeling. Unit Report 9; 2010. [Disponible en: <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/saltlabellingreportmarch2010.pdf>] [Último acceso: 28 de febrero de 2016]
- Grims CA, Riddell LJ, Nowson CA. Consumer Knowledge and Attitudes to Salt Intake and Labelled Salt Information. *Appetite*. 2009;53:189-94.
- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2012. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/>] [Último acceso: 28 de febrero de 2016].
- Vázquez S, Marisa Beatriz, Lema R, Silvia N, Contarini C, Adriana, & Kenten C, Charlotte. Sal y salud, el punto de vista del consumidor argentino obtenido por la técnica de grupos focales. *Revista chilena de nutrición*. 2012;39(4):182-190.
- Elorriaga N, Colombo ME, Hough G, Watson DZ, Vázquez MB. ¿Qué factores influyen en la elección de alimentos de los estudiantes de Ciencias de la Salud? *Diaeta*. 2012;30(141):16-24.
- Reducción del consumo de sal en la población: Informe de un foro y una reunión técnica de la OMS, 5-7 de octubre de 2006, París, Francia. Ginebra: OMS; 2007. [Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/salt-report-SP.pdf>] [Último acceso: 28 de febrero de 2016]
- Lema S. Educación alimentaria nutricional en la Argentina en crisis. *Diaeta*. 2002;21(101):36-39.