



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE NUTRICIÓN**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN**

**INFORME FINAL**

**Título:**

***“Perfil de adherencia al patrón alimentario mediterráneo en ingresantes a la carrera Licenciatura en Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Nacional de Córdoba 2021”***

**Nombres de las estudiantes participantes:**

- Costigliolo, Natalia 27956643

- Vallejo, Agustina 40204809

**Directora y Co/Directora:**

- Directora: Prof. Dra. Defagó, María Daniela

- Co- directora: Prof. Dra. Láquis, Mariana

LÁQUIS, Mariana  
Gen. Académica  
ES.E. Nutrición  
FCM-UNC

***“Perfil de adherencia al patrón alimentario mediterráneo en  
ingresantes a la carrera Licenciatura en Nutrición, Facultad de  
Ciencias Médicas- Universidad Nacional de Córdoba 2021”***

**HOJA DE APROBACIÓN**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA LICENCIATURA EN  
NUTRICIÓN**

**Autoras:**

Costigliolo, Natalia

Vallejo, Agustina

**Tribunal evaluador:**

Mgter. Oberto, Georgina

Lic. Viano, Analía

Prof. Dra. Defagó, María Daniela

Calificación final:

Fecha:

**Art. 28: “Las opiniones expresadas por los autores de este Seminario Final no representan necesariamente los criterios de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas”.**

Córdoba, Abril 2022.

# ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| <b>RESUMEN</b>   | 4  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>                                    | 5  |
| <b>PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA</b>       | 7  |
| <b>OBJETIVO GENERAL</b>                                | 8  |
| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>                           | 8  |
| <b>MARCO TEÓRICO</b>                                   | 9  |
| <b>HIPÓTESIS</b>                                       | 17 |
| <b>VARIABLES</b>                                       | 17 |
| <b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>                             | 18 |
| <b>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES</b>             | 18 |
| <b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> | 21 |
| <b>PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS</b>                   | 22 |
| <b>RESULTADOS</b>                                      | 23 |
| <b>DISCUSIÓN</b>                                       | 40 |
| <b>CONCLUSIONES</b>                                    | 47 |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                      | 49 |
| <b>ANEXOS</b>  | 54 |
| <b>GLOSARIO</b>  | 63 |

## RESUMEN

**Perfil de adherencia al patrón alimentario mediterráneo en ingresantes a la carrera Licenciatura en Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Nacional de Córdoba 2021.**

**Área temática de investigación:** Epidemiología y salud pública

**Autores:** Costigliolo N, Vallejo A, Laquis MB, Defagó MD.

**Introducción:** La dieta mediterránea (DMed) es uno de los patrones dietarios con mayores beneficios en la salud humana y en la prevención y tratamiento de patologías asociadas a inflamación crónica. **Objetivo:** Analizar el perfil de adherencia a DMed, barreras y oportunidades para su adopción y su asociación al estilo de vida en ingresantes a la Lic. en Nutrición, FCM-UNC en el año 2021. **Metodología:** Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal. Participaron 54 estudiantes. Se aplicó una encuesta semi-estructurada de Google Forms y se estimó adherencia a la DMed a través de cuestionario PREDIMED. Se aplicó el test Fisher para analizar la asociación entre características asociadas al estilo de vida y adherencia a DMed. **Resultados:** El 91% de los ingresantes no adhiere a la DMed; las principales barreras para su adopción fueron falta de tiempo (31,5%), costos (25,9%) y desinterés (25,9%). Sobre el estilo de vida, 74,1% duerme entre 7 y 8 horas, el 66,7% realiza al menos 30 minutos de actividad física, el 31% realiza las 4 comidas principales y un 56% ingiere colaciones. En cuanto a la asociación entre las características vinculadas al estilo de vida y la adherencia a DMed, no se encontró relación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ). **Conclusiones:** la adherencia a DMed es muy baja presentando múltiples barreras para su adopción. Considerar la complejidad del acto alimentario y la red de factores que influyen es de vital importancia para implementar estrategias que impacten positivamente en la calidad de vida.

**Palabras claves:** ingresantes universitarios-dieta mediterránea-estilo de vida-barreras-oportunidades.

## INTRODUCCIÓN

La dieta mediterránea (DMed) es considerada uno de los patrones dietarios con mayores beneficios en la salud humana por su rol preventivo, promotor de la salud y como tratamiento en diversas patologías asociadas a inflamación crónica, como síndrome metabólico (SM), diabetes mellitus (DM), enfermedad cardiovascular (ECV), enfermedades neurodegenerativas y cáncer, entre otras (1). El Dr. Ancel Keys, quien dirigió la investigación “Estudio de los siete países”, propuso los beneficios de la dieta mediterránea para lograr una mayor longevidad junto a una mejor calidad de vida (2). Este patrón dietario incluye un alto consumo de frutas, vegetales, legumbres, frutos secos, cereales y pescado, aceite de oliva, aceitunas, moderado consumo de lácteos fermentados como yogur y queso, bajo consumo de carnes rojas, moderado consumo de alcohol y alto consumo de agua (3). A partir del consumo de estos alimentos, es que se destaca la excelente variedad, cantidad y calidad de sus macro y micronutrientes; como por ejemplo lípidos monoinsaturados, fibra, antioxidantes, polifenoles, licopeno, etc. Además, la DMed tiene en cuenta la combinación de estos alimentos y su forma de preparación (4). El patrón mediterráneo es un estilo de vida que incluye la actividad física, el bienestar, un sueño reparador y es considerado Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (5).

Las dietas actuales en los países mediterráneos están alejándose del patrón de DMed tradicional en lo que respecta a las cantidades y proporciones de los grupos de alimentos. Esto se debe a la difusión generalizada de la cultura occidental, a la globalización de la producción y el consumo de comestibles, alimentos procesados y ultraprocesados (6). La homogeneización del comportamiento alimentario en la era moderna ha provocado que a nivel mundial se haya triplicado el número de personas que padecen obesidad en los últimos 40 años (7), a la par que aumentan la incidencia y prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT) como obesidad (OB), SM, ECV, cáncer y enfermedades neurodegenerativas. Estas últimas comprenden el 60% de las causas de muerte en el mundo (8).

Específicamente en relación al sobrepeso (SP) y la OB, durante las últimas décadas, las tasas en América Latina han aumentado de manera significativa siguiendo la tendencia mundial. En la población argentina, según los resultados de la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (4° ENFR), las personas con SP y OB superan el 60% de la población. Resultados similares se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2 (ENNyS

2), donde el SP y OB presentaron el 67,9% (7). Ambas encuestas han reportado un elevado consumo de sodio y azúcar y una baja ingesta de frutas y verduras (7,8). Estos patrones alimentarios están asociados al aumento significativo de SP y OB; constituyendo la forma más prevalente de malnutrición, y a la vez, representando uno de los problemas de Salud Pública más grave (7).

En la población joven, los cambios en sus estilos de vida pueden llevar a la adopción de dietas poco saludables. El proceso dinámico de adaptación universitaria que afrontan los jóvenes puede representar un momento de estrés y ansiedad, sumado a nuevos desafíos y responsabilidades a las que deben hacer frente donde se puede mencionar la compra de alimentos, elaboración de menús, organización de horarios en general y la independencia adquirida, pueden ser los desencadenantes de hábitos poco saludables (9). En diferentes estudios, se ha identificado que en los estudiantes existen deficiencias en el consumo de micronutrientes tales como vitaminas A, ácido fólico, hierro y zinc (10); lo cual, ciertamente, indica que se encuentran barreras potenciales que dificultan una correcta alimentación y un estilo de vida que sea positivo para los jóvenes.

En concomitancia a lo descrito en los párrafos anteriores, la pandemia por COVID-19 que atraviesa el mundo ha generado aún más ansiedad y estrés; y si bien se logró un aumento en las comidas caseras en los hogares, se dio al mismo tiempo, un mayor consumo de alimentos poco saludables como panificados, bebidas alcohólicas y azucaradas, fiambres, embutidos, golosinas, entre otros. Además, un elevado porcentaje de personas (79%) expresó que la situación generada por la pandemia de coronavirus ha afectado su estilo de vida, incluyendo la realización de actividad física (11).

En base a estos antecedentes, surge la propuesta de investigación de conocer la adherencia a una dieta saludable estilo mediterráneo en ingresantes a la carrera Lic. en Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional de Córdoba (UNC) durante el año 2021. Por otro lado, se busca indagar entre los ingresantes cuáles consideran que son sus barreras y oportunidades para adherir a la misma, con la intención de aportar conocimientos que contribuyan al debate y diseño de estrategias para la adopción y promoción de estilos de vida más saludables en futuros profesionales de la salud.

## **PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el perfil de adherencia al patrón alimentario mediterráneo, las barreras y oportunidades para su adopción, y su asociación al estilo de vida en ingresantes a la Lic. en Nutrición, FCM-UNC en el año 2021?

## **OBJETIVO GENERAL**

Analizar el perfil de adherencia al patrón mediterráneo, las barreras y oportunidades para su adopción y su asociación al estilo de vida en ingresantes a la Lic. en Nutrición, FCM-UNC en el año 2021.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar las características del patrón alimentario de los estudiantes.
- Estimar la adherencia al patrón alimentario mediterráneo.
- Identificar las barreras y oportunidades que presentan los estudiantes para adherir al patrón alimentario mediterráneo.
- Analizar características asociadas al estilo de vida.
- Analizar características vinculadas al estilo de vida y la adherencia al patrón alimentario mediterráneo.



## MARCO TEÓRICO

### **Dieta mediterránea: origen, componentes y consideraciones**

El concepto de DMed surge a partir del trabajo realizado a escala internacional, conocido como el “Estudio de los Siete Países” liderado por el Dr. Ancel Keys entre los años 1958 y 1964 en Estados Unidos, Japón, Finlandia, Holanda, la antigua Yugoslavia, Italia y Grecia. Al estudiar la epidemiología de la enfermedad coronaria y descubrir las diferencias en la incidencia de enfermedad en distintas regiones del planeta, es que se intenta explicar estas diferencias y cuáles son las características que contribuyen a las mismas. Se compararon los hábitos dietéticos de diferentes cohortes en hombres de mediana edad, de entre 40 a 59 años; a raíz del mismo, surgieron debates alrededor de la forma de vida y modo de alimentación de estos países. “El análisis global del ‘Estudio de los Siete Países’ permitió definir los componentes de la dieta que se asociaban con una mayor expectativa de vida y una menor incidencia de enfermedades crónicas” (12,13).

Los principales componentes de este patrón dietario incluyen: baja ingesta de grasas saturadas procedentes de manteca, leches enteras, a excepción de quesos madurados; bajo consumo de carnes rojas y productos cárnicos; alto consumo de grasas monoinsaturadas contenidas principalmente en aceite de oliva; balance adecuado de ácidos grasos poliinsaturados (omega 6/ omega 3), principalmente por el consumo de pescados, mariscos y frutos secos; alta ingesta de antioxidantes presentes en frutas, verduras, aceite de oliva virgen, hierbas y especias, y alto consumo de fibra de origen vegetal como verduras, frutas, cereales integrales, legumbres y frutos secos; consumo de productos ricos en probióticos como lácteos fermentados entre ellos, queso y yogur, aceitunas, vinagre de manzana y por último, un consumo moderado de vino tinto (3,12). La DMed tiene en cuenta, no sólo los alimentos aislados, sino la combinación de estos y su forma de preparación (4).

Desde un punto de vista holístico, la DMed ha sido considerada uno de los elementos clave del llamado estilo de vida mediterráneo, que además suma a la dieta cualidades eco-amigables y sustentabilidad por la preferencia de alimentos producidos localmente, tradicionales y de temporada. Más allá de la comida en sí, también implica una correcta hidratación, preparación casera de alimentos, alimentación sociable, actividad física regular al aire libre, relajación y descanso, por lo que fue reconocido como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (5,14).

## **DMed y ENT**

Los países de la cuenca del mediterráneo tienen las tasas más bajas de ECV y cáncer, así como una alta expectativa de vida (3). Los efectos beneficiosos de la DMed sobre la salud de las personas son atribuidos a posibles mecanismos sinérgicos de acción que generan cambios fisiológicos y metabólicos positivos, contrarrestando los negativos que desencadenan enfermedades crónicas, a saber, las ECV, el SM, la DM y el cáncer (15).

El consumo elevado de frutas, verduras, cereales integrales, legumbres y frutos secos asegura un adecuado aporte de vitaminas, minerales, fitoquímicos y fibra. La elevada cantidad de antioxidantes provenientes de los vegetales como vitamina C, vitamina E,  $\beta$ -caroteno, glutatión, licopeno y polifenoles (fenoles ácidos y flavonoides), contribuyen a reducir el daño oxidativo a nivel celular y sistémico inhibiendo la acción de radicales libres y, por ende, disminuye la incidencia de enfermedades crónicas. Los efectos protectores de los polifenoles sobre la ECV han sido atribuidos a la mejoría que producen en la función endotelial, a la disminución de la presión arterial y a la mejoría del perfil lipídico (12,16). El licopeno, de la familia de los carotenoides, como antioxidante natural, puede aliviar el estrés oxidativo y suprimir la inflamación (15).

La fibra insoluble, como la celulosa, proveniente principalmente de cereales integrales y la fibra soluble como la inulina, son obtenidas a través del consumo de verduras, frutas, legumbres, cebada y avena, presentes en la DMed que previenen el riesgo de evento cardiovascular, debido a que la fibra disminuye la absorción de grasas y azúcares de los alimentos, lo que contribuye a regular los niveles de colesterol y de glucosa plasmáticos. La fibra alimentaria también facilita el tránsito intestinal y previene el estreñimiento, el cáncer de colon y enfermedades de carácter metabólico como DM, aterosclerosis u OB. La fibra aumenta la saciedad, disminuyendo la ingesta energética y facilitando el control del peso corporal (12,16).

En relación a los ácidos grasos monoinsaturados, el componente clave dentro de la DMed es, sin dudas, el aceite de oliva. Su efecto protector se debería a la composición rica en ácidos grasos monoinsaturados, especialmente ácido oleico (70%), baja en ácidos grasos saturados (5%), poliinsaturados (10-15%) y alta en compuestos polifenólicos antioxidantes que actúan favorablemente sobre el perfil de lípidos plasmáticos, disminuyendo el colesterol total, el colesterol LDL (c-LDL) y los triglicéridos e incrementando el colesterol HDL (c-HDL). Además, el consumo de aceite de oliva extra virgen aumenta la sensibilidad periférica a la acción de la insulina y modula la inflamación y el estrés oxidativo (12).

Los ácidos grasos poliinsaturados son componentes nutritivos vitales. Son esenciales puesto que no los sintetiza el organismo humano y por ello, deben ser aportados con la alimentación. Como ya se mencionó antes, la DMed propicia un alto consumo de pescados y mariscos; frutos secos como nueces y semillas de chía, de lino o su aceite; aceite de oliva extra virgen o aceite de canola, aportan cantidades significativas de ácido graso esencial (AGE) alfa-linolénico omega 3. Este AGE provee un perfil menos inflamatorio, disminuyendo el riesgo de enfermedades crónicas (12,16).

Por otro lado, los probióticos, se encuentran en los alimentos fermentados derivados de la leche, como yogur y quesos, y en las olivas, alcaparras, vinagre y vino, propios de la DMed. Estos microorganismos podrían contribuir al equilibrio en la microbiota intestinal y su ingesta reduciría marcadores inflamatorios asociados con el desarrollo de aterosclerosis y otras enfermedades vinculadas (12).

En conclusión, adherir a un patrón de alimentación mediterráneo es efectivo para la prevención de la ECV, con una menor incidencia de otras enfermedades como la DM, y algunas de sus complicaciones, además de actuar preventivamente frente a la hipertensión (HTA), deterioro cognitivo y algunos tipos de cáncer (17).

### **DMed en países mediterráneos y países alejados de la cuenca mediterránea (patrón occidental)**

En la actualidad, las transformaciones económicas-demográficas, tecnológicas y ambientales, producto de la globalización, impactaron de modo tal que se hizo extensivo el patrón alimentario occidental. El mismo se asocia al consumo de alimentos procesados y ultraprocesados, hipercalóricos, refinados y al consumo de proteínas derivadas principalmente de carnes rojas (6,14).

Estos procesos determinan que el modelo tradicional mediterráneo ya no esté tan presente en los países de la cuenca del Mar Mediterráneo, donde se observa un alejamiento significativo de la dieta clásica en lo que respecta a cantidades y proporciones (6). La alimentación de estos países también empeoró a partir del auge de los productos comestibles, las tecnologías alimentarias y la industria, y el costo elevado de los alimentos frescos: que ha producido que las elecciones alimentarias estén limitadas a aquellos menos nutritivos, más calóricos y más baratos. Esto, sumado a una vida más sedentaria, son los principales causantes de la epidemia de obesidad que afecta a todo el mundo (18).

Por otra parte, existen cinco ecosistemas mediterráneos reconocidos que se encuentran en California, Chile central, la región del Cabo, Sudáfrica y el suroeste de

Australia; cuentan con inviernos lluviosos moderadamente fríos y veranos secos y calurosos, lo cual podría facilitar el acceso y la disponibilidad de alimentos que componen la DMed (5). Según investigaciones recientes, se observó que el norte de Europa y algunos otros países (como Irán o Japón) se estaban acercando al patrón mediterráneo (19). En el caso de Latinoamérica, Chile comparte algunas de las características de la DMed por su ambiente, producción y consumo de alimentos representativos; donde podría ser alcanzable la mediterrización de la dieta solo con volver a costumbres alimentarias (5). A pesar de esto, la última Encuesta Nacional de Salud (2017) en la población chilena reveló que un 39,8% tiene SP, un 31,2% OB y un 3,2 % tiene OB mórbida; lo cual da cuenta de que al igual que el resto del mundo, la alimentación no es óptima y está fuertemente influenciada por patrones alimentarios occidentales (20).

Esto advierte que más allá de los amplios beneficios reconocidos para la DMed, aún se está lejos de adherir completamente a la misma, incluso en aquellos países fuertemente mediterráneos.

### **Transición alimentaria-nutricional, demográfica y epidemiológica en Argentina**

Argentina, a lo largo de su historia y en el contexto de las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional, ha modificado sus patrones de morbimortalidad pasando de padecer enfermedades agudas, en especial las infectocontagiosas, a aumentar la prevalencia de ENT. Actualmente, el país se encuentra inmerso en la problemática mundial que significan el aumento exponencial del SP y la OB, constituyendo un problema sanitario en todos los grupos etarios; donde se da la coexistencia de la desnutrición, las carencias de micronutrientes y la hipernutrición, todos problemas que se conocen como la doble (o múltiple) carga de la malnutrición (21).

Estas problemáticas han sido confirmadas y documentadas a partir de los resultados obtenidos en las últimas 4° ENFR y las ENNyS 2, donde se observó que seis de cada diez personas padecen exceso de peso. Es decir, un 36,2% de personas presenta SP y el 25,4% padece OB, representando un grave problema de salud pública en el país, que hoy constituye la forma más prevalente de malnutrición (7,8).

En cuanto al resto de ENT investigadas en la última 4° ENFR indica que, entre las personas que se midieron alguna vez en la vida, la prevalencia de HTA llega al 34,6% y la prevalencia de colesterol elevado alcanza 28,9%. Por otro lado, la prevalencia de glucemia elevada o DM alcanzan al 12,7% del total de la población (8).

Respecto a la actividad física baja, según los últimos datos recabados por la 4° ENFR, se observa que aumentó de 54,7% a 64,9% en los adultos y alcanza a 6 de cada 10 individuos (8).

En relación a la alimentación, los patrones alimentarios han empeorado en las últimas décadas. El consumo de sodio y azúcar duplica el consumo máximo recomendado, incluso a pesar de que el porcentaje de la utilización de sal después de la cocción o al sentarse a la mesa se haya reducido en los últimos años gracias a las políticas públicas. Por otro lado, el consumo de bebidas azucaradas es de los más altos del mundo (7).

Uno de los parámetros de medición mundial de la alimentación adecuada (21), es el consumo de frutas y verduras que en Argentina es muy bajo; el 6% de la población cumple con la recomendación de consumir cinco porciones de frutas y/o verduras al día. Los motivos que se expresaron fueron barreras económicas para el acceso y un alto desconocimiento general sobre la recomendación de consumir 5 porciones de frutas o verduras por día (7,8).

Con respecto al consumo de tabaco, la prevalencia en 2018 fue del 22,2%, lo cual da cuenta de una reducción del consumo poblacional a nivel país en comparación con la 3° ENFR del año 2013 (25,1%). Sobre el alcohol, se puede decir que, en este último tiempo hubo un aumento mayor del consumo de bebidas alcohólicas en jóvenes de 18 a 34 años. Mientras que la prevalencia de consumo regular de riesgo fue del 8,4%; sin cambios significativos en relación a encuestas anteriores (8).

Debido a la pandemia del Covid-19 y las medidas tomadas para evitar la propagación del virus a partir de marzo de 2020 en nuestro país, los hábitos alimentarios y estilos de vida se han visto afectados. En lo que respecta al consumo de frutas y verduras, ha disminuido aún más la ingesta; por otro lado, aumentó el consumo de alimentos ricos en azúcares e hidratos de carbono simples; grasas saturadas y sal como los panificados; golosinas; bebidas azucaradas y alcohólicas, lo que genera un impacto negativo en la salud de las personas (11).

## **Estilos de vida**

Los cambios ocurridos a nivel mundial y nacional, determinaron modificaciones en los hábitos y las formas de vivir de las personas. Las ENT comparten los mismos factores de riesgo, que en su mayoría son prevenibles y responden a comportamientos personales y

sociales, principalmente adquiridos en la infancia y adolescencia e influenciados por los entornos. Por tal motivo, los cambios individuales son importantes para la adopción de hábitos de vida saludables (8).

Los componentes importantes de un estilo de vida saludable incluyen:

- **Actividad física:** Tener una vida activa y realizar actividad física de manera regular permite mantener y mejorar la salud, además de prevenir enfermedades; brindando beneficios tanto psicológicos como sociales en simultáneo (22).

- **Alimentación:** Una óptima alimentación diaria debería incluir frutas y verduras, alimentos bajos en grasas y sodio, y la cantidad adecuada de agua para una correcta hidratación. Además, contempla el consumo de diferentes grupos de alimentos y que los mismos estén distribuidos a lo largo del día en cuatro comidas recomendadas: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Esto permitirá lograr una alimentación completa, variada, moderada y armónica (23).

- **Horas de sueño:** Otro componente de un estilo de vida saludable es mantener un sueño reparador, que implica de siete a ocho horas de sueño, ya que no dormir lo suficiente aumenta el riesgo de enfermar (24).

- **Tabaquismo:** Con respecto al consumo de tabaco, se debe evitar, dado que está asociado a enfermedades como el cáncer y también acelera el envejecimiento celular, predisponiendo a otras patologías (25).

- **Consumo responsable de alcohol:** La promoción de hábitos de vida saludables supone, entre otras cosas, un consumo responsable de alcohol; con moderación y en la adultez, beber puede ser parte de un estilo de vida equilibrado, para ser disfrutado de manera responsable con amigos y familia (26).

### **Universidad, alimentación y estilos de vida**

La comunidad universitaria tiene características particulares y heterogéneas. El desarrollo de estilos de vida en esta etapa es dinámico, muchas veces reciben influencia de parte de su entorno y los medios sociales, por lo que este momento es clave para pensar en la salud futura de los jóvenes. Desde el punto de vista de la alimentación no son ajenos a las múltiples ofertas de la sociedad actual como los establecimientos de comida rápida, los alimentos listos para consumir o las bebidas azucaradas, y suelen ser susceptibles a las diferentes modas y tendencias como el consumo de bebidas alcohólicas de alta graduación o el seguimiento de dietas de control de peso. Sumado a esto, la mayoría vive de forma más

autónoma, en algunos casos solos, en departamentos junto a compañeros o en residencias universitarias; lo cual determina un alejamiento de los patrones alimentarios tradicionales y familiares hacia otros menos saludables (5).

La salud individual está claramente ligada a la salud de la comunidad y el entorno donde una persona vive, trabaja o se divierte. En vista de esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones recomiendan que los escenarios donde discurre la vida de las personas (estudio, trabajo, ocio) ayuden a promover la salud (27).

Las universidades saludables son aquellas que realizan acciones sostenidas destinadas a promover la salud integral de la comunidad universitaria favoreciendo estilos de vida saludables. Un importante sector de la población pasa gran parte de su día en una universidad ya sea estudiando o trabajando. Por esto, es importante que ésta sea un espacio que ayude a promover conductas saludables, entre ellas, la actividad física regular, la alimentación saludable, y el no consumo de tabaco y alcohol. A largo plazo, está demostrado que este tipo de intervenciones mejora la calidad y aumenta la esperanza de vida de la población involucrada (27).

Según datos recabados por el Informe sobre Calidad de Vida de Estudiantes de la UNC en 2014, respecto de su salud, un 41% tiene problemas emocionales tales como ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo que lo han afectado en los últimos meses (28). Del total de los encuestados, el 31% respondió que la actividad física que realizó en el último semestre fue ligera y el 73% de la muestra respondió que duerme entre 6 y 8 horas por día, durante la semana. Con respecto a la alimentación, los estudiantes señalaron una serie de alimentos que consumen diariamente, tales como: un 53% ingiere diariamente lácteos; 49% frutas y verduras; un 21% arroz, fideo y/o polenta; 20% gaseosas o jugos concentrados y un 18% carnes (fiambres o carnes rojas) (28).

Sobre el consumo de alcohol y tabaco, un 50% dijo consumir bebidas alcohólicas algunas veces, mientras que un 19% afirma hacerlo todos los fines de semana y un 23% dijo haber experimentado la sensación de que debía reducir su consumo. Por otra parte, casi la mitad de los encuestados afirmó haber fumado alguna vez cigarrillos (28).

Otras investigaciones previas demostraron que más del 75% de los estudiantes de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad del Litoral (Santa Fe, Argentina) poseían factores de riesgo familiares y personales; destacando entre los últimos, el consumo de alcohol, inactividad física e hipercolesterolemia (29). Estos resultados demuestran la necesidad de pensar en universidades saludables que brinden un contexto óptimo para el desarrollo y crecimiento personal y académico de los jóvenes. Teniendo en cuenta que los

hábitos saludables afianzados durante la adultez temprana resultan positivos para la salud futura, la DMed representa un estilo de vida que supone pensar en la salud en forma holística; acompañando una alimentación diversa, variada y completa con un sueño reparador, ejercicio, moderado consumo de alcohol y estrés reducido. Es por esto, que el patrón mediterráneo juega un papel importante en la comunidad universitaria y en la construcción de estrategias pensadas a largo plazo con el fin de mejorar la calidad de vida y el riesgo de enfermarse.

### **Oportunidades y barreras para adherir a la DMed**

Es fundamental reconocer que la alimentación evoluciona con el tiempo bajo la influencia de muchos factores y de interacciones complejas. Los ingresos, los precios, las preferencias individuales, las conveniencias, el valor nutricional de los alimentos (30), las creencias y las tradiciones culturales, las estrategias de marketing y la masificación de los productos alimentarios, así como factores geográficos, ambientales, sociales y económicos, conforman en su compleja interacción las características del consumo de alimentos (31).

Se observa que en la población existen una serie de barreras que limitan el acceso a una dieta saludable. Entre las más importantes se destacan la falta de tiempo, ya sea por horarios laborales irregulares y/o distancias, y la idea de tener que renunciar a los alimentos que son preferidos y que generalmente, son considerados más palatables (32).

Considerando que las costumbres en relación al consumo alimentario tienen repercusión en los modos de alimentarse, se deben tener en cuenta al momento de indagar sobre la adherencia a la DMed.

Por otro lado, es importante reconocer que, según el Informe de Encuesta de Factores de Riesgo y Calidad de Vida de Estudiantes Universitarios en la UNC, del total de universitarios encuestados; un 89% indicó que intenta alimentarse de manera sana y equilibrada y un 84% considera que debería cuidar más su salud (28). Esto brinda un estímulo para pensar que los jóvenes contemplan la necesidad de cuidar su salud y llevar una alimentación saludable y variada; esto, sin dudas, es una posible oportunidad para que los universitarios adhieran al patrón dietario mediterráneo.



## **HIPÓTESIS**

- Los estudiantes presentan una baja adherencia al patrón alimentario mediterráneo.

- Un estilo de vida poco saludable, caracterizado por insuficientes horas de sueño, consumo de alcohol, consumo habitual de tabaco, baja actividad física y la no realización de cuatro comidas diarias, se asocia a menor adherencia al patrón alimentario mediterráneo.

## **VARIABLES**

- Edad
- Identidad de género
- Adherencia a la dieta mediterránea
- Horas de sueño
- Consumo de alcohol
- Tabaquismo
- Número de comidas diarias
- Actividad física
- Barreras para adherir al patrón mediterráneo
- Oportunidades para adherir al patrón mediterráneo

## DISEÑO METODOLÓGICO

**Tipo de estudio:** Este estudio tuvo un carácter descriptivo correlacional ya que se abocó a observar los hechos presentes para poder detallarlos, clasificarlos y buscar asociaciones. Fue de corte transversal, porque parte de una situación tal como se presenta en el momento de la investigación sin realizar un seguimiento de tipo longitudinal (33).

**Universo:** Estudiantes ingresantes a la carrera Licenciatura en Nutrición de la FCM-UNC, ciudad de Córdoba 2021.

**Muestra:** no probabilística, por conveniencia, conformada por 54 estudiantes ingresantes a la carrera Licenciatura en Nutrición de la FCM- UNC, ciudad de Córdoba 2021 que aceptaron participar de la investigación (33).

### Operacionalización de las variables

#### - **Edad**

Definición teórica: se define como el tiempo que ha vivido una persona (34).

Definición operacional: número de años cumplidos

#### - **Identidad de género**

Definición teórica: Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (35).

Definición operacional (36):

- mujer
- hombre
- trans
- no binario

#### - **Adherencia a la dieta mediterránea**

Definición teórica: El patrón tradicional de DMed incluye un consumo elevado de fruta y verdura, aceite de oliva, pescado, legumbres, cereales, frutos secos, y lácteos; además promueve el consumo de alimentos en el hogar, un consumo moderado de alcohol, actividad física y un sueño reparador (3).

Definición operacional: La adherencia se mide a través del Cuestionario PREDIMED con una serie de preguntas (37). La puntuación obtenida determina la adherencia a la DMed.

- <9 puntos: baja adherencia a la DMed.
- ≥9 puntos: buena adherencia a la DMed.

- **Horas de sueño**

Definición teórica: El sueño requiere una duración de entre 7 y 8 horas diarias; más o menos horas puede resultar perjudicial para la salud (38).

Definición operacional:

- Más de 8 horas diarias
- 7-8 horas diarias
- Menos de 7 horas diarias

- **Consumo de alcohol**

Definición teórica: El consumo de alcohol implica beber cerveza, vino o licor fuerte (39).

Definición operacional:

- Sí
- No

- **Tabaquismo**

Definición teórica: se considera fumador a aquella persona que ha fumado al menos 1 cigarrillo en los últimos 6 meses (25).

Definición operacional:

- Sí
- No

- **Número de comidas diarias**

Definición teórica: se describe como la cantidad de comidas que se realizan durante el día. Puede incluir las comidas principales (desayuno, almuerzo, merienda, cena) y colaciones (23).

Definición operacional:

- Desayuno
- Almuerzo
- Merienda
- Cena
- Colaciones (alimento ligero que puede consumirse entre las comidas principales)

- **Actividad de física**

Definición teórica: Cualquier movimiento corporal intencional realizado con los músculos esqueléticos, resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal que permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea (40).

Definición operacional: realización de al menos 30 minutos de actividad física al día.

- Sí
- No

- **Barreras para adherir al patrón mediterráneo**

Definición teórica: principales barreras que anteponen las y los estudiantes para adherir a un patrón de DMed (32).

Definición operacional (32, 41, 42):

- No tengo posibilidades económicas para acceder a los alimentos que componen la DMed.

- No siento necesidad de mejorar mi alimentación actual.

- No cuento con conocimientos relacionados a la salud y hábitos alimentarios adecuados.

- No me gustan la mayoría de los alimentos que conforman la DMed.

- No tengo tiempo suficiente para la compra, organización y preparación de alimentos.

- Es una alimentación que se aleja de mis costumbres alimentarias.

- Otro.

#### - **Oportunidades para adherir al patrón mediterráneo**

Definición teórica: principales oportunidades que presentan las y los estudiantes para adherir a un patrón de DMed (32).

Definición operacional (32, 41, 42):

- Tengo posibilidades económicas para acceder a los alimentos que componen la DMed.

- Siento la necesidad de mejorar mi alimentación actual.

- Cuento con conocimientos relacionados a la salud y hábitos alimentarios adecuados.

- Me gustan la mayoría de los alimentos que conforman la DMed.

- Tengo tiempo suficiente para la compra, organización y preparación de alimentos.

- Muchos o algunos de estos alimentos de la DMed ya los incorporo en mi alimentación habitual.

- Otro.

#### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para esta investigación, se recuperaron los datos recabados en la inscripción durante el Ciclo de Nivelación del año 2021 de la Escuela de Nutrición, FCM-UNC. Mediante la ficha

catastral, se analizaron los datos brindados por los estudiantes ingresantes. Los datos recolectados fueron tratados de manera confidencial protegiendo la información brindada por los ingresantes. Para conocer la adherencia a la DMed, las barreras y oportunidades y la asociación al Estilo de vida, se utilizó un Formulario generado a partir de Google Forms que debió ser completado por los participantes, dónde se incluyó el Cuestionario PREDIMED (37) y el cuestionario de barreras y oportunidades para la adherencia a DMed y Estilo de vida. Previamente al envío del formulario descrito, se realizó una prueba piloto en un grupo de participantes con similares características a la población a investigar. Esta prueba permitió analizar si las preguntas de ambos cuestionarios son comprensibles y bien interpretadas por los estudiantes.

### **Plan de análisis de los datos**

Se procedió al ordenamiento de los datos, posterior a su recolección. Para ello, se armó una base de datos que contenía todas las encuestas realizadas en "Hojas de cálculo" del paquete Google Workspace. Las variables categóricas fueron codificadas para ser incluidas en un Manual donde se le asignaron valores numéricos con el fin de clasificar y sintetizar los datos.

Por otro lado, se realizó la estadística descriptiva, la cual presentó los resultados de las variables analizadas a través de gráficos y tablas (43). Se determinó el grado de adherencia a la DMed y se aplicó el test de Irwin- Fisher bilateral, para analizar la asociación entre hábitos de vida poco saludables (insuficientes horas de sueño, consumo de alcohol, consumo habitual de tabaco, baja actividad física y la no realización de cuatro comidas diarias) con el nivel de adherencia. Se utilizó el software Infostat versión estudiantil (44,45).

## RESULTADOS

### Características del patrón alimentario de los estudiantes

La población quedó conformada por 54 estudiantes; de los cuales 45 fueron mujeres, 8 hombres y 1 persona autopercebida como no binario. El rango de edades estuvo comprendido entre los 17 y 45 años de edad, siendo la edad promedio de  $21,1 \pm 4$  años.

En primer lugar, se les preguntó si conocían la DMed y se pudo observar que el 52% sí conocía la DMed, en tanto que el 48% restante no.

Para profundizar sobre las características del patrón alimentario, se desglosó una a una las respuestas obtenidas de la encuesta PREDIMED y se recabó la siguiente información:

**Tabla 1.** Caracterización del patrón alimentario de los ingresantes

| Características alimentarias                |   |
|---|---|
| Verduras                                    | -72,2% consume 2 o más raciones al día<br>-27,8% consume menos de 2 raciones al día                               |
| Frutas frescas<br>(incluye su jugo natural) | -35,2% consume 3 o más raciones al día<br>-64,8% consume menos de 3 raciones al día                               |
| Frutos secos<br>(ración 30g)                | -74,1% consume 1 o más a la semana<br>-25,9% no consume   |
| Legumbres<br>(un plato o ración 150g)       | -29,6% consume 3 o más raciones a la semana<br>-64,8% consume menos de 3 raciones a la semana<br>-5,6% no consume |

|   |   |
|---|---|
| Carnes rojas,<br>hamburguesas,<br>salchichas o embutidos<br>(ración 100-150g)           | -46,3% consume menos de 1 ración al día<br>-24,1% consume más de 1 ración al día<br>-29,6% no consume             |
| Pollo<br>(100-150 g ración)   | -66,7% consume<br>-33,3% no consume   |
| Pescado o mariscos<br>(100-150g<br>ración de pescado<br>o<br>4-6 piezas de mariscos)    | -3,7% consume 3 o más raciones a la semana<br>-38,9% consume menos de 3 raciones a la semana<br>-57,4% no consume |
| Aceite de oliva<br>(principal grasa para<br>cocinar)                                    | -40,7% utiliza<br>-59,3% no utiliza   |
| Aceite de oliva<br>(consumo total al día,<br>comidas fuera de casa,<br>ensaladas, etc.) | -20,4% consume 2 o más cucharadas<br>-40,7% consume menos de 2 cucharadas<br>-38,9% no consume                    |
| Aceite de oliva<br>(para sofrito)   | -44,4% consume 2 o más veces a la semana<br>-27,8% consume menos de 2 veces a la semana<br>-27,8% no consume      |
| Manteca<br>(12g ración)   | -25,9% consume menos de 1 porción al día<br>-1,9% consume más de 1 porción al día<br>-72,2% no consume            |
| Vino  | -0% consume 3 o más a la semana   |



|   |   |
|---|---|
|   | -24,1% consume menos de 3 vasos a la semana<br>-75,9% no consume  |
| Bebidas carbonatadas y/o azucaradas al día                                      | -18,5% consume<br>-81,5% no consume   |
| Repostería comercial (galletas, criollos, flanes, dulces o facturas por semana) | -64,8% consume menos de 3 veces a la semana<br>-24,1% consume más de 3 veces a la semana<br>-11,1% no consume |

A partir de los datos obtenidos, se pudo visualizar un elevado consumo de verduras y frutos secos. Del total de estudiantes (n=54), quienes consumen dos raciones o más de verduras al día son 39 (72,2%) de los cuales, 4 son hombres, 34 mujeres y 1 no binario. Sobre el consumo de frutos secos, 40 (74,1%) consumen una ración o más a la semana de los cuales 7 son hombres, 32 mujeres y 1 no binario. En relación a las frutas frescas, se registró que 35 estudiantes (64,8%) incluyeron en su alimentación menos de 3 frutas al día; por el contrario 19 encuestados (35,2%), entre ellos 3 hombres, 15 mujeres y 1 no binario consumen más de 3 frutas al día. Referente a las leguminosas, se encontraron resultados similares; siendo 35 los estudiantes (64,8%) que consumieron menos de 3 raciones a la semana; 16 estudiantes (29,6%) consumieron más de 3 raciones/sem de los cuales 1 es hombre, 14 son mujeres y 1 es no binario; sólo 3 ingresantes (5,6%) no incorporaron legumbres a su patrón alimentario habitual.

En cuanto a las carnes, se pudo observar que 36 (66,6%) de los 54 estudiantes consumieron pollo en reemplazo de las carnes rojas, 8 hombres y 28 mujeres. Sobre el consumo de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos fueron 25 estudiantes (46,3%), 3 hombres y 22 mujeres, quienes incorporan menos de 100-150g/día. En tanto que de los 29 estudiantes que restan, 13 (24,1%) consumen más de una ración diaria y 16 no consumen; de este último grupo que no consumen carnes rojas y derivados, 6 son veganos. Por otra parte, el consumo de pescados o mariscos es muy bajo (3,7%), sólo 1 hombre y 1 mujer manifestaron consumir 3 o más raciones por semana; dentro de los 52 estudiantes que restan, 21 (38,9%) 4 hombres y 17 mujeres manifestaron consumir

menos de 3 raciones por semana y por último, quienes manifestaron que nunca consumen son 31 estudiantes (57,4%) siendo 3 hombres, 27 mujeres y 1 no binario.

Con respecto al consumo y utilización del aceite de oliva, se obtuvieron los siguientes resultados. El aceite de oliva como principal grasa para cocinar no fue utilizado por la mayoría. Del total de la muestra (n=54); 32 (59,3%) ingresantes no lo utilizaron versus 22 (40,7%) que indicaron sí utilizarlo; de este último grupo 3 fueron hombres, 18 mujeres y 1 no binario. Del consumo total por día de aceite de oliva (utilizado para comidas fuera del hogar y/o como aderezo) sólo 11 (20,4%) consumieron dos cucharadas o más al día siendo 2 hombres, 8 mujeres y 1 no binario; 22 (40,7%) estudiantes consumen menos de 2 cucharadas/día y 21 (38,9%) ingresantes no consumen. Para el sofrito con aceite de oliva los datos obtenidos fueron los siguientes; 5 hombres, 18 mujeres y 1 no binario consumieron más de dos veces a la semana (44,4%); quienes también consumen pero menos de dos veces por semana fueron 1 estudiante hombre y 14 mujeres (27,8%), y finalmente quienes no consumen fueron 2 estudiantes hombres y 13 estudiantes mujeres (27,8%).

En cuanto al consumo de manteca o margarina, sólo 1 estudiante hombre incorpora más de una porción al día (1,9%); quienes manifestaron consumir menos de 1 porción diaria fueron 2 hombres y 13 mujeres (25,9%), y entre quienes directamente manifestaron no consumir estos productos fueron 5 estudiantes hombres y 34 estudiantes mujeres (72,2%).

En cuanto al consumo de vino, 13 mujeres (24,1%) indicaron beber menos de 3 vasos a la semana y 41 estudiantes (71,9%) afirmaron no beber, entre ellos 8 hombres, 32 mujeres y 1 no binario. Por otro lado, las bebidas carbonatadas y/o azucaradas son consumidas por tan solo 10 estudiantes (18,5%), 3 hombres y 7 mujeres. Entre quienes declararon no consumir bebidas carbonatadas y/o azucaradas son 5 hombres, 38 mujeres y 1 no binario (81,5%).

Por último, sobre los productos de repostería comercial; 13 ingresantes (24,1%) indicaron consumirlos más de tres veces por semana entre ellos 4 hombres y 9 mujeres; en tanto que 3 hombres y 32 mujeres consumieron menos de tres veces por semana (64,8%). Solo 6 estudiantes (11,1%) manifestaron nunca consumir estos productos, 1 hombre, 4 mujeres y 1 no binario.

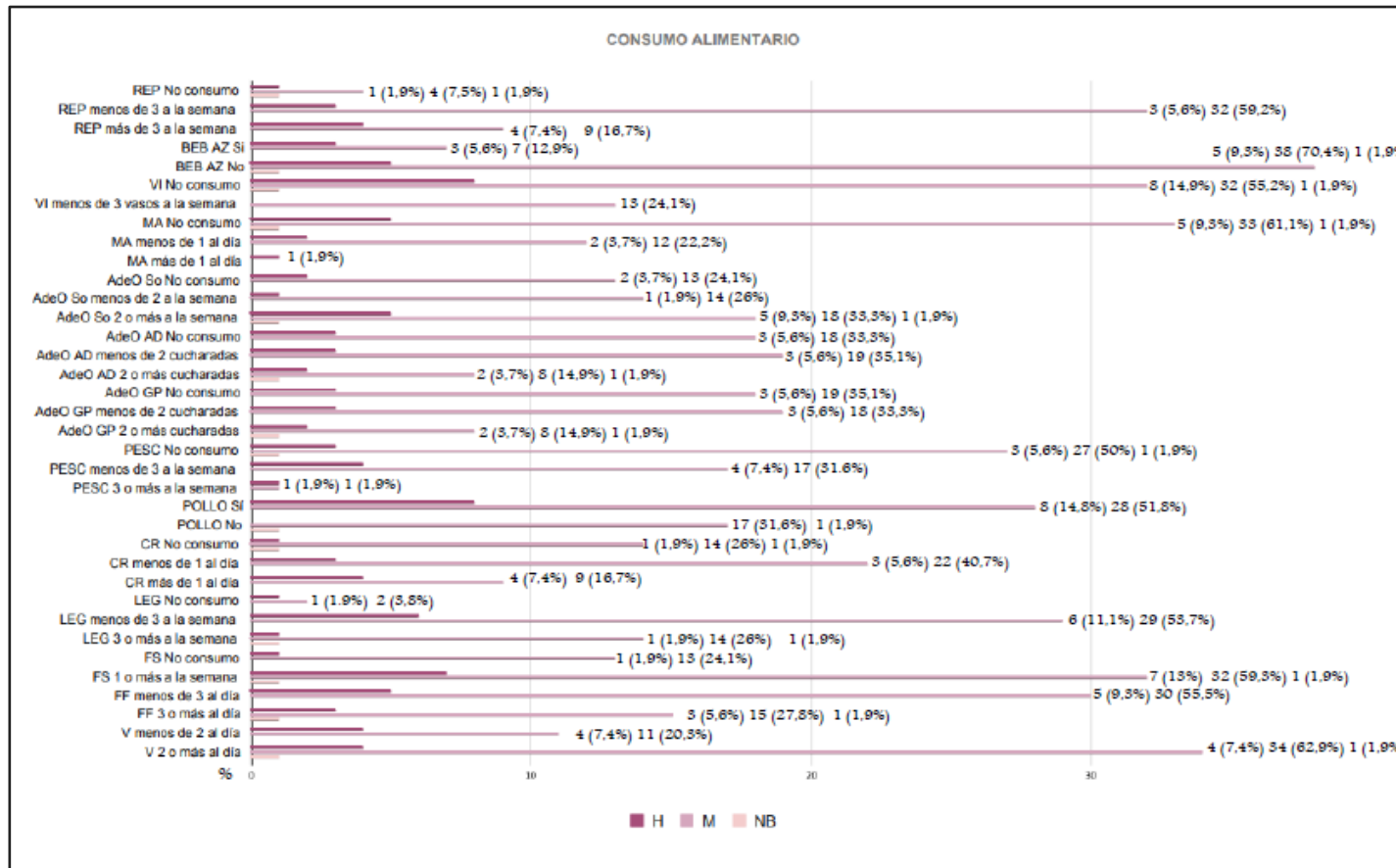
**Tabla 2.** Consumo alimentario según la identidad de género

| Consumo alimentario | Identidad de género |   |    |    |
|---------------------|---------------------|---|----|----|
|                     | Alimento            | H | M  | NB |
| V 2 o más al día    |                     | 4 | 34 | 1  |

|                                 |   |    |   |
|---------------------------------|---|----|---|
| V menos de 2 al día             | 4 | 11 |   |
| FF 3 o más al día               | 3 | 15 | 1 |
| FF menos de 3 al día            | 5 | 30 |   |
| FS 1 o más a la semana          | 7 | 32 | 1 |
| FS No consumo                   | 1 | 13 |   |
| LEG 3 o más a la semana         | 1 | 14 | 1 |
| LEG menos de 3 a la semana      | 6 | 29 |   |
| LEG No consumo                  | 1 | 2  |   |
| CR más de 1 al día              | 4 | 9  |   |
| CR menos de 1 al día            | 3 | 22 |   |
| CR No consumo                   | 1 | 14 | 1 |
| POLLO No                        |   | 17 | 1 |
| POLLO Sí                        | 8 | 28 |   |
| PESC 3 o más a la semana        | 1 | 1  |   |
| PESC menos de 3 a la semana     | 4 | 17 |   |
| PESC No consumo                 | 3 | 27 | 1 |
| AdeO GP 2 o más cucharadas      | 2 | 8  | 1 |
| AdeO GP menos de 2 cucharadas   | 3 | 19 |   |
| AdeO GP No consumo              | 3 | 18 |   |
| AdeO AD 2 o más cucharadas      | 2 | 8  | 1 |
| AdeO AD menos de 2 cucharadas   | 3 | 19 |   |
| AdeO AD No consumo              | 3 | 18 |   |
| AdeO So 2 o más a la semana     | 5 | 18 | 1 |
| AdeO So menos de 2 a la semana  | 1 | 14 |   |
| AdeO So No consumo              | 2 | 13 |   |
| MA más de 1 al día              | 1 |    |   |
| MA menos de 1 al día            | 2 | 12 |   |
| MA No consumo                   | 5 | 33 | 1 |
| VI menos de 3 vasos a la semana |   | 13 |   |
| VI No consumo                   | 8 | 32 | 1 |
| BEB AZ No                       | 5 | 38 | 1 |
| BEB AZ Si                       | 3 | 7  |   |
| REP más de 3 a la semana        | 4 | 9  |   |
| REP menos de 3 a la semana      | 3 | 32 |   |
| REP No consumo                  | 1 | 4  | 1 |

H: hombre; M: mujer; NB: no binario.

V: verduras; FF: frutas frescas; FS: frutos secos; LEG: legumbres; CR: carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos; POLLO: pollo en reemplazo de carnes rojas; PESC: pescado o mariscos; AdeO GP: aceite de oliva como grasa principal; AdeO AD: aceite de oliva como aderezo; AdeO So: aceite de oliva como sofrito; MA: manteca; VI: vino; BEB AZ: bebidas carbonatadas y/o azucaradas; REP: repostería comercial.



**Figura 1.** Distribución porcentual de las características del consumo alimentario según identidad de género.

REP: repostería comercial; BEB AZ: bebidas carbonatadas y/o azucaradas; VI: vino; MA: manteca; AdeO So: aceite de oliva como sofrito;

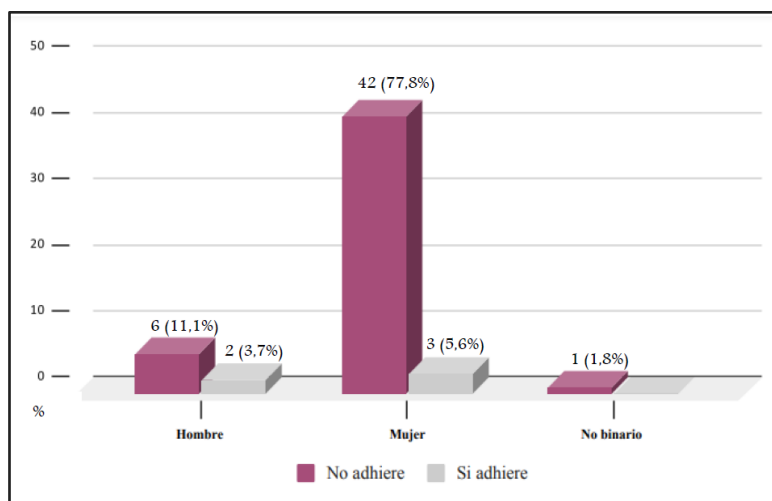
AdeO AD: aceite de oliva como aderezo; AdeO GP: aceite de oliva como grasa principal; PESC: pescado o mariscos; POLLO: pollo en reemplazo de carnes rojas; CR: carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos; LEG: legumbres; FS: frutos secos; FF: frutas frescas; V:

verduras. H: hombre; M: mujer; NB: no binario.

## Adherencia al patrón alimentario mediterráneo

Luego de haber analizado cada elemento del cuestionario PREDIMED, se procedió a valorar su totalidad para estimar la adherencia de los ingresantes a la DMed, respetando los puntos de corte que indicaron  $\geq 9$  puntos sí adhiere y  $< 9$  puntos no adhiere. Sólo 5 estudiantes (2 hombres y 3 mujeres), de los 54 encuestados, adhirieron a la DMed. En términos de porcentajes sólo el 9% del total adhirió al patrón mediterráneo, en tanto que el 91% restante no.

Con respecto a la adherencia a la DMed según identidad de género, se observó que 6 del total de los hombres presentaron una adherencia baja, representando el 11,1%. Fueron 42 las mujeres que mostraron, también, una adherencia baja, siendo el 77,8% del total. De la muestra, quien se autopercibe como no binario registró menos de 9 puntos en el cuestionario PREDIMED (1,8% correspondiente). Sobre el porcentaje sobrante, 2 hombres (3,7%) y 3 mujeres (5,6%) tuvieron una alta adherencia.



**Figura 2.** Distribución porcentual de la identidad de género según adherencia a DMed

## Barreras y oportunidades que presentaron los estudiantes para adherir al patrón alimentario mediterráneo

Para profundizar en la investigación, se indagó al respecto de las barreras y oportunidades que presentaron los estudiantes para adherir al patrón dietario mediterráneo. Dentro de las barreras antepuestas por los ingresantes la opción más elegida fue “no tengo suficiente tiempo para la compra, organización y preparación de alimentos” siendo 31,5% de los estudiantes encuestados los que eligieron esa opción. La segunda opción más seleccionada fue “no tengo posibilidades económicas para acceder a los alimentos que

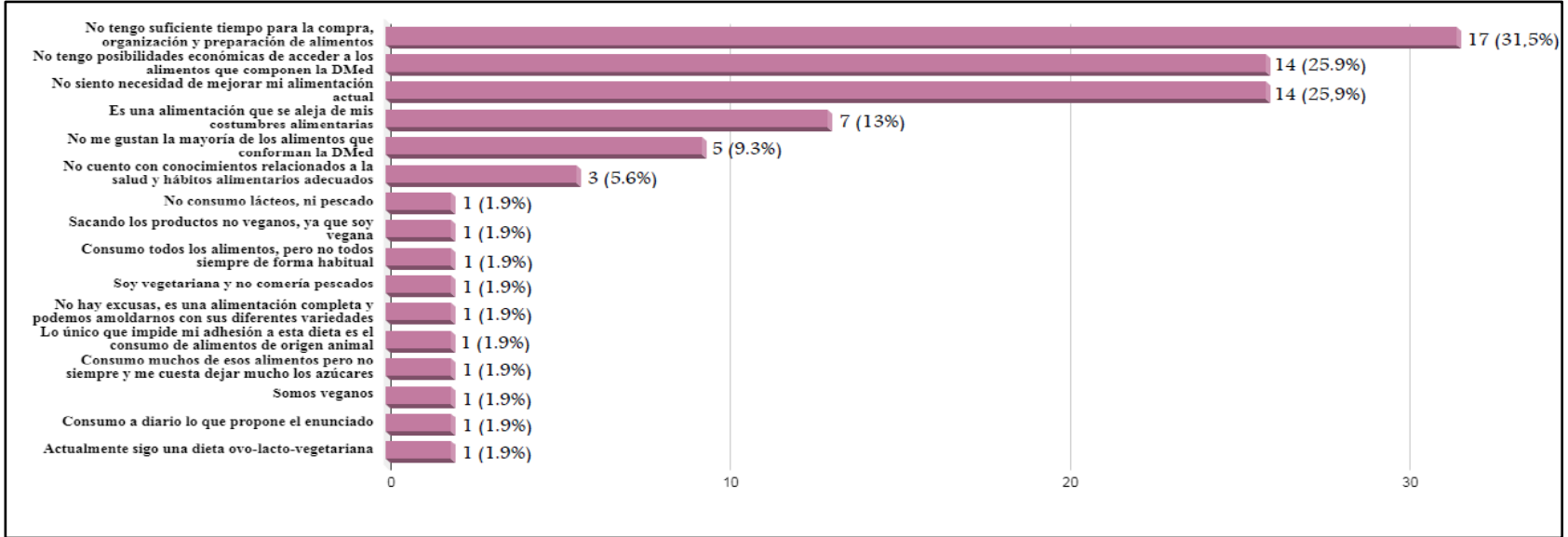
conforman la DMed”, esta barrera fue expuesta por 25,9% de los estudiantes al igual que la opción “no siento necesidad de mejorar mi alimentación actual”. Por otro lado, el 13% de los ingresantes consideraron que esta dieta “se aleja de mis costumbres alimentarias”, mientras que al 9,3% no les gustan la mayoría de los alimentos característicos de la DMed. Por último, 5,6% de los estudiantes eligieron la opción “no cuento con conocimientos relacionados a la salud y hábitos alimentarios adecuados”.

Dentro del cuestionario de barreras, 6 estudiantes (11,1%) señalaron que la principal barrera para adherir fue que siguen una alimentación vegetariana/vegana, lo cual dificulta el consumo de alimentos de origen animal que conforman la DMed.

**Tabla 3.** Barreras de los estudiantes para adherir a la DMed

| <b>Barreras para adherir a la DMed</b>  |  |                         |
|---|--|-------------------------|
| <b>Respuestas</b>   | <b>Recuento<br/>N°<br/>estudiantes</b> | <b>Porcentaje<br/>%</b> |
| No tengo suficiente tiempo para la compra, organización y preparación de alimentos              | 17                                     | 31,5                    |
| No tengo posibilidades económicas de acceder a los alimentos que componen la DMed               | 14                                     | 25,9                    |
| No siento necesidad de mejorar mi alimentación actual   | 14                                     | 25,9                    |
| Es una alimentación que se aleja de mis costumbres alimentarias                                 | 7                                      | 13                      |
| No me gustan la mayoría de los alimentos que conforman la DMed                                  | 5                                      | 9,3                     |
| No cuento con conocimientos relacionados a la salud y hábitos alimentarios adecuados            | 3                                      | 5,6                     |
| No consumo lácteos, ni pescado  | 1                                      | 1,9                     |
| Sacando los productos no veganos, ya que soy vegana   | 1                                      | 1,9                     |
| Consumo todos los alimentos, pero no todos siempre de forma habitual                            | 1                                      | 1,9                     |
| Soy vegetariana y no comería pescados   | 1                                      | 1,9                     |
| No hay excusas, es una alimentación completa y podemos amoldarnos con sus diferentes variedades | 1                                      | 1,9                     |
| Lo único que impide mi adhesión a esta dieta es el consumo de alimentos de origen animal        | 1                                      | 1,9                     |

|   |   |     |
|---|---|-----|
| Consumo muchos de esos alimentos pero no siempre y me cuesta dejar mucho los azúcares | 1 | 1,9 |
| Somos veganos   | 1 | 1,9 |
| Consumo a diario lo que propone el enunciado  | 1 | 1,9 |
| Actualmente sigo una dieta ovo-lacto-vegetariana                                      | 1 | 1,9 |



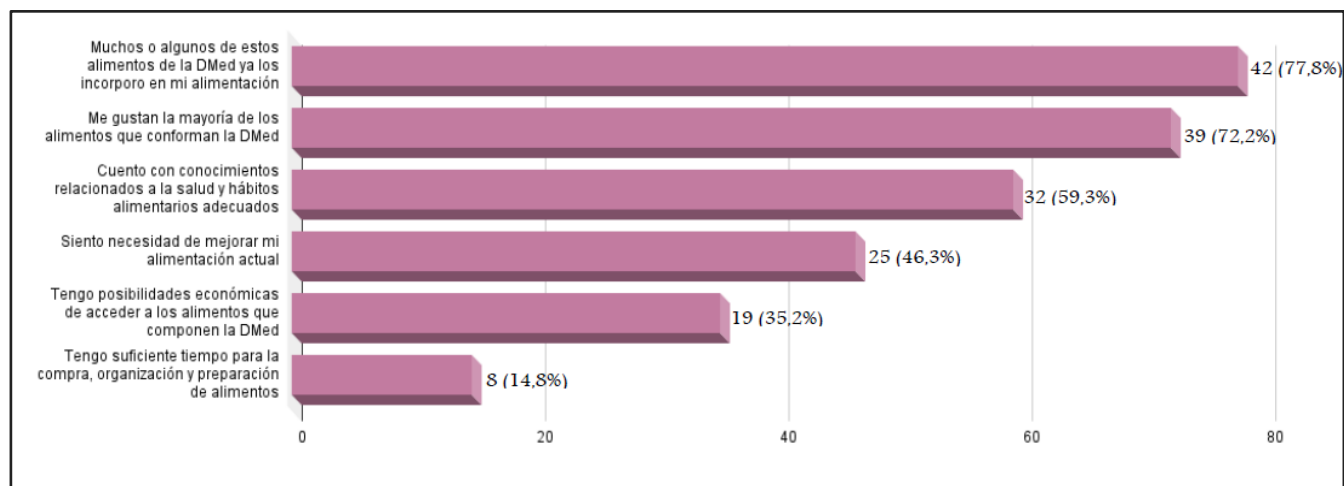
**Figura 3.** Distribución porcentual de las barreras de los estudiantes para adherir a la DMed



Al indagar sobre las oportunidades que presentaron los estudiantes para adherir posiblemente a la DMed, las principales razones fueron que muchos o algunos de los alimentos que conforman la DMed ya forman parte de la alimentación; esto fue manifestado por 42 de los 54 estudiantes encuestados. Por otra parte, 39 ingresantes manifestaron que les gustan la mayoría de los alimentos que forman parte del patrón mediterráneo, 32 cuentan con conocimientos relacionados a la salud y hábitos alimentarios adecuados; siendo 25 estudiantes los que sienten la necesidad de mejorar su alimentación actual. Dentro del total de encuestados, 19 expresaron que tienen posibilidades económicas para acceder a los alimentos característicos de la DMed. Solamente, 8 personas de la población encuestada cuentan con tiempo suficiente para la compra, organización y preparación de alimentos.

**Tabla 4.** Oportunidades de los estudiantes para adherir a la DMed

| <b>Oportunidades para adherir a la DMed</b>   |                                    |                         |
|---|------------------------------------|-------------------------|
| <b>Respuestas</b>   | <b>Recuento<br/>N° estudiantes</b> | <b>Porcentaje<br/>%</b> |
| Muchos o algunos de estos alimentos de la DMed ya los incorporo en mi alimentación habitual | 42                                 | 77,8                    |
| Me gustan la mayoría de los alimentos que conforman la DMed                                 | 39                                 | 72,2                    |
| Cuento con conocimientos relacionados a la salud y hábitos alimentarios adecuados           | 32                                 | 59,3                    |
| Siento necesidad de mejorar mi alimentación actual  | 25                                 | 46,3                    |
| Tengo posibilidades económicas de acceder a los alimentos que componen la DMed              | 19                                 | 35,2                    |
| Tengo suficiente tiempo para la compra, organización y preparación de alimentos             | 8                                  | 14,8                    |



**Figura 4.** Distribución porcentual de las oportunidades de los estudiantes para adherir a la DMed

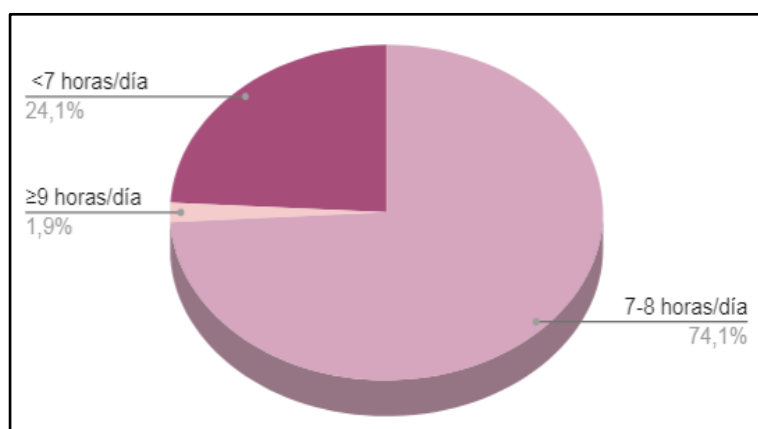
### Características asociadas al estilo de vida

Al profundizar sobre las características que están asociadas al estilo de vida de los estudiantes se recabó la información detallada:

**Tabla 3.** Descripción del estilo de vida de los estudiantes

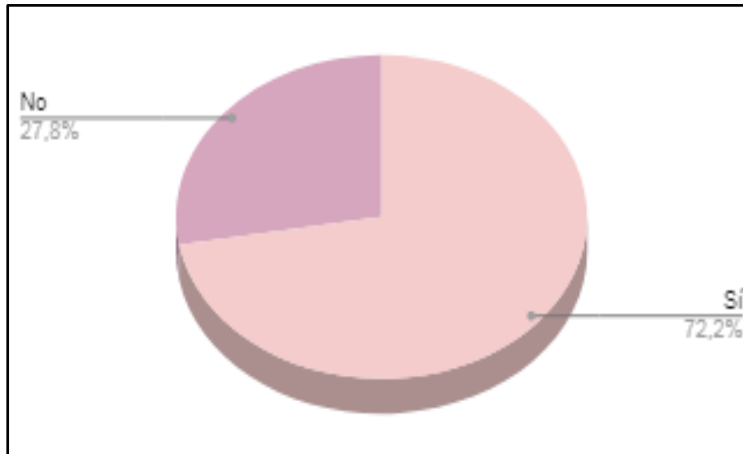
| Variables asociadas al estilo de vida |  |
|---------------------------------------|--|
| Horas de sueño                        | -74,1% tiene entre 7-8 h de sueño                |
| Consumo de alcohol                    | -72,2% consume alcohol                           |
| Consumo de tabaco                     | -22,2% fumó en los últimos 6 meses               |
| Actividad física                      | -66,7% realiza 30 min de actividad física        |
| Comidas diarias                       | -87% realiza desayuno, almuerzo, merienda y cena |

Se supo que 40 personas (74%), tienen entre 7 y 8 horas de sueño al día. Las personas que duermen menos de 7 horas son 13 (24%) y uno solo duerme más de 9 horas (2%).



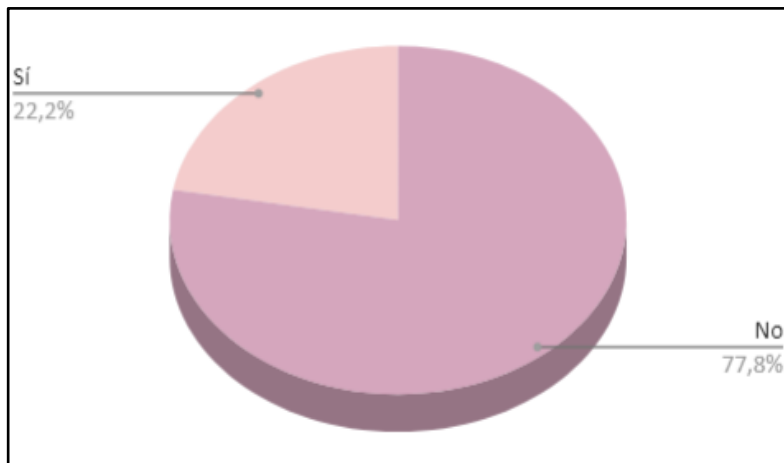
**Figura 5.** Distribución porcentual de las horas de sueño de los estudiantes

Acercas del consumo de alcohol, 39 (72,2%) personas manifestaron que consumen alcohol, en contraposición, 15 (27,8%) individuos, no consumen bebidas alcohólicas.



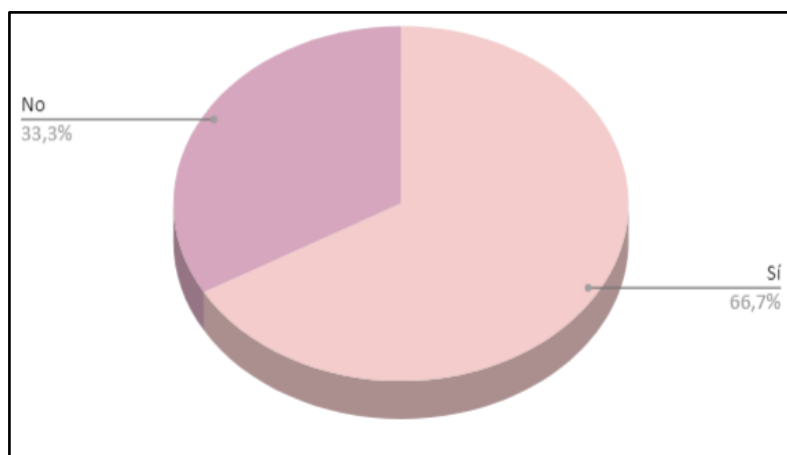
**Figura 6.** Distribución porcentual del consumo de alcohol de los estudiantes

Sobre el consumo de cigarrillos en los últimos 6 meses, 42 (77,8%) ingresantes expresaron no haber consumido, siendo 12 (22,2%) los que habían fumado al menos un cigarrillo en el periodo mencionado.



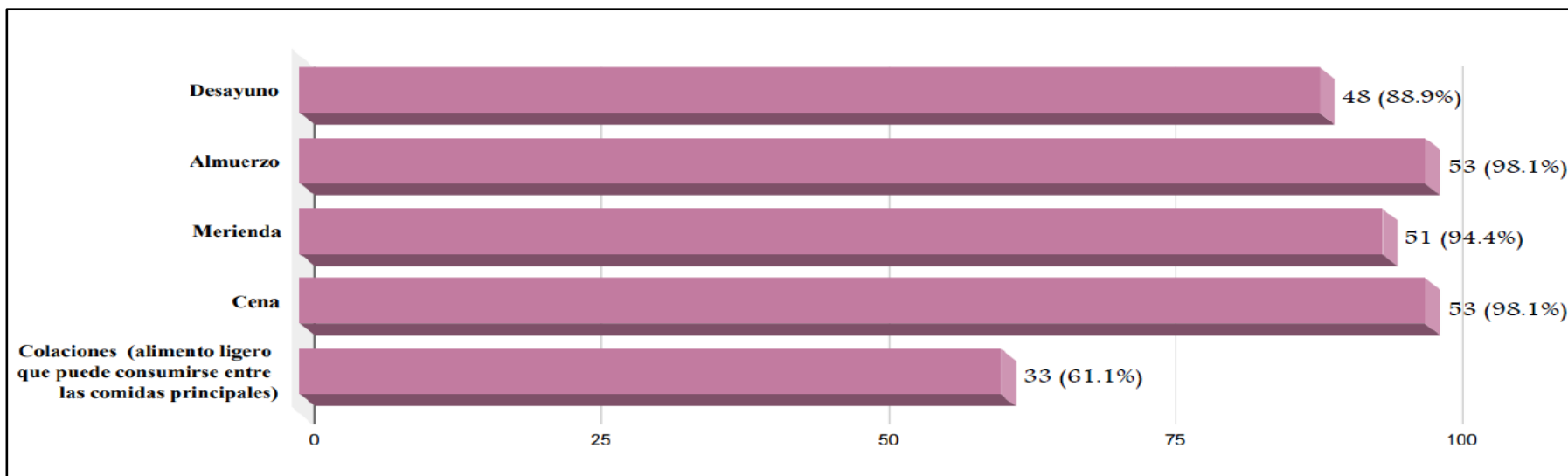
**Figura 7.** Distribución porcentual del consumo de tabaco de los estudiantes

Con respecto a la realización de actividad física, 36 estudiantes manifestaron que realizan, diariamente, al menos 30 minutos y por otro lado, 18 encuestados no realizan actividad física.



**Figura 8.** Distribución porcentual de la actividad física de los estudiantes

Otro componente del estilo de vida incluye la realización de las cuatro comidas principales al día. De los 54 estudiantes, el 87% realizan las cuatro comidas principales (desayuno, almuerzo, merienda y cena). De este total, el 31% lleva a cabo las 4 comidas principales y el 56%, además de estas 4 comidas, realiza colaciones. Hilando más fino y desglosando una a una, se pudo referir que el 88,9% estudiantes desayunan; el 98,1% almuerzan; 94,4% meriendan; 98,1% cenan y el 61,1% realizan colaciones.



**Figura 9.** Distribución porcentual de las comidas diarias que realizan los estudiantes

### **Asociación entre el estilo de vida y la adherencia a la DMed**

Se analizó la asociación entre las características vinculadas al estilo de vida y la adherencia al patrón alimentario mediterráneo a través del estadístico Irwin-Fisher bilateral, encontrando los siguientes resultados: para Horas de sueño  $p=0,31$ ; consumo de alcohol  $p>0,99$ ; consumo de tabaco  $p=0,06$ ; actividad física  $p=0,65$  y número de comidas  $p>0,99$ . No se encontró relación estadísticamente significativa ( $p>0,05$ ) entre las variables en estudio y la adherencia a la DMed.

## DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación tuvo como finalidad analizar el perfil de adherencia al patrón alimentario mediterráneo, las barreras y oportunidades para su adopción y su asociación al estilo de vida en ingresantes a la Lic. en Nutrición, FCM-UNC en el año 2021.

Al analizar el patrón alimentario de los ingresantes, mostraron un consumo caracterizado por una baja ingesta de frutas frescas y legumbres; siendo el 64,8% de los estudiantes que consumen menos de 3 raciones de frutas al día. Esto último, coincidió en parte con los resultados finales de la ENNyS 2 y 4° ENFR (7, 8) en relación al consumo global de frutas y verduras.

Sobre las legumbres, sólo el 29,6% consume 3 o más raciones a la semana; indicando un bajo consumo general; esta información coincidió con el último informe presentado por el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca, en 2021 (46) donde el consumo promedio anual per cápita fue de 800g. Sin embargo, el consumo de verduras fue, en promedio, de 2 o más raciones al día en el 72,2% del total muestral, cumpliéndose la recomendación de las Guías alimentarias para la población Argentina (GAPA) (21) sobre ingesta deseable del grupo de verduras y frutas, donde además los ingresantes consumen, al menos, medio plato de verduras en el almuerzo y medio plato en la cena. Un dato notable fue que el consumo de frutos secos, a nivel general, resultó muy bueno, en promedio la ingesta fue de 1 ración o más a la semana, representado por el 74,1% de los estudiantes; información que de alguna forma guarda relación con los obtenidos por Sudriá et al. (11), donde se encontró que las personas que no consumen carnes tienden a adecuar su consumo de alimentos de origen vegetal.

Este aspecto del consumo alimentario, la óptima ingesta de verduras y frutos secos, es muy importante de destacar puesto que los mismos tienen beneficios añadidos a su valor nutricional tradicional tan necesarios en esta etapa de la vida, que es el paso de la adolescencia a la adultez, en la que han completado la mayor parte de su crecimiento y desarrollo pero que aún no ha acabado. Entre estos beneficios encontramos que ayudan a controlar la glucemia, el colesterol sanguíneo, sirven como antioxidantes o secuestradores de componentes perjudiciales, fomentan la salud del tubo digestivo, tienen funciones cardio y neuroprotectoras, estimulan la actividad enzimática desintoxicante del hígado, dan saciedad y ayudan a mantener un peso saludable gracias al aporte de fibra, vitaminas, minerales, fitoquímicos, agua en el caso de las verduras y omega 3 en los frutos secos (16).

Los resultados obtenidos sobre el consumo de carnes rojas indicaron que sólo el 24,1% ingirió una ración al día. Lo destacable fue que el 29,6% directamente no consume



carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos. Esto de alguna manera, no coincide con los datos aportados por el Instituto de Promoción de la Carne Vacuna Argentina (IPCVA) (47) donde se registró que la carne vacuna fue la principal elección de las y los argentinos, con un promedio de 50 kg/hab./año en 2020. El no consumo de carnes rojas se debe a un cambio de paradigma basado en fundamentos filosóficos, sociales, políticos, religiosos, ecológicos, como así también la búsqueda de estilos de vida más saludables e incluso la preocupación por el peso corporal. Es por esto, que los jóvenes han reducido el consumo de carnes y/o adoptado una dieta vegetariana/vegana. Estas dietas bien planificadas, que incluyen legumbres, verduras, cereales integrales, frutas frescas y secas, pueden proporcionar los nutrientes adecuados para este periodo del ciclo vital. Sin embargo, dietas vegetarianas/veganas muy restrictivas o no planificadas deben tomarse con cautela puesto que se está en riesgo de insuficiencia nutricional. Es decir, un bajo aporte de proteínas para la función plástica y hormonal, la deficiencia de vitamina B12 y D, minerales como el Fe, Ca, Zn, I; tan importantes para la constitución ósea, el funcionamiento inmunitario, prevenir anemias, etc. (16).

Con respecto al consumo de pescados o mariscos, los valores registrados entre los ingresantes fueron definitivamente bajos, siendo el 3,7% quienes llegaron a incorporar la ración deseable estimada por el PREDIMED. Esto coincidió con lo expuesto por el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca; cuyos resultados mostraron que el consumo de pescado fue muy bajo en relación a la producción (48) que resultó ser de 5 kg/hab./año en 2018 (49). El pescado, rico en ácidos grasos omega 3 eicosapentaenoico (EPA) y docosahexaenoico (DHA) que elevan el colesterol HDL, disminuyen el LDL, con efectos antiinflamatorios y que disminuyen la lipemia postprandial, etc. (15); no forma parte de nuestra dieta habitual por múltiples causas, en primer lugar se aleja de nuestra tradición culinaria, otros aspectos importantes son el costo elevado en relación a los cortes más populares de carne vacuna, cerdo o pollo, el bajo poder saciόgeno y el fuerte aroma característico, entre otros. Por último, quienes deciden mejorar su alimentación e incorporar con más frecuencia este alimento, se ven con la limitación e incertidumbre de la contaminación con mercurio o antibióticos, estos últimos muy utilizados debido al hacinamiento en el que se producen estas especies (50, 51).

Sobre el consumo y uso de aceite de oliva, los resultados mostraron que el 40,7% de los estudiantes lo usaron como grasa principal para cocinar versus un 59,3% que no lo utilizó. Esto concuerda prácticamente con lo registrado por datos del Anuario de la Economía Argentina (21) donde se reporta que si bien en los últimos 20 años se fue incrementando su

producción y disponibilidad, aumentando de este modo su consumo, todavía es marginal en relación a los aceites de semillas. De todas formas, se debe resaltar que el 61,1% de los ingresantes eligieron a diario el aceite de oliva como aderezo, y consumieron 2 o menos de 2 cucharadas al día. Esto resultó, de alguna manera, esperanzador para pensar que a futuro el aceite de oliva sea elegido por más personas dado sus beneficios para la salud, como reducir el colesterol sérico, el colesterol LDL y los triglicéridos, además, de poseer efectos antiinflamatorios (15).

El consumo de manteca fue escaso, sólo el 27,8% la utilizó, incluso se pudo afirmar que fue muy bajo el consumo puesto que quienes manifestaron consumir más de una porción (12g) al día fueron solo el 1,9% del total de estudiantes; este dato coincide con los datos del Informe Técnico de Factores de Riesgo y Estilos de vida de la UNC (28) que indica el uso de la manteca para cocinar, en tan solo el 1% de la población universitaria. Este resultado impacta de manera beneficiosa sobre la salud de la población, si se lo mira desde la perspectiva de la DMed, que propone un bajo consumo de grasas saturadas contenidas en la manteca y la carne; ya que las mismas están asociadas a procesos pro inflamatorios, incrementando los niveles de LDL y el riesgo cardiovascular si su consumo es excesivo (15). Por lo tanto, fue positivo encontrar que el 72,2% de los ingresantes no consume este producto no solo por el contenido graso, sino por el contenido alto de sodio que integra la emulsión. Ligado muy fuertemente a la materia grasa y el sodio, están los productos de repostería, aunque estos utilizan margarina para elaboración de la mayoría de sus productos; el consumo total fue de 88,9% versus un 11,1% que directamente no consumieron. De los primeros, el 24,1% consumió productos de repostería tres veces a la semana o más; en contraposición del 64,8% que consumieron menos de esa cantidad. Estos resultados en comparación con los obtenidos en las ENNyS 2, donde el 17,2% de la población consumieron al menos una vez al día productos de panadería, indican un aumento. Por lo tanto, se equiparan a lo registrado por el estudio de Sudriá et al. (11); donde la ingesta diaria de una o dos porciones al día de panificados (bizcochos, facturas, tortas) se registró en el 48% de los encuestados que consumen carne, por otro lado; en el grupo de los vegetarianos, solo el 19% consume habitualmente una o dos porciones de panificados. Estos productos ricos en grasas saturadas, azúcares, sodio, y pobres en fibra y micronutrientes impactan negativamente en la morbimortalidad de las personas, dado que es realmente alto el aporte de energía en forma de calorías vacías. Una investigación realizada por el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI) demostró que sólo en panificados y galletitas se ingerían el 22% de las kcal/día consumidas por la población argentina (31).

Sobre las bebidas carbonatadas y/o azucaradas el 81,5% de los ingresantes no las consumió versus un 18,5% que sí; lo cual discrepa con la ENNyS 2 de 2019 (7) que registró el consumo de bebidas azucaradas al menos una vez al día en el 36,7% de la población; lo que alarmó sobremanera puesto que Argentina, en ese entonces, tuvo el consumo de bebidas azucaradas más alto del mundo. Resulta positivo esta baja en el consumo de bebidas azucaradas y/o carbonatadas dado que estas se asocian a un mayor riesgo de padecer SP, OB, HTA y DM que son las principales causas de ECV (7).

Por otro lado, el 91% de los encuestados presentó una baja adherencia al patrón dietario de tipo mediterráneo, coincidiendo con los resultados de la mayoría de las investigaciones realizadas en estudiantes universitarios, como el estudio de García Meseguer et al., en España (5) donde solo un escaso 5,3% de los participantes obtuvieron una adherencia satisfactoria a la DMed. Esto se acerca a lo obtenido por Vinaccia et al. (41) ya que sólo el 9,3% de los estudiantes colombianos mostraron tener una dieta acorde a la DMed.

En esta investigación se estimó estadísticamente que del total de encuestados solo 2 hombres (3,7%) y 3 mujeres (5,6%) tuvieron una alta adherencia a la DMed. Según el estudio de Downer et al. (52) el sexo femenino fue un factor predictivo de adherencia alta a DMed; mientras que el estudio de Vinaccia et al. (41) en Colombia el sexo masculino, significó una adherencia mayor a seguir un patrón mediterráneo en comparación con las mujeres.

Sobre las barreras manifestadas por los participantes, se encontró que el 31,5% no dispone del tiempo necesario para la compra, organización y preparado de alimentos; esto coincide con el trabajo de Carbajal-Azcona (32) que, por cuestiones laborales, horarios y/o distancias del hogar se limitan las elecciones saludables. Como segunda barrera más elegida, el 25,9% de los ingresantes manifestaron que no sienten la necesidad de mejorar la alimentación; lo cual resultó similar a lo hallado en la investigación mencionada anteriormente, donde el 71% de los encuestados de la Unión Europea respondieron que “no creían necesario realizar cambios en la dieta”. Esto sin dudas, podría limitar la incorporación de hábitos saludables y la adherencia a la DMed, dado que no habría interés en mejorar la alimentación.

Dentro de las opciones más elegidas, 14 (25,9%) fueron los ingresantes que manifestaron no tener posibilidades económicas para acceder a los alimentos esenciales de la DMed, esto corresponde con los factores antepuestos por Pastor et al. (30), cuyo estudio en una cohorte española de niños, expuso que los ingresos económicos de los tutores y precios de los alimentos determinaron la no adherencia al patrón mediterráneo. Por tanto, el factor

económico podría dificultar el acceso de alimentos característicos de la DMed que suelen tener un alto costo en el mercado, por ejemplo, el pescado (51) y el aceite de oliva.

Esta investigación también mencionó que dentro de las características que determinan las elecciones alimentarias figuran las creencias y costumbres alimentarias, siendo la tradición la que hace que el individuo tienda a elegir aquellos alimentos con los que está familiarizado. Lo mismo coincidió con lo registrado en la presente investigación, donde el 13% respondió que la DMed se aleja de sus costumbres alimentarias y un 9,3% manifestó no sentir agrado por los alimentos que conforman el patrón mediterráneo. Tanto la cultura alimentaria como los gustos son factores que influyen de manera determinada y podrían limitar las elecciones alimentarias. Por otro lado, el 5,6% de los ingresantes expuso que no cuentan con conocimientos relacionados a la salud y hábitos saludables; lo mismo se amolda a lo investigado por García-Torre (42) cuyo factor no modificable para adherir a la DMed fue la inexperiencia para seguir una alimentación saludable.

Sobre las oportunidades para adherir a la DMed, se cree que las opciones elegidas por los estudiantes como: muchos o algunos de los alimentos que conforman la DMed ya forman parte de la alimentación (77,8%); les gustan la mayoría de los alimentos que forman parte del patrón mediterráneo (72,2%); cuentan con conocimientos relacionados a la salud y hábitos alimentarios adecuados (59,3%) y sentir la necesidad de mejorar su alimentación actual (46,3%) podrían jugar el papel de factores protectores para una mayor adherencia a la DMed teniendo en cuenta los resultados obtenidos por Sánchez-Fideli et al. (53) en su investigación piloto sobre el seguimiento de 124 estudiantes de Ciencias de la Salud; cuya conclusión principal es que se observó una leve mejoría en la adherencia a la DMed cuando los estudiantes avanzaban en sus estudios, en este caso, cuando pasaban a segundo año. Por ello, se podría esperar que los ingresantes a medida que progresan en la carrera, vayan construyendo conocimientos y se sientan inclinados a mejorar sus hábitos.

Sentir la necesidad de mejorar su alimentación actual, como opción subjetiva, es compartida con otras investigaciones como el estudio de Vinaccia et al. (41) dentro de la población universitaria colombiana, donde la mayoría de ellos reporta una necesidad de mejorar sus hábitos alimenticios; al igual que el Informe de la UNC (28) donde el 89% indicó que intenta alimentarse de manera sana y equilibrada y un 84% consideró que debería cuidar más su salud.

Teniendo en cuenta los resultados hallados, se pudo conocer que los estudiantes tienen un estilo de vida que se asemeja a las recomendaciones de los expertos: el 74,1% duerme entre 7 y 8 horas, el 66,7% realiza al menos 30 minutos de actividad física, y el 31% lleva a

cabo las 4 comidas principales; siendo el 56% que, además de estas 4 comidas, realiza colaciones. Lo que concuerda, en parte, con lo registrado por el Informe de la UNC (28) donde, de los alumnos encuestados, el 73% dormía entre 6 y 8 horas, el 31% realizó actividad física ligera en el último semestre y la mitad de los encuestados fumó alguna vez cigarrillos (aunque sin detallar si hubo consumo o no en los últimos 6 meses). Esto último, se diferencia con la presente investigación que registró que el 77,8% no fuma, lo que coincide con lo informado por la 4° ENFR (8); donde el consumo de tabaco se redujo considerablemente, siendo del 22,2% en 2018 demostrando el impacto positivo de las políticas públicas en la salud de las personas. Es sabido el efecto oxidante y acelerador del envejecimiento celular que caracteriza al tabaco, que además está compuesto por sustancias citotóxicas que afectan al organismo (25).

Sobre el alcohol, el 72,2% de los ingresantes respondió que consume, siendo superior a lo hallado por el Informe de la UNC (28); donde el 50% de los encuestados consumían bebidas alcohólicas habitualmente. En este sentido, se corresponde con lo reportado por la última 4° ENFR (8) que registró un aumento exponencial del consumo de alcohol; especialmente en jóvenes de 18 a 34 años. Esto, sin dudas, rectifica que el consumo de bebidas alcohólicas es de riesgo en los estudiantes, no solamente por el alto porcentaje, sino también por la periodicidad de ese consumo. Los efectos del alcohol sobre la salud son variados, en primer lugar, algunas de estas bebidas contienen calorías y casi ningún otro constituyente útil, por lo que resultan en “calorías vacías”. Además, alteran el apetito, generan consecuencias metabólicas como acidosis e hipoglucemia, es adictivo el exceso de etanol además de tóxico, provoca a largo plazo lesiones hepáticas, cirrosis, cáncer de esófago, malnutrición en alcohólicos, accidentes, etc. Por lo tanto, está asociado a mayor riesgo de mortalidad global si se consume por encima de las dosis recomendadas según graduación alcohólica de la bebida (16).

La población, sujeto de esta investigación, tal como se expone en los párrafos anteriores, tiene un modo de vida que cumple en cierta medida con los parámetros de un estilo de vida saludable. En su mayoría, duermen entre 7 y 8 horas, no fuman, hacen actividad física diariamente y realizan las 4 comidas principales, y aun así la adherencia a la DMed no fue significativa al no hallarse asociación entre variables ( $p > 0,05$ ). Delante de esos hallazgos, se encuentran disimilitudes con lo referido por los estudios tomados como referencia. Por ejemplo, Downer et al. (50) plantean que existen predictores medidos a corto plazo, como actividad física alta y no ser fumador que de estar presentes determinan una adherencia mayor al patrón mediterráneo. También Benedetti et al. (54) destacaron otros hábitos no

saludables como un tiempo de actividad física insuficiente y desorden en las comidas; siendo aquellas personas que desayunan por lo menos una bebida y una comida quienes presentaron un  $OR=2,57$  en relación a la adherencia a la DMed, frente a aquellas que se saltan comidas, que puntuaron  $OR=0,82$ . Es decir, que quienes no se saltan las comidas principales, tienen mayor posibilidad de adherir a la DMed, ya que el OR indica asociación al ser mayor a 1. Por otra parte, estos autores encontraron que las personas que nunca fumaron o dejaron de fumar tenían un 25% más de probabilidades de adherirse a la DMed y los que practican deporte (al menos ocasionalmente) tienen un 10% más de probabilidades de seguir la DMed en comparación con las personas que no practican deporte.

García-Torre (42) en su trabajo de grado, recopila a varios autores investigadores del patrón mediterráneo para conocer los factores determinantes para su adherencia. Entre ellos, fueron Ayuso et al. (55) que consideraron la importancia de la actividad física, el hábito tabáquico y el consumo de comida procesada y ultraprocesada. En su muestra, más de las tres cuartas partes puntuaron baja-media adherencia a la DMed, y el 40,8% de los jóvenes declararon no practicar ninguna actividad física, el 21,9% fumaban y 18% consumían comida procesada y ultraprocesada más de una vez por semana. En esta investigación, las personas que registraron una baja adherencia a la DMed, tenían, además, un estilo de vida poco saludable; al ser contrarrestado estos resultados con la investigación expuesta no se encontraron datos similares, ya que los ingresantes presentaron un estilo de vida saludable en gran medida, pero con valores inferiores para adherencia a la DMed.

Ante todo lo expuesto, es importante reconocer las limitaciones de la presente investigación, en primer lugar la transversalidad del estudio dado que no se realiza un seguimiento temporal de los estudiantes y las variables de estudio. En segundo lugar, el número reducido muestral que impide extrapolar los resultados de manera representativa y la ausencia de variables de mayor significancia que permitan indagar aún más en el estilo de vida como alimentación (consumo de agua, alimentos y/o productos probióticos); bienestar psicosocial de los estudiantes, especialmente en tiempos de pandemia teniendo en cuenta que tuvo un impacto significativo en los modos de vivir y alimentarse. También, dato que no es menor, saber si los estudiantes viven solos, con familia o amigos; ya que tal como se ha visto en otros estudios, es un factor determinante para la conformación del estilo de vida y la alimentación. No obstante, esta investigación aporta las principales aproximaciones en el estudio sobre la DMed en la población universitaria proveniente de varios puntos del país.

## CONCLUSIONES

El principal objetivo de este trabajo de investigación fue conocer el perfil de adherencia al patrón alimentario mediterráneo en estudiantes universitarios. Para ello, en primer lugar fue necesario profundizar en el estudio de la DMed; sus orígenes, características, principales componentes y sus beneficios para la salud. En segundo lugar, como se piensa y entiende al ser humano como un ser bio-psico-social, es que se indagó al respecto de las barreras y oportunidades que presentan los estudiantes para la adopción de este patrón alimentario. Por último, se profundizó en el conocimiento de las características asociadas al estilo de vida.

A partir de estos ejes y retomando las hipótesis planteadas a saber, que los estudiantes presentan una baja adherencia al patrón alimentario mediterráneo y en segundo término, que un estilo de vida poco saludable, caracterizado por horas insuficientes de sueño, consumo de alcohol, consumo habitual de tabaco, baja actividad física y la no realización de cuatro comidas diarias, se asocia a menor adherencia al patrón alimentario mediterráneo, se puede decir lo siguiente:

- La población sujeto de esta investigación presentó una baja adherencia al patrón dietario mediterráneo,
- Las características alimentarias se corresponden bastante con los resultados obtenidos en las últimas 4° ENFR y ENNyS 2, a excepción de bebidas carbonatadas y/o azucaradas y el consumo de carnes rojas.
- La detección de barreras y oportunidades para la adopción de la DMed que permitan pensar en futuras estrategias,
- Para concluir, se puede exponer que los estudiantes presentan un estilo de vida saludable. Sin embargo, no impactó en la adopción de la DMed.

La DMed representa un estilo de vida que supone pensar en la salud en forma holística; acompañando una alimentación diversa, variada y completa con un sueño reparador, ejercicio, moderado consumo de alcohol y estrés reducido. Es por esto, que el patrón mediterráneo juega un papel importante en la comunidad universitaria y en la construcción de estrategias pensadas a largo plazo con el fin de mejorar la calidad de vida y el riesgo de enfermarse.

Se sabe que la DMed resulta actualmente una de las formas de alimentarse más investigada científicamente y con la que se ha obtenido buenos resultados a largo plazo en otras poblaciones; por tanto, es sin dudas, una de las mejores opciones al momento de pensar en un estilo de vida saludable para las sociedades. Incluso, se ha demostrado que este modelo contribuye a la preservación del medio ambiente e implica una menor demanda de recursos de agua, suelo y energía, siendo su proceso productivo más sostenible en comparación con la producción occidentalizada de alimentos.

Pero se debe tener en cuenta la complejidad del acto alimentario y la red de factores que influyen a la hora de elegir nuestra alimentación habitual. Las decisiones alimentarias, en su mayoría, no son pensadas en forma individual, y en estas decisiones hay varios determinantes que intervienen: el costo económico de los alimentos, los gustos y costumbres alimentarias, el acceso desigual a los alimentos, el apogeo de los productos comestibles y la industrialización de la alimentación, los sistemas productivos, la desregulación de la publicidad, el apoyo escaso de figuras claves en la formulación y puesta en marcha de políticas públicas, la falta de educación alimentaria nutricional que garantice el derecho a recibir información nutricional adecuada, entre otros determinantes de igual importancia.

Como futuros profesionales de la salud es imperativo aportar conocimientos y herramientas que enriquezcan el debate y diseño de estrategias para la promoción y adopción de estilos de vida más saludables teniendo en cuenta que estos, de ser afianzados durante la adultez temprana, resultarán positivos para la salud futura.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Sofi F, Macchi C, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. *Public Health Nutr.* 2014; 17 (12): 2769-2782.
- (2) Carmena R. AncelKeys (1904-2004). *Rev Esp Cardiol.* 2005; 58 (3): 318-319.
- (3) Trichopoulou A, Martínez-González MA, Tong TY, Forouhi NT, Khandelwal S, Prabhakaran D et al. Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. *BMC Med.* 2014; 12 (112).
- (4) González-Svatetz C, Agudo A, Atalah E, López-Carrillo L, Navarro A. *Cáncer y Nutrición: Lo que la ciencia nos enseña.* España: Editorial Médica Panamericana; 2016.
- (5) Martínez-Alvarez J, Villarino-Marín A. *Dieta mediterránea, avances en alimentación, nutrición y dietética.* España: Fundación Alimentación Saludable; 2014.
- (6) Da Silva R, Bach-Faig A, Raidó-Quintana B, Buckland G, Vaz de Almeida MD, Serra-Majem L. World wide variation of adherence to the Mediterranean diet, in 1961-1965 and 2000-2003. *Public Health Nutr.* 2009; 12 (9): 1676-1684.
- (7) Ministerio de Salud y Desarrollo Social. *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud- ENNyS 2.* Argentina: Secretaría de Gobierno de salud; 2019.
- (8) Ministerio de Salud y Desarrollo Social. *4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Informe definitivo.* Buenos aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) - Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación; 2018.
- (9) Ortiz-Moncada R, Norte-Navarro AI, Zaragoza-Marti A, Davó-Blanes C. ¿Siguen patrones de dieta mediterránea los universitarios españoles? *Nutr Hosp.* 2012; 27 (6): 1952-1959.

- (10) Leal M, Rodriguez-Fanlo E, Suárez MJ. Deficiencia de micronutrientes en Argentina. Argentina: Universidad Maimónides- Departamento de Investigación en Nutrición; 2017.
- (11) Sudriá ME, Andreatta MM, Defagó MD. Los efectos de la cuarentena por coronavirus (COVID-19) en los hábitos alimentarios en Argentina. *Diaeta*. 2020; 38 (171).
- (12) Urquiaga I, Echeverría G, Dussailant C, Rigotti A. Origen, componentes y posibles mecanismos de acción de la dieta mediterránea. *Rev méd Chile*. 2017; 145 (1).
- (13) Keys A. Epidemiological studies related to coronary heart disease: characteristics of men aged 40-59 in seven countries. Tampere: Hämeen Kirjapaino; 1966.
- (14) Bouzas C, Bibiloni M, Julibert A, Ruiz-Canela M, Salas-Salvadó J, Corella D et al. Adherence to the Mediterranean Lifestyle and Desired Body Weight Loss in a Mediterranean Adult Population with Overweight: A PREDIMED-Plus Study. *Nutrients*. 2020; 12 (7): 2114.
- (15) Tsigalou C, Konstantinidis T, Paraschaki A, Stavropoulou E, Voidarou C, Bezirtzoglou E. Mediterranean Diet as a Tool to Combat Inflammation and Chronic Diseases. An Overview. *Biomedicines*. 2020; 8 (7): 201.
- (16) Asaduroglu A. Manual de Nutrición y Alimentación Humana. Ed. previa. Córdoba-Argentina: Editorial Brujas; 2016.
- (17) Salas-Salvadó J, Mena-Sánchez G. El gran ensayo de campo nutricional PREDIMED. *Nutr Clin Med*. 2017; 11 (1): 1.
- (18) Russo GL, Sicini A, Fogliano V, Geleijnse JM, Giacco R, Giampaoli S et al. The Mediterranean diet from past to future: Key concepts from the second “Ancel Keys” International Seminar. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2021; 31 (3).
- (19) Blas A, Garrido A, Unver O, Willaarts B. A comparison of the Mediterranean diet and current food consumption patterns in Spain from a nutritional and water perspective. *Sci Total Environ*. 2019; 664: 1020-1029.
- (20) Universidad de Chile [Internet]. Chile: Constanza Flores; 2021 [4 de marzo de 2021; 29 de agosto de 2021]. Noticias. Especial sobre obesidad: la otra pandemia. Disponible en: <https://www.uchile.cl/noticias/173299/especial-sobre-obesidad-la-otra-pandemia>
- (21) Ministerio de Salud de la Nación. Guías Alimentarias para la Población Argentina: Documento técnico metodológico. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2016.

(22) Ministerio de Salud [Internet]. Mendoza: Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes; 2016. Maletín Educativo de Salud: “Actividad Física”. Disponible en: <https://www.mendoza.gov.ar/salud/maletin/#1>

(23) Risso-Patrón V, Bichara P, Bustos A, Abrodos N, Sánchez D, Hansen E et al. Manual para la aplicación de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. Mensaje 1. Argentina: Ministerio de Salud Argentina; 2020.

(24) National Heart Lung and Blood Institute (NIH). INFORMACIÓN GENERAL: Sueño Saludable. Estados Unidos: NIH; 2013. No. 13-7426S.

(25) Ascario S. Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención. República Oriental del Uruguay: Organización Panamericana de la Salud; 2009.

(26) Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). “Consumo responsable de alcohol”: Sesión Informativa. España: SEMERGEN; 2017.

(27) Ministerio de Salud de la Nación. Manual de Universidades Saludables. Argentina: Ministerio de Salud; 2012.

(28) Alderete A, Bologna E, Maccagno A, Somazzi C, Oehlschäger A, Esbry N. Informe Encuesta de Factores de Riesgo y Calidad de Vida de Estudiantes Universitarios en la UNC: Informe técnico. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2014.

(29) Negro E, Gerstner C, Depetris R, Barfuss A, González M, Williner MR. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en estudiantes universitarios de Santa Fe. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2018; 22 (2).

(30) Pastor R, Pinilla N, Tur JA. The Economic Cost of Diet and Its Association with Adherence to the Mediterranean Diet in a Cohort of Spanish Primary School Children. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18 (3).

(31) Zapata ME, Roviroso A, Carmuega E. La Mesa Argentina en las Últimas Dos Décadas: Cambios en el patrón de consumo de alimentos y nutrientes (1996 - 2013). 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil - CESNI; 2016.

(32) Carbajal-Azcona A. Manual de Nutrición y Dietética: Dieta Mediterránea. Modelo de dieta prudente y saludable. España: Universidad Complutense de Madrid; 2013.

(33) Hernandez-Sampieri R. Metodología de la Investigación. 4ª ed. México: Editorial McGraw-hill/Interamericana Editores; 2014.

(34) Real Academia Española [Internet]. España: RAE; s.f. [s.f; 17 de junio de 2021]. Edad. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>

(35) Identidad de Género. Ley 26.743. (mayo de 2012).

- (36) Ordenanza 9/11. Honorable Consejo Superior, n°38 II (18 de octubre de 2011).
- (37) Junta de Andalucía [Internet]. España: Consejo de Salud y Familias; s.f. [s.f; 17 de junio de 2021]. Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/recursos-pslt.html>
- (38) Sociedad Argentina de Cardiología [Internet]. Argentina: Alejandra Folgarait. 2019 [3 de enero de 2019; 17 de junio de 2021]. Sueño, ¿Cuánto dormir de noche y de día?. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/actualidad/sueno-cuanto-dormir-de-noche-y-de-dia/>
- (39) Medlineplus [Internet]. Estados Unidos: Medlineplus; 2020 [5 de octubre de 2020; 17 de junio de 2021]. Consumo y nivel seguro de alcohol. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001944.htm>
- (40) Devis Devis J. Actividad física, deporte y salud. 2ª ed. Barcelona: INDE Publicaciones; 2000.
- (41) Vinaccia S, Serra-Majem L, Ruano-Rodriguez C, Quintero MC, Quiceno J, Ortega A et al. Adherencia a la dieta mediterránea en población universitaria colombiana. Nutr clín diet hosp. 2019; 39(1): 98-99.
- (42) García-Torre N. Determinantes de la adherencia a la Dieta Mediterránea: punto de partida para la Enfermería Comunitaria. Revisión Narrativa. [Trabajo de grado]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2018/19.
- (43) Díaz MP, Aballay LR, Pou SA, Tumas N. Estadística para las Ciencias de la Salud. Argentina: Eudecor; 2013.
- (44) Aballay LR, Niclis C, Becaria-Coquet J. Informática Aplicada a la Nutrición. Argentina; 2018.
- (45) Di Rienzo SA, Casanoves F, Balzorini MG, Gonzalez L, Tablada M, Robledo CX. Infostat (Versión 2020).
- (46) Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca. Producción de legumbres en Argentina: Informe Julio 2021. Buenos Aires: Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca; 2021.
- (47) Instituto de Promoción de la Carne Vacuna Argentina. Argentina: IPCVA [18 de agosto de 2021]. Estadísticas: Consumo de Carne Vacuna - Kilogramos/Habitante [base de datos en Internet]. Disponible en: [http://www.ipcva.com.ar/estadisticas/vista\\_consumos\\_promedio.php](http://www.ipcva.com.ar/estadisticas/vista_consumos_promedio.php)

(48) Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca [Internet]. Argentina; 2018 [acceso 19 de agosto de 2021]. Campaña "Come pescado argentino". Disponible en: [https://www.magyp.gob.ar/sitio/\\_img/comepescado/2019/DOSSIER.pdf](https://www.magyp.gob.ar/sitio/_img/comepescado/2019/DOSSIER.pdf)

(49) Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca [Internet]. Argentina; 2018 [acceso 19 de agosto de 2021]. La agroindustria promueve el consumo de pescado. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/agroindustria-promueve-el-consumo-de-pescado>

(50) Infobae.com [Internet]. Argentina; 2014 [acceso 16 de marzo de 2022]. De Chavez V. Los argentinos casi no comen pescado pese a sus amplias costas. Disponible en: <https://www.infobae.com/2014/12/15/1615367-los-argentinos-casi-no-consumen-pescado-pese-sus-amplias-costas/>

(51) La Capital [Internet]. Mar del Plata; 2017 [acceso 16 de marzo de 2022]. De Maragnoni A. Por qué comemos poco pescado. Disponible en: <https://www.lacapitalmdp.com/por-que-comemos-poco-pescado/>

(52) Downer MK, Gea A, Stampfer M, Sánchez-Tainta A, Corella D, Salas-Salvadó J et al. Predictors of short- and long-term adherence with a Mediterranean-type diet intervention: the PREDIMED randomized trial. *IJBNPA*. 2016; 13 (67).

(53) Sánchez-Fideli M, Gutiérrez-Herbás A, Rizzo-Baeza M, Cortés-Castelli E. Estudio longitudinal sobre la adherencia al patrón de Dieta Mediterránea en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Rev Esp Nutr Hum* 2018; 22 (1): 362.

(54) Benedetti I, Laureti T, Secondi L. Choosing a healthy and sustainable diet: A three level approach for understanding the drivers of the Italians' dietary regime over time. *Appetite* 2018; 123: 357-366.

(55) Ayuso NC, Rodríguez AS, Fernández MRP. Adherencia a la dieta mediterránea de la población estudiantil de ámbito urbano. *Metas Enferm* 2018; 21(2): 5-10.

**ANEXOS**

**Ficha Catastral- Ciclo de Nivelación 2021**



UNC

UNC

Ficha de inscripción nro:

Fecha de última modificación:

Número de documento:

Apellido:

Nombres:

| Propuesta                 | Ubicación       | Per. Insc. |
|---------------------------|-----------------|------------|
| LICENCIATURA EN NUTRICIÓN | SEDE ÚNICA 0698 | 0698-2021P |

**Datos principales**

*Datos personales*

País emisor del documento

Nro. de documento

Género

E-mail

*Datos de nacimiento*

Fecha

*Pasaporte*

País emisor

*Visa*

Tipo de visa

Vencimiento

*Residencia*

Tipo de residencia

Vencimiento de la residencia

*Pueblos originarios*

¿Pertenece a algún pueblo originario?

**Datos personales**

*Domicilio durante el período de clases*

Calle

Piso

Unidad

Código Postal

Telefono fijo

¿Con quién vivís durante este período?

Tipo de Documento

Nacionalidad

Número de CUIL (sin guiones)

Localidad

Número de pasaporte

Fecha de otorgamiento

Otorgamiento de la residencia

¿A cuál?

Número

Departamento

Localidad

Barrio

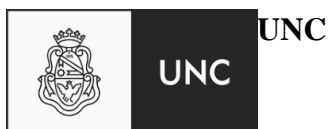
Tipo de residencia

*Domicilio de procedencia (donde vivís fuera del periodo de clases)*

|               |                    |
|---------------|--------------------|
| Calle         | Número             |
| Piso          | Departamento       |
| Unidad        | Localidad          |
| Código Postal | Barrio             |
| Teléfono fijo | Tipo de residencia |

*Datos de una persona allegada*

|              |               |
|--------------|---------------|
| Apellido     | Nombre        |
| Relación     | Calle         |
| Número       | Piso          |
| Departamento | Unidad        |
| Localidad    | Código Postal |
| Barrio       | Teléfono      |



**Ficha de inscripción nro:**

**Fecha de última modificación:**

**Financiamiento de estudios**

*¿Cómo costear tus estudios?*

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| Con el aporte de familiares | Con planes sociales     |
| Con tu trabajo              | Con beca                |
| Otra fuente                 | Describí la otra fuente |

*Fuente de la beca*

|               |               |
|---------------|---------------|
| Universitaria | Internacional |
| Nacional      | Provincial    |
| Municipal     | Otra          |

*Tipo de beca*

|                    |                  |
|--------------------|------------------|
| De ayuda económica | De investigación |
|--------------------|------------------|

*De contraprestación de servicios*

*Tipo de ayuda económica*

|            |              |
|------------|--------------|
| Transporte | Efectivo     |
| Fotocopia  | Habitacional |
| Comedor    |              |

**Situación laboral**

*Situación laboral*

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Condición de actividad durante la semana pasada | En ese trabajo sos                 |
| Esa ocupación es                                | Horas semanales de trabajo         |
| Describí la tarea que realizás                  | Empresa                            |
| Otra empresa                                    | Sector                             |
| Subsector                                       | Facilidad de estudio en la empresa |

Facilidad de estudio en la institución

*Datos adicionales*

|   |  |
|---|--|
| ¿Te hacen descuentos jubilatorios?<br>(solo para los asalariados) | ¿Trabajas en el negocio<br>o empresa de un familiar? |
| ¿Recibís u obtenés pago por tu<br>trabajo? (en dinero o especies) |  |



**Situación familiar***Situación familiar*

Estado civil

¿Convivís con alguien (unión de hecho)?

Cantidad de hijos

*Datos de tu padre*

Apellido

Nombres

¿Vive?

Máximo nivel de estudios cursados

Condición de actividad durante la semana pasada

En ese trabajo es

Esa ocupación es

Describí la tarea que realiza

*Datos de tu madre*

Apellido

Nombres

¿Vive?

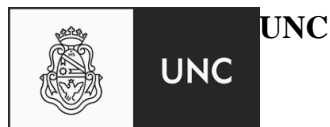
Máximo nivel de estudios cursados

Condición de actividad durante la semana pasada

En ese trabajo es

Esa ocupación es

Describí la tarea que realiza

**Ficha de inscripción nro:****Fecha de última modificación:****Estudios***Orientación vocacional*

Orientación vocacional recibida

*Nivel secundario/Polimodal*

Año de egreso

Colegio Secundario

Título secundario

*Otros estudios superiores*

Universidad o institución

Tipo

Propuesta

Nivel

Áreas

Estado

Año de egreso

**Tecnología***Disponés de PC*

En tu casa

En el trabajo

En la universidad

En otro lugar

*Accedés a internet*

En dispositivos móviles

En tu casa

En el trabajo

En la universidad

En otro lugar

**Deportes**

*Deportes*

*¿Practicás deportes?*

*¿Dónde practicás?*

En un gimnasio privado

Particular

En la universidad

En otros lugares

*¿Qué practicás?*

Fútbol

Voley

Tenis

Handball

Básquet

Gimnasia

Natación

Otros

**Idiomas**

*Conocimiento de idiomas*

Inglés

Francés

Portugués

Otro

Alemán

Italiano

Chino

Nivel

**Datos de salud**

*Datos de salud*

Cobertura de salud

¿Sos celíaco?

1) La presente tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**

Córdoba,

.....  
**FIRMA**

**Cuestionario N°1**

- A. Edad. Especifica tu edad en años
- B. Identidad de género
- mujer
  - hombre
  - trans
  - no binario
- C. ¿Conoces sobre la dieta mediterránea (DMed)?
- Sí/No

D. ¿Sabes de qué se trata? Desarrolla con tus palabras (sólo si en la pregunta C respondiste que SÍ)

## CUESTIONARIO DE BARRERAS Y OPORTUNIDADES PARA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA Y ESTILO DE VIDA.

El patrón tradicional de DMed incluye un consumo elevado de fruta y verdura, aceite de oliva, pescado, legumbres, cereales, frutos secos, y lácteos; además promueve el consumo de alimentos en el hogar, un consumo moderado de alcohol, un alto consumo de agua, actividad física y un sueño reparador.

E. ¿Cuáles son las barreras que podrían dificultar tu adherencia a la DMed?

- No tengo posibilidades económicas para acceder a los alimentos que componen la DMed.

- No siento necesidad de mejorar mi alimentación actual.

- No cuento con conocimientos relacionados a la salud y hábitos alimentarios adecuados.

- No me gustan la mayoría de los alimentos que conforman la DMed.

- No tengo tiempo suficiente para la compra, organización y preparación de alimentos.

- Es una alimentación que se aleja de mis costumbres alimentarias.

- Otro.

F. ¿Cuáles son las oportunidades que podrían favorecer tu adherencia a la DMed?

- Tengo posibilidades económicas para acceder a los alimentos que componen la dieta mediterránea.

- Siento la necesidad de mejorar mi alimentación actual.

- Cuento con conocimientos relacionados a la salud y hábitos alimentarios adecuados.

- Me gustan la mayoría de los alimentos que conforman la DMed.

- Tengo tiempo suficiente para la compra, organización y preparación de alimentos.

- Muchos o algunos de estos alimentos de la DMed ya los incorporo en mi alimentación habitual.

- Otro.

### **Estilo de vida**

G. ¿Cuántas horas dormís por día?

- Más de 9 horas diarias
- 7-8 horas diarias
- Menos de 7 horas diarias

H. ¿Consumís alcohol?

Si/No

I. ¿Has fumado al menos un cigarrillo en los últimos 6 meses?

Si/No

J. ¿Cuántas comidas diarias realizas al día? Podés seleccionar más de una opción

- Desayuno
- Almuerzo
- Merienda
- Cena
- Colaciones (alimento ligero que puede consumirse entre las comidas

principales)

K. ¿Realizas al menos 30 minutos de actividad física al día?

Si/No

## **Cuestionario N°2 PREDIMED**

1. ¿Usas aceite de oliva como principal grasa para cocinar?

Si = 1 punto

No = 0 puntos

2. ¿Cuánto aceite de oliva consumes en total al día (incluyendo el usado para comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)?

2 o más cucharadas = 1 punto

menos de 2 cucharadas = 0 puntos

No consumo = 0 puntos

3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consumes al día? (las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración) 1 ración = 200 g.

2 o más al día (al menos una de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto

menos de 2 al día = 0 puntos

4. ¿Cuántas porciones de fruta (incluyendo jugo natural) consumes al día?

3 o más al día = 1 punto

menos de 3 al día = 0 puntos

**5.** ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consumes al día? (ración: 100 - 150 g)

menos de 1 al día = 1 punto

más de 1 al día = 0 puntos

No consumo = 0 puntos

**6.** ¿Cuántas raciones de manteca o margarina consumes al día? (porción individual: 12 g)

Menos de 1 al día = 1 punto

más de 1 al día = 0 puntos

No consumo = 0 puntos

**7.** ¿Consumes bebidas carbonatadas y/o azucaradas (agua saborizada, jugos artificiales, gaseosas) durante el día?

Sí = 0 puntos

No = 1 punto

**8.** ¿Bebes vino? ¿Cuánto consumes a la semana?

3 o más vasos a la semana = 1 punto

menos de 3 vasos a la semana = 0 puntos

No consumo = 0 puntos

**9.** ¿Cuántas raciones de legumbres consumes a la semana? (1 plato o ración de 150 g)

3 o más a la semana = 1 punto

menos de 3 a la semana = 0 puntos

No consumo = 0 puntos

**10.** ¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consumes a la semana? (1 plato pieza o ración: 100 - 150 g de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?

3 o más a la semana = 1 punto

menos de 3 a la semana = 0 puntos

No consumo = 0 puntos

**11.** ¿Cuántas veces consumes repostería comercial (no casera) como galletas, criollos, flanes, dulces o facturas a la semana?

menos de 3 a la semana = 1 punto

más de 3 a la semana = 0 puntos

No consumo = 0 puntos

**12.** ¿Cuántas veces consumes frutos secos a la semana? (ración 30 g)

1 o más a la semana = 1 punto

No consumo = 0 puntos

**13.** ¿Consumes preferentemente carne de pollo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100 - 150 g)

Sí = 1 punto

No = 0 puntos

No consumo = 0 puntos

**14.** ¿Cuántas veces a la semana consumes los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con ACEITE DE OLIVA (sofrito)?

2 o más a la semana = 1 punto

menos de 2 a la semana = 0 puntos

No consumo = 0 puntos

**PUNTUACIÓN TOTAL:**

<9 puntos: baja adherencia a la Dieta Mediterránea.

≥9 puntos: buena adherencia a la Dieta Mediterránea.

## GLOSARIO

**AGE:** Ácidos grasos esenciales

**CESNI:** Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil

**DMed:** Dieta Mediterránea

**DM:** Diabetes Mellitus

**DHA:** Docosahexaenoico

**ECV:** Enfermedad Cardiovascular

**4° ENFR:** Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

**ENNyS 2:** Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2

**ENT:** Enfermedades No Transmisibles

**EPA:** Eicosapentaenoico

**FCM:** Facultad de Ciencias Médicas

**GAPA:** Guías Alimentarias para la Población Argentina

**HTA:** Hipertensión arterial

**OB:** Obesidad

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PREDIMED:** Prevención con Dieta Mediterránea

**SP:** Sobrepeso

**SM:** Síndrome Metabólico

**UNC:** Universidad Nacional de Córdoba

**UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura