

# UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA DE AREQUIPA

## PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

### FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



" La familia como factor que influye en la calidad del hábito alimenticio y nivel de calidad en el hábito alimenticio en estudiantes de Medicina de la UCSM Arequipa marzo de 2016 "

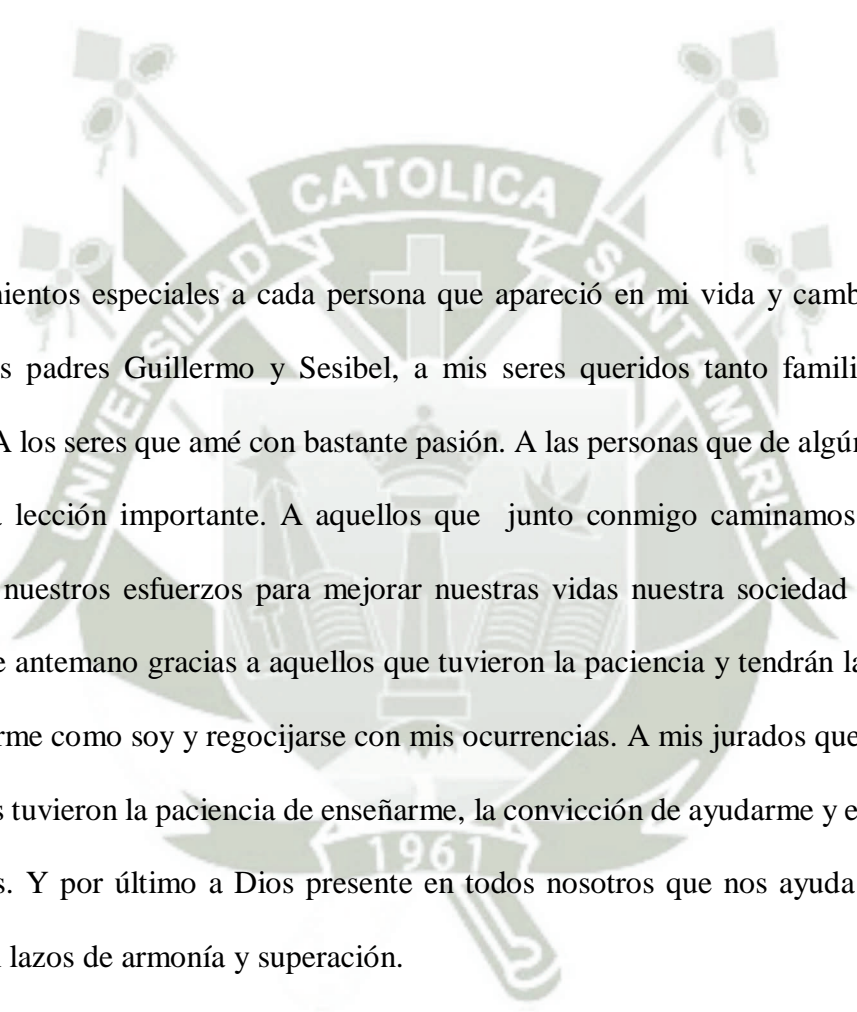
**AUTOR:**

**DIEGO ALONZO RONDÓN PINTO.**

Investigación Para Obtener  
El Título Profesional De Médico Cirujano.

**AREQUIPA - PERÚ**

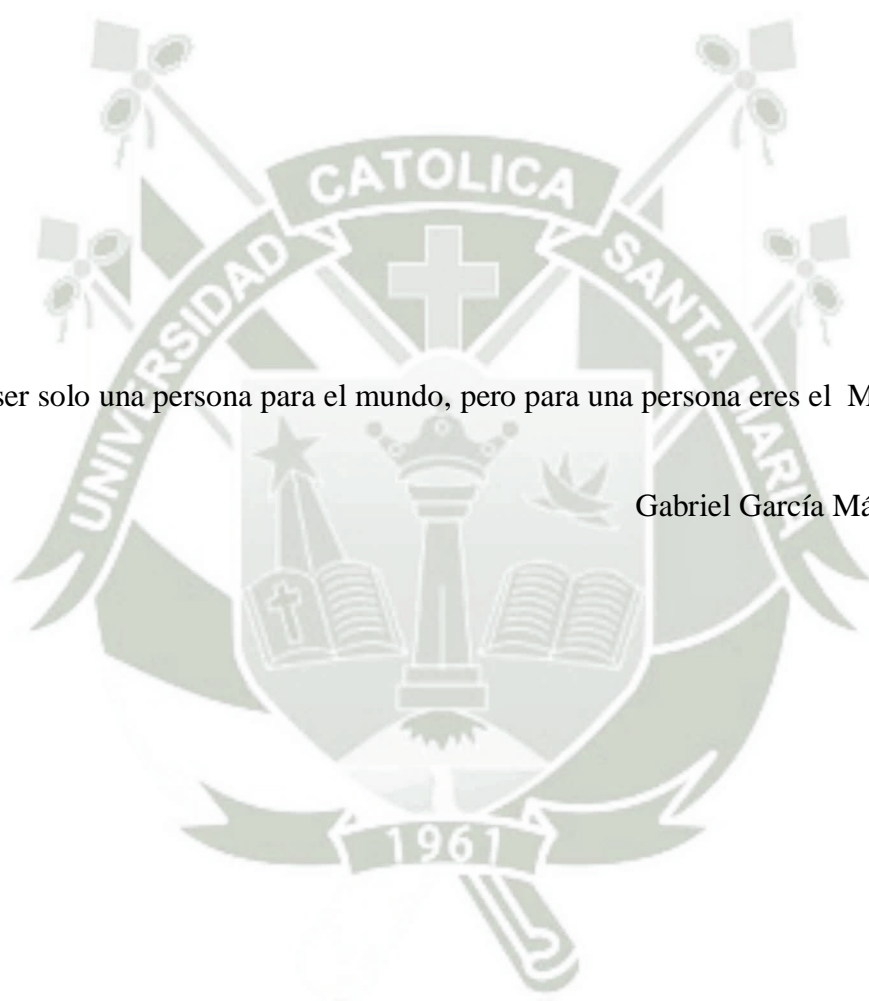
**2016**



Agradecimientos especiales a cada persona que apareció en mi vida y cambio algo en ella. A mis padres Guillermo y Sesibel, a mis seres queridos tanto familiares como amicales. A los seres que amé con bastante pasión. A las personas que de algún modo me dieron una lección importante. A aquellos que junto conmigo caminamos de lado y apoyamos nuestros esfuerzos para mejorar nuestras vidas nuestra sociedad y nuestros futuros. De antemano gracias a aquellos que tuvieron la paciencia y tendrán la paciencia por aceptarme como soy y regocijarse con mis ocurrencias. A mis jurados que a pesar de mis errores tuvieron la paciencia de enseñarme, la convicción de ayudarme y el júbilo, de ser colegas. Y por último a Dios presente en todos nosotros que nos ayuda a caminar unidos con lazos de armonía y superación.

“Puedes ser solo una persona para el mundo, pero para una persona eres el Mundo”.

Gabriel García Márquez.



INDICE GENERA.

1. RESUMEN.....	Pag.1
2. ABSTRACT.....	Pag.3
3. INTRODUCCIÓN.....	Pag.5
4. CAPITULO I :MATERIAL Y METODOS.....	Pag.8
5. CAPITULO II: RESULTADOS.....	Pag.14
6. CAPITULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	Pag.27
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	Pag.34
8. BIBLIOGRAFÍA.....	Pag.37
9. ANEXOS.	
Anexo 1: Cuestionario.	
Anexo 2: Ficha de manejo	
Anexo 3: consentimiento informado.	
Anexo 4: proyecto de tesis.	

## i. RESUMEN.

**Introducción:** Se sabe que la familia influye en el desarrollo de hábitos en el ser humano. Sean buenos o malos, estos son tomados y puestos en práctica ya de manera casi inconsciente, formando parte de la rutina de la persona. Sabemos que la vida universitaria es una etapa nueva para la persona donde pone e practica todos estos conocimientos además de la adquisición de nuevos. Sabemos que en nuestra sociedad la presencia de la familia aún está presente en la vida universitaria la cual podría influir en estos hábitos. Tenemos que la dieta mediterránea ha demostrado tener una gran influencia en la prevención y mantenimiento de un buen estado nutricional y de salud.

**Materiales y Métodos:** Se ha trabajado en estudiantes de Medicina Humana quienes sus edades están comprendidas predominantemente entre los 17 a 28 años. De los cuales se ha tomado 140 estudiantes de Medicina Humana. Se usó el test de KIDMED ,se les tomo el IMC (índice de masa corporal) y la circunferencia abdominal además de preguntarles con quien vivían actualmente.

**Resultados y discusiones:** Se obtuvo que la mayoría de los estudiantes presentan un regular hábito alimenticio (60%) como optimo (26,4%) tanto para hombres como para mujeres el cual no varía demasiado entre ambos género y una deficiente en el 13,6%. La mayoría de estudiantes presenta una edad entre los 21 a 25 años. Además se obtuvo que el 79,3% de ellos viven con sus padres. La mayoría de ellos presentan un bajo riesgo cardiometabólico de acuerdo a la obesidad abdominal como un IMC (Índice de masa corporal) adecuado.

**Conclusiones:** En las conclusiones se aprecia que los estudiantes viven con sus padres aun durante la vida universitaria, pero que no se pudo determinar si aún

influyen de manera positiva o negativa en los hábitos alimenticios. El IMC y la circunferencia abdominal son influenciados por el hábito alimenticio. De manera que quienes presenten un óptimo a regular hábito mantienen un mejor control del peso y un bajo riesgo cardio metabólico.

**Palabras claves:** Hábitos alimenticios, familia, calidad de alimentación estudiantes de medicina, IMC (Índice de masa corporal) y Obesidad central.



## iii. ABSTRACT.

**Introduction:** The family influences the development of habits humans. They are implemented on part of routine on unconsciously form. The college life is a new stage for the person which puts all these knowledge in practice. In our society, the presence of family is still present in university life.

The Mediterranean diet prevents diseases in a large term and maintains a healthy and good nutritional status.

**Material and methods:** The search was place on human medicine students who their ages are comprised predominant between 17 and 28 years old. We took 140 students. We used KIDMED test that report a healthy eating habit and record 16 items above characteristics of Mediterranean diet. We took BMI (body mass index) and abdominal circumference.

**Founds and discussion:** The findings were: The predominance students' age was between 21 and 25 years old (80.7%).

The most students have a regular (60%) and optimal (26.4%) eating habits. The wrong habits is in 13.6%. Then 79.3% of students live with their parents. And Most of them have a low cardio metabolic according to abdominal obesity and a normal weight.

**Conclusions:** The conclusions show that students live with their parents even during collage life but it could not be determined if still influence positively or negatively on eating habits. The BMI and abdominal circumference are influenced by the food habit. So who have a regular or optimal eating habits could manage better their weight.

The advices to present is that to get a better adhesion to Mediterranean diet. And it could be better if increase the eating of nuts, decrease the eating fast food and candies. In addition get to regula eating habit of time.

**Keywords:** Eating habits, family, quality eating, medicine student, central obesity and BMI (body mass index).



## v. INTRODUCCIÓN.

Una enfermedad por malos hábitos de alimentación se manifiesta cuando el organismo no consume los alimentos adecuados y por lo tanto los nutrientes que necesita diariamente no los tiene, empieza a manifestar ciertas irregularidades en su crecimiento y función. A veces una enfermedad por la mala alimentación, no es lo suficientemente notoria y no presenta síntomas, pero se va desarrollando oculta a los ojos del investigador, así permanece por mucho tiempo hasta que llega el día en que el daño ya no es compensado por el organismo o en otros casos pueden ocasionar daños que son irreversibles. No nos olvidemos también que estas carencias también podrían asociarse a obesidad, la cual es producto de alimentos de alto contenido calórico y bajo contenido nutricional.

Ya son varios los trabajos que hablan sobre lo que es una buena alimentación, se ha investigado y se ha encontrado diversos ítems importantes en el concepto de la prevención de enfermedades que ayudaran a un mejor control para la aparición de estas mismas con el cual se ha establecido ciertos criterios para su manejo. Uno de estos criterios es la dieta mediterránea la cual se ha visto asociado con menores eventos de enfermedades crónicas, tanto en su mortalidad como morbilidad y hacen de esta una de las más deseadas para el control de personas sanas. No obstante debemos recordar que nuestra sociedad ha pasado por grandes cambios en su cultura, dejando como consecuencia influencia enorme en los medios la cual es percibida por los jóvenes, además de el mismo nivel de competencia a la que ellos están sometidos, a la rutina de diversos horarios y a la influencia que su familia representa, todos ellos en conjunto influyen en las actitudes que toma el estudiante para el consumo de alimentos.

Es por ello que hemos tomado un grupo control en el área de estudiantes en el área de la salud para poder describir y comparar su comportamiento en lo que se refiere a una alimentación adecuada.

Por concepto tenemos ya establecido como debe ser una dieta compuesta por macro y micronutrientes, pero el detalle está en cómo adquirir estos componentes.

Pero ahora hay que considerar que nuestro organismo vive en un micro ecosistema con relación a la flora que habita en el tracto digestivo, la simbiosis de este micro ecosistema tiene que ser regulada también por sustratos adquiridos a través de la dieta.

Es por ello que el estilo de vida mediterráneo agrupa todas estas características las cuales se reúnen en un test llamado KIDMED la cual consta de 16 ítems. Esta dieta agrupa en forma general un alto consumo de frutas y vegetales principal fuente de fibra además legumbres, semillas y cereales no refinados; consumo de aceite de oliva como fuente de grasas mono insaturadas; bajo consumo de carnes rojas y derivados; moderado consumo de pollo y pescado; consumo de huevos regular forma por semana; vino en moderada cantidad. Este estilo de alimentación también incluye consumo de alimentos a la hora, además de bajo consumo de comida rápida, de dulces y golosinas. Los efectos visto en forma mediata son el mejoramiento del perfil lipídico, disminución del peso, disminución de la respuesta inflamatoria, mejora la función endotelial, disminuye el riesgo de trombosis y el crecimiento de placas ateroma tosas además de su estabilización, disminuye el riesgo de arritmias y muerte súbita, disminuye la presión y permite

un mejor control de la glicemia entre otros. Además se ha visto que a largo plazo reduce la incidencia de diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares como el cáncer colorectal, de próstata, digestivo, orofaringe y de mama.<sup>15</sup>

Como parámetros comparativos para una buena calidad de dieta tendremos en cuenta que el IMC y la circunferencia abdominal son utilizados para medir un estado nutricional adecuado aproximado para personas normales. Estos parámetros son establecidos puesto que la mala alimentación por exceso presenta ciertas características en las personas.

La clasificación de IMC donde se usa el peso y la talla es de la siguiente manera.

Menor a 18,5 peso insuficiente, normopeso es de 18,5 hasta 24,9, sobrepeso de 25 hasta 29,9, obesidad de 30 a 40, siendo todo lo mayor de 40 obesidad mórbida.<sup>12</sup>

De la circunferencia abdominal como marcador de la obesidad abdominal se encuentra elevado en personas con riesgo de poder sufrir eventos cardiacos, este parámetro varia con el sexo, y sus límites marcan riesgos de sufrir eventos cardio metabólico. En varones un valor mayor a 94 cm y 80 cm en mujeres marca un riesgo aumentado y los valores más de 102 cm en varones y de 88 en mujeres marcan un riesgo muy elevado.<sup>14</sup>



- I. **Técnica, Instrumentos y Materiales de verificación.**
  - a. **Técnica**: Se utilizó la técnica de recolección de datos a través de encuestas.
  - b. **Instrumentos**: Se utilizó como cuestionario de hábitos alimenticios el KIDMED (anexo 1) instrumento usado para comparar un buen estilo de alimentación, Balanza Camry Tallimetro y cinta métrica.
  - c. **Materiales**:
    - Cuestionario. (anexo 1)
    - Materiales de escritorio.
    - Computadora personal con procesamiento de textos, base de datos y estadísticos.
- II. **Campo de verificación.**
  - a. **Ubicación Espacial**: El presente trabajo se realizó en la universidad Católica de Santa María.
  - b. **Ubicación Temporal**: El estudio se realizó en forma histórica en el mes de marzo del 2016.
  - c. **Unidad de estudio**:
    - i. **Universo**: Estudiantes de Medicina de la Universidad Católica de Santa María.
    - ii. **Población blanco**: estudiantes de medicina Matriculados en el semestre impar del 2016.
    - iii. **Población accesible**: estudiantes de medicina matriculados en el semestre impar del 2016 que se encuentren en su rutina académica.

- iv. **Muestra:** población que cumpla los criterios de selección. Además de que se tiene un total de 950 matriculados en el semestre impar 2016 de medicina Humana. Según la fórmula para tamaño de muestra:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_\alpha^2}{e^2(N-1) + \sigma^2 Z_\alpha^2}$$

Tomando el valor de confianza (z) al de 2,24 con un 97,5% de confianza. Y un valor de error muestra deseado en 0,1. Y una desviación estándar de 0,5.

Donde obtenemos un tamaño muestra de 111 del cual se tomara un número mayor de 140, dividido en 70 hombres y 70 mujeres.

d. **Criterios de selección:**

i. **Criterios de Inclusión.**

- Estudiantes de ambos sexos.
- Estudiantes que presenten una rutina diaria. Regulares en sus actividades estudiantiles.
- Que estén incluidos en los márgenes de edad de 17 a 28 años.
- Que estén solteros y sin hijos.
- Que se encuentren en buen estado de salud.

ii. **Criterios de exclusión:**

- Que se encuentren en su segunda carrera profesional.
- Que laboren con horario completo o parcial.

III. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio comparativo -asociativo.

IV. **Nivel de investigación:** Es un estudio observacional analítico, trasversal.

V. **Estrategia de recolección de datos:**

a. **Organización.**

Se realizó las coordinaciones respectivas con la facultad de medicina para la realización del estudio.

Se buscó los horarios de los estudiantes y su disponibilidad de tiempo para la realización de encuestas.

Se abordó a los estudiantes en grupos o individualmente para la recolección de datos, utilizando el cuestionario, previamente con la autorización de cada uno de ellos.

b. **Validación de instrumentos.**

El KIDMED ya es un cuestionario validado, se comprobó la estandarización de los instrumentos usados.

c. **Criterios para manejo de resultados.**

i. **Plan de recolección.**

Los datos recolectados se realizaron con previa autorización de los estudiantes y coordinación con la universidad.

ii. **Plan de procesamiento.**

Los datos recolectados en el cuestionario fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

iii. **Plan de Clasificación.**

Se empleó una matriz de sistematización de datos donde se transcribieron todos los datos para su fácil manejo. Esta fue diseñada en una hoja de cálculo (Excel 2016)

iv. **Plan de codificación.**

Se codificó los datos que contenían escalas nominales para fácil manejo e ingreso a la base de datos.

v. **Plan de Recuento.**

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

vi. **Plan Analítico.**

Se utilizó variables categóricas como proporciones. Comparando estas mismas con el cálculo de chicharrado. Para el análisis de datos se utilizó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico, el paquete de datos SPSSv22.0 y el paquete de datos “Concepts and Applications of Inferential Statistics” con un nivel de significancia estadística ( $p < 0,05$ .)

vii. **Aspecto Ético.**

Se utilizó un documento de consentimiento informado para la realización del estudio, en el cual se aclara que el presente trabajo tiene fines académicos y que su identidad será protegida. (Anexo 3)

VI. Objetivos.

a. Hipótesis.

**DADO QUE el estudiante de medicina humana de la UCSM es influenciado por el entorno social ES PROBABLE QUE la familia influya en los hábitos alimenticios del estudiante de Medicina Humana.**

b. Objetivos Generales.

Determinar como la familia influye en los hábitos de alimentación y la calidad en la alimentación de los estudiantes de medicina humana de la UCSM.

c. Objetivos Específicos.

- i. Determinar el porcentaje de estudiantes que tienen un óptimo, regular o deficiente hábito alimenticio.
- ii. comparar el porcentaje de estudiantes que presentan un óptimo, regular o deficiente hábito alimenticio y su entorno.
- iii. Comparar la calidad de los hábitos alimenticios con el género, la edad, el IMC y la circunferencia abdominal.
- iv. Comparar el IMC de los estudiantes que consumen vegetales o frutas, aceite de oliva, frutos secos.
- v. Comparar el IMC de los estudiantes con los que consumen golosinas, comida chatarra y los que toman desayuno diariamente con los que no.



**TABLA N °1 PORCENTAJES EN LA CALIDAD DE ALIMENTACIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA UCSM.**

<b>La familia como factor que influye en la calidad del hábito alimenticio y nivel de calidad en el hábito alimenticio en estudiantes de Medicina de la UCSM Arequipa marzo de 2016.</b>		
calidad de alimentación estudiantes	Estudiantes	porcentaje
Optimo	37	26.4%
Regular	84	60.0%
deficiente	19	13.6%
Total	140	100.0%

ANALISIS: Apreciamos la presencia de un mayor número de estudiantes con un hábito regular de alimentación (60%). En regular cantidad un óptimo hábito (26,4%) y en menor cantidad un hábito deficiente (13,6%).

**Media aritmética = 6,05**

**Desviación estándar = 2,58**

**Mediana = 6.**

**E= 0,44.**

TABLA N° 2. FAMILIA Y CALIDAD DE ALIMENTACIÓN.

La familia como factor que influye en la calidad del hábito alimenticio y nivel de calidad en el hábito alimenticio en estudiantes de Medicina de la UCSM Arequipa marzo de 2016.								
FAMILIA Y CALIDAD DE ALIMENTACIÓN.	optima dieta		dieta regular		dieta deficiente		TOTAL	
vive con tus padres	33	23.6%	66	47.1%	12	8.6%	111	79.3%
familiares	0	0.0%	3	2.1%	1	0.7%	4	2.9%
Solo	3	2.1%	10	7.1%	5	3.6%	18	12.9%
Otros	1	0.7%	5	3.6%	1	0.7%	7	5.0%
	37	26.4%	84	60.0%	19	13.6%	140	100.0%

ANALISIS: Tenemos que en una dieta óptima el 23,6% de los estudiantes viven con sus padres. 0 % vive con familiares, quienes viven solos representan el 8 % y en otros un 2,1%.

En el caso de una dieta regular y que viven con sus padres el 47,1% de estudiantes, viven con un familiar son un 2,1 %, viven solos son un 7,1% y con otros 3,6%.

En el caso de los que presentan una dieta deficiente el 8,6 % de ellos viven con sus padres, El 0,7% con algún familiar, el 3,6 % viven solos y el 0,7 % vive con otros.

Chi-cuadrado = 6,61

P= 0,3584

TABLA N° 3. GÉNERO DEL ESTUDIANTE Y CALIDAD DE ALIMENTACIÓN.

**La familia como factor que influye en la calidad del hábito alimenticio y nivel de calidad en el hábito alimenticio en estudiantes de Medicina de la UCSM Arequipa marzo de 2016.**

género /calidad de alimentación	optima		regular		deficiente		total	
	masculino	21	15.0%	37	26.4%	12	8.6%	70
femenino	16	11.4%	47	33.6%	7	5.0%	70	50.0%
total	37	26.4%	84	60.0%	19	13.6%	140	100.0%

ANÁLISIS: Podemos apreciar entre para una buena calidad de alimentación se encuentra una mayor cantidad de hombres que mujeres 15% a 11,4%.

Los que tiene una regular dieta existe una mayor cantidad de mujeres que hombres el 33,6% contra un 26,4%.

Los que tiene una dieta deficiente, la cantidad de hombres es 8,6% la cual es mayor que el de las mujeres 37%.

**P = 0,2039**

**Chi-cuadrado = 3,18**

**MUJERES: Media= 6,07 Desviación estándar = 2,18 Mediana = 6 Moda = 7**

**VARONES: Media= 6,04 desviación estándar =2,91 mediana = 6 moda =6**

TABLA N°4. EDAD DE LOS ESTUDIANTES Y CALIDAD DE ALIMENTACIÓN.

La familia como factor que influye en la calidad del hábito alimenticio y nivel de calidad en el hábito alimenticio en estudiantes de Medicina de la UCSM Arequipa marzo de 2016.								
EDAD/ CALIDAD DE ALIMENTACIÓN	optima		regular		deficiente		TOTAL	
	adolescencia de 17 a 20	2	1.4%	14	10.0%	0	0.0%	16
juventud de 21 a 25	33	23.6%	62	44.3%	18	12.9%	113	80.7%
adulthood de 26 a 28	2	1.4%	8	5.7%	1	0.7%	11	7.9%
total	37	26.4%	84	60.0%	19	13.6%	140	100.0%

ANÁLISIS: Apreciamos que en los tres grupos predomina la edad de 21 a 25 años.

En el grupo de dieta optima el 1,4 % son adolescente, el 23,6% son jóvenes, y un 1,4 % adultos.

En el grupo de dieta regular presenta un 10% de estudiantes adolescentes, el 44,3 % de estudiantes son jóvenes y un 5,7 % como adultos.

En el grupo de dieta deficiente no se encuentran adolescentes, más el 12,9 % son jóvenes y el 0,7 % adultos.

Para las edades:

**Media aritmética =22,34 desviación estándar = 2,44, mediana = 22, moda = 25.**

**P = 0,1167**

**Chi-cuadrado = 7,39.**

**CUADRO N° 5. IMC Y LA CALIDAD DE ALIMENTACIÓN.**

<b>La familia como factor que influye en la calidad del hábito alimenticio y nivel de calidad en el hábito alimenticio en estudiantes de Medicina de la UCSM Arequipa marzo de 2016.</b>								
IMC/CALIDAD DE ALIMENTACIÓN.	optima		regular		deficiente		Total	
insuficiente	1	0.7%	1	0.7%	0	0.0%	2	1.4%
normo peso	33	23.6%	71	50.7%	11	7.9%	115	82.1%
sobrepeso	3	2.1%	12	8.6%	8	5.7%	23	16.4%
total	37	26.4%	84	60.0%	19	13.6%	140	100.0%

ANALISIS: En los de una dieta optima El 0,7% presenta peso insuficiente, el 23,6% un normo peso y 2,1% un sobrepeso 0,7%. Entre los que tiene una dieta regular presenta el 50,7% un normopeso un 0,7% un peso insuficiente y 8,6% sobrepeso. En Una dieta deficiente 0% peso insuficiente, 7,9% normopeso y 5,7% sobrepeso.

**P = 0,019**

**Chi-cuadrado = 11,79**

**Media aritmética = 22,82    desviación estándar = 2,16    mediana= 23    moda =22.**

TABLA N° 6. **CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL Y CALIDAD DE ALIMENTACIÓN.**

<b>La familia como factor que influye en la calidad del hábito alimenticio y nivel de calidad en el hábito alimenticio en estudiantes de Medicina de la UCSM Arequipa marzo de 2016</b>								
Circunferencia abdominal	optima		regular		deficiente		Total	
	bajo riesgo	37	26.4%	78	55.7%	13	9.3%	128
riesgo aumentado	0	0.0%	6	4.3%	6	4.3%	12	8.6%
total	37	26.4%	84	60.0%	19	13.6%	140	100.0%

**Entre las mujeres: Moda = 74      mediana =74      media aritmética =73,68**  
**desviación estándar = 2,57.**

**Entre los varones: Moda = 87      mediana = 87      media aritmética = 88,71**  
**desviación estándar = 3,18.**

**P = 0,0003      chi-cuadrado = 16,52**

ANALISIS: En las tres calidades de dieta encontramos predominio de la circunferencia abdominal de bajo riesgo.

En la dieta óptima apreciamos que el 26,4 % de los estudiantes presenta un bajo riesgo en obesidad abdominal.

En la dieta regular se encuentra que el 55,7 % de ellos presentan obesidad abdominal de bajo riesgo y el 4,3 % obesidad abdominal con un riesgo elevado.

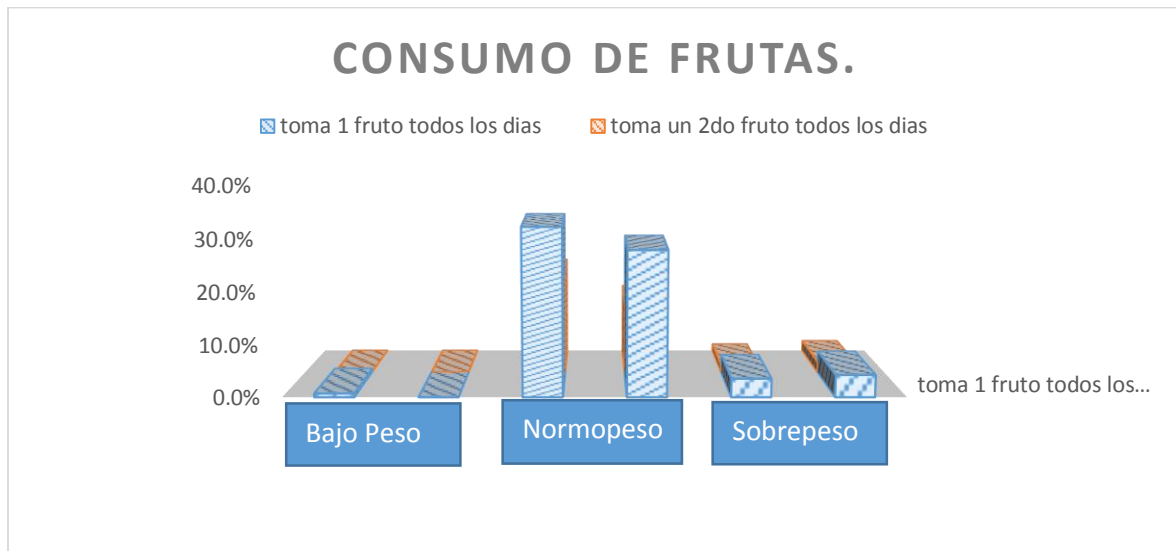
En la dieta deficiente tenemos que el 9,3% de estudiantes presentan una obesidad abdominal de bajo riesgo y en el 4,3 % un riesgo elevado.

TABLA N°7 RESUMEN DE LA CALIDAD DE ALIMENTACIÓN.

La familia como factor que influye en la calidad del hábito alimenticio y nivel de calidad en el hábito alimenticio en estudiantes de Medicina de la UCSM Arequipa marzo de 2016.														
Cuadro resumen	bajo peso				norme peso				sobrepeso					
	mujeres		hombres		mujeres		hombres		mujeres		hombres			
<b>PUNTUACIÓN DE KID MED</b>														
calidad de alimentación	2	1.4%	0	0	61	43.6%	54	38.6%	7	5.0%	16	11.4%	140	100.0%
Optima	1	0.7%	0	0	14	10.0%	19	13.6%	1	0.7%	2	1.4%	37	26.4%
Regular	1	0.7%	0	0	41	29.3%	30	21.4%	5	3.6%	7	5.0%	84	60.0%
Deficiente	0	0.0%	0	0	6	4.3%	5	3.6%	1	0.7%	7	5.0%	19	13.6%
<b>% DE RESPUESTAS DEL KIDMED</b>														
toma 1 fruto todos los días	1	0.7%	0	0.0%	45	32.1%	39	27.9%	5	3.6%	6	4.3%	96	68.6%
toma un 2do fruto todos los días	0	0.0%	0	0.0%	28	20.0%	20	14.3%	2	1.4%	3	2.1%	53	37.9%
toma verduras una vez/ día	1	0.7%	0	0.0%	57	40.7%	47	33.6%	5	3.6%	11	7.9%	121	86.4%
toma verduras más de 1 vez/ día	1	0.7%	0	0.0%	24	17.1%	14	10.0%	3	2.1%	2	1.4%	44	31.4%
toma pescado 2 o 3 veces/semana	0	0.0%	0	0.0%	17	12.1%	20	14.3%	2	1.4%	7	5.0%	46	32.9%
acude más de 1 vez a restaurantes de comida rápida	0	0.0%	0	0.0%	28	20.0%	22	15.7%	2	1.4%	12	8.6%	64	45.7%
consume legumbres más de 1 vez por semana	2	1.4%	0	0.0%	41	29.3%	41	29.3%	5	3.6%	12	8.6%	101	72.1%
toma pastas o arroz casi a diario (5 o más /semana)	2	1.4%	0	0.0%	44	31.4%	45	32.1%	6	4.3%	16	11.4%	113	80.7%
desayuna cereal y derivados	2	1.4%	0	0.0%	51	36.4%	44	31.4%	7	5.0%	14	10.0%	118	84.3%
toma frutos secos con regularidad	0	0.0%	0	0.0%	20	14.3%	23	16.4%	3	2.1%	3	2.1%	49	35.0%
Utiliza aceite de oliva.	2	1.4%	0	0.0%	34	24.3%	33	23.6%	6	4.3%	6	4.3%	81	57.9%
Desayuna a diario.	0	0.0%	0	0.0%	12	8.6%	11	7.9%	2	1.4%	6	4.3%	31	22.1%
desayuna un lácteo	1	0.7%	0	0.0%	42	30.0%	45	32.1%	4	2.9%	9	6.4%	101	72.1%
Desayuna bollería industrial galletas pasteles.	0	0.0%	0	0.0%	5	3.6%	3	2.1%	2	1.4%	6	4.3%	16	11.4%
toma dos yogures y / o 40 g de queso/ día	2	1.4%	0	0.0%	18	12.9%	28	20.0%	3	2.1%	6	4.3%	57	40.7%
toma golosinas varias veces al día	0	0.0%	0	0.0%	9	6.4%	9	6.4%	2	1.4%	2	1.4%	22	15.7%

CUADRO N° 7. IMC Y CONSUMO DE FRUTAS

**La familia como factor que influye en la calidad del hábito alimenticio y nivel de calidad en el hábito alimenticio en estudiantes de Medicina de la UCSM Arequipa marzo de 2016**



**Análisis:** tenemos en el consumo de frutas (68%) que la mayor parte de los que presentan un normopeso consumen una fruta al día (60,0%) y en menor cantidad los que consumen una segunda fruta (34,3%).

Una porción al día P= 0,0503

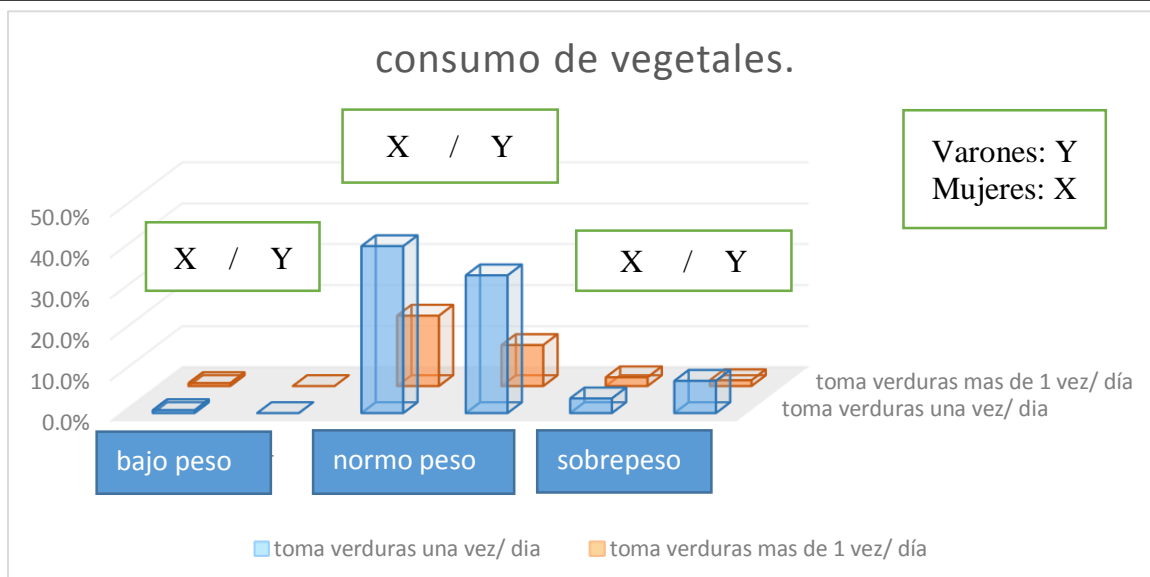
Chi-cuadrado= 5

Segunda porción al día P= 0,1059

Chi-cuadrado= 4,49

CUADRO N°8. IMC Y CONSUMO DE VEGETALES

**La familia como factor que influye en la calidad del hábito alimenticio y nivel de calidad en el hábito alimenticio en estudiantes de Medicina de la UCSM Arequipa marzo de 2016**



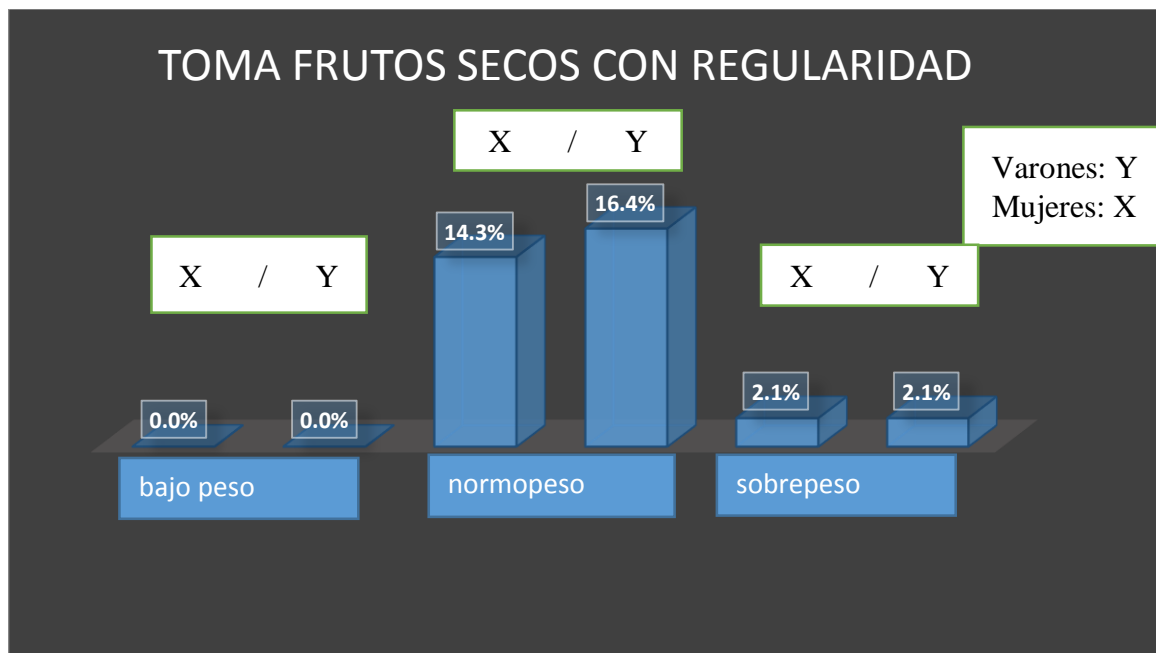
Análisis: En el consumo de verduras (86,4%) tenemos también un predominio de consumo verduras en el normo peso (74,3%) y en menor cantidad una segunda porción (27,1%)

**Para 1 porción: P= 0,009      Chi-cuadrado=9,41**

**Para más de 1 porción: P=0,4819      Chi-cuadrado=1,46**

CUADRO N° 9 IMC Y FRUTOS SECOS.

La familia como factor que influye en la calidad del hábito alimenticio y nivel de calidad en el hábito alimenticio en estudiantes de Medicina de la UCSM Arequipa marzo de 2016



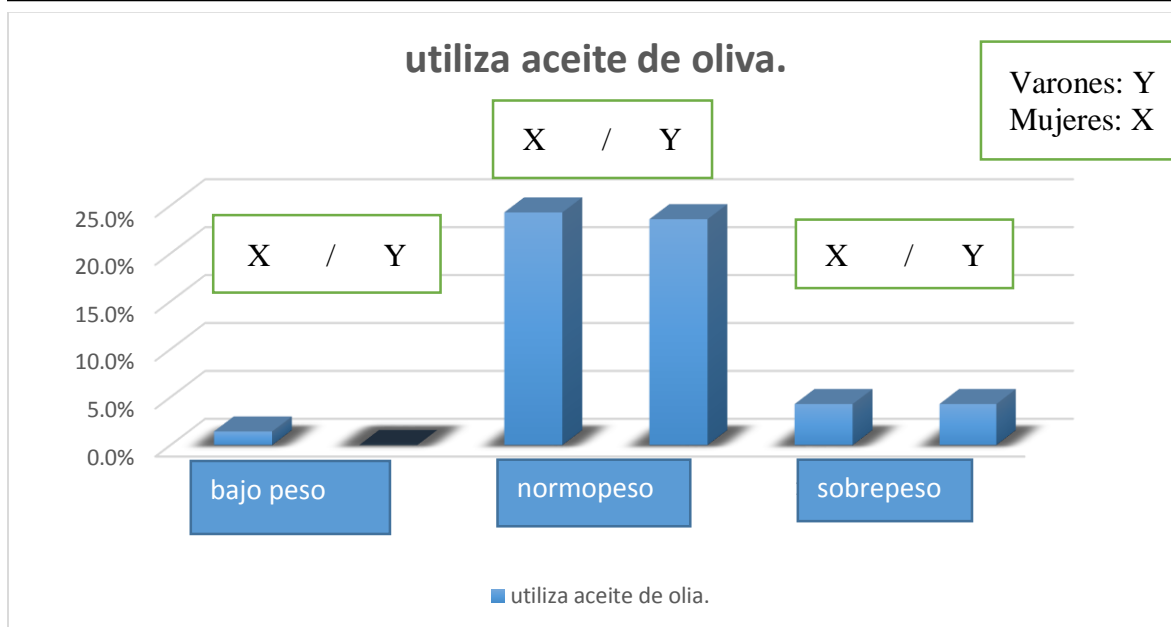
Análisis: El consumo de frutos secos (35%) se encuentra predominante en el grupo de normopeso (30,7%), seguido por el grupo de sobrepeso (4,2%)

**P=0,3379**

**Chi-cuadrado=2,17**

CUADRO 10 N° IMC Y ACEITE DE OLIVA.

**La familia como factor que influye en la calidad del hábito alimenticio y nivel de calidad en el hábito alimenticio en estudiantes de Medicina de la UCSM Arequipa marzo de 2016**

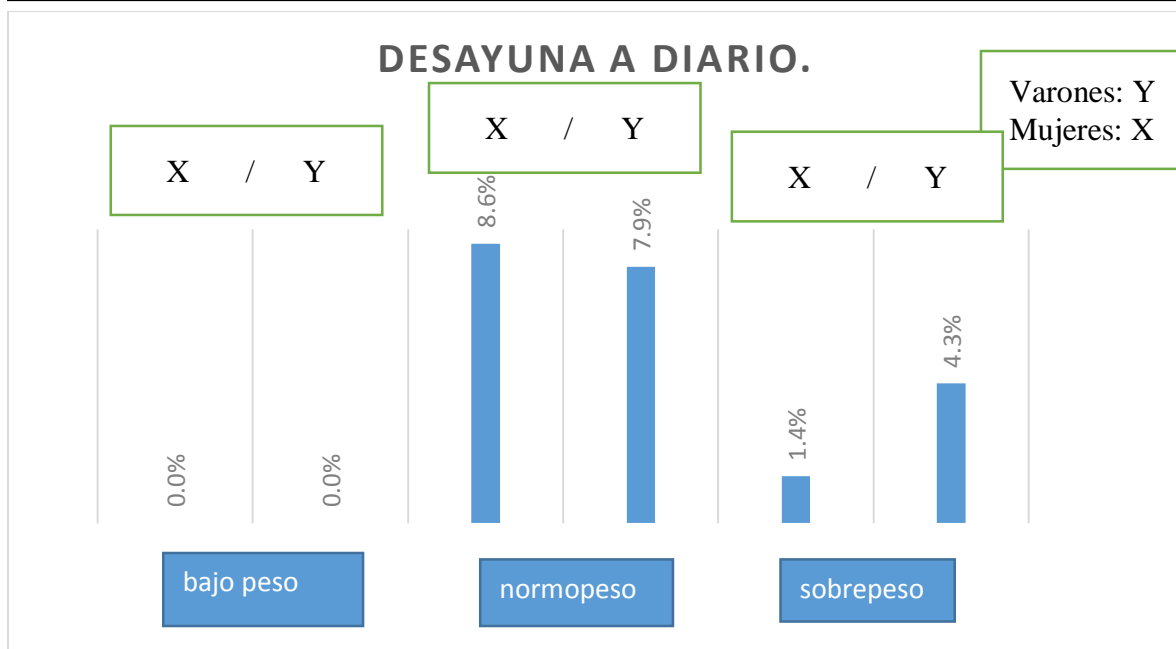


Análisis: en los que consumen aceite de oliva (57,9%) tenemos que el predominio en el grupo de peso normal (47,9%) mientras que en el grupo de sobrepeso (8,6%) le sigue.

**P=0,4127      Chi-cuadrado= 1,77**

CUADRO N° 11 IMC Y TOMA DE DESAYUNO REGULAR.

**La familia como factor que influye en la calidad del hábito alimenticio y nivel de calidad en el hábito alimenticio en estudiantes de Medicina de la UCSM Arequipa marzo de 2016**



Análisis: apreciamos que los que consumen desayuno regularmente es solo el 22,1% del cual predomina el grupo de normopeso (16,5%) seguido del grupo de sobrepeso (5,7%).

**P= 0,222      Chi-cuadrado =3,01**



CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.

Para el **porcentaje de estudiantes y la calidad de alimentación** se encontraron de un total de 140 estudiantes, que el 26,4% del total presenta una dieta óptima, el 60% presenta una dieta regular y que el 13,6% una dieta deficiente. Además tenemos en el análisis de datos una media aritmética de 6,05 con una desviación estándar de 2,58. Y una mediana de 6. Comparando este resultado es similar al obtenido al de la Universidad de Galicia<sup>16</sup> en España.

Por lo que concluimos que existe predominantemente una regular calidad de alimentación en los estudiantes de medicina de la UCSM, seguida de una óptima en regular cantidad y escasamente una dieta deficiente. De aquí que se recomendaría al 73,6% de los estudiantes cambiar el tipo de dieta, para obtener una mejor adherencia a la dieta mediterránea. Recomendación que también se da en el Galicia<sup>16</sup>.

En la **relación del entorno del estudiantes y calidad de alimentación** encontramos que se presenta un 79,3% de estudiantes que viven con sus padres, el 2,9% vive con sus familiares, el 12,9% vive solo y el 5% con otro no especificado. De los cuales el 23,6% presentan una dieta óptima y viven con sus padres, el 47,1% presenta una dieta regular y vive con sus padres y solo el 8,6% presenta una dieta deficiente viviendo con sus padres. Solo el 2,1% presentan una dieta regular viviendo con familiares y el 0,7% presenta una dieta deficiente y vive con familiares. El 2,1% presenta una dieta óptima y viven solos, el 7,1% presenta una dieta regular y vive solo, por último vemos 3,6% de ellos presenta una dieta deficiente. El 0,7% presenta una dieta óptima y presenta un entorno no especificado, el 3,6% presenta una dieta regular y vive con un entorno no específico y por último un 0,7% presenta un entorno no específico y una dieta deficiente. A través del análisis con cuadro de doble entrada tenemos un chi-cuadrado de 6,61

una df de 6 y tenemos un P de 0,3584 el cual es un valor mayor a 0,05 entendiéndose que la comparación no tiene significancia estadística.

Infiriendo de esta manera que la familia influye en el hábito alimenticio sería nula, pero por otro lado vemos un gran predominio de estudiantes que viven con sus padres en contraste de los que viven solos. Entre los planteamientos adicionales podría decirse que el número de estudiantes tomados como muestra no fue suficiente como para comparar y concluir si la familia influye en sus hábitos alimenticios.

**Con la comparación del hábito alimenticio con el género, la edad, el IMC y la circunferencia abdominal.**

**En relación con el género y la calidad de alimentación** tenemos que el 15% son hombres con una dieta óptima y el 11,4% mujeres con una dieta óptima, el 26,4% de los estudiantes son varones con una dieta regular, comparado con el 33,6% que son mujeres y que presenta una dieta regular. El 8,6% son hombres con una dieta deficiente y el 5% mujeres. Tenemos una media de 6,07 con una desviación estándar de 2,18 una mediana de 6 y moda de 7 para el grupo de mujeres para con el puntaje obtenido en el KIDMED. Para el grupo de varones tenemos una Media de 6,04 una desviación estándar de 2,91 una mediana de 6 y una moda de 6 para el KIDMED.

Ya que el valor de p es 0,2039 mayor a 0,05, un chi-cuadrado de 3,18 no podemos concluir que la comparación no tiene una significancia estadística. Pero podemos apreciar que tanto para hombres como para mujeres hay un predominio de una regular calidad de alimentación y que las proporciones son parecidas entre ambos géneros. Comparando con los resultados obtenidos en Galicia<sup>16</sup>

encontramos que existe una proporción parecida con respecto a lo que son los géneros y la calidad de alimentación.

**Con respecto a la edad y la calidad de alimentación** tenemos que el 80,8% están comprendidos en las edades de 21 a 25 años. El 1,4% son adolescentes con una dieta óptima, el 23,6% son adolescentes con una dieta óptima y solo el 1,4% adultos con una alimentación óptima. En cambio en el grupo de una alimentación regular el 10% de los estudiantes son adolescentes, el 44,3% son jóvenes y el 5,7% adultos. En menor cantidad el 12,9% son jóvenes con una dieta deficiente y el 0,7% adultos con la misma calidad, no se encontró adolescentes con este alimentación deficiente. En el análisis estadístico tenemos una media de 22,34 con una desviación estándar de 2,44 una mediana de 22 y una moda de 25. Comparado con el estudio de Galicia<sup>16</sup> vemos también que la mayor parte de la población se comprende entre estas edades. Aplicando el chi-cuadrado obtenemos un P de 0,1167 el cual es mayor a 0,05 y un chi cuadrado de 7,39 con lo cual concluimos que la comparación no tiene significancia estadística, pero encontramos que un gran número de estudiantes son jóvenes, y sus edades radican entre 21 y 25 años.

**Comparando IMC y hábito alimenticio** tenemos que el 82,2% de estudiantes presenta un normopeso. El 0,7% presenta peso insuficiente y una dieta óptima, como los que tienen una dieta regular y un 0% los de peso insuficiente. El 23,6% presenta un normopeso y una dieta óptima, el 50,7% presenta un normopeso con una dieta regular y el 7,9% u normopeso con dieta deficiente, el 2,1% presenta sobrepeso y una dieta óptima, el 8,6% presenta una dieta regular con un sobrepeso y el 5,7% una dieta deficiente con sobrepeso. Dentro de las características del IMC de la muestra tenemos una media de 22,82, una desviación estándar 2,16, mediana 23 y moda 22. Al aplicar el chi cuadrado encontramos un p de 0,019 el cual es

menor de 0,05 el cual indica un valor significativo, un chi cuadrado de 11,79 y df de 4. Así inferimos que comparación presenta significancia estadística. Además encontramos que la mayor parte de los chicos presentan un normopeso seguido de un sobrepeso y en muy escasa cantidad quienes presentan peso insuficiente. Además podemos inferir que estas características se presentan en la población de estudiantes de medicina.

**Comparando la circunferencia abdominal con la calidad de alimentación** tenemos que el 91,5% de estudiantes presenta un bajo riesgo cardiovascular. En la dieta óptima apreciamos que el 26,4 % de los alumnos presenta un bajo riesgo en obesidad abdominal. En la dieta regular se encuentra que el 55,7 % de ellos presentan una grasa abdominal de bajo riesgo y el 4,3 % una grasa abdominal con un riesgo elevado. En la dieta deficiente tenemos que el 9,3% de estudiantes presentan una obesidad abdominal de bajo riesgo y en el 4,3 % un riesgo elevado. Además en el análisis estadístico tenemos que en el grupo de las mujeres: Moda 74, mediana 74, media aritmética 73,68 y desviación estándar de 2,57. Entre los varones: moda 87, mediana 87, media aritmética 88,71 y desviación estándar de 3,18. Al aplicar la prueba del chi-cuadrado tenemos una P de 0,0003 un chi cuadrado de 16,52 y un df de 2. Con lo que le da gran significancia estadística. A partir de aquí que podemos inferir que la calidad de la dieta nos ayuda a mantener un bajo riesgo de acuerdo a la obesidad abdominal. Además de que la mayor parte de estudiantes presentan un riesgo reducido de eventos cardio metabólicos (91%).

**IMC con el consumo de vegetales y frutas, aceite de oliva y frutos secos.** En cuanto al **consumo de fibra** tenemos que dentro de los normo peso existe un alto consumo de frutas (32,1%) y vegetales (40,7%) 1 vez al día teniendo un P de 0,2067 y 0,009 respectivamente. Siendo menor el número de los que presentan un segundo consumo de frutas (20%) y verduras (17,1%) al día con un p de 0,1791 y 0,1021. Comparado con el sobrepeso donde el consumo de estas dos es muy bajo. Al apreciar que en ellos el valor de P se mantiene por encima de 0,05 inferimos que la premisa el consumo de fibra influye en el IMC es falso, excepto por el consumo de verduras el cual presenta un P de 0,009 afirmando la premisa las verduras influyen en el IMC es verdadera. **El Consumo de frutos secos** tenemos que el 35% del total consume frutos secos donde el 30,7% de estos presentan un normo peso. Presenta un P de 0,3379. De la misma forma no podemos inferir que el consumo de frutos secos intervenga en la variación del IMC. Y que se necesitaría tomar un grupo mayor de estudiantes para evaluarlo. Tenemos que **el consumo de aceite de oliva** está en el 57,9% de los estudiante donde el 47,9% del total presenta un normo peso. Presenta un P de 0,4127 por lo que no se puede deducir si el consumo de aceite de oliva influya en el IMC y como el resto se necesitaría conocer más detalles del grupo de estudio. A diferencia de lo que era la evaluación en conjunto de esto ítems a través del test, solo el consumo de cada uno no es determinante para influenciar el IMC.

**Al comparar el IMC con los que consumen golosinas, comida chatarra y los que no toman desayuno diariamente. Con los que toman desayuno** tenemos que solo el 22,1% de estudiantes toman diariamente desayuno, un 16,5% presentan consumo diario de desayuno y un normo peso. A diferencia

que los que presentan sobrepeso quienes representan un 5,75%, presenta un P de 0,222.

**El consumo de golosina tenemos** que solo el 15,7% consume golosinas y que en el grupo de normopeso el 12,8 % de los estudiantes las consumen. Presenta un valor P de 0,8106. Del cual no podemos inferimos que el consumo de golosinas interviene en la variación del IMC. Se necesitaría tomar un grupo mayor de estudiantes para evaluarlo.

**Con el consumo de comida rápida** el 45,7% afirma su consumo regular en a semana donde el 35,7% de estudiantes presenta un normo peso. Presenta una P de 0,1327. Del cual no podemos inferimos que el consumo de comida chatarra interviene en la variación del IMC. Se necesitaría tomar un grupo mayor de estudiantes para la comparación y la evaluación.

#### **LAS LIMITACIONES DE LA INVESTIACIÓN:**

- Habían estudiantes que no colaboraron con la toma de muestra por diversos motivos pero el más dificultoso fue el pudor del mismo estudiante, la dificultad para lograr convencerles de que esperaran un rato después de la encuestas para tomar sus medidas antropométricas.
- Encontrar un lugar privado donde se les pudiera realizar las mediciones correspondientes.

#### **CONFLICTO DE INTERESES:**

- El autor no declara tener conflictos de interés con la presentación de este trabajo de investigación.



CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

**PRIMERA:** La hipótesis de que la familia influiría en los hábitos alimenticios de los estudiantes de medicina de la UCSM es rechazada por presentar una un bajo nivel de significancia estadística. La familia está presente aún en la etapa de vida universitaria de los estudiantes. No se llegó a determinar si influye positiva o negativamente en la alimentación de los estudiantes.

**SEGUNDA:** Existe un predominio de una regular calidad de dieta en los estudiantes de medicina de la UCSM.

**TERCERA:** La calidad de dieta influye en la presentación de un IMC adecuado y en la obesidad central. Así que teniendo una óptima alimentación los estudiantes pueden mantener un IMC adecuado y una obesidad abdominal de bajo riesgo.

**CUARTA:** el sexo y la edad de los estudiantes no influyen de manera significativa el hábito alimenticio, el IMC ni la obesidad central.

**QUINTA:** Observamos un buen consumo de fibra, tanto en forma de fruta como de verduras, como un regular consumo de frutos secos y aceite de oliva acompañados de malos hábitos como el no desayunar regularmente consumo de comida rápida.

## RECOMENDACIONES:

Los estudiantes necesitan adecuar mejor sus hábitos alimenticios. Para ello se podría dar a los ingresantes a la carrera charlas de manejo de hábitos alimenticios saludables o se podría interactuar más con el grupo familiar ya que ellos están aún presentes en la formación universitaria de los estudiantes de medicina.

Se debe adecuar, regular e incluir más el consumo de frutos secos, fibra vegetal y aceite de oliva en la dieta y disminuir el consumo de golosinas y de comida rápida aun presentes en los hábitos para poder mejorar la dieta.

Se sabe que para mejorar el control del peso se recomienda además la práctica de actividades deportivas, además de regulación de los horarios de consumo de alimentos evitando los ayunos prolongados y evitando los excesos de calorías.

Para estudios posteriores con relación al hábito alimenticio de deberá incluir otras variables independientes que influyen en el hábito alimenticio y en la salud de las personas.

## V. BIBLIOGRAFÍA.

1. GALLARDO I, BUEN A. *Mala nutrición en estudiantes universitarios de la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE. Rev. Med. Univ. Veracruz. 2011; 11(1):6–11.*
2. OBESIDAD Y SOBREPESO OMS  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
3. Enfermedades no transmisibles OMS.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
4. CRUZ S. *Macronutrientes en Nutrición y Dietética. Unidad III : Nutrimientos Presentes en los Alimentos. Universidad Autónoma del Estado De Hidalgo Sistema de universidad Virtual. 2012.*
5. PEREZ JIMENEZ D.; JIMENEZ ACOSTA S. y PLASENCIA CONCEPCION D. *La salud en la vivienda, enfoque alimentario-nutricional. Rev Cubana Hig Epidemiol [online]. 2007, vol.45, n.2 [citado 2016-01-13], pp. 0-0. Disponible en: <[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032007000200008&lng=es&nrm=iso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000200008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-3003.*
6. ROSA J DE, LULUAGA S. *La Dieta Mediterránea. Prevención Cardiovascular “Al Alcance de la Mano” Rev. Fed. Arg. Cardiol. 2011; 40(4):316–22.*

7. Troncoso P C, Amaya P JP. *Factores Sociales En Las Conductas Alimentarias De Estudiantes Universitarios*. *Rev. Chil. Nutr.* 2009; 36(4):1090–7. 7518. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400005>.
8. Diaz AA, Trave TD. *[Quality of dietary habits (adherence to a mediterranean diet) in pupils of compulsory secondary education]*. *An Sist Sanit Navar [Internet]*. 2010; 33(1):35–42. Available from: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/download/7961/6974>.
9. Pinto Fontanillo JA, Carbajal Azcona A. La dieta equilibrada, prudente o saludable. *Inst Salus Publica Madrid [Internet]*. 2011; 1. Available from: <http://>
10. M. SLR, Gallego MM. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín Antropol*
11. Barceló, F., Perona, J. S., Prades, J., Funari, S. S., Gomez-Gracia, E., Conde, M., Ruiz-Gutiérrez, V. (2009). *Mediterranean-style diet effect on the structural properties of the erythrocyte cell membrane of hypertensive patients: the Prevention con Dieta Mediterranea Study*. *Hypertension*, 54(5), 1143–50. <http://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.137471>.

12. *NATUR HOUSE.*

*<http://naturhouse.es/calculo-imc>.*

13. *M RC, A GA, Jj S, B PG, Jj SF, Gracia R, et al. Calidad de la dieta y su relación con el IMC y el sexo en adolescentes Diet quality and its relation to sex and BMI in adolescents. 2012; 32(2):21–7.*

14. *Bray G A, M D., Pi-Suney F. X. Obesity in adults: prevalence, screening, and evaluation. 2016. Uptodate. <http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-prevalence-screening-and-evaluation?source=machineLearning&search=imc+para+adultos&selectedTitle=2~150&sectionRank=1&anchor=H4#H>.*

15. *Graham A., Colditz, MD, DrPh, Timothy O, lipman, healthy diet in adults. 2016. Uptodate. [http://www.uptodate.com/contents/healthy-diet-in-adults?source=search\\_result&search=dieta+mediterr%C3%A1nea+informaci%C3%B3n&selectedTitle=1~150](http://www.uptodate.com/contents/healthy-diet-in-adults?source=search_result&search=dieta+mediterr%C3%A1nea+informaci%C3%B3n&selectedTitle=1~150)*

16. *De la Montaña, J.; Castro, L.; Cobas, N.; Rodríguez, M.; Míguez M. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia. Nutr Clínica y Dietética Hosp. 2012; 32(3):72–80.*

17. Serra Majem L, Ribas Barba L, Ngo de la Cruz J, Ortega Anta RM, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J. Alimentación, jóvenes y dieta mediterránea en España. Desarrollo del KIDMED, índice de calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia. In: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editores. Alimentación infantil y juvenil. Masson; 2004(reimpresión). p. 51-59



**ANEXO 1**  
**CUESTIONARIO.**

EDAD: SEXO. M/F

**TEST DE CALIDAD DE LA DIETA MEDITERRANEA. (Test de kidmed)**

- Toma una fruta o zumo de fruta todos los días. SI/NO
- Toma una segunda fruta todos los días. SI/NO
- Toma verduras frescas o cocidas una vez al día SI/NO
- Toma verduras frescas o cocidas más de una vez al día. SI/NO
- Toma pescado por lo menos 2 o 3 veces a la semana. SI/NO
- Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida. SI/NO
- Toma legumbres más de 1 vez a la semana. SI/NO
- Toma pasta o arroz casi a diario (5 o más veces por semana). SI/NO
- Desayuna un cereal o derivados. SI/NO
- Toma frutos secos por lo menos 2 o 3 veces por semana. SI/NO
- Utiliza aceite de oliva para cocinar. SI/NO
- Desayuna todos los días. SI/NO
- Desayuna un lácteo SI/NO
- Desayuna bollerías industriales galletas, o pastelillos SI/NO
- Toma 2 yogures y/o queso (40g) todos los días SI/NO
- Toma dulces o golosinas varias veces al día SI/NO

- Entorno

¿Con quienes vives actualmente?

- a) vive con sus padres
- b) vive solo
- c) vive en la casa de un familiar
- d) vive con amigos
- e) otro.

- Peso:
- Talla:
- Circunferencia abdominal:



**ANEXO 3**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

**Yo:** con el presente doy fe de que se me informo sobre la importancia de este cuestionario por consiguiente decidí resolverlo sin estar siendo coaccionado, y además se me informo que dicha encuesta es con propósitos académicos y científicos, y que mi identidad quedara oculta para proteger mi privacidad.



# UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA DE AREQUIPA

## PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

### FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



" La familia como factor que influye en la calidad del hábito alimenticio y nivel de calidad en el hábito alimenticio en estudiantes de Medicina de la UCSM Arequipa marzo de 2016 "

Proyecto de tesis presentada por:

**DIEGO ALONZO RONDÓN PINTO**

**AREQUIPA - PERÚ**

**2016**

## I. PREÁMBULO.

Una enfermedad por malos hábitos de alimentación se manifiesta cuando el organismo no consume los alimentos adecuados y por lo tanto los nutrientes que necesita diariamente no los tiene, empieza a manifestar ciertas irregularidades en su crecimiento y función. A veces una enfermedad por la mala alimentación, no es lo suficientemente notoria y no presenta síntomas, pero se va desarrollando oculta a los ojos del investigador, así permanece por mucho tiempo hasta que llega el día en que el daño ya no es compensado por el organismo en otros casos pueden ocasionar daños que son irreversibles. Las personas con estas características, pueden perder, masa muscular, sentirse cansada, agobiada por la tarea diaria, a veces un poco débil o confusa pudiendo causar así problemas académicos. Ciertos problemas de visión pueden aparecer, o problemas relacionados con la piel; no nos olvidemos también que estas carencias también podrían asociarse a obesidad, la cual es producto de alimentos de alto contenido calórico y bajo contenido nutricional.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 2.1. Problema de Investigación

### 2.2. Enunciado del problema

La familia como factor influyente en la calidad de los hábitos alimenticios de estudiantes de medicina de la UCSM Arequipa 2016

### 2.3. Descripción del problema.

**Se sabe que los hábitos alimenticios está muy relacionado con la producción de enfermedades no trasmisibles. Una etapa importante de nuestras vidas es la vida universitaria ya que abarca un periodo largo de nuestra formación, en ella se está sometido a gran influencia de nuestro medio por ende tener la influencia de nuestra familia al vivir con ellos marca grandemente nuestros hábitos. Al saber que nuestros hábitos alimenticios están relacionados con nuestra salud a posterior se plantea que esta está influida por la presencia de la familia en nuestra vida diaria de una buena manera. En nuestro trabajo buscaremos que tan influyente es la presencia de la familia para tener un buen hábito alimenticio.**

## 2.4. Área del Conocimiento

1. **Área General** : Ciencias de la Salud.
2. **Área Específica** : Medicina Humana.
3. **Especialidad** : medicina preventiva
4. **Línea o Tópico** : Nutrición

## 2.5. Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor o categoría	Escala
Edad	Fecha de nacimiento	Adolescentes 17 a 20 años. Juventud de 21 a 25 Adulthood de 26 a 28	Categoría nominal
Sexo	Caracteres físicos	Masculino /femenino	Categoría nominal
Personas con quienes convive	Entorno del estudiante.	Vive con sus padres Vive solo Vive con amigos	Categoría nominal
Calidad de los hábitos alimentarios.	Rutina diaria de alimentación.	8 a 12 óptima calidad 4 a 7 regular calidad ≤ 3 deficiente calidad	Categoría nominal.
Imc	Peso y talla del estudiante	<18,5 peso bajo. <25 y >18,5 peso normal. > 25 y < 30 kg sobrepeso. > 30 kg. Obesidad.	Categoría nominal
Circunferencia abdominal.	Característica física del estudiante	<80cm riesgo bajo de ecv ≥ 80 cm en mujeres riesgo incrementado de ecv. <94cm riesgo bajo de ecv ≥ 94 cm en hombres riesgo incrementado de ecv.	Categoría nominal

## 2.6. Interrogantes Básicas

- ¿Qué calidad de hábitos alimenticios presentan los estudiantes de medicina humana de la UCSM?
- ¿Cómo influye la familia en los hábitos alimenticios?
- ¿Existe diferencia en la calidad de alimentación entre estudiantes hombres y mujeres?

- ¿Existe diferencias entre la calidad de alimentación según las edades de los estudiantes, el IMC y la circunferencia abdominal?

## **Tipo De Investigación**

### **2.6.2. Diseño De La Investigación**

INVESTIGACIÓN RELACIONAL, PROSPECTIVA TRNSVERSAL.

### **2.6.3. Nivel.**

**Social Institucional.**

### **2.7. Justificación del problema.**

Relevancia Científica. Con el presente estudio aportara datos importantes para el conocimiento de hechos actuales sobre alimentación. Marcando una pauta en las conductas alimenticias actuales y sobre todo de una etapa en la que no se tiene tanto cuidado de la salud y se investiga poco.

Relevancia Práctica. Nos permite conocer el problema para poder modificar políticas universitarias de alimentación para fomentar una prevención primaria en salud.

Relevancia Social. El beneficio de conocer estos hábitos está dirigida para la población productiva en el futuro.

Relevancia contemporánea. El presente trabajo mostrara la calidad de los hábitos alimenticios de los estudiantes la cual nos permitirá valorar si existe actualmente una conciencia preventiva en las enfermedades no trasmisibles ya que esta repercutida a futuro en la salud del estudiante. Se entiende que la familia al ser parte influyente en las costumbres alimentarias del individuo, tiene gran repercusión en la prevención de estas enfermedades. Entonces conociendo este factor y la gran importancia de lo que significa que un estudiante viva solo o con familiares (padre y/o madre) esclarece que en este tiempo de formación también tendrá su influencia en lo que es la formación de buenos hábitos alimenticios.

El Perú actualmente entra a una etapa de desarrollo y ya se han descritos en trabajo anteriores el aumento de nivel de obesidad, diabetes, y problemas cardiovasculares, y esto por el tipo de alimentación que se ha ido implantando en el Perú se han tomado iniciativas

para informar y contrarrestar estas nuevas tendencias en alimentación, no obstante esta no puede ser ignorada en la etapa universitaria. Por ello es importante conocer el tipo de alimentación que se tiene a este nivel para poder hacer una buena corrección para una buena prevención.

### III. OBJETIVOS

#### 3.1.2. GENERALES

Determinar como la familia influye en los hábitos de alimentación y la calidad en la alimentación de los estudiantes de medicina humana de la UCSM.

#### 3.1.3. ESPECÍFICOS

- 1) Determinar el porcentaje de estudiantes que tienen un óptimo, regular o deficiente hábito alimenticio.
- 2) comparar el porcentaje de estudiantes que presentan un óptimo, regular o deficiente hábito alimenticio y su entorno.
- 3) Comparar la calidad de los hábitos alimenticios con el género, la edad, el IMC y la circunferencia abdominal.
- 4) Comparar el IMC de los estudiantes que consumen vegetales o frutas, aceite de oliva, frutos secos.
- 5) Comparar el IMC de los estudiantes con los que consumen golosinas, comida chatarra y los que toman desayuno diariamente con los que no.

### IV. MARCO CONCEPTUAL.

#### 4.1. CONDUCTA.

**4.1.2. CONCEPTO.** Las conductas son procesos y actitudes humanas que pueden observarse y medirse objetivamente y con neutralidad, la cual tiene como objetivo cubrir una determinada situación carencial.<sup>5</sup>

La **conducta alimenticia** se puede definir como el conjunto de estos procesos y actividades habituales relacionados con la selección y preparación de los mismos.<sup>5</sup>

**La modernización de la sociedad implica una serie de cambios culturales y/o sociológicos que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias.**<sup>8</sup>

Cada vez se dedica menos tiempo a la compra de alimentos y elaboración de comidas,

con una alternativa evidente: alimentos procesados fáciles de preparar y rápidos de consumir que, generalmente, conllevan un consumo excesivo de alimentos de origen animal, especialmente de carnes y derivados, y de azúcares refinados.<sup>8</sup> Este virtual deterioro de los patrones alimentarios tradicionales en nuestra población tiene lugar especialmente en aquellos sectores más susceptibles de ser influenciados por el entorno como, por ejemplo, los niños y adolescentes.<sup>8</sup>

Diversos estudios han puesto de relieve la **existencia de un amplio rango de percepciones respecto a lo que es una dieta correcta.**<sup>9</sup> Además, entre la población se han observado una serie de barreras que limitan el acceso a una dieta saludable.<sup>9</sup> Entre las más importantes según Kearney y Mc Elhone, están la falta de tiempo (horarios de trabajo irregulares, distancias, ...), tener que renunciar a los alimentos preferidos, más palatables y, quizás la más significativa, el hecho de que un 71% de las personas encuestadas por ellos en la Unión Europea, respondieran que “no creían necesario realizar cambios en la dieta pues ya era lo suficientemente saludable”.<sup>9</sup>

Como ya se ha visto una enfermedad por malos hábitos de alimentación se manifiesta cuando el organismo no consume los alimentos adecuados y por lo tanto los nutrientes que necesita diariamente no los tiene, empieza a manifestar ciertas irregularidades en su crecimiento y función. También tenemos referencias de que a veces una enfermedad por la mala alimentación, no es lo suficientemente notoria y no presenta síntomas, en otros casos pueden ocasionar daños que son irreversibles. Las personas con estas características, pueden perder, masa muscular, sentirse cansada, agobiada por la tarea diaria, a veces un poco débil o confusa pudiendo causar así problemas académicos.<sup>2</sup> Ciertos problemas de visión pueden aparecer, o problemas relacionados con la piel; no nos olvidemos también que estas carencias también podrían asociarse a obesidad, la cual es producto de alimentos de alto contenido calórico y bajo contenido nutricional.<sup>2</sup>

Es evidentemente obvio que las enfermedades en seres humanos se relacionan con frecuencia a los estilos de vida, y en teoría son prevenibles. Las agresiones de la vida moderna, la reducción en la actividad física, el consumo de alimentos procesados y la manipulación o exposición a sustancias químicas –incluidas farmacéuticas–, contribuirán a la disminución de la resistencia a enfermarse. Numerosas evidencias apoyan que nuestros genes adaptados durante millones de años al entorno de nuestros ancestros prehistóricos, toleran pobremente los cambios dramáticos que han ocurrido en las condiciones y estilos de vida, especialmente en los hábitos alimentarios durante los

últimos 100 años, han predispuesto a los habitantes de los países occidentales a sufrir enfermedades inflamatorias, infecciosas, degenerativas y neoplásicas.

Como datos curiosos tenemos que las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 38 millones de personas cada año.<sup>3</sup> Casi el 75% de las defunciones por ENT -28 millones- se producen en los países de ingresos bajos y medios.<sup>3</sup> Es de preocupar que la OMS En el 2014 1900 millones con sobrepeso de los cuales el 39 % eran adultos de 18 a más y el 18% obesidad.<sup>1</sup> En el 2013 había 42 millones de niños con sobrepeso.<sup>2</sup>

El sobrepeso y la obesidad son el producto de una acumulación anormal de grasa que es perjudicial para la salud.<sup>2</sup> Teniendo como marcador simple el IMC (índice de masa corporal), donde un índice sobre 25 marca un sobrepeso y mayor de 30 es obesidad mórbida.<sup>2</sup> Causas: es el consumo en excesivo de calorías y disminución de la actividad física.<sup>2</sup> La obesidad infantil está asociada a problemas de obesidad en el adulto, muerte prematura y discapacidad.<sup>2</sup>

La mala nutrición energético-proteica-nutricional es un término que se emplea para describir una variedad amplia de estados clínicos que oscilan desde los estados marginales y leves hasta los muy graves. En la actualidad, es el problema de salud más importante de los países en vías de desarrollo.<sup>1</sup> En los países industrializados también existen individuos con mala nutrición por defecto, pero estos se encuentran localizados entre pacientes hospitalizados y en estrecha asociación a enfermedades específicas como el cáncer, enfermedades gastrointestinales, hepáticas, renales, tuberculosis, SIDA, traumatismos y trastornos psiquiátricos.<sup>1</sup> En estos países, sin embargo, es más frecuente la mala nutrición por exceso, asociada clínica y epidemiológicamente a un grupo de enfermedades crónicas no transmisibles encabezadas por la obesidad exógena.<sup>1</sup>

Estudios realizados en América Latina y en los países en desarrollo coinciden en que el bajo poder adquisitivo, el limitado nivel educativo y las malas condiciones de higiene de los alimentos se relacionan con las altas tasas de desnutrición, además de la interacción entre la desnutrición y las infecciones, que se agravan mutuamente.<sup>10</sup> **En la infancia se imitan algunas preferencias alimentarias de familiares, amigos y de personas que ellos consideren modelo para la alimentación, con variados efectos en el patrón de alimentación que pueden contribuir a riesgos para la nutrición y a un compromiso del estado de salud.**<sup>10</sup> La influencia de la madre es bastante fuerte en esa etapa, porque es ella quien decide los alimentos que compra y prepara de acuerdo con su capacidad económica, la disponibilidad de tiempo y los conocimientos y preferencias que tenga para

la selección de alimentos. **En la etapa escolar “el mundo del niño se amplía, al igual que las oportunidades de comer fuera del ambiente familiar, y se expone a diferentes alimentos y diversas formas de prepararlos, con distintos horarios y lugares”.**<sup>10</sup> La familia se convierte en agente fundamental de la transformación de valores y conductas aceptadas por la sociedad como deseables, además de ser la base del desarrollo emocional debido a que entre los integrantes de la familia se desarrollan estrechos lazos afectivos basados en obligaciones y sentimientos de pertenencia.<sup>10</sup>

A mediados de la década de los años 70 se produjo un vuelco en la literatura médica hacia el punto de vista que considera que la mayor parte de los casos de mala nutrición energético-proteica-nutricional se deben a una ingesta inadecuada de alimentos y no simplemente a una falta absoluta o relativa de proteínas de la dieta, por lo cual el énfasis sobre los alimentos ricos en proteínas ha sido sustituido por los esfuerzos para mejorar la ingesta total de alimentos y proporcionar comidas más frecuentes.<sup>1</sup>

En la actualidad se reconocen 2 límites en los conocimientos biológicos: 1. En qué grado y magnitud lo que las personas comen y beben explicar su constitución; y 2. Cómo interactúa el organismo humano con los comensales y patógenos del entorno.<sup>1</sup>

Este siglo ha sido testigo de importantes descubrimientos en el campo de la nutrición y de los efectos de los nutrimentos en el individuo y las poblaciones. Así se ha podido describir a los nutrimentos como los principales abastecedores y sostenedores del metabolismo como función más importante de los sistemas biológicos para alcanzar o mantener el estado de salud, así como también su importancia en la patogenia o terapéutica de enfermedades variadas que incluyen las denominadas crónicas no transmisibles: aterosclerosis, cardiovasculares, cerebrovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y cáncer.<sup>1</sup>

Otro punto importante en los procesos de nutrición y que importa bastante en el proceso de digestión es de que en el tracto gastrointestinal contiene más de 400 especies de bacterias aerobias y anaerobias, que como células eucariotas interactúan en un complejo ecosistema.<sup>1</sup> El concepto de ecosistema surgió en los años 70, ante el conocimiento de la regulación cualitativa y cuantitativa de la flora intestinal y las relaciones de ésta con los sustratos digestivos, el epitelio mucoso del intestino y el sistema inmune.<sup>1</sup> **Entre los sustratos digestivos de origen alimentario se destacan los alimentos prebióticos o**

**alimentos colónicos.<sup>1</sup> Están integrados principalmente por la fibra dietética, células epiteliales descamadas, fermentos digestivos, proteínas no absorbidas;** y de ellos se derivan sustancias como los ácidos grasos de cadena corta, aminoácidos como arginina, cisteína, glutamina, péptidos y poliaminas.<sup>1</sup> Todas ellas tienen una importancia capital en el mantenimiento de la estructura y funciones del intestino, especialmente el colon.<sup>1</sup> Además otra parte importante de las sustancias producidas en el intestino como bien se comenta en las diversas investigaciones son las sustancias bactericidas y bacteriostáticas de los mismos microorganismos de la flora autóctona intestinal (simbióticos).<sup>1</sup>

Esta área de la ciencia surgió como una rama de la Microbiología: Ecología Médica, o la relación entre los seres vivos y los microorganismos con los cuales ellos coexisten.<sup>1</sup> Esta disciplina ha alcanzado progresos relevantes en los años recientes y su potencial en el mantenimiento de la salud se está asimilando con rapidez entre productores y consumidores.<sup>1</sup> La Eco nutrición o Bioterapia, también conocida como tratamiento con los restauradores de la flora intestinal, se basa en el uso de microorganismos vivos o atenuados y de sus metabolitos.<sup>1</sup>

Scrimshaw sugirió, hace casi 4 décadas, una interacción bidireccional entre nutrición, metabolismo, respuesta inmune y las enfermedades infecciosas.<sup>1</sup> Las deficiencias en casi todos los macro y micro nutrientes pueden resultar en una disminución de la capacidad defensiva del huésped.<sup>1</sup> Paralelamente, todos los nutrientes tienen la potencialidad de incrementar la respuesta inmune.<sup>1</sup>

Se ha visto en reiteradas oportunidades que la etapa de transición de la vida escolar a la vida universitaria con modificación extensa en la vida del estudiante produce un cambio de hábitos en su comportamiento diario, en las preferencias. Ellos mismos conocen los hábitos que seguían antes de dejar el hogar, pero el cambio de vida hace que ellos prefieran hábitos menos sanos y más sencillos de seguir. Los hábitos de alimentación que se adoptan durante la adolescencia tarde o temprano contribuyen a diversas enfermedades debilitantes.

Para que puedan modificar sus hábitos alimenticios y adoptar mejores conductas, un asesoramiento debe centrar en la adaptación de una nutrición apropiada en el tiempo disponible, la selección más fácil de alimentos sanos y el hacer que estos sean atractivos para los adolescentes y sus compañeros. Los hábitos de alimentación que se adoptan durante la adolescencia tarde o temprano contribuyen a diversas enfermedades debilitantes.

## 4.2. DIETA EQUILIBRADA.

Para poder llevar a cabo una dieta equilibrada se debe de tomar en cuenta aspectos como la edad, y posibles situaciones fisiológicas especiales (embarazo, lactancia, crecimiento) y la realización de ejercicio que exige cada tipo de trabajo.

El número de nutrientes que necesita un ser humano es superior a 50 que se reúnen en 5 grupos, carbohidratos, proteínas, vitaminas, lípidos y minerales.

Hay que tomar en cuenta:

- Ningún alimento es bueno o malo por sí solo.
- No hay alimento completo con excepción de la leche materna para el lactante.
- Los alimentos tienen mayoritariamente uno o dos nutrientes.

Del conjunto de nutrientes necesarios para el organismo existen los llamados nutrientes esenciales los cuales deben de ser aportados con los alimentos ya que estos nutrientes no pueden ser sintetizados por el organismo.

Dentro de los nutrientes esenciales se encuentran:

- Los Aminoácidos: leucina, isoleucina, lisina, metionina, fenilalanina, treonina, triptófano y valina. La histidina es esencial solo en niños y en enfermos con insuficiencia renal crónica.
- Ácidos grasos: linoleico y linolénico.
- Todas las vitaminas: con excepción de las vitaminas D3 y K y el ácido nicótico que son, en parte, sintetizadas por el organismo.
- Todos los minerales.

## REQUERIMIENTO ENERGÉTICO.

Las necesidades nutricionales son relativas ya que depende del tipo de individuo en el que se enfoca. Se debe de tomar en cuenta aspectos como la altura, peso, sexo, morfología, edad, actividad y trabajo, estado de salud y condiciones de vida. La energía que necesita el cuerpo es extraída de los carbohidratos, grasas y proteínas en reacción con el oxígeno.<sup>4</sup>

## **APORTE DE CARBOHIDRATOS.**

Los carbohidratos son una fuente primaria de combustible para algunas células como las del sistema nervioso central y los glóbulos rojos.<sup>4</sup> Los músculos también dependen de un suministro confiable de carbohidratos a fin de que se apoye la 19 actividad física intensa. Los carbohidratos, que producen un promedio de 4 Kcal/gramos, son un combustible disponible fácilmente para todas las células en forma de glucosa sanguínea (glucemia) y se almacena en el hígado y los músculos como glucógeno.<sup>4</sup> Los carbohidratos que se conservan en el hígado pueden utilizarse para que la glucemia siga estando disponible en las horas en que la dieta no proporciona la suficiente.<sup>4</sup>

Es importante un consumo regular de carbohidratos, porque los depósitos hepáticos de glucógeno se agotan en 18 horas aproximadamente si no se reponen.<sup>4</sup> El cuerpo se fuerza a producir sus carbohidratos a partir de las proteínas del cuerpo y los alimentos; ello origina al final problemas de salud.<sup>4</sup> La recomendación diaria de requerimientos de carbohidratos, es de 130 g/día para adultos. Ellos se basan a la cantidad necesaria para que se proporcione la glucosa adecuada para el sistema nervioso central, sin que se confié en la restitución parcial de la glucosa por cuerpos cetónicos.<sup>4</sup> La FAO recomienda que una dieta adecuada debe aportar el 55% de la energía total (55-75% de la ingesta diaria) en forma de carbohidratos para todas las edades con excepción de los niños menores de 2 años.<sup>14</sup>

Además de presentar una importante función energética, poder edulcorante y de reserva energética, existen los elementos que contienen de altas a moderadas cantidades de fibra.<sup>4</sup> por otro lado consumir un total de 14 g por c/1000 cal, permitirá la retención de líquido para la formación del bolo fecal y ayudara a la eliminación de toxinas que se acumulan en el tracto digestivo.<sup>14</sup> Sus efectos sobre el sistema cardiovascular como la reducción de eventos de infarto de miocardio en un 14 %, en pacientes que han sufrido anteriormente de ello o reducción en el 27% de mortalidad en pacientes con enfermedad coronaria.<sup>14</sup>

Aproximadamente serian 2.5 porciones de vegetales y 2 de frutas diarias por 2000 calorías. Son recomendadas según las diversas investigaciones.

## APORTE DE LÍPIDOS.

Los seres humanos necesitan muy poca grasa en su dieta para la conservar la salud. Pero en ella debe ser considerada el consumo de ácidos grasos como vino siendo expuestas las diferentes investigaciones sobre problemas cardiovasculares. Si no se consume pescado, los ácidos grasos esenciales de los aceites de canola y soya promocionan algo de mismo beneficio para la salud que los que se encuentran en el pescado.<sup>4</sup> Sin embargo Siempre y cuando se reduzca al mínimo las grasas saturadas, el colesterol y las grasas hidrogenadas parcialmente (llamada desde el punto de vista peptídico grasa trans), el consumo de grasas puede ser mucho más alto del 10% asignado. Las recomendaciones recientes de “Food and Nutrition Board” sugiere que la ingesta de grasa puede ser tan alta como el 35 % del ingreso energético.<sup>4</sup> Algunos expertos sugieren que es apropiada una ingesta tan alta como 40 % de ingreso de energía.<sup>4</sup>

El aporte en la dieta para la mayor parte de los adultos tendría que ser de por lo menos 15% de su consumo energético, aunque en mujeres en edad fértil el consumo debería de ser de por lo menos el 20%.<sup>4</sup> Se recomienda un consumo bajo de colesterol (menos de 300mg al día).<sup>4</sup>

Se conoce actualmente que este grupo se divide en 4 grupos.<sup>5</sup> (figura 1). De las cuales diversos estudios demostraron que de los cuatro los que tienen efectos beneficiosos son los polinsaturados y mono insaturados y por ende deberán ser consumidos en la dieta diaria.

Figura: 1

Tipos de grasas.

Saturadas	Poli-insaturadas	Mono-insaturadas	Trans
Grasa animal, fiambres, embutidos, manteca, grasa de lácteos, yema de huevo, aceito de coco.	Aceites vegetales (girasol, maiz, uva, etc.), frutas secas, pescados, mariscos.	Aceitunas, aceite de oliva, aceite de canola, palta, aceite de soja.	Aceites vegetales hidrogenados.

En la ingesta de hidratos de carbono complejos como el maíz, soja, trigo, arroz se adquieren un ácido graso poli insaturado llamado Acido linoleico (AL) el cual es base de

la cascada de la serie omega 6.<sup>5</sup> Mientras tanto el consumo de vegetales se adquiere otro peculiar ácido graso el Ácido alfa linolenico (ALA) el cual se encarga de la cascada de la serie omega 3.<sup>5</sup> Estas series producirán metabolitos intermediarios los cuales tienen importancia en lo que es la actividad vascular y los procesos de inflamación en la misma, presentando efectos beneficiosos en la estabilización de las placas ateromatosas, evitando su formación, disminuyendo la tendencia de coagulación y de inflamación.

### **APORTE DE PROTEÍNAS.**

Actúan como los principales elementos estructurales de las células y tejidos del organismo. Pueden ser utilizadas como fuente de energía cuando las fuentes energéticas habituales no están presentes en la dieta lo suficiente para cubrir las necesidades del organismo para la síntesis de tejido nuevo o para reparación de los tejidos.<sup>4</sup>

En el cuerpo, miles de sustancias están constituidas por proteínas.<sup>4</sup> A parte del agua, las proteínas forman la parte principal del tejido magro del cuerpo y en conjunto constituyen alrededor del 17% del peso corporal.<sup>4</sup> Gran parte de esta más magra del cuerpo está formada por tejido muscular.<sup>4</sup> Los aminoácidos (las unidades estructurales básicas de las proteínas) contienen una forma especial de nitrógeno: esencialmente carbono único a nitrógeno.<sup>4</sup> Los vegetales combinan el nitrógeno que extraen del suelo con carbono y otros elementos para formar aminoácidos entre sí para formar proteínas. Los seres humanos obtienen el nitrógeno que requieren consumiendo proteínas en la dieta.<sup>4</sup> Por consiguiente, las proteínas son muy importantes por que proporcionan nitrógeno de una forma que puede utilizarse con facilidad (es decir aminoácidos). Para género humano es imposible utilizar directamente formas más simples de nitrógeno.

Las proteínas son cruciales para la regulación y conservación del cuerpo.<sup>4</sup> Las funciones del cuerpo, la coagulación de la sangre, equilibrio de líquidos, producción de hormonas y enzimas, procesos vitales y reparación celular, requieren proteínas específicas.<sup>4</sup> En todas estas proteínas se utilizan los aminoácidos de los alimentos proteínicos que se consumen. Las proteínas proporcionan energía al cuerpo (en promedio 4 Kcal/g).<sup>4</sup>

Se recomienda del 10 al 15% de la energía en forma de proteínas, lo que se interpreta en una ingesta mínima de 0.8 gramos por kilogramo de peso.<sup>4</sup> Estas necesidades son mayores durante las etapas de lactancia, infancia, gestación e infancia.<sup>4</sup>

Durante la adolescencia, las necesidades de proteína, al igual como la de energía, se correlacionan más con el patrón de crecimiento que con la edad cronológica.<sup>4</sup> El empleo

de los requerimientos alimentarios recomendados para proteína en relación con la estatura probablemente es el método más útil para determinar las necesidades.<sup>4</sup>

Aminoácidos esenciales (Indispensables)	Aminoácidos no esenciales (Dispensables)
Histidina Isoleucina Leucina Lisina Metionina Fenilalanina Treonina Triptófano Valina	Alanina Arginina Asparagina Ac. Aspártico Cisteína (Cisteína) Ac. Glutámico Glutamina Lisina Prolina Cerina Tirosina

Los patrones de dieta actuales en algunos adolescentes conllevan restricción en los consumos de las calorías que pueden ser dañinas, sobre todo cuando se utilizan las Fuentes de proteína para satisfacer los requerimientos energéticos.<sup>4</sup>

Los consumos excesivos de proteína también ejercen un impacto sobre el estado nutricional. El exceso de proteína en la dieta no necesariamente aumenta la síntesis de los componentes del cuerpo.

Las proteínas ayudan a regular el equilibrio de ácidos y bases en la sangre, esas proteínas que se localizan en las membranas celulares bombean iones químicos al interior y exterior de las células. La acción de bombeo entre otros factores conserva la sangre ligeramente alcalina. Algunas proteínas son amortiguadores en particular eficaces para el pH sanguíneo.

#### **4.3. DIETA MEDITERRANEA.**

Estudios epidemiológicos observacionales tales como el “Estudio de los siete países” (Ancel Keys y Henry Blackburn) mostraron una posible relación entre mortalidad por enfermedad coronaria y el consumo de grasas saturadas en la alimentación.<sup>5</sup>

Esposito y cols revisaron los efectos dietéticos de la DM sobre la función endotelial e inflamación.<sup>5</sup> Dietas con elevado consumo de grasas saturadas e hidratos de carbono

refinado producen disfunción endotelial, reduciendo la vasodilatación dependiente del endotelio, activan el factor VII de la coagulación, incrementan marcadores inflamatorios: PCR, IL6, IL8, FNT- alfa y así también aumentan el stress oxidativo.<sup>5</sup>

Es que a partir de aquí que diversos estudios concordaron que el consumo de grasas saturadas y de ciertos tipos de carbohidratos (como los azúcares simples) aumentaban el riesgo de sufrir enfermedades no transmisibles como obesidad, síndrome metabólico, diabetes mellitus II, IAM, ECV.

Por otro lado se realizaron diversos estudios sobre la prevalencia de estas enfermedades y su mortalidad y se encontró que en los países que compartían un estilo de vida cerca de la cuenca del mediterráneo, era inferior a los encontrados en otros lugares, por lo que se estudió su estilo de vida. encontrándose ciertas peculiaridades en su estilo de vida, sobre todo en su dieta:

- a) Alto consumo de frutas, vegetales, legumbres, semillas y cereales no-refinados.
- b) Aceite de oliva como principal fuente de Ácidos grasos (MIS) mono insaturados.
- c) Bajo consumo de carnes rojas y derivadas.
- d) Moderado a bajo consumo de productos lácteos.
- e) Moderado consumo de pollo y pescado Bajo contenido en grasas saturadas (GS).  
Consumo regular de A.G.W. 3. (Ácido graso omega 3).
- f) Alto contenido en fibra.
- g) Cero a cuatro huevos de granja semanales.
- h) Vino consumido en moderada cantidad.

Figura 3. Esta diferente forma de vida traía una serie de beneficios distintos.<sup>5</sup>

Beneficios de la Dieta Mediterránea.

- Mejora el perfil lipídico C.T.-C-HDL-C-LDL.
- Disminuye el peso corporal.
- Disminuye respuesta inflamatoria.
- Mejora la función endotelial.
- Disminuye el riesgo de trombosis.
- Disminuye el crecimiento de la placa.
- Beneficia la estabilidad de la placa.
- Disminuye el riesgo de arritmias y muerte súbita.
- Desciende la presión arterial.

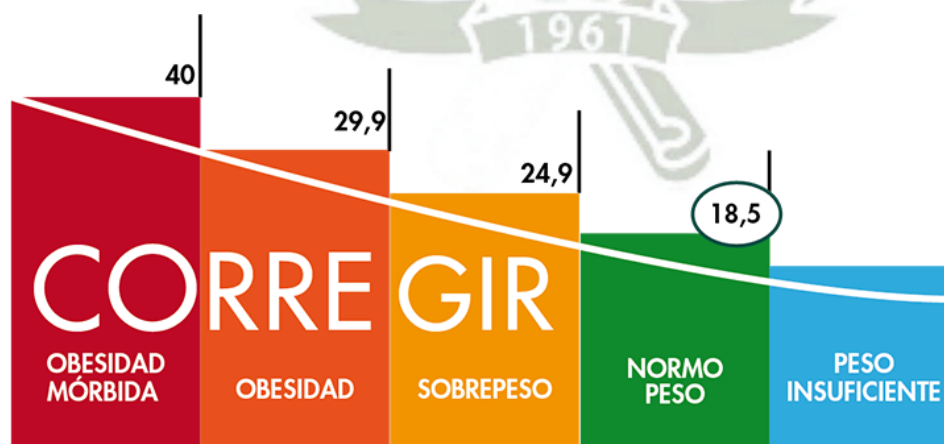
Y por ello, actualmente se encontró en diversos meta análisis y estudios de cohortes donde la dieta mediterránea juega papel importante en la reducción en conjunto de mortalidad, y sobre todo de la mortalidad cardiovascular, incidencia de cáncer y su mortalidad, además de reducir a incidencia en enfermedades de parkinson y alzheimer, por otro parte otros estudios encontraron que disminución del riesgo de cáncer colorectal, de próstata, Aero digestivo, oro faringe y de mama.<sup>15</sup>

Se ha establecido una encuesta utilizada para valorar la calidad de la alimentación de acuerdo a estas exigencias para garantizar una adherencia a este tipo de dieta la encuesta KIDMED , claro está resaltar que hay diferentes tipos de dietas que son de acuerdo a las exigencias laborales físicas, y a las determinadas por alguna enfermedad.

### **Relación del IMC, circunferencia abdominal y el hábito alimenticio.**

Se tiene como referencia ya desde hace tiempo el uso de IMC como una medida para poder valorar el grado de obesidad que existe en el paciente o marcador de deficiencia en el peso, esta medida se calcula usando el peso en Kg. actual dividiéndola por el cuadrado de la talla en metros, este valor marca un estándar de valoración del peso acorde a la talla .esta medida es tomada como base para la clasificación de la obesidad en personas adultas Así pudiendo encontrarlo como valor referencial el IMC es sobrestimado en determinadas personas como por ejemplo los fisicoculturista, en Asia y población en el sur de Asia. Se han encontrado en varias investigaciones aspecto clave como por ejemplo de que el desayuno, donde se ha puesto de manifiesto que no desayunar afecta negativamente al IMC y que desayunar cereales se asocia con menores índices de obesidad.<sup>13</sup>

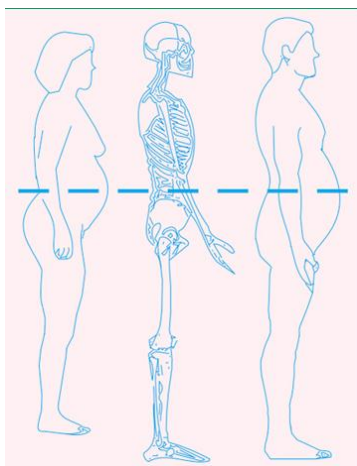
Figura: 4 valores de referencia del índice de masa corporal.<sup>12</sup>



Otra de las medidas que es de considerar es la circunferencia abdominal para personas con sobrepeso y obesidad para medir la obesidad abdominal. Según un resumen de

obesidad en el adulto altos valores al sobrepasar los 102 cm en hombres y los 88 cm en mujeres presentan un muy elevado riesgo cardiometabólico.<sup>15</sup> Y es usado especial mente en in IMC que va desde los 25 a 35 Kg/m<sup>2</sup>.<sup>14</sup> Aunque existen muchos criterios el “Adult Panel Treatment III” establece un valor >80 en las mujeres y >94 en los hombres para definir obesidad abdominal o riesgo incrementado.<sup>14</sup>

Figura 5: toma de medida de la circunferencia abdominal.



Tomándose por encima del hueso de la cadera, por encima de la cresta iliaca tomando un plano horizontal, asegúrese de que este ajustado pero no comprimiendo la piel, tomar la medida al final de la espiración.<sup>14</sup>

## V. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### 5.1. EN EL ÁMBITO LOCAL

**Autor:** LIZBTH KELY ESPINOZA CHILCA.

**Título:** INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA. AREQUIPA, 2014.

**Resumen:** *Se identifica los factores socioculturales que influyen en la conducta alimentaria de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa 2014.*

*El estudio es descriptivo, prospectivo relacional y de corte transversal; se utilizó como instrumento la cédula de preguntas, siendo aplicada a 61 unidades de estudio; arribando a las siguientes conclusiones: PRIMERA: más de la mitad de estudiantes están en una edad promedio de 17 a 20 años de edad, son de género femenino, son solteras, profesan la religión Católica, la mayoría vivió los últimos 5 años en la sierra, con respecto del entorno social, viven con padres y hermanos, sus padres tienen un ingreso económico entre 1500 a 2500 soles mensuales. Se evidencia que existe*

*prejuicio sobre el consumo de ciertos productos dietéticos y naturales para perder peso así mismo perciben una mayor influencia sobre la imagen corporal de los anuncios televisivos.*

*SEGUNDA: tienen una ingesta de los alimentos en su mayoría consumen comida chatarra, presentan en su totalidad diferentes actitudes alimentarias, siendo las más frecuentes falta de control al comer y ejercicio excesivo, con respecto a la percepción de imagen en su mayoría se sienten "normales" Con respecto a los mitos todas tienen alguna creencia siendo importante mencionar que algunas adolescentes consideran "después de un día de atracón un día de ayuno" y sobre sus satisfacciones corporales más de la mitad están insatisfechas con su imagen corporal. TERCERA: la edad y la situación económica influyente sobre el tipo de alimentos, las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal; moda y publicidad influyen en la ingesta de alimento, en el lugar de consumo, en las actitudes alimentarias y en la satisfacción corporal.*

*Con lo cual la hipótesis se prueba parcialmente.*

## 5.2. EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

**Título:** *Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia*

**Autor:** *De la Montaña, J.; Castro, L.; Cobas, N.; Rodríguez, M.; Míguez, M.*

**Resumen:** *Los participantes fueron universitarios del Campus de Ourense. Se determinó el peso y la estatura de cada participante y se calculó el IMC. Para determinar el grado de adhesión a la DM se utilizó el test KidMed. Participaron 266 universitarios (67,7% mujeres y 32,3% hombres) de edades comprendidas entre 18 y 25 años. La mayoría de los estudiantes eran normopeso (79-83%), aunque se encontró un porcentaje relativamente importante de chicos con sobrepeso (18,6%) y una baja prevalencia de obesidad, en ambos sexos. La puntuación media del KidMed fue de 6,35  $\pm$  2,20 y éste índice no difiere significativamente entre chicas y chicos. Solo el 33% de los participantes presentaron una dieta de alta adhesión a la DM. Las chicas con bajo*

*peso y los chicos normo peso fueron los que presentaron los porcentajes más elevados de dietas con alta adhesión. En conclusión, se evidenció la necesidad de modificar los hábitos de esta población hacia patrones más saludables.*

## VI. HIPÓTESIS

**DADO QUE el estudiante de medicina humana de la UCSM es influenciado por el entorno social ES PROBABLE QUE la familia influya en los hábitos alimenticios del estudiante de Medicina Humana.**

## VII. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 7.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.

DISEÑO NO EXPERIMENTAL, RETROSPECTIVO, TRANSVERSAL

### 7.2. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

#### 7.2.2. MÉTODOS O TÉCNICAS.

Se asistirá a las instalaciones del campus universitario donde se tomarán a estudiantes que estén en dicho establecimiento, se les preguntará sobre la carrera en la que estén estudiando se les informará que el presente es un estudio científico y con su aceptación se les dará el cuestionario para su llenado, se supervisará que sea llenado correctamente.

Este cuestionario evaluará la adherencia al estilo de alimentación comprendido entre la que practican los estudiantes y la tomada como guía de buena alimentación.

Posteriormente se tallará, pesará y medirá el perímetro de la circunferencia abdominal.

Se analizarán los resultados con el programa SPSS comparando los resultados obtenidos entre sí. Se usará un cuadro de doble entrada. La parte analítica se realizará con prueba de hipótesis por medio de CHI-CUADRADO donde si  $P < 0,05$  es valedera.

#### 7.2.4. INSTRUMENTO

##### KIDMED.

Encuesta la cual consta de 16 ítems, con respuesta de si o no, en esta encontraremos preguntas relacionadas a las cosas diarias que se realizan en la dieta del individuo, se calificara cada punto con un valor de 1 punto si responden si excepto en las preguntas 6, 12, 14, 16. Donde responder si equivale a -1 punto y responder no a 0. El puntaje obtenido se categorizará en tres valores de dieta óptima, intermedia y de baja calidad. Anexo 2.

Balanza, tallimetro y cintra métrica.

Encuesta libre. Donde se le preguntara al estudiante con quien es que vive actualmente.

#### VIII. CAMPO DE VERIFICACIÓN

##### 8.2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA

##### 8.2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

EN EL 2016 EN EL MES DE MARZO

##### 8.2.3. UBICACIÓN DEL ESTUDIO

ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.

##### 8.2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Estudiantes que se encuentren estudiando en semestre regular de la universidad católica de santa maría en la carrera profesional de medicina humana matriculados en el semestre impar-2016

##### 8.2.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Estudiantes que posean algún tipo de enfermedad que les obligue a tener una dieta especial. Que no cuenten con el rango de edad establecido de 17 a 28 años, posean hijo o que sean sustento de su hogar. Personas que presenten alguna enfermedad.

##### 8.2.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se tiene un total de 950 matriculados en el semestre impar 2016 de medicina Humana. Según la fórmula para tamaño de muestra:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{\alpha}^2}{e^2(N - 1) + \sigma^2 Z_{\alpha}^2}$$

Tomando el valor de confianza (z) al de 2,24 con un 97,5% de confianza. Y valor de error muestra deseado en 0,1. Y una desviación estándar de 0,5.

Donde obtenemos un tamaño muestra de 111 del cual se tomara un número mayor de 140, dividido en 70 hombres y 70 mujeres.

### **8.2.7. PROCEDIMIENTO DEL MUESTREO**

Probabilístico, aleatorio estratificado.

## **IX. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **9.2. MODO.**

Se tomara un grupo de estudiantes tratando de mantener una proporción semejante en hombres como de mujeres para poder compararlos adecuadamente, se sabe que el género influye mucho en el estilo de vida. Se entregara los cuestionarios para ser llenados por los estudiantes. Se supervisara y se ayudara si los estudiantes tienen algún problema en su llenado, posteriormente se les tomara medidas de peso con una balanza CAMRY y talla con un tallimetro con los pies descalzos y posición de pie, posteriormente se procederá a tomar medición de del perímetro abdominal.

### **9.3. . RECURSOS**

#### **Humanos**

- **Investigador:** Diego Alonzo Rondón Pinto.
- **Asesor:** Víctor Huertas Velásquez
- **Ayudantes:**

#### **Materiales**

Preguntas adicionales de categorización.

Ficha de manejo de datos.

## XI. CRONOGRAMA DEL TRABAJO.

I. ACTIVIDADES	Duración en SEMANAS o meses					
	11 y 12 de enero	13 de enero	Del 18 al 20 de enero	Del 20 al 31 de marzo	1 al 11 de abril.	15 de abril
<b>Revisión Bibliográfica.</b>	X					
<b>Diseño del proyecto de Investigación</b>		x				
<b>Aprobación del Proyecto de Investigación</b>			x			
<b>Ejecución y Recolección de la Información</b>				X		
<b>Procesamiento de los datos</b>				X		
<b>Análisis de datos</b>				X		
<b>Interpretación de los resultados</b>					X	
<b>Redacción preliminar de la tesis</b>					X	
<b>Revisión y crítica por los jurados</b>					X	
<b>Sustentación</b>						X

## XII. BIBLIOGRAFIA.

1. **GALLARDO I, BUEN A.** *Mala nutrición en estudiantes universitarios de la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE. Rev. Med. Univ. Veracruz. 2011; 11(1):6–11.*
2. **OBESIDAD Y SOBREPESO OMS**  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
3. **Enfermedades no transmisibles OMS.**  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
4. **CRUZ S.** *Macronutrientes en Nutrición y Dietética. Unidad III : Nutrimientos Presentes en los Alimentos. Universidad Autónoma del Estado De Hidalgo Sistema de universidad Virtual. 2012.*
5. **PEREZ JIMENEZ D.; JIMENEZ ACOSTA S. y PLASENCIA CONCEPCION D.** *La salud en la vivienda, enfoque alimentario-nutricional. Rev Cubana Hig Epidemiol [online]. 2007, vol.45, n.2 [citado 2016-01-13], pp. 0-0. Disponible en: <[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032007000200008&lng=es&nrm=iso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000200008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-3003.*
6. **ROSA J DE, LULUAGA S.** *La Dieta Mediterránea. Prevención Cardiovascular “Al Alcance de la Mano” Rev. Fed. Arg. Cardiol. 2011; 40(4):316–22.*
7. **Troncoso P C, Amaya P JP.** *Factores Sociales En Las Conductas Alimentarias De Estudiantes Universitarios. Rev. Chil. Nutr. 2009; 36(4):1090–7. 7518. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400005>.*
8. **Diaz AA, Trave TD.** *[Quality of dietary habits (adherence to a mediterranean diet) in pupils of compulsory secondary education]. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2010; 33(1):35–42. Available from: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/download/7961/6974>.*

9. Pinto Fontanillo JA, Carbajal Azcona A. La dieta equilibrada, prudente o saludable. *Inst Salus Publica Madrid* [Internet]. 2011; 1. Available from: [http](http://).
10. M. SLR, Gallego MM. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín Antropol*
11. Barceló, F., Perona, J. S., Prades, J., Funari, S. S., Gomez-Gracia, E., Conde, M., Ruiz-Gutiérrez, V. (2009). *Mediterranean-style diet effect on the structural properties of the erythrocyte cell membrane of hypertensive patients: the Prevention con Dieta Mediterranea Study*. *Hypertension*, 54(5), 1143–50.  
<http://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.137471>.
12. NATUR HOUSE.  
<http://naturhouse.es/calculo-imc>.
13. M RC, A GA, Jj S, B PG, Jj SF, Gracia R, et al. *Calidad de la dieta y su relación con el IMC y el sexo en adolescentes Diet quality and its relation to sex and BMI in adolescents*. 2012; 32(2):21–7.
14. Bray G A, M D., Pi-Suney F. X. *Obesity in adults: prevalence, screening, ans evaluation*. 2016. Uptodate.  
<http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-prevalence-screening-and-evaluation?source=machineLearning&search=imc+para+adultos&selectedTitle=2~150&sectionRank=1&anchor=H4#H>.
15. Graham A., Colditz, MD, DrPh, Timothy O, lipman, *healthy diet in adults*. 2016. Uptodate. [http://www.uptodate.com/contents/healthy-diet-in-adults?source=search\\_result&search=dieta+mediterr%C3%A1nea+informaci%C3%B3n&selectedTitle=1~150](http://www.uptodate.com/contents/healthy-diet-in-adults?source=search_result&search=dieta+mediterr%C3%A1nea+informaci%C3%B3n&selectedTitle=1~150).
16. De la Montaña, J.; Castro, L.; Cobas, N.; Rodríguez, M.; Míguez M. *Adherencia a la dieta mediterranea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia*. *Nutr Clínica y Dietética Hosp*. 2012;32(3):72–80.
17. Serra Majem L, Ribas Barba L, Ngo de la Cruz J, Ortega Anta RM, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J. *Alimentación, jóvenes y dieta*

*mediterránea en España. Desarrollo del KIDMED, índice de calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia. In: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editores. Alimentación infantil y juvenil. Masson; 2004(reimpresión). p. 51-59*

ANEXOS: hoja de Cuestionario Y KIDMED<sup>17</sup>



**CUESTIONARIO.**

EDAD: SEXO. M/F

**TEST DE CALIDAD DE LA DIETA MEDITERRANEA. (Test de kidmed)**

- Toma una fruta o zumo de fruta todos los días. SI/NO
  - Toma una segunda fruta todos los días. SI/NO
  - Toma verduras frescas o cocidas una vez al día SI/NO
  - Toma verduras frescas o cocidas más de una vez al día. SI/NO
  - Toma pescado por lo menos 2 o 3 veces a la semana. SI/NO
  - Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida. SI/NO
  - Toma legumbres más de 1 vez a la semana. SI/NO
  - Toma pasta o arroz casi a diario (5 o más veces por semana). SI/NO
  - Desayuna un cereal o derivados. SI/NO
  - Toma frutos secos por lo menos 2 o 3 veces por semana. SI/NO
  - Utiliza aceite de oliva para cocinar. SI/NO
  - Desayuna todos los días. SI/NO
  - Desayuna un lácteo SI/NO
  - Desayuna bollerías industriales galletas, o pastelillos SI/NO
  - Toma 2 yogures y/o queso (40g) todos los días SI/NO
  - Toma dulces o golosinas varias veces al día SI/NO
  
  - Entorno
- ¿Con quienes vives actualmente?
- f) vive con sus padres
  - g) vive solo
  - h) vive en la casa de un familiar
  - i) vive con amigos
  - j) otro.
- Peso:
  - Talla:
  - Circunferencia abdominal:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

**Yo:** con el presente doy fe de que se me informo sobre la importancia de este cuestionario por consiguiente decidí resolverlo sin estar siendo coaccionado, y además se me informo que dicha encuesta es con propósitos académicos y científicos, y que mi identidad quedara oculta para proteger mi privacidad.



**KIDMED.<sup>17</sup>**

Adherencia a la DIETA MEDITERRÁNEA	Puntos
1. Toma una fruta o un zumo natural todos los días.	+1
2. Toma una 2ª pieza de fruta todos los días.	+1
3. Toma verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día.	+1
4. Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día.	+1
5. Consume pescado con regularidad (por lo menos 2-3 veces a la semana).	+1
6. Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida (fast food) tipo hamburguesería.	-1
7. Le gustan las legumbres y la toma más de 1 vez a la semana.	+1
8. Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana)	+1
9. Desayuna un cereal o derivado (pan, etc.)	+1
10. Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana).	+1
11. Se utiliza aceite de oliva en casa.	+1
12. No desayuna	-1
13. Desayuna un lácteo (yogurt, leche, etc.).	+1
14. Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos.	-1
15. Toma 2 yogures y/o 40 g queso cada día.	+1
16. Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día	-1

Valor del índice KIDMED

≤ 3: Dieta de muy baja calidad

4 a 7: Necesidad de mejorar el patrón alimentario para ajustarlo al modelo mediterráneo.

≥ 8: Dieta mediterránea óptima