

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA EN
ALUMNOS DEL NIVEL SECUNDARIO DE UN COLEGIO
PRIVADO DEL CONO NORTE - 2017**

TESIS

**PRESENTADA POR EL BACHILLER
PAREJA DEL CARPIO JORGE LUIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2018

ASESORA:
DRA. LENY BRAVO LUNA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por siempre guiar mis pasos y darme las fuerzas necesarias para siempre seguir adelante, a mi esposa Yovana por ser mi soporte en esta difícil y hermosa carrera, y a mis hijos Jorge, Luis y Gonzalo por ser ellos el gran motivo que tengo de superación.

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a mi padre Luis Alberto Pareja Pino quien desde el cielo cuida mis pasos y los de mi familia, y a mi madre Olinda Del Carpio Aragón por todo el amor que siempre me a brindado y a mi esposa Yovana por motivarme a siempre seguir adelante y a mis mejores amigos que son mis hijos Jorge, Luis y Gonzalo que me alegran la vida con cada ocurrencia, Los amo.

RESUMEN

La dieta mediterránea cumple las características de una dieta equilibrada y saludable cuya principal característica es un elevado consumo de verduras, legumbres, frutas, cereales y aceite de oliva y un bajo consumo de grasas saturadas.

OBJETIVO

Conocer la adherencia a la dieta mediterránea de los alumnos del nivel secundario de un colegio privado del cono norte.

METODOLOGÍA

Para el presente estudio según la manipulación de la variable este será un estudio descriptivo, de diseño no experimental y según el periodo del estudio el presente trabajo es un estudio transversal. Para el análisis se consideró a todos los estudiantes del nivel secundario de un colegio privado del cono Norte, representado por un total de 109 alumnos. A los cuales se aplicó el índice KIDMED con el que se valoró el nivel de adherencia a la dieta mediterránea.

RESULTADOS

El índice KIDMED aplicado a los estudiantes de secundaria nos indica que el 42.2% de los estudiantes presenta una adherencia alta o calidad óptima a la dieta mediterránea, mientras que el 48.6% presenta una adherencia media o necesidad de mejora a la dieta mediterránea y el 9.2% presenta una adherencia de baja calidad a la dieta mediterránea.

CONCLUSIONES

La aplicación del índice KIDMED nos a permitido conocer el nivel de adherencia a la dieta mediterránea por parte de los alumnos de secundaria de un colegio privado del cono norte.

PALABRAS CLAVES: hábitos alimentarios, dieta mediterránea

ABSTRACT

The Mediterranean diet fulfills the characteristics of a balanced and healthy diet whose main characteristic is a high consumption of vegetables, legumes, fruits, cereals and olive oil and a low consumption of saturated fats.

OBJECTIVE

To know the adherence to the Mediterranean diet of the students of the secondary level of a private school of the north cone.

METHODOLOGY

For the present study, according to the manipulation of the variable, this will be a descriptive study, of non-experimental design and according to the period of the study, the present work is a cross-sectional study. For the analysis, all the students of the secondary level of a private school in the North Cone, represented by a total of 109 students, were considered. To which was applied the KIDMED index with which the level of adherence to the Mediterranean diet was assessed.

RESULTS

The KIDMED index applied to secondary school students indicates that 42.2% of students have high adherence or optimum quality to the Mediterranean diet, while 48.6% present a medium adherence or need to improve the Mediterranean diet and 9.2 % presents a low quality adherence to the Mediterranean diet.

CONCLUSIONS

The application of the KIDMED index allowed us to know the level of adherence to the Mediterranean diet by secondary school students from a private school in the north cone.

KEY WORDS: eating habits, Mediterranean diet

PRESENTACIÓN

En los últimos años se ha demostrado que los inadecuados hábitos alimentarios son factores que determinan sobrepeso y obesidad.

Los cambios modernos de la sociedad, ocasionan una serie de cambios en las costumbres y actitudes de las personas, ya que actualmente se prefiere comprar alimentos procesados y de fácil consumo, que presentan un alto nivel de grasas y azúcares y que ocasionan incremento de los niveles de colesterol en el cuerpo, que a elaborar las comidas en el hogar utilizando alimentos mucho más saludables, que ayudarían a mantener nuestra salud en un estado óptimo

La población adolescente constituye un grupo de riesgo nutricional por lo que se halla justificado el estudio de adherencia a la dieta mediterránea.

En el primer capítulo nos realizamos la 1ra pregunta ¿Cuál es la adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de secundaria de un colegio privado del cono norte?

En el segundo capítulo desarrollamos una revisión de las investigaciones desarrolladas sobre este tema a nivel nacional e internacional. Así mismo sustentamos las bases teóricas que sustentan la presente investigación.

En el tercer capítulo se describe los tipos de investigación, métodos, se describe la población utilizada, la técnica de recolección y procesamiento de datos, y el análisis de resultados.

En el cuarto capítulo se muestran los resultados, con sus respectivos análisis del trabajo de investigación

En el quinto capítulo se hallan las conclusiones y recomendaciones. Posteriormente en el presente trabajo se dará a conocer la bibliografía utilizada para el desarrollo del presente trabajo.

Esperando que el presente estudio contribuya a la realización de futuros trabajos de investigación, y a su vez a la mejora de los hábitos alimentarios de todas las personas, logrando una mayor adherencia a la dieta mediterránea.

ÍNDICE

CARATULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	IX
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XII
LISTA DE ANEXOS	XIII
CAPÍTULO I: PROBLEMA.	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 OBJETIVOS	
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	4
1.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	5
1.5 PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2 BASES TEÓRICAS	10
2.3 HIPÓTESIS	21
2.4 VARIABLES	21
2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	21
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. TIPO DE ESTUDIO	23
3.2. ÁREA DE ESTUDIO	23
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	23
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	24

CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS	26
4.2. DISCUSION	32

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES	34
5.2. RECOMENDACIONES	36

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	37
ANEXOS	42

LISTA DE TABLAS

TABLA Nº1: MEDIDAS DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LOS ALUMNOS DE NIVEL SECUNDARIA	26
TABLA Nº2: MEDIDAS DE FRECUENCIA DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA SEGÚN GRADO DE ESTUDIOS	27
TABLA Nº 3: MEDIDAS DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA SEGÚN GÉNERO	28
TABLA Nº 4 DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE HÁBITOS SALUDABLES - ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA	29
TABLA Nº5: DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE HÁBITOS NO SALUDABLES - NO ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA	31

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1: MEDIDAS DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LOS ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIA	26
GRÁFICO N°2: MEDIDAS DE FRECUENCIA DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA SEGÚN GRADO DE ESTUDIOS	27
GRÁFICO N° 3: MEDIDAS DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA SEGÚN GÉNERO	28
GRÁFICO N° 4: DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE HÁBITOS SALUDABLES - ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA	30
GRÁFICO N°5: DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE HÁBITOS NO SALUDABLES - NO ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA	31

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
ANEXO N°2: MATRIZ DE CONSISTENCIA	45
ANEXO N° 3: INSTRUMENTO	47

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo de la historia de la humanidad la alimentación siempre ha sido una de las preocupaciones más comunes debido a la estrecha relación que tiene con la salud, ya que los hábitos alimentarios adecuados se relacionan con una mayor longevidad y calidad de vida. En determinados países del mundo se ha producido una transformación desde los problemas nutricionales relacionados con la pobreza y la escasez de alimentos, a la presencia de enfermedades crónicas de alta prevalencia relacionadas con la abundancia de alimentos. Así en los países industrializados, la inadecuada alimentación está muy relacionada con el aumento de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la obesidad y también la diabetes.

Actualmente se utiliza el concepto de dieta mediterránea como un modelo de dieta saludable. Incluso ha sido reconocida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en el 2010 como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad¹. Es común observar que los jóvenes son el grupo etario que más se ha alejado de este modelo de consumo.

Según la OMS en el 2022 habrá más población infantil y adolescente que padezca de determinados problemas de insuficiencia moderada o grave. Según este, los problemas de obesidad entre las edades de cinco a 19 años se han multiplicado en el mundo por 10 en estas últimas cuatro décadas, es así que en 1976 se registraba un aumento de menos del 1% y en el 2016 casi un 6%, por lo que la población de obesos en el mundo en ese grupo etario aumentó de 124 millones a 213 millones en los años 1975 y 2016 respectivamente². La Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la Agricultura (FAO) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su publicación

Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y El Caribe 2017, las tasas de desnutrición van disminuyendo o manteniéndose a la par con otro problema de malnutrición que es el sobrepeso, problema, que se va generalizando en la región, problema resultado de los estilos de vida considerados poco saludables que están relacionados con la ingesta excesiva de alimentos y/o alimentos de contenido elevado calórico, grasas y sodio, generando el aumento de peso corporal la acumulación de grasa y asociado a enfermedades no transmisibles³. Según esto el 58% de la población en América Latina, registrándose los índices más altos en México y Chile⁴. Según los reportes del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (Cenan) del Instituto Nacional de Salud en nuestro país el sobrepeso y la obesidad entre el 2007 y el 2014 en adolescentes entre los 10 y 19 años, el sobrepeso pasó de 12,9% a 18,5% y La obesidad de 4,9% a 7,5%, por lo que el incremento en estos últimos siete años es de 46% ⁶.

En la adolescencia los hábitos alimentarios suelen ser poco saludables, ya que tienden a comer fuera de la casa, por ejemplo, aquellos que se encuentran alrededor de su centro de estudios, consumiendo alimentos de bajo valor nutricional y alto valor calórico, como aquellos llamados "snacks" o la comida rápida, bebidas azucaradas, consumo que ha ido en aumento de 107% a 256% en esta última década.

La dieta mediterránea muy difundida en países de Europa es una alternativa saludable, basada en alimentos no procesados a base de frutas, verduras, cereales, aceite de oliva y pescado y respaldada por estudios que demuestran sus grandes beneficios entre ellos: prevenir las enfermedades cardiovasculares, reducir el riesgo a sufrir cáncer, prolongar el tiempo de vida y mantener un estado en general saludable, llega al Perú como una alternativa para contrarrestar los problemas de salud de nuestros adolescentes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es nivel de adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos del nivel secundario de un colegio privado del cono norte?

1.3 JUSTIFICACIÓN

1.3.1 JUSTIFICACION TEÓRICA

La dieta mediterránea ha constituido últimamente un modelo de alimentación que ha sido respaldado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), reconocida como un estilo de alimentación saludable con grandes beneficios. Esta dieta es producto de la interacción de diversos pueblos durante siglos e incluye aceite de oliva como alimento principal, verduras, frutas, frutos secos, quesos, yogurt, pescado, derivados del trigo, entre otros. El incremento del sobrepeso y la obesidad actualmente con impactos negativos en la salud se relacionan justamente con hábitos insanos de vida, hábitos que van globalizando y que hacen necesario un cambio. La dieta mediterránea es una alternativa con grandes beneficios que se debe fomentar.

1.3.2 JUSTIFICACION PRÁCTICA

Este estudio busca conocer la adherencia a la dieta mediterránea por parte de los estudiantes del nivel secundario, ya que hay que tener en cuenta que uno de los mayores factores de riesgo es la nutrición especialmente para desarrollar la obesidad y sobre peso, que va en aumento en este grupo poblacional, está relacionado con los hábitos alimentarios. De manera que el asumir este tipo de dieta significaría asumir modelos más saludables que conlleven a la reducción del cáncer y el riesgo de enfermedades cardiovasculares y otras. Por tanto, la dieta Mediterránea es un modelo de

alimentación que se asocia a la reducción de dichas patologías, además de otras enfermedades crónicas no transmisibles y también a una mayor esperanza de vida.

1.3.3 JUSTIFICACION METODOLÓGICA

Tiene relevancia metodológica porque se utiliza un instrumento validado denominado test de KIDMED ampliamente utilizado a nivel mundial con adecuados índices, la cual será aplicada a una realidad diferente y cuyos resultados se pondrán a disposición de la comunidad científica para poder ser utilizados en otros trabajos de investigación.

1.3.4 JUSTIFICACION SOCIAL

La trascendencia de la investigación se basa, en que este trabajo podrá servir como ayuda para planear programas de promoción y prevención desde una perspectiva integral, vinculando a todos los entes responsables de la salud logrando de esta manera identificar la situación nutricional de la población, y establecer programas de prevención para tener una buena alimentación y una mejor calidad de vida para el adulto del mañana.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Conocer el nivel de adherencia a la dieta mediterránea de los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del cono norte.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el nivel de adherencia a la dieta mediterránea de los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del cono norte, según el grado de estudios.
2. Identificar el nivel de adherencia a la dieta mediterránea de los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del cono norte, según género.
3. Identificar los hábitos de consumo saludables que determinan la adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del Cono Norte.
4. Identificar los hábitos de consumo no saludables que determinan la No adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del Cono Norte.

1.5 PROPÓSITO

El presente trabajo nos a permitido conocer la adherencia a la dieta mediterránea que tienen los alumnos de secundaria del colegio particular del cono norte, es decir cuan cercanos están los alumnos al consumo de esta dieta ampliamente recomendada. Este estudio brinda una serie de datos de referencia, considerando que son escasos los que se han realizado a nivel nacional, para ser considerado en como fuente de información para los investigadores y para los directivos de dicho centro de estudio.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Ayechu y Dura (2010) en su estudio **Calidad de los hábitos alimentarios (adherencia a la dieta mediterránea) en los alumnos de la educación secundaria obligatoria, realizado en la ciudad de Pamplona - España**. Su objetivo es llegar a valorar la calidad de los hábitos alimentarios en la comunidad de estudio. El instrumento que se utilizó fue el Test de adhesión a la dieta mediterránea Kidmed. La muestra se seleccionada de forma aleatoria contó de 1956 alumnos, entre varones y mujeres, pertenecientes a la educación secundaria obligatoria. Los resultados describen que del total de evaluados el 6,7% tienen un Kidmed bajo, el 50,4% medio y el 42,9% alto, sin encontrarse diferencias exageradas con relación al sexo. Este índice además disminuye conforme avanza la edad. A los 13 años (1er nivel) 49,5% puntuación óptima, en tanto que a los 16 años (4to nivel) este puntaje es alcanzado por el 37,2% de ellos⁷.

Grao, Nuviala, Fernández, Porcel, Moral y Martínez (2013), en su estudio **Adherencia a la dieta mediterránea en adolescentes rurales y urbanos del sur de España, satisfacción con la vida, antropometría y actividades físicas y sedentarias**. El objetivo de este estudio es determinar la adherencia a la dieta mediterránea del sur de España y su relación con el área de residencia, sexo, edad, satisfacción con la vida, las características antropométricas y los hábitos de actividad física y sedentaria. Trabajaron con adolescentes (11 – 18 años) con un total de 1,973 que habitan en el sur de España. El estudio es de tipo descriptivo de corte transversal. Para calcular la adherencia a la dieta mediterránea fue calculada con el Test Kidmed, además de otros instrumentos igualmente fiables y válidos. Los resultados indican que el 30.9% de los adolescentes reportó una dieta de calidad óptima, porcentaje superior en

poblaciones rurales. La menor adherencia a estos hábitos adecuados fue en los de mayor edad, sin diferencias de sexo, medidas antropométricas. Aquellos más satisfechos con su vida, activos y estudiosos y menos sedentarios frente a una pantalla mostraron mayor adherencia a los hábitos alimentarios saludables es decir a la dieta mediterránea⁸.

Cabrera (2011) en su estudio **Valoración de la calidad de la dieta aplicando el índice de KIDMED en los estudiantes de colegios Capitán Edmundo Chiriboga y Unidad educativa el Verbo de la ciudad de Riobamba, 2010-2011**. Ecuador. Este estudio de tesis para la obtención de grado tuvo como objetivo valorar las características generales, hábitos alimentarios y establecer el BMI de los adolescentes. Trabajo con una muestra de 231 estudiantes adolescentes entre varones y mujeres de dos centros educativos de la ciudad. Estudio de tipo observacional transversal. Utilizó como instrumento para valorar la calidad de dieta el índice KIDMED De los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: la dominancia de la población evaluada corresponde al sexo femenino con un 54,5%, las edades estaban comprendidas entre los 13 y 18 años. Con relación a la calidad de la dieta se valoró que el 48,11% le corresponde dietas de calidad óptima mientras que el 35,9% y el 16% dietas de mediana y baja calidad respectivamente⁹.

Arcila y Farran (2017) en su estudio **Factores condicionantes del estado nutricional y la adherencia a la Dieta Mediterránea en la Población en edad escolar, universidad de Barcelona**. Su objetivo es analizar los factores que condicionan la adherencia a patrones de alimentación saludables a través de políticas y promoción de hábitos saludables. Estudio de tipo descriptivo de corte transversal, cuya muestra está conformada por 1177 escolares comprendidos entre los 6 y 18 años de la población de Mantaró, 668 pertenecientes a la primaria y 509 a la secundaria. Utiliza para determinar la adherencia a la dieta

mediterránea el cuestionario KIDMED. Cuyos resultados indican, con relación al puntaje KIDMED, que en la primaria se observa que el 49% presenta adherencia alta, el 48% adherencia media y el 3% baja adherencia. Comparada a la secundaria el 30% tiene alta adherencia, el 59% adherencia media y el 11% baja adherencia. Con relación a cada nivel el sexo no presenta diferencias notorias. Indica además que los hábitos alimentarios y el estado nutricional; el descanso y la actividad física y los aspectos socio familiares, tienen que ver con el nivel de adherencia a la dieta mediterránea¹⁰.

Robles (2016) en su estudio **Análisis de la actividad física, adherencia a la dieta mediterránea y niveles de obesidad en escolares de tercer ciclo, tesis para la obtención de grado de la Universidad de Granada - España**. El objetivo del siguiente trabajo es analizar la adherencia a la dieta mediterránea, los niveles de obesidad, así como la práctica de actividades físicas en los escolares. Estudio descriptivo transversal sobre la muestra conformada por 137 alumnos entre varones (59) y mujeres (78) de 11 a 13 años de diferentes centros de las ciudades de Granada y Málaga. Para determinar a la adherencia a la dieta mediterránea y la calidad de la dieta se utilizó el cuestionario KIDMED. Los resultados indicaron que el 88,3% tenía una alta adherencia y el 11,7% una baja adherencia o baja calidad de hábitos alimentarios. Con relación a la distribución por sexo no se observaron diferencias significativas (86,4% varones y 88,3% mujeres) con un valor ligeramente mayor en las chicas¹¹.

Santofimio (2016) en su estudio **Alimentación y trastornos de la conducta alimentaria en alumnos de 1° a 4° de eso (11 a 17 años) en un instituto público y uno privado en la ciudad de Mataró. Universidad Autónoma de Barcelona**. El objetivo del trabajo es determinar el tipo de alimentación y los trastornos con relación a esta conducta en adolescentes. Estudio descriptivo

comparativo de corte transversal, trabajó con un total de 568 alumnos, de los cuales 304 corresponden a un instituto público y 246 a un privado. Estudio realizado en adolescentes de ambos sexos. El instrumento utilizado es el cuestionario KIDMED del índice de calidad de la dieta mediterránea, además del test de actitudes hacia la alimentación. Se calcularon los resultados obteniéndose con relación a la calidad de alimentación, nivel medio con un 67%, el 15,5% calidad baja y sólo el 16% de alta calidad. No encontraron diferencias entre los tipos de institución, ya que en ambos predominaba la calidad media¹².

Zapata, Granfeldt, Mosso, Sáez y Muñoz (2016) en su estudio **Evaluación nutricional y adherencia a la dieta mediterránea de adolescentes chilenos que residen en hogares de familias hospedadoras, de la Universidad Concepción de Chile**. El objeto de este estudio es determinar el estado nutricional y la adherencia a la dieta mediterránea de un grupo de adolescentes chilenos. Diseño de estudio descriptivo transversal. En el participaron un total de 40 adolescentes de ambos sexos de edades comprendidas entre los 14 y 22 años, lo particular de su selección es que son adolescentes que se trasladan a la ciudad por motivos de estudio alojándose en familias hospedadoras. Se evaluaron las medidas antropométricas para determinar el estado nutricional y se aplicó el test KIDMED para evaluar la calidad de la dieta es decir cuan adherente es ésta, a la dieta mediterránea, conocida por sus grandes beneficios. Los resultados indicaron que el 50% de los adolescentes tenían malnutrición por exceso y una baja adherencia a la dieta mediterránea. Específicamente el 42,5% presenta adherencia baja, el 52,5% adherencia media y sólo el 5% adherencia alta. Con relación al sexo, las mujeres consumen más frutas y verduras en el día que los varones. Es importante el dato en el que el 72,5% no toma desayuno. Además, sólo el 5% consume lácteos. Además de un bajo consumo de frutos secos y aceite de oliva (12,5% y 20%

respectivamente), el consumo de pescado es deficiente alcanzando sólo al 10%. Por lo que su alimentación está lejos de la alimentación recomendada como saludable¹³.

Mengarelli, Mora, Montero, Anzid, Cherkaoui y Scarinci (2013), en el estudio titulado **Aproximación a la dieta mediterránea desde el consumo de frutas y verduras: un análisis de tres muestras de adolescentes residentes en Argentina, España y Marruecos**. El objetivo de este es poder comparar las frecuencias del consumo de frutas y verduras en estas tres muestras y su posible relación con el estado nutricional. Estudio comparativo, que contó con tres muestras de adolescentes entre los 12 y 18 años. 121 de Madrid (España), 100 de Ouarazazate (Marruecos) Y 163 de Rosario (Argentina), entrevistados en colegios o de forma individual y voluntaria. Se estudió sexo, edad, peso, estatura, frecuencia en que consumen alimentos (frutas y verduras). Se encontraron diferencias significativas, en Madrid (86%), 22,8% Rosario y 26,0% en Ouarazazate. Por lo que se observó una menor ingesta en estas dos últimas ciudades. Con relación a esto se puede decir que el condicionante a la conducta alimentaria como la cercanía a la cuenca del mediterráneo además agregar el impacto de la post modernidad en los estilos de vida y de los hábitos saludables en estos lugares¹⁴.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 DIETA MEDITERRÁNEA

1. Dieta mediterránea como modelo de dieta equilibrada

La dieta mediterránea cumple las características de una dieta equilibrada y saludable. Se caracteriza por un elevado consumo de verduras, legumbres, frutas, frutos secos, cereales integrales y aceite de oliva, bajo consumo de

grasas saturadas, moderada-alta ingesta de pescado, moderado-bajo consumo leche y queso, baja ingesta de carne roja y una moderada y regular ingesta de vino en las comidas¹⁵.

Según Pinedo¹⁶ esta dieta se caracteriza por (a) elevado consumo de legumbres, verduras, frutos secos, además de cereales integrales. (b) alta ingesta de aceite de oliva ya sea para cocinar y aliñar alimentos en relación con el uso de otras grasas. (c) Menor ingesta de grasas saturadas. (d) Consumo de pescado moderadamente. (e) Mesurada ingesta de productos lácteos. (f) Mínima ingesta de carnes y sus derivados procesados. (g) Aceptable a moderado consumo de vino. (h) Mínima ingesta de cremas, mantequillas y margarina. (i) Cuantioso consumo de ajos, cebollas y especias.

2. Origen e historia de la dieta mediterránea

La dieta mediterránea es definida como un patrón de alimentación que caracterizaba los inicios de los años sesenta en aquellos países que geográficamente se distribuyen en el área mediterránea, lugar donde crecen los olivos, entre ellos Grecia, el Sur de Italia y España.¹⁷

Podría decirse entonces, que la dieta mediterránea es conocida como aquella que se consume en el área mediterránea y que incluye en este caso a los países que se encuentran bañados por este mar. Sin embargo, es difícil decir que exista un solo o único modelo dietético, ya que las diferencias tanto culturales, religiosas, económicas, etc., que puedan existir entre ellos, hacen que esto no sea posible, por lo tanto, se debería hablar de no una sino varias dietas mediterráneas, que sean diversas que poseen las características comunes.

A pesar de que de ella se conoce apenas desde los años 50, su historia va más allá, ya que tiene un origen milenario. La forma en que se

alimentaban destacó un interés en los científicos norteamericanos tanto en relación a su producción y su consumo. En el año 1953 se hizo un estudio comparativo en la forma en que se alimentan en la Isla de Creta, Grecia y Estados Unidos, encontrando que aquellas zonas la incidencia de las enfermedades cardiovasculares era menor. Otros estudios confirmaron lo mismo, agregando ya otras variables como la longevidad y otras enfermedades crónicas degenerativas propias de los países occidentales¹⁸.

No se trata, entonces, solo de un patrón alimentario respaldado por la evidencia de su influencia en la prevención de enfermedades no infecciosas. Se trata de una forma de vivir, priorizando alimentos frescos, de la región y propios de la estación, incluso de las diversas actividades culinarias y de la socialización que se produce con relación a las comidas, de la actividad física moderada, del descanso en la siesta y de toda una forma de vivir que caracteriza la herencia cultural de los países mediterráneos¹⁹

3. Beneficios de la dieta mediterránea para la salud

Dieta mediterránea y las enfermedades cardiovasculares

Los problemas de presión arterial alta el colesterol elevado el consumo de tabaco son factores de riesgo importantes para la aparición de enfermedades cardiovasculares, y la diabetes, mientras que la inactividad física, la obesidad y un consumo elevado de alcohol representan factores condicionantes.

Diversos estudios demuestran la relación existente entre la dieta mediterránea y las ventajas que representa para el sistema cardiovascular. Según Pinedo¹⁶ un estudio realizado en la población de Grecia demuestra la relación existente entre adherencia a la dieta mediterránea y la supervivencia de la población en el que se pudo evaluar la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y la

mortalidad total.

Además, otro trabajo de investigación efectuado en España sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular y la dieta mediterránea nos muestra que una dieta mediterránea acompañada con aceite de oliva extra o frutos secos disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares mayores²⁰.

Dieta mediterránea y DM2 (diabetes mellitus tipo II)

La Diabetes es una patología de origen metabólico, no infecciosa, que no se transmite, que se produce por alteraciones en déficit en la secreción y función de la insulina.

La Diabetes Mellitus circunscribe un conjunto de alteraciones metabólicas que se caracterizan por aumento de la glucosa de manera crónica, situación que se da por de la escasa secreción de insulina por las células beta del páncreas, y/o resistencia a la acción de hormona. La Diabetes Mellitus puede provocar a descompensaciones metabólicas e incluso pasar de los años provocar complicaciones crónicas, y el fracaso de múltiples órganos causando patologías como ceguera, insuficiencia renal crónica, neuropatías, entre otras.¹⁵

Según un estudio realizado por la Universidad de Navarra y la Universidad Rovira Virgili de Reus, en 3541, comprobaron que la adherencia a la dieta mediterránea generaba una reducción de alrededor del 30% de padecer o desarrollar diabetes²⁰. Es importante considerar que para la ocurrencia de la enfermedad uno de los pilares está relacionado con el estilo de vida, entre ellos la dieta y el consumo de elevados consumo de grasas, carbohidratos refinados y poca ingesta de fibra.

Dieta mediterránea y cáncer

La alimentación que se encuentra vinculada con la aparición de algún tipo de cáncer, es la que se daba muchos años antes de aparecer el descontrolado crecimiento celular es decir el tumor. Los hábitos alimentarios con relación a esta patología son casi imposibles de determinar con total exactitud. De manera que la incidencia de cáncer podría ser prevenible con las acciones que estén vinculadas nuestra alimentación, el control del peso y la actividad física¹⁶.

La ingesta total de grasa se encuentra asociado con la ocurrencia del cáncer en sus diferentes localizaciones. Es así que estudios acerca de la cantidad y tipo de grasa ingerida y la mortalidad por cáncer de mama, aquellos países cuyo consumo es a base de aceite de oliva, pescados y derivados presentan una menor incidencia de este tipo de cáncer. Semejante a los aportes que la dieta mediterránea propone²¹.

4. Alimentos que integran la dieta mediterránea

En la alimentación habitual de los que habitan en el mediterráneo existen diferentes aspectos que son semejantes, entre ellos: el elevado consumo de verduras, hortalizas, frutas frescas, leguminosas y cereales; una cantidad diversa, según la zona. El aceite de oliva, es la principal grasa utilizada en la cocina, además un consumo medido de vino junto a los alimentos; pescado, prudente consumo de lácteos y escasa de carnes y derivados²².

Aceite de oliva

La dieta mediterránea habitualmente utiliza como recurso primordial de ácidos grasos monoinsaturados aquellos que son suministrados por el aceite de oliva. Sus efectos en beneficio de la salud están relacionados

con su elevado contenido en ácido oleico. Por esto el consumir aceite de oliva podría disminuir significativamente el riesgo de enfermedad coronaria¹⁶.

El aceite de oliva, debido a su elevado contenido de ácidos grasos monoinsaturados, al parecer impide la oxidación de LDL (lipoproteína de alta densidad que aumenta el riesgo de enfermedades coronarias). Por lo que se reduce los niveles de LDL que ingresan a la pared arterial reduciendo el riesgo a aterosclerosis²³.

Alimentos ricos en fibra:

Actualmente se recomienda el incremento del consumo de fibras vegetales ricos en fibra presentes en las frutas, verduras, cereales, leguminosas, nueces, etc.

La fibra es un nutriente básico, muy necesario para mantener la flora bacteriana regular el tránsito y el ritmo intestinal. Además La fibra en la dieta diaria genera efectos grandemente beneficiosos, tales como el efecto laxante, disminución de los valores de colesterol en sangre después de los alimentos y la regulación de los niveles de glucosa en la sangre²⁴.

El vino

Otra de las características de la mediterránea es necesariamente la incorporación del vino tinto. Este contiene compuestos diversos como: azúcares, , polifenoles, aldehídos, vitaminas, etc.

Los polifenoles actúan como antioxidantes. Como resultado a esto resalta sus acciones como vasodilatadoras, antitrombóticos, antiinflamatorios y anticancerígenos²⁵

Pescado y omega 3

El contenido de AG/ Ω -3 (ácidos grasos omega -3) puede variar de uno a otro en los alimentos de origen marinos, así dependerá del tipo de pescado, la ubicación y tiempo de captura, y además al el proceso industrial al que sea sometido. Los pescados que contienen una mayor que tienen una mayor proporción de grasa en su contenido, son los llamados pescados azules (sardina, atún caballa, salmón), mientras que los llamados pescados blancos (merluza, mero, lenguado, pescadilla) poseen una cantidad menor de ácidos grasos y omega -3²⁶.

Frutos secos

Los frutos secos son también características de la dieta mediterránea. Con escaso contenido de agua y proteínas y grasas elevado. Poseen un alto contenido calórico. A diferencia de la mayor parte de los alimentos grasos de origen animal, los frutos secos se recomiendan en la dieta debido a que contienen grasa de origen vegetal, grasa insaturada que hace que los frutos secos brinden protección frente a las enfermedades cerebro vasculares, ya que coadyuban a la disminución de los valores del colesterol y contribuye a la mejora del funcionamiento de los vasos sanguíneos.

Fruta y verdura

Las frutas y verduras traen grandes beneficios a la salud, como: disminuir el riesgo de padecer cáncer, además de otras enfermedades no infecciosas, además cumplen una labor antioxidante, estimulan el sistema inmunitario, reducen la agregación plaquetaria; disminuyen la presión de la sangre y aumentan la acción antiviral y antibacteriana²⁷.

Además de esto destacan por su aporte de vitaminas y minerales y su efecto antioxidante, por lo que su consumo diario previene la ocurrencia de las enfermedades cerebro vascular y otras enfermedades crónicas no transmisibles. Se estima por tanto que el consumo recomendable debe ser 400gr/persona por día, por lo que se destina consumir al menos cinco frutas

y verduras diarias²⁸.

5. Dieta mediterránea y obesidad

La obesidad se caracteriza por el acumulo excesivo de grasa, en una persona composición en la que su contenido graso sobrepasa el estándar ya fijado según su altura, edad y sexo.

La obesidad es el resultado de la interacción entre sus características genéticas y los factores ambientales, como el grado de labor física y sus decisiones alimentarias, tanto en calidad así como en cantidad ²⁹. Sin duda los factores exógenos, al margen de las genéticas, son determinantes.

Una dieta con un alto aporte de carbohidratos complejos y fibra protege al individuo contra la obesidad. La dieta mediterránea brinda el consumo ideal de energía con la finalidad de evitar la obesidad²³.

Los más importantes beneficios de la dieta mediterránea para el manejo de la obesidad son, según Segura ³⁰:

- Es saciante, relacionado al consumo de fibras.
- Está compuesto de alimentos de gran volumen y bajo aporte calórico.
- A pesar de ser hipocalórica, esta dieta conserva la proporción de nutrientes aceptados.
- En general y por sus amplios beneficios es saludable.
- Puede ser utilizada en un largo plazo, es decir su uso y sus beneficios pueden ser sostenibles.
- Comparado a otros regímenes bajos en grasa, sus alimentos son más sabrosos.

La obesidad actualmente es un problema preocupante en las entidades sanitarias tanto nacionales como las de nivel internacional. Problema que se incrementa de acuerdo con su aumento en la frecuencia ya que es un factor

de riesgo para la ocurrencia de otras enfermedades que incluso pueden llegar a ser graves como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, artrosis y el cáncer, ya que ponen en peligro la efectividad de los sistemas de salud existentes y los pesados costos que estas podrían generar tanto directa como indirectamente. Además de esto, es la población infantil y juvenil puede resultar afectada, problema que se observa actualmente con su acelerado incremento en estos últimos diez años³¹.

Según Buckland, Bach y Serra³² en su revisión bibliográfica acerca de la eficacia de la dieta mediterránea en la prevención de la obesidad, en un total de 27 trabajos de investigación realizados, en 14 de ellos se reportaron que la adherencia a una dieta ocasiono de manera considerable la disminución de la posibilidad de sufrir de sobrepeso y/o obesidad, impulsó además la pérdida de peso o incluso la mayor pérdida de peso que la lograda con una dieta de control, 9 de estos trabajos de investigación hallaron que no había relación significativa, en 4 de estos trabajos informaron que el peso se había mantenido estable.

2.2.2 ALIMENTACIÓN EN EL ADOLESCENTE

La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por encontrarse entre la transición de la infancia al paso de la vida adulta. Parte con la pubertad y culmina a los veinte años aproximadamente, cuando se detiene el crecimiento biológico y la maduración psicosocial. En esta etapa suceden acontecimientos de importancia tanto a nivel físico, hormonal y sexual (pubertad) además de su desarrollo que se va afianzando con su desempeño social y psicoemocional. El crecimiento corporal es veloz y alcanza el máximo del crecimiento óseo, de manera que adquiere el 50% del peso final, el 25% de la talla y el 50% de total de la masa esquelética³³. Por tanto, ante este incremento de la masa magra en el adolescente sus requerimientos de energía y nutrientes tanto en varones como en mujeres va en aumento y difieren según el sexo. La alimentación del

adolescente, por tanto, debe ser apta para satisfacer sus demandas que favorezcan un adecuado crecimiento y desarrollo. Si tenemos en cuenta que los problemas de malnutrición están relacionados de forma determinante por los hábitos de vida, es esencial promover en ellos aquellos que le permitan mantener de forma sostenida una vida saludable. Esta etapa podría ser la última oportunidad para prepararlo nutricionalmente para una vida adulta más sana. Esta etapa es característica por la adquisición de nuevos hábitos de consumo de los alimentos y están relacionados con diversos factores principalmente los psicológicos y los sociales, directamente influenciados por los amigos. Es de considerar que es una etapa en la que el adolescente empiezan a consumir alimentos fuera de la casa y tiende a rechazar las recomendaciones de la familia. Es común que busque su autonomía y una mayor disposición de dinero. Por lo tanto, la adolescencia en relación con su estilo de vida y sus hábitos dietéticos se convierte en una etapa de alto riesgo nutricional³⁴.

1. Errores nutricionales frecuentes

A pesar de las diferencias de las localidades donde este adolescente se desarrolle, la gran influencia que ejerce la industria alimentaria, por una parte, además de la insidiosa publicidad por parte de los medios de comunicación, hacen que los hábitos alimentarios tiendan a ser comunes a todo el mundo occidental.

2. Irregularidades en el patrón de ingesta

Los hábitos alimentarios se ven alterado al ya no preferir consumir los alimentos preparados en el hogar y optar por elegir alimentos precocinados y elegir las comidas rápidas, caracterizados por el alto consumo de grasa total, grasa saturada, colesterol, azúcares y sodio, y un consumo mínimo de fibra, frutas y vegetales, incluso con un notorio déficit de micronutrientes como las

vitaminas y minerales, situación que lo aleja cada vez más de la dieta mediterránea tradicional.

3. Consumo frecuentes de snacks

Son alimentos que se consumen entre las comidas, por lo general tienen un sabor agradable. Es de fácil adquisición ya que son fáciles de poder conseguir en cualquier establecimiento. Brindan una cantidad elevada de energía pero la cantidad de nutrientes que presenta es muy poca o nada, además presenta un aporte exagerado de grasas y azúcares, o bien de sal, supliendo incluso entre un 10 a un 30% del total de requerimiento energético de la dieta diaria.

4. Dietas restrictivas

A ser esta una etapa donde el aspecto físico puede generar una elevada preocupación por la imagen corporal, iniciándose así el deseo de adelgazar en relación a los modelos de belleza existentes, reforzados por el bombardeo de la publicidad. Se inician con una alimentación baja en nutrientes, sobre todo en el sexo femenino. Además, incrementan en sus estilos de vida la actividad física para mantener el peso. Además algunas de ellas usan conductas purgativas. Existe la posibilidad de que esta práctica conduzca a un verdadero trastorno de la conducta alimentaria, entre las conocidas anorexia y bulimia.

5. Recomendaciones en la alimentación del adolescente

Lo que se recomienda al adolescente para una dieta saludable no varía mucho en relación a la del adulto.

El promover la “dieta mediterránea” puede llegar a ser una estrategia con grandes beneficios en nuestro país y la implementación de la pirámide de los alimentos es un método fácil para enseñar las correctas prácticas dietéticas

dentro de la consulta de rutina, se puede decir en general, que los déficits de macronutrientes, oligoelementos, vitaminas y minerales se pueden evitar con una dieta que sea completa y variada. Hay que destacar que el problema en los adolescentes no es en sí carencial, sino de desequilibrio alimentario de nutrientes, ya sea en exceso o en defecto, generando el riesgo de obesidad y enfermedad cardiovascular. Por todo esto, la adolescencia es un momento trascendental para promoción de la salud del futuro adulto, con el establecimiento de hábitos de vida y alimentación saludables³⁴.

2.3 HIPÓTESIS

Por ser un estudio de tipo descriptivo no se formuló una hipótesis

2.4 VARIABLE

La variable utilizada en el presente estudio es:

- Adherencia a la dieta Mediterránea

2.5 DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

DIETA MEDITERRANEA

La dieta mediterránea es la forma de alimentarse basado en algunos patrones dietéticos de los países del mediterráneos, La dieta mediterránea no solo brinda calorías y nutrientes en cantidades adecuadas sino que, además, contribuye a la prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades degenerativas, etc. y, en general, a una mayor esperanza de vida

DIMENSIONES

Adherencia a la dieta mediterránea

Es el cumplimiento de los hábitos alimentarios saludables su principal característica de la dieta mediterránea es el alto consumo de productos

vegetales tales como frutas, legumbres, verduras frutos secos pan y otros cereales ,el aceite de oliva como grasa principal y el consumo regular de vino en cantidades moderadas.

No adherencia a la dieta mediterránea

Es el no cumplimiento de los hábitos alimentarios saludables, caracterizado por la ingesta elevada de dulces, bollería industrial, el no desayunar todos los días y el acudir frecuentemente a la hamburguesería.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Este es un estudio descriptivo, transversal diseño no experimental.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio en la presente investigación es un colegio privado del Cono Norte en el distrito de Los Olivos, Lima –Perú en el año 2017.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN:

La población estuvo constituida por un total de 109 alumnos que cursan el nivel secundario de un colegio privado del Cono Norte, de los cuales 51 son del género masculino y 58 son de género femenino.

MUESTRA:

La muestra estuvo constituida por el total de la población, es decir 109 alumnos

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 TÉCNICA

La técnica que se utilizó en el presente estudio fue el cuestionario,

3.4.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para analizar la calidad de hábitos alimentarios se utilizó el cuestionario KIDMED que valora la adherencia a la dieta mediterránea, propuesto por Serra-Majem (2003)³⁵. Este instrumento ha sido utilizado con éxito en población especialmente adolescente, validado en diversos estudios con un Alpha de Crombah de 0.853. Es una herramienta que busca calcular las características de la ingesta alimentaria en relación a un prototipo de dieta ideal que es la

mediterránea, que contiene un total de 16 preguntas que se responden de forma afirmativa o negativa. Por tanto 4 ítems se califican de forma negativa (1, 4, 11 y 15) si se contestan afirmativamente (-1), en los ítems restantes, los otros 12, al ser de connotación positiva la respuesta que sea dada como afirmativa es valorada con +1. Las respuestas negativas no se suman por lo que se consideran de valor 0.

El puntaje final del test estaría oscilando entre -4 y 12, de manera que la adherencia o los hábitos se puntuarían de la siguiente manera:

Puntaje menor o igual a 3: Adherencia baja

Puntaje entre 4 a 7 : Adherencia media

Puntaje igual o a mayor 8: Adherencia alta

Este test de calidad de dieta mediterránea aplicada en la infancia y en la adolescencia, es un test ampliamente reconocido y validado en múltiples estudios.

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para poder aplicar el cuestionario, se procedió a solicitar el permiso mediante oficio al director del centro educativo, del mismo modo se solicitó la autorización a los padres de familia, para la aplicación del cuestionario KIDMED para valorar la adherencia a la dieta Mediterránea.

Posteriormente se procedió a aplicar el cuestionario a los estudiantes del nivel secundario de dicho centro de estudios, el cual se realizó en un día laborable de la semana, aclarando cualquier duda que pudiera existir entre los alumnos al momento de responder el cuestionario.

3.6. PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Tras la recolección de los datos a través del cuestionario KIDMED se procedió al análisis de los datos. Teniendo en cuenta el tipo y el diseño de la

investigación, en este caso Cuantitativo descriptivo. Los pasos por seguir fueron los siguientes:

- Medir el nivel de la variable:
En la variable adherencia a la dieta mediterránea, se realizó un estudio estadístico con el fin de determinar los niveles de adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de secundaria en estudio, en base al baremo, se pudo determinar la distribución por frecuencia en cada uno de sus indicadores en los niveles alto, medio o bajo con respecto a la adherencia a la dieta mediterránea.
- Proposición de nuevas observaciones y evaluaciones
Los resultados obtenidos se contrastaron con los de los estudios previos encontrados en los antecedentes bibliográficos, tras el análisis se determinan las conclusiones y se proponen las recomendaciones.
- Los datos se representan en tablas y figuras estadísticas utilizando el programa estadístico IBM, SPSS (Statistical Package for the Social Science) y Excel.

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

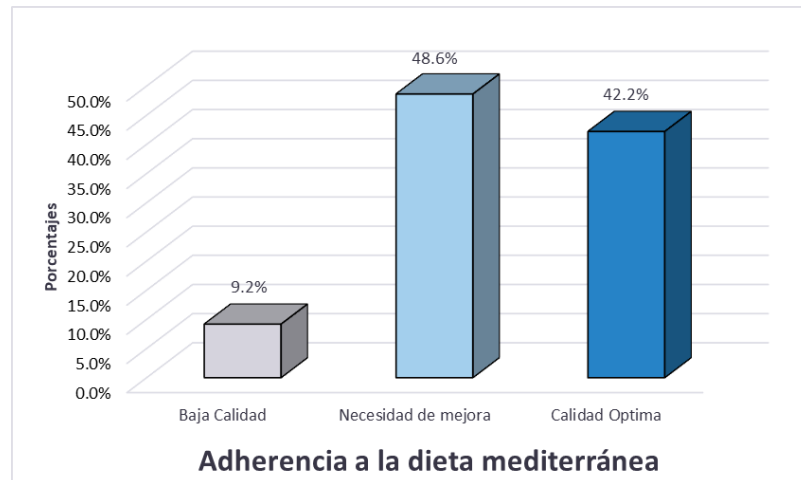
5.1 Análisis descriptivo de los resultados

TABLA N°1: MEDIDAS DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LOS ALUMNOS DE NIVEL SECUNDARIA.

	Frecuencia	Porcentaje
Baja Calidad	10	9.2%
Necesidad de mejora	53	48.6%
Calidad Optima	46	42.2%
Total	109	100.0%

FUENTE: Instrumento aplicado a los alumnos de secundaria del colegio privado del cono norte- test KIDMED

GRÁFICO N° 1:



FUENTE: Instrumento aplicado a los alumnos de secundaria del colegio privado del cono norte- test KIDMED

INTERPRETACIÓN:

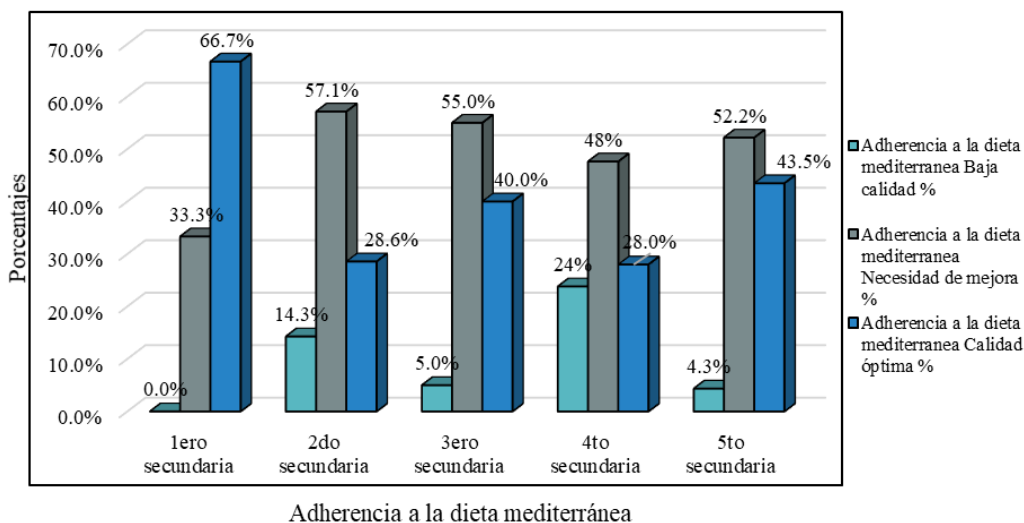
En la tabla N°1 y gráfico N°1 se observa que del 100 % de alumnos de secundaria el 48.6% presenta un nivel de adherencia media a la dieta mediterránea, el 42.2 % presenta un nivel de adherencia optima a la dieta mediterránea y el 9.2% presenta un nivel de adherencia baja a la dieta mediterránea.

TABLA N°2: MEDIDAS DE FRECUENCIA DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA SEGÚN GRADO DE ESTUDIOS

Grado de estudios	Adherencia a la dieta mediterránea						Total	
	Baja calidad		Necesidad de mejora		Calidad óptima		N	%
	N	%	N	%	N	%		
1ero secundaria	0	0.0%	8	33.3%	16	66.7%	24	100.0%
2do secundaria	3	14.3%	12	57.1%	6	28.6%	21	100.0%
3ero secundaria	1	5.0%	11	55.0%	8	40.0%	20	100.0%
4to secundaria	5	24%	10	48%	6	28.0%	21	100.0%
5to secundaria	1	4.3%	12	52.2%	10	43.5%	23	100.0%
Total	10	11.8%	53	62.4%	46	54.1%	109	100.0%

FUENTE: Instrumento aplicado a los alumnos de secundaria del colegio privado del cono norte - test KIDMED

GRÁFICO N°2



FUENTE: Instrumento aplicado a los alumnos de secundaria del colegio privado del cono norte - test KIDMED

INTERPRETACIÓN:

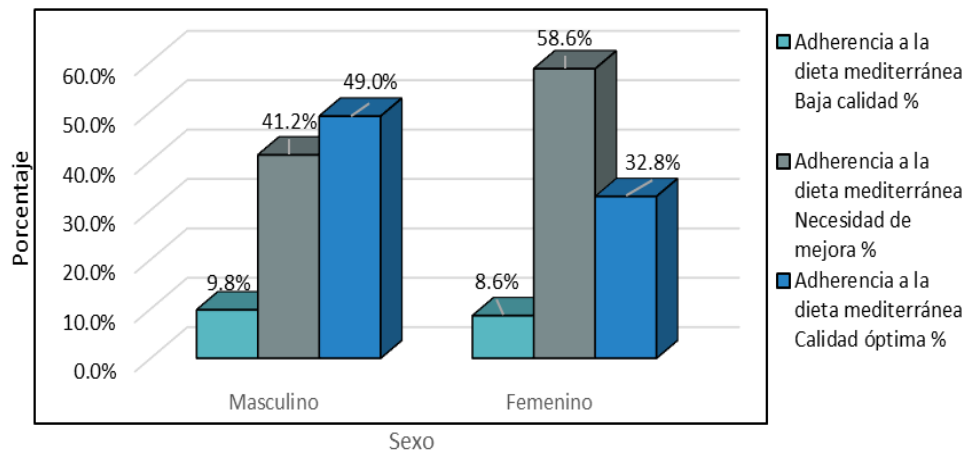
En la tabla N°2 y gráfico N°2 se observa que los alumnos de 1ro de secundaria presentan un nivel de adherencia a la dieta mediterránea de 66.7%, Mientras que el nivel más bajo de adherencia a la dieta mediterránea está dado por los alumnos de 4to de secundaria quienes presentan un nivel adherencia a la dieta mediterránea de 28%.

TABLA N° 3: MEDIDAS DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA SEGÚN GÉNERO.

Sexo	Adherencia a la dieta mediterránea						Total	
	Baja calidad		Necesidad de mejora		Calidad óptima		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Masculino	5	9.8%	21	41.2%	25	49.0%	51	100.0%
Femenino	5	8.6%	34	58.6%	19	32.8%	58	100.0%
Total	10	9.2%	55	50.5%	44	40.4%	109	100.0%

FUENTE: Instrumento aplicado a los alumnos de secundaria del colegio privado del cono Norte-test KIDMED.

GRÁFICO N°3:



FUENTE: Instrumento aplicado a los alumnos de secundaria del colegio privado del cono norte - test KIDMED

INTERPRETACION:

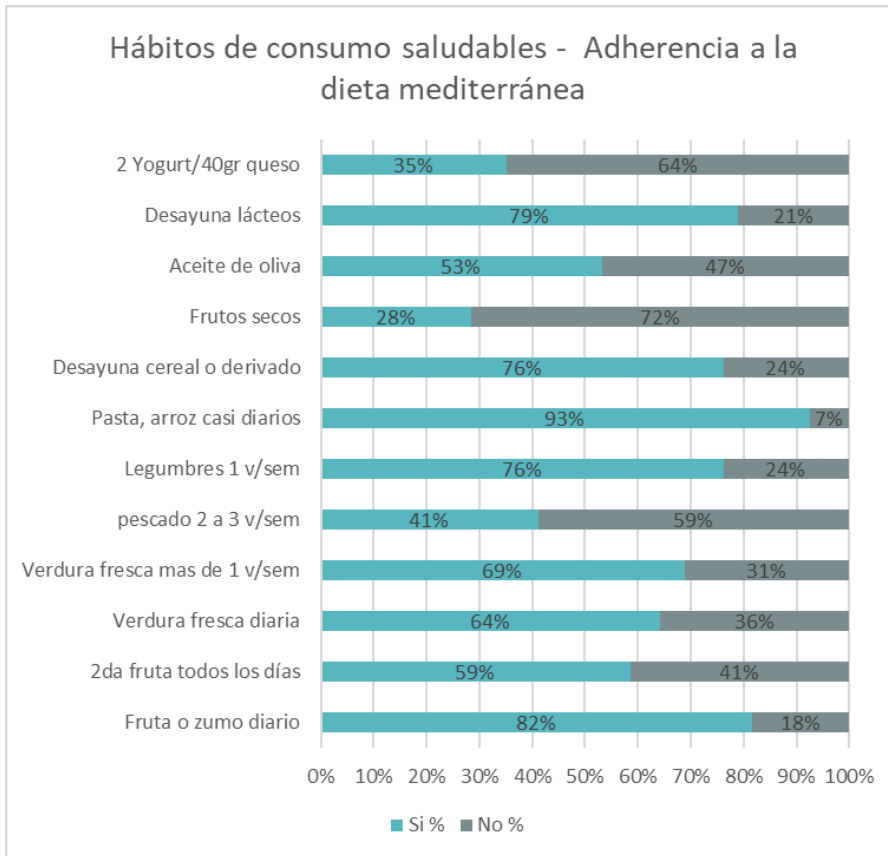
En la tabla N°3 y gráfico N°3 se observa que los alumnos del género masculino presenta un mayor nivel de adherencia optimo a la dieta mediterránea con un 49%, mientras que las estudiantes de sexo femenino solo el 32.8% de las alumnas presenta un nivel de adherencia optimo a la dieta mediterránea.

**TABLA Nº 4: DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE HÁBITOS
SALUDABLES - ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA**

	Hábitos saludables - Adherencia a la dieta mediterránea					
	Si		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fruta o zumo diario	89	82%	20	18%	109	100
2da fruta todos los días	64	59%	45	41%	109	100
Verdura fresca diaria	70	64%	39	36%	109	100
Verdura fresca mas de 1 v/sem	75	69%	34	31%	109	100
pescado 2 a 3 v/sem	45	41%	64	59%	109	100
Legumbres 1 v/sem	83	76%	26	24%	109	100
Pasta, arroz casi diarios	101	93%	8	7%	109	100
Desayuna cereal o derivado	83	76%	26	24%	109	100
Frutos secos	31	28%	78	72%	109	100
Aceite de oliva	58	53%	51	47%	109	100
Desayuna lácteos	86	79%	23	21%	109	100
2 Yogurt/40gr queso	38	35%	70	64%	109	100

FUENTE: Instrumento aplicado a los alumnos de secundaria del colegio privado del cono norte- test KIDMED

GRÁFICO Nº 4:



FUENTE: Instrumento aplicado a los alumnos de secundaria del colegio privado del cono norte - test KIDMED

INTERPRETACIÓN:

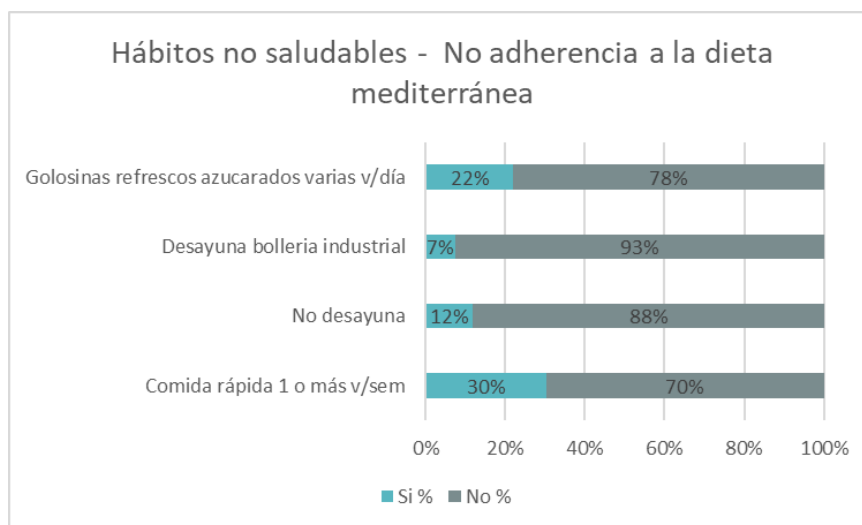
De acuerdo a la tabla N°4 y gráfico N°4, podemos observar que dentro de los hábitos de consumo saludable de la dieta mediterránea, el consumo de fruta o zumo es lo más sobresaliente con un 82% dentro de la adherencia a la dieta mediterránea, mientras que la ingesta de frutos secos solo alcanza el 28% de consumo .

TABLA Nº5: DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE HáBITOS NO SALUDABLES - NO ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA

	Hábitos no saludables - NO adherencia ala dieta mediterránea					
	Si		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Comida rápida 1 o más v/sem	33	30%	76	70%	109	100
No desayuna	13	12%	96	88%	109	100
Desayuna bollería industrial	8	7%	101	93%	109	100
Golosinas, refrescos azucarados varias v/día	24	22%	85	78%	109	100

FUENTE: Instrumento aplicado a los alumnos de secundaria del colegio privado del cono norte- test KIDMED

GRÁFICO Nº 5:



FUENTE: Instrumento aplicado a los alumnos de secundaria del colegio privado del cono norte - test KIDMED

INTERPRETACIÓN.-

De acuerdo a la tabla Nº5 y gráfico Nº5 se observa que dentro de los hábitos no saludables de la no adherencia a la dieta mediterránea el 30% de alumnos consume comida rápida de 1 a mas veces por semana mientras que el 22% de los alumnos consume golosinas y dulces varias veces al día.

4.2 DISCUSIÓN:

-El objetivo de esta investigación fue el de conocer la adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de secundaria. Según la literatura mundial se a encontrado estudios como el de Ayechu y Dura (2010) y estudios como el de Arcila y Ferran (2017) en donde ambos estudios coincidieron en que el mayor porcentaje de alumnos presentan una adherencia media a la dieta mediterránea al igual que en nuestro estudio.

-Algunos estudios como el de Cabrera(2011) en su estudio Valoración de la calidad de la dieta aplicando el índice de KIDMED en los alumnos de dos colegios de Ecuador nos mostro que el 48% de los alumnos presenta una adherencia alta a la dieta mediterránea, que difiere con los estudios mencionados anteriormente y con nuestro estudio.

- Estudios como el de Ayechu y Dura concluyeron que la adherencia a la dieta mediterránea presenta un porcentaje mayor en los alumnos del primer año a diferencia de los del 4to año, coincidiendo con nuestro estudio en donde se evidencio una mayor adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de 1ro de secundaria en relación con los de 4to y 5to de secundaria.

-Si bien, en estudios como el de Grao, Nuviala, Fernández, Porcel, Moral y Martinez(2013) no se hallaron diferencia significativas en la adherencia a la dieta mediterránea según el género, en nuestro estudio se pudo evidencia que el género masculino presenta una mayor adherencia a la dieta mediterránea en relación con el género femenino.

-En el estudio de Zapata, Granfeldt, Mosso, Sáez y Muñoz (2016) en su estudio (2016) se concluye que solo el 5% desayuna lácteos a diferencia de nuestro estudio en el que se encontró que un 79% desayuna lácteos, del mismo modo en nuestro estudio se encontró que el 41% consume pescado 2 a 3 veces por semana, a diferencia del estudio de Zapata, Granfeldt, Mosso, Sáez y Muñoz donde se encontró que solo el 10% de los adolescentes consume pescado 2 o 3 veces por semana.

-En el presente estudio se pudo observar que el 22 % de alumnos consume dulces o golosinas varias veces al día mientras que en el estudio de Zapata, Granfeldt, Mosso, Sáez y Muñoz (2016) se halló que el 40% de los alumnos refiere consumir dulces y golosinas varias veces al día.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Como parte final del presente trabajo de investigación se han obtenido las siguientes conclusiones:

1. Según los resultados del cuestionario KIDMED aplicado a los alumnos de secundaria del colegio particular del Cono Norte se percibe que solo el 42.2% de los alumnos que respondieron el cuestionario, reflejaban unos hábitos alimentarios compatibles con un patrón dietético mediterráneo (alta adherencia). Por consiguiente se deduce que la mayoría de los alumnos (el 57.8% restante) presentaba una adherencia media y/o baja y, por lo tanto se produce la necesidad de mejorar su patrón alimentario para orientarlo al mediterráneo.
2. Cuando se analiza el índice KIDMED en base al grado de estudios se observa una disminución progresiva de la adherencia a la dieta mediterránea: mientras que el 66% de los alumnos de 1ro de secundaria tenían una valoración optima del índice KIDMED (alta adherencia), al llegar al 5to de secundaria con apenas 43.5%. Este deterioro especialmente derivado de un menor consumo de frutas, lácteos, yogurt y/o queso y un mayor consumo de bollería industrial y dulces.
3. El índice KIDMED demostró que los alumnos del género masculino presentan una adherencia optima a la dieta mediterránea con un 49.0% en comparación con las del género femenino que presentan un 32.8% de adherencia optima a la dieta mediterránea.

4. En presente trabajo dentro de los hábitos de consumo saludable que determinan la adherencia a la dieta mediterránea se pudo evidenciar que un 93% de alumnos consume pastas y arroz casi a diario, del mismo modo el 82% refiere consumir una fruta o un zumo todos los días.

5. Se pudo evidenciar en el presente estudio que en cuanto a la distribución de consumo de hábitos no saludables o no adherencia a la dieta mediterránea el 30% de los alumnos manifestó consumir comida rápida 1 vez o mas por semana seguidos con un 22% del consumo de golosinas y refrescos azucarados varias veces al día.

5.2. RECOMENDACIONES:

- 1 .- Dar a conocer a la comunidad estudiantil la importancia de la dieta mediterránea la cual nos ayudara a estar sanos y prevenir algunas enfermedades, quienes a su vez harán de promotores de salud para el resto de la comunidad escolar.
- 2.- Realizar un seguimiento al estado nutricional del escolar adolescente y también desarrollar temas sobre alimentación saludable que se debería incluir en la malla curricular de las áreas de estudio.
- 3.- Coordinar la ejecución del programa de los Cafetines Saludables de manera permanente, que se encuentren supervisados promoviendo siempre el consumo de alimentos saludables.
- 4.- Capacitar a los docentes y a los padres de familia sobre los beneficios de la dieta mediterránea quienes serán los encargados de fomentar de manera permanente el consumo de una dieta saludable a los escolares y a sus hijos.
- 5.- Fomentar el uso de la lonchera escolar, que será un complemento nutricional muy importante ya que buscara compensar el gasto de energía propio de las labores que realice a lo largo de las horas de clase, recreo y actividad física

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Cervera F (2014). Hábitos alimentarios en estudiantes universitarios: Universidad de Castilla- La Mancha. Estudio piloto de la universidad Virtual de Tunez. *Universidad de Castilla La Mancha. Tesis Doctoral* . Albacete, España.
- 2.- FAO y OPS. (2017). *2017. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional de América Latina y el Caribe* . Santiago de Chile.
- 3.- OMS. (11 de Octubre de 2017). *Centro de prensa: Organización Mundial de la Salud*. Obtenido:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/increase-childhood-obesity/es/>
- 4.- Revista Lancet Diabetes Endocrinol. (11 de Setiembre de 2014). Sobrepeso y obesidad en niños y niñas en adolescentes de América Latina. *Observatorio de Seguridad Alimentaria* .
- 5.- Leyton, F. (20 de Junio de 2017). Perú: Niveles de sobrepeso y obesidad ya son un problema de salud pública. *La República* .
- 6.- Tarqui, C., Alvarez, D. (2015). *Informe Técnico: Estado Nutricional por etapas de la población peruanan; 2013 - 2014* , 5,6. Lima, Perú: MINSA.
- 7.- Ayechu A., Dura T. (2010). Calidad de los hábitos alimentarios (adherencia a la dieta mediterránea) en los alumnos de educación secundaria obligatoria. *Scielo* , 33 (1).

- 8.- Graos A, Nubiala A. (2013). Adherencia a la dieta mediterránea en adolescentes rurales y urbanos del sur de España, satisfacción con la vida, antropometría y actividades físicas sedentarias. *Nutrición Hospitalaria* , 28 (4), 1129-1135.
- 9.- Cabrera M (2011). Valoración de la calidad de la dieta aplicando el índice KIDMED en los estudiantes de colegios Capitán Edmundo Chioriboga y Unidad educativa Verbo de la ciudad de Riobamba, 2010-2011. (E. S. Chimborazo, Ed.).
- 10.- Arcila A, Farran A. (2017). Factores Condicionantes del estado nutricional y la adherencia a la dieta mediterránea en población escolar. (U. Barcelona, Ed.) *Diposit Digital* .
- 11.- Robles E. (2016). Análisis de la actividad física, adherencia a la dieta mediterránea y niveles de obesidad en escolares de tercer ciclo. *Trabajo de fin de grado* . Barcelona, España: Universidad de Granada.
- 12.- Santofimio A. (2016). Alimentación y trastornos de la conducta alimentaria en alumnos 1° a 4° de eso (11 a 17 años de edad) en un instituto público y privado en la ciudad de Mantaró. *Tesis Doctorales en Red* .
- 13.- Zapata D, Granfeldt G. (2016). Evaluación nutricional y adherencia a la dieta mediterránea de adolescentes chilenos que residen en hogares de familias hospederas. *Revista Chilena de Nutrición* , 43 (2).
- 14.- Mengarelli G, Mora A. (2013). Aproximación a la dieta mediterránea desde el consumo de frutas y verduras: un análisis de tres muestras de adolescentes residentes en Argentina, España y Marruecos. *Nutrición clínica y dietética Hospitalaria* , 36.

- 15.- Matía P, Lecumberri. E. (2007). Nutrición y síndrome metabólico. *Scielo* , 81 (5).
- 16.- Pinedo M (2014). Adherencia a la dieta mediterranea de los estudiantes de enfermería de la Universidad de Rioja. *Trabajo de fin de grado de enfermería* . España: Universidad de la Rioja.
- 17.- Arós F, Estruch R. (2013). Dieta Mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. *Revista Española de Cardiología* , 66 (10).
- 18.- Bernabeu J (26 de Abril de 2011). ¿Es posible la dieta mediterránea en el siglo XXI? *Reportaje: Historia y antropología de la dieta mediterránea* . Madrid: Corporación Empresarial Pascual.
- 19.- Bach A, Serra L. (2013). Dieta Mediterránea en el siglo XXI: posibilidades y oportunitades. En *Libro blanco de la nutrición en España* (págs. 221 - 224). Barcelona: Fundación Española de la Nutrición.
- 20.- García F, Ros E, Salas J.(2016). Efecto de una intervención intensiva sobre el estilo de vida a base de una dieta mediterránea tradicional con restricción de energía, actividad física y tratamiento conductual sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular Estudio *Predimed plus* 2003-2010. (23 de Noviembre de 2016). *Predimed plus*.
- 21.- Cortez P. (2006). Influencia del aceite de oliva virgen frente a grasas de uso común en la prevención del desarrollo, crecimiento y diseminación del cáncer de mama. Estudio de un modelo animal inducido por n-metil nitrosourea. *Facultad de ciencias experimentales y de la salud de la Universidad de Jaén* . Jaén, España.

- 22.- Carbajal A, Ortega R. (2001). La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable. *Revista Chilena de Nutrición* , 28 (2), 224-236.
- 23.- Carreto V, Cuervo P. (2002). Aceite de Oliva: Beneficios en la salud. *Invenio* , 141-149.
- 24.- García P, Velazco G. (2007). Evolución en el conocimiento de la fibra. *Scielo* , 22 (2).
- 25.- Moreno F (2000). Efectos saludables del consumo moderado de vino. *Zubia Monográfico* (12), 59-102.
- 26.-Castro M (2002). Acidos grasos omega3: beneficios y fuentes. *Interciencia* , 27 (3), 128-136.
- 27.- Uribe R (2015). Ingesta de frutas, verduras y sus motivaciones, Barreras para consumir 5 porciones al día en los estudiantes de Nutrición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Tesis para optar el grado de licenciado en nutrición - Universidad Nacional Mayor de San Marcos* . Lima, Perú.
- 28.- Palomo I, Gutierrez M. (2009). Efecto antioxidante de frutas y hortalizas de la zona central Chile. *Revista Chilena de Nutrición* , 36 (2).
- 29.- Vilcanqui F, Vilchez C. (2017). Fibra dietaria: nuevas definiciones, propiedades funcionales y beneficios para la salud. *ALAN- Archivos Latinoamericanos de Nutrición* , 67 (2).
- 30.- Segura T (2011). Obesidad y sobrepeso en la población escolar. *Tesis para obtener el grado de Master. Universidad de Almería* .

- 31.- Company M. (2013). Influencia de los discursos sobre salud y obesidad en Iso escolares de secundaria completa. *Tesis para obtener el grado de doctor. Universidad* . Almería, España: Universidad de Almería.
- 32.- Buckland G, Bach A. (2008). Eficacia de la dieta mediterranea en la prevención de obesidad. Una revisión bibliográfica. *Revista española de obesidad* , 6 (6), 329-339.
- 33.- *Alimentación y nutrición en la adolescencia*. (Mayo de 2017). Obtenido de <http://nutricionatusalud.blogspot.pe/2017/05/la-alimentacion-y-nutricion-en-la.html>
- 34.- Marugán J, Monasterio L. (2012). Alimentación en el adolescente. *Asociación española de pediatría* , 307-312.
- 35.- Serra-Majem L, Rivas L, Ortega R, García A, Perez C, Aranceta J. (2004) Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Revista Public Health Nutrition* 7(7), 931-935.

Anexos

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE: ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA EN ALUMNOS DE NIVEL SECUNDARIA					
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	INSTRUMENTO	% ITEMS
Adherencia a la dieta mediterránea: Hábitos alimentarios saludables	1,2,3,4,5,7,8,9,10,11, 13,15	Ordinal	Dicotómica	Cuestionario KIDMED	75%
No adherencia a la dieta mediterránea: Hábitos alimentarios no saludables.	6, 12, 14, 16	Ordinal	Dicotómica		25%
				Total	100%

**ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN ALUMNOS DEL NIVEL SECUNDARIO DE UN
COLEGIO PRIVADO DEL CONO NORTE – 2017**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
1. Grado de estudios	Es el período del año en el que los estudiantes van a sus centros de enseñanza.	Según grado de estudios de primero a quinto de secundaria	Cuantitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 1ro secundaria • 2do secundaria • 3ro secundaria • 4to secundaria • 5to secundaria 	Encuesta
2. Género	Condición biológica del sexo de la persona que contesta	Caracteres primarios y secundarios sexuales	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Encuesta
3. Adherencia a la dieta mediterránea	Adhesión al modo de alimentarse basado en una idealización de algunos patrones dietéticos de los países mediterráneos.	<p>- Adherencia a la dieta mediterránea: hábitos alimentarios saludables.</p> <p>- No adherencia a la dieta mediterránea: Hábitos alimentarios no saludables.</p>	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia a la dieta mediterránea • No adherencia a la dieta mediterránea 	Encuesta

ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>Problema general: ¿Cuál es el nivel de adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del Cono Norte- 2017?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del Cono Norte-2017 según grado de estudios? • ¿Cuál es el nivel de adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del Cono Norte- 	<p>Objetivo General: Conocer el nivel de adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del Cono Norte- 2017</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del Cono Norte-2017 según grado de estudios • Identificar el nivel de adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del Cono Norte-2017 según género. 	<p>El corte de esta investigación al ser descriptiva no formulará hipótesis</p>	<p>Adherencia a la dieta mediterránea</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adherencia a la dieta mediterránea • No adherencia a la dieta mediterránea <p>Grado de estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1ro secundaria - 2do secundaria - 3ro secundaria - 4to secundaria - 5to secundaria <p>Género:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masculino - femenino

2017 según género?

- ¿Cuáles son los hábitos de consumo saludables que determinan la adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del Cono Norte-2017?
 - ¿Cuáles son los hábitos de consumo no saludables que determinan la No adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del Cono Norte-2017?
- Identificar los hábitos de consumo saludables que determinan la adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del Cono Norte- 2017
 - Identificar los hábitos de consumo no saludables que determinan la No adherencia a la dieta mediterránea en los alumnos de nivel secundario de un colegio privado del Cono Norte- 2017.

ANEXO N 3- INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

ENCUESTA SOBRE CALIDAD DE HABITOS ALIMENTARIOS

La presente encuesta tiene por finalidad conocer la adherencia a la dieta mediterránea, marque con una X o encierre en un círculo la alternativa que usted crea se acerque más a sus hábitos alimentarios.

I) DATOS GENERALES:

GRADO DE ESTUDIOS: _____ EDAD: _____ MASCULINO() FEMENINO()

- | | |
|--|-------------|
| 1.-TOMA UNA FRUTA O ZUMO NATURAL TODOS LOS DIAS: | SI() NO() |
| 2.- TOMA UNA SEGUNDA PIEZA DE FRUTA TODOS LOS DIAS: | SI() NO() |
| 3.-TOMA VERDURAS FRESCAS (ENSALADAS) O COCINADAS DE FORMA REGULAR UNA VEZ AL DIA | SI() NO() |
| 4.- TOMA VERDURAS FRESCAS (ENSALADAS) O COCINADAS DE FORMA REGULAR MAS DE UNA VEZ AL DIA | SI() NO() |
| 5.- CONSUME PESCADO CON REGULARIDAD (POR LO MENOS 2-3 VECES A LA SEMANA). | SI() NO() |
| 6.- ACUDE UNA VEZ O MÁS A LA SEMANA A UN CENTRO DE COMIDA RÁPIDA | SI() NO() |
| 7.- LE GUSTAN LAS LEGUMBRES Y LA TOMA MÁS DE 1 VEZ A LA SEMANA | SI() NO() |
| 8.- TOMA PASTA O ARROZ CASI A DIARIO (5 DÍAS O MÁS A LA SEMANA) | SI() NO() |
| 9.- DESAYUNA UN CEREAL O DERIVADO (PAN, ARROZ, ETC.) | SI() NO() |
| 10.- TOMA FRUTOS SECOS CON REGULARIDAD(AL MENOS 2-3 VECES A LA SEM.) | SI() NO() |
| 11.- SE UTILIZA ACEITE DE OLIVA EN CASA. | SI() NO() |
| 12.- NO DESAYUNA | SI() NO() |
| 13.- DESAYUNA UN LÁCTEO (YOGURT, LECHE, ETC.). | SI() NO() |
| 14.- DESAYUNA CACHITOS DE MANJAR, PIONONO, DONAS DULCES, GALLETAS O PASTELITOS | SI() NO() |
| 15.- TOMA 2 YOGURES Y/O 40 G QUESO CADA DÍA. | SI() NO() |
| 16.- TOMA GOLOSINAS Y/O CARAMELOS VARIAS VECES AL DÍA | SI() NO() |

