

ARTÍCULO ORIGINAL

Adherencia de la dieta mediterránea en una población urbana de la sierra ecuatoriana

Adherence to the mediterranean diet in an urban population of the ecuadorian sierra

Mayra Alexandra Chimborazo Caizaguano¹  , Verónica del Pilar Cantuñi Carpio¹  

¹Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Licenciatura en Enfermería. Ambato, Ecuador.

Citar como: Chimborazo Caizaguano MA, Cantuñi Carpio V del P. Adherencia de la dieta mediterránea en una población urbana de la sierra ecuatoriana. Salud Cienc. Tecnol. 2022;2(S1):229. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022229>

Recibido: 29-11-2022

Revisado: 14-12-2022

Aceptado: 28-12-2022

Publicado: 30-12-2022

Editor: William Castillo-González¹ 

RESUMEN

Introducción: la dieta mediterránea está caracterizada por ser equilibrado, variado e incluye nutrientes necesarios para la vida del ser humano, la ingesta moderada de vino tinto posee características antioxidantes, previene la arterosclerosis convirtiéndose en un protector cardiovascular, así mismo los frutos secos contribuyen a la reducción de los triglicéridos.

Objetivo: determinar la adherencia de la dieta mediterránea en una población urbana de la sierra ecuatoriana.

Métodos: investigación de tipo cuantitativo, con un enfoque descriptivo correlacional no experimental, de corte trasversal realizado en el mes de agosto del 2022, que utiliza como herramienta un cuestionario el cual se aplicó a una población de 133 personas que constituyen la muestra de participantes.

Resultados: los resultados fueron tabulados mediante el software Excel versión 2016 obteniendo datos científicos. El estudio refleja que el 66,2 % de la población demuestra una baja o mala adherencia y en un 33,8 % se evidencia una buena adherencia al consumo de una dieta mediterránea, en muchos de los encuestados la ingesta de bebidas carbonatadas, productos altos en calorías como *cakes* o de repostería comercial se ha convertido en un hábito formando a estos como parte fundamental en sus dietas.

Conclusiones: la dieta mediterránea es un concepto nuevo para nuestro país, sin embargo, existe gran cantidad de evidencia científica de los beneficios que la misma aporta al estado nutricional además de la prevención de enfermedades no trasmisibles como la diabetes e hipertensión.

Palabras clave: Dieta Mediterránea; Sedentarismo; Nutrición; Alimentación Saludable.

ABSTRACT

Introduction: mediterranean diet is characterized by being balanced, varied, and includes the necessary nutrients for the life of the human being, the moderate intake of red wine has antioxidant characteristics, it prevents atherosclerosis becoming a cardiovascular protector, likewise the nuts contribute to the reduction of triglycerides.

Objective: determine the adherence to the Mediterranean diet in an urban population of the Ecuadorian highlands.

Methods: quantitative research, with a non-experimental descriptive correlational approach, cross-sectional, carried out in August 2022, which uses a questionnaire as a tool which was applied to a population of 133 people who constitute the sample of participants.

Results: the results were tabulated using the Excel 2016 version software, obtaining scientific data. The study reflects that 66,2 % of the population shows low or poor adherence and 33,8 % show good adherence to the consumption of a Mediterranean diet, in many of the respondents the intake of carbonated drinks, high-calorie products such as cakes or commercial confectionery has become a habit forming these as

a fundamental part of their diets.

Conclusions: the mediterranean diet is a new concept for our country, however, there is a large amount of scientific evidence of the benefits that it brings to the nutritional status in addition to the prevention of non-communicable diseases such as diabetes and hypertension.

Keywords: Mediterranean Diet; Sedentary Lifestyle; Nutrition; Healthy Nutrition.

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la humanidad los seres humanos han buscado satisfacer sus necesidades alimentarias en una dieta equilibrada y balanceada, por lo que la combinación de varios productos ha logrado cubrir la misma a través de los años, la dieta mediterránea denominada saludable se constituyó en una alimentación funcional que le permite a los mismos cumplir con las demandas nutricionales para favorecer el desarrollo de sus actividades biológicas.⁽¹⁾

Para Fradejas⁽²⁾ *“una alimentación saludable se logra a través del consumo de varios alimentos que se caracterizan por mantener un equilibrio biológico y brindar el aporte necesario de micro y macro nutrientes, además de reducir el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares”*. Por lo cual, se puede afirmar que la nutrición es uno de los ámbitos más importantes en el desarrollo del ser humano, ésta contribuye a desempeñar de manera adecuada las actividades tanto rutinarias como de aprendizaje o laborales, a más de ello mantiene al hombre saludable previniendo la aparición prematura de enfermedades crónicas no transmisibles.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema de salud pública a nivel mundial, existe una gran cantidad de evidencia científica que asegura que la mayoría se desarrollan a través de malos hábitos alimenticios y prácticas poco amigables como el sedentarismo, consumo de licor o el tabaquismo, por tal razón 41 millones de personas mueren al año por esta causa, es decir que un 71 % de las muertes anuales están relacionadas con una nutrición dañina.⁽³⁾

La dieta mediterránea nace aproximadamente en los años 50's o 60's, dos personajes que dedicaron sus vidas al estudio de la influencia de la alimentación en la enfermedad, desarrollaron una investigación basada en la observación científica, al que se le denominó “Estudio de los siete países” llegando a concluir que las grasas y comidas saturadas producen enfermedades cardiovasculares.⁽⁴⁾

En varias regiones del mundo en especial países del sur de Europa y la ribera mediterránea ven nacer a la dieta como una alternativa saludable para el consumidor ya que prevenía el síndrome de arteria coronaria, en países como Italia y Grecia comienzan a adoptar un estilo de vida mediterráneo uniéndose a estos, diferentes estados entre estos Finlandia y España en donde el consumo y adaptación a este tipo de alimentación ha generado un gran impacto hasta la actualidad.⁽⁵⁾

La dieta mediterránea está caracterizada por ser equilibrado, variado e incluye nutrientes necesarios para la vida del ser humano donde a través del consumo de aceite de oliva, alta cantidad de cereales integrales, verduras, vegetales y frutas se ha logrado posicionar como un modelo excelente a seguir en cuanto a temas de nutrición ya que sustituye a los alimentos tradicionales por algo de mejor calidad y aporte nutricional como el pescado, productos del mar, así mismo se evita el uso de lácteos, harinas y grasas saturadas que se utilizan para la elaboración de productos de pastelería.⁽⁶⁾

Además, incluye la ingesta moderada de vino tinto que posee características antioxidantes tales como prevenir la arterosclerosis y así convirtiéndose en un protector cardiovascular, de la misma manera, los frutos secos benefician al ser humano a través del consumo de omega 3 que contribuye a la reducción de los triglicéridos disminuyendo notablemente las capas de grasa que se forman en las paredes arteriales.⁽⁷⁾

A nivel del sistema nervioso central se ha demostrado en varias investigaciones que el cortisol producido por la ingesta de una alimentación mediterránea genera en el ser humano una resistencia a situaciones expuestas al estrés, considerado en la actualidad como la enfermedad del siglo XXI. Sin embargo, se ha evidenciado que el sistema nervioso simpático produce una baja repuesta después de haberse adaptado al estilo de vida mediterráneo. Los beneficios de los que se puede hablar en cuanto a esta dieta es que favorecen la salud, piel, peso y sensación de bienestar físico, siendo estas sus cualidades para coronarse como una de las mejores opciones de nutrición en torno al cuidado médico.⁽⁸⁾

Por esta razón, el consumo de una dieta saludable que se ajuste al presupuesto de las familias de la sierra ecuatoriana favorecería de manera acertada a la salud de dichas poblaciones. Sin embargo, en los últimos años las estadísticas en cuanto a la creciente de enfermedades no transmisibles y la desnutrición va en aumento lo que nos pone una interrogante, qué tan buena es la adherencia que demuestran los pueblos en torno a las estrategias que se adopta para la reducción de dichos problemas.⁽⁹⁾

Los hábitos alimenticios de las familias de la sierra ecuatoriana, en varios estudios científicos atribuyen una gran cantidad de enfermedades metabólicas debido al consumo de alimentos con déficit de aporte nutricional

y por el contrario desencadenan una serie de problemas en la salud. Los mayores índices de mala alimentación se encuentran en este tipo de poblaciones favorecidas por el rápido crecimiento urbanístico, las actividades laborales y el estudio, factores que predisponen a la persona al consumo de comidas rápidas o productos procesados sintéticamente. Por ende, la presente investigación es viable ya que reúne todos los recursos humanos y materiales para su realización siendo el objetivo de esta determinar el nivel de adherencia a la dieta mediterránea en una población urbana de la sierra ecuatoriana.

MÉTODOS

Este estudio utilizó un diseño cuantitativo, descriptivo, correlacional, no experimental de corte transversal para examinar la adherencia de la población del cantón Echeandia - ciudadela Trece de Agosto durante el mes de agosto del 2022.⁽¹⁰⁾

La recolección de los datos se realizó bajo la modalidad virtual mediante el llenado de una encuesta anónima en la plataforma Google Forms, aplicando el Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea (Modificada) de la Guía “Recomendaciones sobre hábitos saludables en atención primaria”⁽¹¹⁾, que incluyeron 13 ítems asignando valores de cero y uno a cada componente del patrón de dieta evaluado, referido al consumo diario o semanal. Con puntuación entre 0 y 13 puntos, estableciéndose dos niveles de adherencia: buena (≥ 8) y baja (< 8), además el instrumento se enfocó en el sistema de validación con la técnica Alfa de Cronbach que garantiza la fiabilidad de los resultados, además se respetó la privacidad del participante, pero asegurando un correcto manejo de la información. Posteriormente, los datos se tabularon en el software Excel versión 2016 bajo la distribución Chi cuadrado.

En el estudio participaron 133 personas que representan la muestra, estos fueron seleccionados a través de criterios no probabilísticos, con criterios de inclusión en los que la edad oscila entre los 18 - 59 años y que residan en la ciudadela Trece de Agosto. Los criterios de exclusión fueron las personas menores de 18 años y a quienes no residían en la ciudadela ni deseaban participar en este trabajo de investigación.⁽¹²⁾

En el proceso de análisis de datos, el estado nutricional de los participantes se clasificó en base al cálculo del índice de masa corporal (IMC) mediante la fórmula: peso (kg) / estatura (m²); los datos obtenidos se categorizaron de acuerdo a la determinación de la OMS de la siguiente forma.⁽¹³⁾

- Menor de 18,5 Bajo peso
- 18,5-24,9 Peso normal
- 25,0-29,9 Pre-obesidad o Sobrepeso
- 30,0-34,9 Obesidad clase I
- 35,0-39,9 Obesidad clase II
- Mayor de 40 Obesidad clase III

Finalmente se destaca que la investigación respetó los criterios éticos enmarcados en la declaración de Helsinki.⁽¹⁴⁾

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran los resultados del Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea (Modificada) de la Guía “Recomendaciones sobre hábitos saludables en atención primaria”, el mismo que reúne únicamente los criterios o respuestas afirmativas a los ítems planteados. Cabe destacar que el uso de aceite de oliva como grasa principal en esta población es del 32,3 % y la cantidad de 4 o más cucharadas que se consume al día es del 28,6 %, al hablar de verduras u hortalizas el 55,6 % son consumidas al menos dos o más por día, mientras tanto, el consumo de fruta de 3 o más por día es del 26,3 %. Con relación a la comida chatarra se obtuvo un 25,6 % dichos participantes afirman que consumen hamburguesas, salchichas o sus derivados al menos 1 o más de una al día, en cuanto a la mantequilla un 30,1 % lo consumen al menos una vez o más al día, con respecto a las bebidas carbonatadas un 21,1 % de la población afirman consumir este tipo de bebidas al menos una vez o más al día.

En términos semanales el 76,7 % consume legumbres al menos 3 o más veces en la semana, de la misma manera el pescado o mariscos recibe un valor significativo ya que el 63,9 % lo consumen siendo este un alimento saludable, pero el 29,3 % consumen repostería comercial refiriéndose a pasteles, cakes o dulces de panadería, a su vez, el 30,1 % consume frutos secos, esta población prefirió consumir carne blanca como el pollo en lugar de carnes rojas y embutidos obteniéndose un 69,2 %. Por último, vegetales cocidos, pasta, arroz, sofritos elaborados con aceite de oliva un 50,4 % son preparados entre dos o más veces a la semana.

La tabla 2 muestra cómo se clasificó en dos categorías la adherencia a este tipo de dietas de las cuales se identifican como Baja (< 8) y Buena (≥ 8) éstas exponen los rangos que tiene la población de estudio a la dieta mediterránea, por lo que se determinó que el 66,2 % demuestran tener un rango bajo, mientras que el 33,8 % denotan una adherencia buena.

Tabla 1. Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea

Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea	No.	%
1. Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar (Si)	43	32,3
2. Cuanto aceite de oliva consume en total al día (4 o más cucharadas al día)	38	28,6
3. Cuantas raciones de verdura u hortalizas consumen al día (2 o más al día)	74	55,6
4. Cuantas piezas de fruta consume al día (3 o más al día)	35	26,3
5. Cuantas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (1 o más al día)	34	25,6
6. Cuantas raciones de mantequilla, margarina o nata consumen al día (1 o más de una al día)	40	30,1
7. Cuantas bebidas carbonatadas y/o azúcares consume al día (1 o más de una al día)	28	21,1
8. Cuantas raciones de legumbres consume la semana (3 o más a la semana)	102	76,7
9. Cuantas raciones de pescado o mariscos consumen a la semana (3 o más a la semana)	85	63,9
10. Cuantas veces consume repostería comercial como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana (2 o más a la semana)	39	29,3
11. Cuantas veces consume frutos secos a la semana (3 o más a la semana)	40	30,1
12. Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de cerdo, hamburguesa o salchichas (Si)	92	69,2
13. Cuantas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo o cebolla elaborada a fuego lento con aceite de oliva (2 o más a la semana)	67	50,4

Tabla 2. Distribución de puntos nivel de adherencia

Ítem	No.	%
Baja (<8)	88	66,2
Buena (≥8)	45	33,8
Total	133	100

Datos antropométricos

En la investigación participaron hombres y mujeres, de los cuáles el 51,9 % fueron mujeres y 48,1 % hombres. El cálculo mediante la diferenciación Chi muestra que el sexo no tiene ninguna connotación o produce algún tipo de asociación en cuanto a la adherencia de la dieta, es decir que el valor entre Chi calculado (70,225) no es inferior a Chi cuadrado (3,84) por ende se demuestra la afirmación antes dicha.

En la tabla 3 se describe el IMC por categorías, en donde se observa que la población en estudio, el 1,5 % presentan una escala de bajo peso, mientras que con peso normal participan 43,6 % de personas, participantes con sobre peso abarca el 42,1 %, la obesidad clase I por su lado indica el 12 % y la obesidad clase II se encuentra con un 0,8 %.

Tabla 3. Distribución de pacientes según índice de Masa Corporal

IMC	No.	%
Bajo peso	2	1,5
Normopeso	58	43,6
Sobrepeso	56	42,1
Obesidad I	16	12
Obesidad II	1	0,8
Total	133	100

DISCUSIÓN

La investigación tuvo como fin identificar el nivel de adherencia que posee una población de la sierra ecuatoriana al exponerlas a una dieta de origen mediterráneo, en la presente se correlacionan las variables expuestas en el cuestionario modificado y el IMC para identificar los factores que exponen al grupo a adoptar este tipo de dieta o dejarla de lado. El consumo de una gran cantidad de vegetales y verduras ha sido estudiado en varias ocasiones logrando evidencia científica que prueba que estos alimentos logran el aporte adecuado de nutrientes para que la vida del ser humano sea plena.⁽¹⁵⁾

En este sentido nuestro estudio refleja que el 66,2 % de la población muestra una baja o mala adherencia a la dieta mediterránea, mostrando valores semejantes a los trabajos de Zaragoza⁽¹⁶⁾ y Tapia López⁽¹⁷⁾, donde

se obtuvo una población del 51,7 % y el 24,9 % con una baja adherencia, lo que demuestra una necesidad de mejorar en el patrón de dieta mediterránea, en este caso en muchos de los encuestados señalaron que la ingesta de bebidas carbonatadas, productos altos en calorías como *cakes* o de repostería comercial se ha convertido en un hábito normalizado y que incluso ha llegado a ser parte fundamental en sus dietas.

Por el contrario, el 33,8 % de la población demuestra una buena adherencia al consumo de una dieta mediterránea, siendo un valor inferior al evidenciado en otros estudios, Tárrega⁽¹⁸⁾ incluyó a 490 adultos de España, quien refleja tener el 77,3 % con alta adherencia. Estos resultados fueron similares a los obtenidos por San Román⁽¹⁹⁾ en una población de 597 estudiantes universitarios con un 77,6 %.

Sin embargo, el estudio de Ejeda⁽²⁰⁾ sobre adherencia a la dieta mediterránea corrobora con nuestro resultado en donde se observa una población del 25,7 % con buena adherencia, en una investigación realizada a universitarios de Colombia de la ciudad de Montería⁽²¹⁾ el 29,3 % mostraron tener una dieta acorde a la dieta mediterránea, siendo un dato similar al obtenido por nuestro estudio, esto podría deberse a la diversidad cultural y gastronómica existente en los países.

De acuerdo al IMC logramos identificar que la mayor parte de población se encuentra en normopeso 43,6 %, coincidiendo con la investigación realizada por Tapia⁽²²⁾ ya que refiere tener una población del 62,9 % un tanto diferente numéricamente pero que se le atribuye a la cantidad de participantes de los dos estudios. Cabe señalar que se ha evidenciado al 42,1 % de la población con sobrepeso, siendo un valor similar a otra investigación en la que se observa un 30,2 % en este concepto⁽¹⁸⁾ siendo preocupante ya que la comodidad los lleva a optar por consumir platos precocinados y comida rápida, haciendo que se alejan del patrón de la dieta mediterránea.

A pesar de ello, la mayor cantidad de personas que participaron podrían mejorar su alimentación, pero existen factores como el decrecimiento de la económica o malos hábitos alimenticios que los lleva a consumir una dieta poco saludable. En las poblaciones latinoamericanas varios estudios científicos denotan que la economía habla mucho sobre la alimentación que llevan dichos países, es más en los últimos años el impacto que generó la pandemia del COVID-19 en la economía del núcleo familiar ha producido un notable déficit en la seguridad alimentaria de los países en Latinoamérica.⁽²³⁾ Lo que nos pone a pensar en los resultados que arrojó la investigación la mayoría intenta por lo menos consumir productos de calidad, aunque no son en las cantidades y proporciones que sugiere la dieta mediterránea, entonces el decrecimiento económico se podría asumir como un factor que condiciona el tipo de alimentación.

Por otro lado, al hablar de la variable sexo calculó Chi cuadrado, que permitió descartar una asociación entre esta y el nivel de adherencia del participante, es un factor que no condiciona a adquirir nuevas conductas o hábitos alimenticios. De la misma manera se logró identificar que el 21,1 % de los participantes satisface su sed con aguas carbonatadas o bebidas gaseosas, respecto al uso de mantequilla un 30,1 % y repostería comercial con un 29,3 %, es el resultado en cuanto al consumo de un producto en específico, estos datos son preocupantes debido a la cantidad de información que disponemos hoy en día sobre el daño que producen este tipo de bebidas y comida en el organismo, a pesar de ello el consumo de estos productos tiene una creciente anual de ventas supremamente abismal.⁽²⁴⁾

Está demostrado que una dieta equilibrada es un factor de protección y prevención de enfermedades cardiovasculares.⁽²⁾ Por tanto, investigar acerca de la adherencia a la dieta mediterránea en nuestra población resulta de gran utilidad para conocer los estilos de vida, analizar las causas y factores que condicionan el abandono de hábitos saludables, a su vez sería conveniente promover el consejo dietético en programas de atención primaria con el propósito de conseguir que la población en general consuma una alimentación saludable que favorezcan la calidad de vida.

CONCLUSION

La dieta mediterránea es un concepto nuevo para nuestro país, sin embargo, existe gran cantidad de evidencia científica de los beneficios que la misma aporta al estado nutricional además de la prevención de enfermedades no transmisibles como la diabetes e hipertensión.

Se determinó que la población estudiada a pesar de pertenecer a una zona urbana no presenta una buena adherencia a la dieta mediterránea obteniendo un 66.2%, existen factores que condicionan la alimentación en donde la economía y rasgos culturales representan un papel esencial. Por otra parte, la alimentación de dicha población se orienta más a la satisfacción o sensación de llenura más que a la calidad, sin embargo, hay aspectos que destacar como el consumo de vegetales, frutas, verduras y pollo que sin duda forman parte de su alimentación. La adherencia a la dieta mediterránea es baja en la población estudiada debiéndose al bajo conocimiento de propiedades que esta conlleva como es la de antioxidante y que ayuda a mantener una salud adecuada.

Resulta necesario realizar investigaciones recurrentes que nos permitan conocer su alimentación de forman integral con el objetivo de detectar deficiencias alimentarias que influyen en la salud y trabajar en estrategias que contribuyan a enriquecer una alimentación saludable, por ende, es esencial que los profesionales de

enfermería se vayan incluyendo de una forma minuciosa en los factores que determinan las enfermedades que hoy en día son consideradas como pandemias silenciosas, las enfermedades cardiovasculares o metabólicas inducidas por una mala alimentación producen patologías con el pasar de tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suntaxi-Basantes L, Ramírez-Merino A, Medina DS, Acosta-Cuenca J, Andrade-Trávez K. Nivel de adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el estado nutricional en estudiantes de Medicina de la “Universidad Central del Ecuador”. *Ciencia e Investigación Médico Estudiantil Latinoamericana* 2021;26:12-8.
2. Fradejas-Bayón R, Esponera MPV, Torre DG de la, Moreno-Rojas R. Grado de adherencia a la Dieta Mediterránea e ingesta de nutrientes durante las guardias de 24h del personal residente de medicina del Hospital Reina Sofía de Córdoba, España. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria* 2022;42. <https://doi.org/10.12873/422fradejas>.
3. Tutiven Carrillo KS, Zúñiga Armijos VS. Composición nutricional de platos típicos y su relación con enfermedades crónicas no transmisibles de origen alimenticio de la región Costa - Ecuador. Tesis de Grado. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2020.
4. Bernabeu Mestre J. La dieta mediterránea desde la perspectiva histórica y cultural. ¿Es posible la dieta mediterránea en el siglo XXI?, 2011, ISBN 978-84-7867-071-0, págs. 19-28, Madrid: Fundación Tomás Pascual; 2011, p. 19-28.
5. Serra Majem L, Ortiz Andrellucchi A, Serra Majem L, Ortiz Andrellucchi A. La dieta mediterránea como ejemplo de una alimentación y nutrición sostenibles: enfoque multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria* 2018;35:96-101. <https://doi.org/10.20960/nh.2133>.
6. Arias Moreno ER, Rodríguez Torres ÁF, Castro Acosta WE, Gómez Cárdenas RF, Paredes Alvear AE. Análisis del cumplimiento de las recomendaciones de uso de medios tecnológicos de pantalla y adherencia a la dieta mediterránea en adolescentes ecuatorianos. *EmásF: revista digital de educación física* 2020:94-109.
7. Juste Carrión JJ, Aleixandre Mendizábal G. Clúster y sostenibilidad: una aproximación desde el sector español del vino y sus denominaciones de origen. *Revista de Estudios Empresariales Segunda época* 2022:116-56.
8. Gaspar MCDMP, Verthein Ú. Entre la “salud” y la “tradición”: las representaciones sociales de la dieta mediterránea. *Physis* 2019;29:e290217. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290217>.
9. Moreta Colcha HE, Vallejo Vásquez CR, Chiluita Villacis CE, Revelo Hidalgo EY. Desnutrición en Niños Menores de 5 Años: Complicaciones y Manejo a Nivel Mundial y en Ecuador. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento* 2019;3:345-61.
10. Guillen F, Elida D. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones* 2019;7:201-29. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>.
11. Jiménez Lorente CP, Pineda Morales J, Lama Herrera C, Rodríguez Martínez P, Escudero Uribe ML, Melo Salor JA, et al. Recomendaciones sobre hábitos saludables en atención primaria : modelo de atención para promover la actividad física y la alimentación equilibrada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Andalucía: Consejería de Salud y Familias; 2020.
12. González Díaz RR, Acevedo Duque ÁE, Guanilo Gómez SL, Cruz Ayala K. Ruta de Investigación Cualitativa - Naturalista: una alternativa para estudios gerenciales. *Revista de ciencias sociales* 2021;27:334-50.
13. Lugo Vargas ME. Correlación del índice de masa corporal de la OMS vs tabla de Rosso-Mardones y la relación de obesidad con el aumento del índice de cesáreas en pacientes primigestas con embarazo único de término durante el periodo de enero a diciembre del 2017 en pacient. Tesis de Grado. Universidad Autónoma de Baja California, 2021.
14. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013;310:2191-4. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>.

15. Cruz Galeana DF. Ingesta de macronutrientes y micronutrientes y su relación con el estado nutricional de pacientes adultos con enfermedad de coronavirus-19 en remisión en el CESSA san Felipe Hueyotlpan, Puebla. Tesis de Grado. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2021.
16. Zaragoza Martí A, Ferrer Cascales R, Cabañero Martínez MJ, Hurtado Sánchez JA, Laguna Pérez A. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el estado nutricional en personas mayores. *Nutrición Hospitalaria* 2015;31:1667-74. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.4.8553>.
17. Tapia López A. Diferencias en los niveles de actividad física, grado de adherencia a la dieta mediterránea y autoconcepto físico en adolescentes en función del sexo. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación* 2019:185-92.
18. Tárraga López PJ, Panisello Royo JM, Carbayo Herencia JA, Carro A, Rosich N, Panisello M, et al. Cambios observados en la adherencia a la dieta mediterránea en una población española durante el confinamiento debido a la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2. *Nutrición Hospitalaria* 2021;38:109-20. <https://doi.org/10.20960/nh.03275>.
19. Mata SSR, Ortega FZ, Martínez AM, Ruz RP, Cuberos RC, Manrique ML. Adherencia a la Dieta Mediterránea en estudiantes universitarios del sur de España según factores sociales, académicos y religiosos. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética* 2018;22:141-8. <https://doi.org/10.14306/renhyd.22.2.446>.
20. Ejeda Manzanera JM, Rodrigo Vega M. Hábitos de alimentación y calidad de dieta en estudiantes universitarias de Magisterio en relación a su adherencia a la dieta mediterránea. *Revista española de salud pública* 2021:168.
21. Vinaccia S, Serra Majem L, Ruano Rodriguez C, Quintero MF, Quiceno J, Ortega A, et al. Adherencia a la dieta mediterránea en población universitaria Colombiana. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria* 2019;39:93-100. <https://doi.org/10.12873/391vinaccia>.
22. Tapia-Serrano MÁ, Vaquero-Solís M, López-Gajardo MÁ, Sánchez-Miguel PA, Tapia-Serrano MÁ, Vaquero-Solís M, et al. Adherencia a la dieta mediterránea e importancia de la actividad física y el tiempo de pantalla en los adolescentes extremeños de enseñanza secundaria. *Nutrición Hospitalaria* 2021;38:236-44. <https://doi.org/10.20960/nh.03372>.
23. Ortega-Marín BA, Yurrita PJG, Velázquez JLO. Estrategia de alimentación autosostenible regional: recordando el pasado para avanzar a un mejor futuro. *Educação Ambiental (Brasil)* 2020;1.
24. González YG, Valle JMT, Oliveros RO, Rosales LG, Saldívar OP. Daños a la salud por consumo adictivo de Coca Cola. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* 2019;14:39.

FINANCIACIÓN

Sin financiación externa.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Mayra Alexandra Chimborazo Caizaguano, Verónica del Pilar Cantuñi Carpio.

Curación de datos: Mayra Alexandra Chimborazo Caizaguano, Verónica del Pilar Cantuñi Carpio.

Análisis formal: Mayra Alexandra Chimborazo Caizaguano, Verónica del Pilar Cantuñi Carpio.

Investigación: Mayra Alexandra Chimborazo Caizaguano, Verónica del Pilar Cantuñi Carpio.

Metodología: Mayra Alexandra Chimborazo Caizaguano, Verónica del Pilar Cantuñi Carpio.

Administración del proyecto: Mayra Alexandra Chimborazo Caizaguano, Verónica del Pilar Cantuñi Carpio.

Recursos: Mayra Alexandra Chimborazo Caizaguano, Verónica del Pilar Cantuñi Carpio.

Supervisión: Mayra Alexandra Chimborazo Caizaguano, Verónica del Pilar Cantuñi Carpio.

Validación: Mayra Alexandra Chimborazo Caizaguano, Verónica del Pilar Cantuñi Carpio.

Visualización: Mayra Alexandra Chimborazo Caizaguano, Verónica del Pilar Cantuñi Carpio.

Redacción - borrador original: Mayra Alexandra Chimborazo Caizaguano, Verónica del Pilar Cantuñi Carpio.

Redacción - revisión y edición: Mayra Alexandra Chimborazo Caizaguano, Verónica del Pilar Cantuñi Carpio.