

# Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el estado nutricional y riesgo cardiovascular de funcionarios administrativos de la Universidad Nacional de Caaguazú

## Adherence to the mediterranean diet and its relationship with the nutritional status and cardiovascular risk of administrative officials of the National University of Caaguazú

Liz Paola RAMÍREZ NORIA, Maribel TORRES QUIROGA, Ada Liz María SANABRIA AVEIRO, Guiomar VIVEROS, Julieta MÉNDEZ, Daysi ULLON, Rosa ESPÍNOLA, Gloria GONZÁLEZ, Deisy GALEANO

Universidad Nacional de Caaguazú, Facultad de Ciencias de la Salud, Coronel Oviedo, Paraguay.

Recibido: 11/marzo/2024. Aceptado: 1/mayo/2024.

### RESUMEN

**Introducción:** La dieta mediterránea, reconocida como un patrimonio cultural inmaterial de la humanidad por la UNESCO, se ha destacado por sus beneficios para la salud, incluida la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares y otras afecciones crónicas.

**Material y Métodos:** El estudio se realizó en la ciudad de Coronel Oviedo en 164 funcionarios universitarios en el año 2023, y se utilizó un cuestionario adaptado para evaluar la adherencia a la dieta mediterránea.

**Resultados:** Los resultados mostraron que aproximadamente el 50,6% de los participantes tenían una adherencia moderada a esta dieta. Sin embargo, se encontró un bajo consumo de pescados, frutos secos y vino, elementos clave en la dieta mediterránea. Además, se observó un consumo insuficiente de frutas, verduras y legumbres. En cuanto al estado nutricional, el 57,9% de los participantes presentaban sobrepeso u obesidad, y el 61,6% tenían un riesgo cardiovascular aumentado a alto. No se encontró una asociación significativa entre la adherencia a la dieta mediterránea y el estado nutricional o el riesgo cardiovascular en esta población.

**Conclusiones:** Analizando la baja adherencia a la dieta mediterránea, el problema es la insuficiencia en la ingesta de frutos secos, hortalizas y verduras, frutas, leguminosas, además del alto consumo de carnes, característico de la alimentación paraguaya.

### PALABRAS CLAVE

Nutrición, cardiovascular, obesidad.

### ABSTRACT

**Introduction:** The Mediterranean diet, recognized as an intangible cultural heritage of humanity by UNESCO, has been highlighted for its health benefits, including reducing the risk of cardiovascular diseases and other chronic conditions.

**Material and Methods:** The study was carried out in the city of Coronel Oviedo on 164 university officials in 2023, and an adapted questionnaire was used to evaluate adherence to the Mediterranean diet.

**Results:** The results showed that approximately 50.6% of the participants had moderate adherence to this diet. However, a low consumption of fish, nuts and wine, key elements in the Mediterranean diet, was found. In addition, insufficient consumption of fruits, vegetables and legumes was observed. Regarding nutritional status, 57.9% of the participants were overweight or obese, and 61.6% had an increased to high cardiovascular risk. No significant association was

**Correspondencia:**  
Guiomar Viveros  
investigación@fcs.unca.edu.py

found between adherence to the Mediterranean diet and nutritional status or cardiovascular risk in this population.

**Conclusions:** Analyzing the low adherence to the Mediterranean diet, the problem is the insufficient intake of nuts, vegetables, fruits, legumes, in addition to the high consumption of meat, characteristic of the Paraguayan diet.

## KEYWORDS

Adherence, Mediterranean diet, nutrition, cardiovascular, obesity.

## INTRODUCCIÓN

Se sabe que la morbilidad y mortalidad de las poblaciones está relacionada con el consumo alimentario y el estilo de vida. Tras unas décadas en las que la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares se centraban en el uso de dietas bajas en grasas, en la actualidad la dieta mediterránea (DM) se está imponiendo como alternativa más saludable<sup>1</sup>. La dieta mediterránea fue declarada como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la UNESCO a partir del 2010 por considerarse más que una alimentación saludable y establecerse como cultura que promueve las relaciones sociales, la consideración hacia la tierra y la biodiversidad, y el mantenimiento de las actividades tradicionales y artesanales<sup>2</sup>.

Según una revisión sistemática la dieta mediterránea consigue mantener los niveles de glucosa en sangre más estables, colesterol y triglicéridos disminuidos y un bajo riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares<sup>3</sup>. Este patrón dietario ha ganado relevancia, ya que los estudios epidemiológicos y de intervención han demostrado una asociación inversa de la dieta mediterránea con las enfermedades no transmisibles, demostrando que determina una baja incidencia de síndrome metabólico, diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer y enfermedades neurodegenerativas<sup>3-5</sup>.

Aunque no existe una DM única, se considera que sus principales características son<sup>5</sup>: a) alto consumo de grasas (incluso superior al 40% de la energía total), principalmente en forma de aceite de oliva (3 o más cucharaditas al día); b) elevado consumo (2 o más porciones por día) de cereales no refinados (integrales), fruta (2 o más porciones por día), verdura (3 o más porciones por día), legumbres (más de 2 veces por semana) y frutos secos (mayor a 2 puñados por semana); c) consumo moderado-alto de pescado (más de 2 veces por semana); d) consumo moderado-bajo de carne blanca (aves y conejo) (5 a 8 veces por semana) y productos lácteos, principalmente en forma de yogur o queso fresco (ideal desnatados) (menos de dos tazas por día lácteos descremados, en cuanto a lácteos enteros no consumir diariamente); e) bajo consumo de carne roja y productos derivados de la carne (menos de 1 una vez por semana), y f) consumo moderado de vino con las comidas (1 a dos copas diarias por igual o mayor a 4 días a la semana). Además, de realizar actividades físicas<sup>6</sup>.

Se tuvo el objetivo de Determinar la Adherencia a la Dieta Mediterránea y su Relación con el Estado Nutricional y Riesgo Cardiovascular de Funcionarios Administrativos de la Universidad Nacional de Caaguazú.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, la población correspondió a los funcionarios de la Universidad Nacional de Caaguazú. Se realizó un cálculo de tamaño muestral en Epidat 7.0 con 95% de IC, 5% de error. Tamaño de población de 300 y 0,50 de proporción esperada, arrojando una cantidad de 169 funcionarios de la universidad cuyos datos de caracterización se encuentran en la tabla 1. Se incluyeron a los funcionarios universitarios de la Universidad Nacional de Caaguazú en el año 2023 que se encontraban en el momento de la recolección de datos. Se excluyeron a aquellos que no desearon participar del estudio.

Se utilizó el cuestionario autoaplicable para un índice de alimentación mediterránea en Chile, cuyos términos de alimentos fueron adaptados al lenguaje local<sup>3</sup>. El mismo contiene preguntas sobre el consumo de verduras, legumbres, frutos secos, frutas, cereales, lácteos, pescados, carnes, vino y azúcar. De acuerdo a los puntajes asignados se establece el resultado de adherencia: baja, moderada, alta, utilizando la misma escala del artículo chileno<sup>5</sup>. Se realizaron medidas antropométricas (peso, talla, circunferencia abdominal). El IMC se interpretó utilizando la clasificación de la Organización Mundial de la Salud ("IMC < 18,5 bajo peso", "IMC entre 18,5-24,99 normopeso", "IMC 25-29,9 sobrepeso" y "IMC > 30 obesidad")<sup>7</sup>. El riesgo cardiovascular se calculó teniendo en cuenta la circunferencia abdominal siguiendo la siguiente escala de la Organización mundial de la salud (Hombres: ≤ 93 normal, 94-101 aumentado, ≥ 102 riesgo alto; Mujeres: ≤ 79 normal, 80-87 aumentado, ≥ 88 riesgo alto<sup>8</sup>). La actividad física se consideró alta cuando realiza diariamente superando los más de 30 minutos al día. La actividad física se consideró media cuando realiza diariamente hasta 30 minutos por día y se consideró baja cuando no lo realiza con regularidad.

Para cada una de las variables se calcularon los estadísticos descriptivos. Se realizó un análisis descriptivo de la frecuencia del consumo de alimentos, con el objetivo de calcular el porcentaje de población que cumplía con las recomendaciones nutricionales. Se calculó el valor de p para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre la relación de la adherencia a la dieta mediterránea y las variables, edad, sexo, ingresos, enfermedades de base y antecedentes, el uso de alcohol, la actividad física, el hábito de fumar y el riesgo cardiovascular. Se utilizó el paquete estadístico STATA 17.0.

Se respetaron los principios éticos de autonomía, el participante podía decidir si aceptar o no participar del estudio firmando un consentimiento informado. Además, se respetó la

confidencialidad. El estudio fue aprobado por el Comité de ética de la Universidad Nacional de Caaguazú en fecha 30 de agosto de 2023 con código 18/2023.

## RESULTADOS

Participaron del estudio 164 funcionarios de la Universidad Nacional de Caaguazú. El 64% tuvo una edad comprendida entre 20 a 40 años, el 67,1% fue del sexo femenino. El 53,1% ganaba más del salario mínimo. El 26,3% auto reportó tener diabetes o hipertensión, mientras que el 59,2% posee un antecedente de enfermedades cardiovasculares. El 63,4% consume alcohol 1 a 2 veces por semana, y el 5,5% son fumadores. El 46,3% tiene baja actividad física y el 57,9% posee sobrepeso u obesidad. El 38,4% posee riesgo cardiovascular bajo mientras que el 61,6% aumentado a alto. (Tabla 1).

El 50,6% presentó una adherencia moderada a la Dieta Mediterránea (Figura 1). Se observó un bajo consumo de pescados y mariscos al igual que los frutos secos. También se detectó bajo consumo de vino con las comidas. En cuanto a las legumbres, frutas y verduras se observó un consumo medio pero no lo suficiente para adaptarse al patrón de la Dieta Mediterránea. Respecto a las carnes magras y grasas los funcionarios manifestaron un consumo medio. En cuanto a los aceites y grasas saludables el consumo fue medio-bajo (Tabla 2). No se encontró una asociación significativa entre la adherencia a la dieta mediterránea y el estado nutricional o el riesgo cardiovascular en esta población, pero sí con la edad, siendo más alto en sujetos de 41 años o más (Tabla 3).

## DISCUSIÓN

En esta población de estudio, la adherencia a la dieta mediterránea fue moderada a baja. Además, no se relacionó con el estado nutricional y el riesgo cardiovascular. El bajo porcentaje de adherencia a la dieta mediterránea podría deberse a la baja disponibilidad y costo excesivo de pescados y frutos secos, además del desconocimiento de los beneficios de tomar una copa diaria de vino dentro de la dieta mediterránea. Característicamente, la DM recomienda un bajo consumo de alimentos reconocidamente deletéreos para la salud, como grasas saturadas e hidratos de carbono simples, los cuales han sido asociados consistentemente con mayor riesgo de aterosclerosis y diabetes mellitus, respectivamente. Asimismo, el menor consumo de sal como aderezo en las comidas, la cual es reemplazada por especias y condimentos, determina un menor consumo total de sodio<sup>9</sup>.

En un estudio realizado en España por Tárrega y colaboradores se encontró en los estudiantes de Ciencias de la Salud una adherencia buena a la dieta mediterránea de 58,3 %<sup>4</sup>, mientras que en nuestro estudio se encontró una adherencia moderada a la dieta mediterránea del 50,6% y (alta 2,4%). En Chile, en un estudio realizado a 31.950 adultos, la adhe-

**Tabla 1.** Características de la población de estudio de funcionarios de la universidad. n=164

	%
Edad, años	37 (32-43)
Adultos jóvenes, 20 a 40 años (%)	64,0
Sexo Femenino (%)	67,1
Ingresos	
Menos del salario mínimo	8,5
Igual al salario mínimo	38,4
Más del salario mínimo	53,1
Diabetes o Hipertensión (%)	26,2
Antecedentes de enfermedad cardiovascular (%)	59,2
Alcohol (%)	
Nunca	31,1
Entre 1 a 2 días por semana	63,4
3 o más días a la semana	5,5
Fumadores (%)	5,5
Actividad física (%)	
Alta	29,85
Media	23,8
Baja	46,3
Índice de masa corporal, kg/m <sup>2</sup> ( $\bar{X} \pm$ )	27,4 $\pm$ 5,3
Sobrepeso y obesidad	57,9
Circunferencia de cintura ( $\bar{X} \pm$ )	89 $\pm$ 13,6
Riesgo cardiovascular (%)	
Bajo	38,4
Aumentado	29,3
Alto	32,3

rencia a la dieta mediterránea fue moderada en el 61% de los casos y alta en el 10% de los casos<sup>9</sup>. En estos países, existe mayor diversidad de frutos secos y pescados y aceites, además de consumir vino diariamente. Al igual que nuestro estudio, en el de Tárrega, hubo un bajo consumo de frutas, y un alto consumo de carne roja. Respecto a la actividad física en el estudio de Tárrega en España, un porcentaje alto de estu-



**Figura 1.** Adherencia a la dieta mediterránea en la población de funcionarios universitarios del estudio. n=164

**Tabla 2.** Características del consumo de alimentos característicos de la dieta mediterránea. n=164

Grupos de alimentos	Bajo consumo	Medianamente adecuado	Adecuado consumo		
	%	%	%		
Verduras	16,5	68,3	15,2		
Legumbres	20,7	73,2	6,1		
Frutos secos	56,1	32,3	11,6		
Frutas	23,2	61,0	15,8		
Cereales integrales	33,5	45,7	20,7		
Lacteos descremados	17,9	66,9	15,1		
Lacteos enteros	45,1	15,2	39,6		
Pescados y mariscos	71,9	28,1			
Carnes blancas y rojas	9,8	77,4	12,8		
Carnes rojas grasas y procesadas	18,3	56,7	25,0		
Vino	84,8	12,2	3,1		
Azucar	48,2	30,5	21,3		
<b>Aceites y grasas saludables</b>	<b>Bajo consumo</b>	<b>Medianamente adecuado consumo</b>	<b>Adecuado consumo</b>		
Aceite de Oliva y otras grasas saludables	27,4	46,3	23,8	0,6	1,8

**Tabla 3.** Relación de la adherencia a la dieta mediterránea según características sociodemográficas y riesgo cardiovascular. n=164

	Adherencia n (%)			p
	Alta	Moderada	Baja	
Edad, años				0,018
20 a 40 años	0 (0,0)	57 (54,3)	48 (45,7)	
41 años y más	4 (6,8)	26 (44,1)	29 (49,2)	
Sexo				0,663
Femenino	3 (2,7)	58 (52,7)	49 (44,6)	
Masculino	1 (1,9)	25 (46,3)	28 (51,9)	
Ingresos				0,117
menos del salario mínimo	0 (0,0)	10 (71,4)	4 (28,6)	
igual al salario mínimo	1 (1,6)	25 (39,7)	37 (58,7)	
más del salario mínimo	3 (3,5)	48 (55,2)	36 (41,4)	
Diabetes o Hipertensión				0,624
Ninguna	3 (2,5)	61 (50,4)	57 (47,1)	
Solo diabetes	0 (0,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	
Solo hipertensión	1 (3,0)	14 (42,4)	18 (54,5)	
Ambas	0 (0,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	
Antecedentes de enfermedad cardiovascular				0,236
Si	4 (4,1)	49 (50,5)	44 (45,4)	
No	0 (0,0)	34 (50,8)	33 (49,3)	
Sobrepeso y obesidad				0,219
Si	1 (0,9)	54 (50,5)	52 (48,6)	
No	3 (5,3)	29 (50,9)	25 (43,9)	
Riesgo cardiovascular (%)				0,590
Bajo	3 (4,8)	31 (49,2)	29 (46,0)	
Aumentado	1 (2,1)	24 (50,0)	23 (47,9)	
Alto	0 (0,0)	28 (52,8)	25 (47,2)	

diantes (22,5 % del total) no hace prácticamente ninguna actividad física.

En este estudio no se encontró asociación entre las características de la población y el riesgo cardiovascular junto con la dieta mediterránea. Zaragoza en su estudio en población de adultos mayores encontró que los sujetos con baja adherencia a la dieta mediterránea tenían mayores índices de obesidad (OR= 1,46; IC 95%, 0,89-2,40), un mayor consumo de tabaco (OR= 1,65; IC 95%, 1,05-2,06), de alcohol (OR= 1,53; IC 95%, 0,91-2,55), un mayor índice cintura cadera (OR= 2,57; IC 95%, 1,3-4,9) y un mayor porcentaje de grasa corporal (OR= 5,3; IC 95%, 1,02- 6,48), existiendo sólo diferencias estadísticamente significativas en estas dos últimas variables<sup>10</sup>. En otro estudio realizado en España, se evidenció una asociación inversa y significativa entre el seguimiento de la dieta mediterránea y la prevalencia de obesidad abdominal (Odds Ratio = 0,64, IC 95% 0,56; 0,73), dislipidemia (Odds Ratio = 0,55, IC 95% 0,42; 0,73) y de síndrome metabólico (Odds Ratio = 0,76, IC 95% 0,67; 0,86)<sup>11</sup>. En el estudio PREDIMED-PLUS España, una mejor adhesión al patrón de DM se asoció significativamente con niveles más bajos de índice de masa corporal y perímetro abdominal, además mostró asociaciones inversas con hipertensión (razón de prevalencia = 0,97; IC95% 0,94-1,00) y obesidad (razón de prevalencia = 0,96; IC95% 0,92-1,00), pero se observaron asociaciones positivas con diabetes (razón de prevalencia = 1,19; IC95% 1,07-1,32)<sup>12</sup>. En Chile se observó una relación significativa al comparar adherencia a la dieta mediterránea con el estado nutricional ( $p < 0,027$ ) y el riesgo cardiovascular ( $p < 0,032$ )<sup>13</sup>.

A pesar de que en nuestro estudio no se encontró una asociación, la dieta mediterránea es considerada uno de los modelos dietéticos más saludables y el modelo mejor fundamentado en la evidencia científica para la prevención cardiovascular, actuando sobre los desenlaces cardiovasculares<sup>14-17</sup>. Además de 2 importantes ensayos aleatorizados de prevención secundaria (Lyon Heart y CORDIOPREV) y un ensayo aleatorizado de prevención primaria (PREDIMED), que han demostrado estos beneficios, hay un cúmulo sin precedentes de evidencia epidemiológica prospectiva de alta calidad que respalda estos efectos beneficiosos<sup>18,19</sup>. Una variante de la dieta mediterránea es la dieta nórdica también propuesta para la prevención de enfermedades cardiovasculares, así como una dieta basada en plantas<sup>20,21</sup>.

Se han reportado otros beneficios como la influencia en la funcionalidad familiar<sup>22</sup>, además del impacto en enfermedades como diabetes, cáncer, artritis reumatoide, deterioro cognitivo y enfermedades neurodegenerativas<sup>23-25</sup>.

Esta es la primera investigación en Paraguay que evalúa los patrones de consumo en el marco de una dieta mediterránea y su asociación con el riesgo cardiovascular. Este estudio se realizó en solo una universidad del Paraguay, por tanto, no puede ser extrapolable a las demás. A pesar del pequeño ta-

maño de muestra, el estudio tiene fortalezas como que los procedimientos de recolección de datos son estandarizados. Este estudio puede servir de punto de partida para estudios con población mayor y además de promover intervenciones educacionales.

## CONCLUSIONES

Comparando estos resultados con estudios realizados en otros países con una dieta mediterránea más arraigada, se destacan diferencias significativas en los patrones de consumo de alimentos. Analizando la baja adherencia a la dieta mediterránea, el problema es la insuficiencia en la ingesta de frutos secos, hortalizas y verduras, frutas, leguminosas, además del alto consumo de carnes, característico de la alimentación paraguaya.

## BIBLIOGRAFÍA

- González MR, Marcos MLT, Marcos FM, Sadek IM, Roldan CC, López PJT. Efectos de la dieta mediterránea sobre los factores de riesgo cardiovascular. *J Negat No Posit Results* [Internet]. 2019;4(1):25–51. Available from: <https://revistas.proeditio.com/jonnr/article/view/2787>
- La dieta mediterránea - patrimonio inmaterial - Sector de Cultura - UNESCO [Internet]. Available from: <https://ich.unesco.org/es/RL/la-dieta-mediterranea-00884>
- Echeverría G, Urquiaga I, Concha MJ, Dussailant C, Villarroel L, Velasco N, et al. Validación de cuestionario autoaplicable para un índice de alimentación mediterránea en Chile. *Rev Médica Chile* [Internet]. 2016;144(12):1531–43. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-98872016001200004&lng=es&nrm=iso&tlang=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872016001200004&lng=es&nrm=iso&tlang=es)
- Tárraga Marcos A, Panisello Royo JM, Carbayo Herencia JA, López Gil JF, García Cantó E, Tárraga López PJ, et al. Valoración de la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud y su relación con el nivel de actividad física. *Nutr Hosp* [Internet]. 2021;38(4):814–20. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0212-16112021000400814&lng=es&nrm=iso&tlang=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112021000400814&lng=es&nrm=iso&tlang=es)
- Dussailant C, Echeverría G, Urquiaga I, Velasco N, Rigotti A. Evidencia actual sobre los beneficios de la dieta mediterránea en salud. *Rev Médica Chile* [Internet]. 2016;144(8):1044–52. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-98872016000800012&lng=es&nrm=iso&tlang=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872016000800012&lng=es&nrm=iso&tlang=es)
- Celada Roldan C, Tárraga Marcos ML, Madrona Marcos F, Solera Albero J, Salmeron Rios R, Celada Rodriguez A, et al. Adherencia a la dieta mediterránea en pacientes diabéticos con mal control. *Clínica E Investig En Arterioscler* [Internet]. 2019;31(5):210–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214916819300488>
- Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la obesidad - OPS/OMS | [Internet]. 2021. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>

8. Organización Panamericana de la Salud. Calculadora de Riesgo Cardiovascular de la OPS - OPS/OMS | [Internet]. 2021. Available from: <https://www.paho.org/es/calculadora-riesgo-cardiovas-cular-ops>
9. Urquiaga I, Echeverría G, Dussailant C, Rigotti A. Origen, componentes y posibles mecanismos de acción de la dieta mediterránea. *Rev Médica Chile* [Internet]. 2017;145(1):85–95. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-98872017000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872017000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
10. 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. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015;31(4):1667–74. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0212-16112015000400029&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112015000400029&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
11. Ramón-Arhués E, Martínez-Abadía B, Granada-López JM, Echániz-Serrano E, Huércanos-Esparza I, Antón-Solanas I. Asociación entre la adherencia a la dieta mediterránea y la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2020;28:e3295. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/3YfwnkvDkgkRTnNYPQscyX/?lang=es>
12. Álvarez-Álvarez I, Martínez-González MÁ, Sánchez-Tainta A, Corella D, Díaz-López A, Fitó M, et al. Dieta mediterránea hipocalórica y factores de riesgo cardiovascular: análisis transversal de PREDIMED-Plus. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2019;72(11):925–34. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030089321830472X>
13. Villota C, Luna J, Quiroz S, Salvo N, Rodríguez X. Caracterización de estado nutricional y riesgo cardiovascular y su relación con dieta mediterránea en adultos mayores de la región metropolitana de Chile.: Asociación entre riesgo cardiovascular y dieta mediterránea. *Nutr Clínica Dietética Hosp* [Internet]. 2023;43(1). Available from: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/315>
14. Rojas Campozano CS. Dieta mediterránea como factor protector cardiovascular [Internet] [masterThesis]. Quito: Universidad de las Américas, 2023; 2023. Available from: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/15396>
15. Vélez EA, Marcos LT, López PJT. Papel de la dieta mediterránea en la reducción de factores de riesgo cardiovascular. *J Negat No Posit Results* [Internet]. 2023;8(4):627–42. Available from: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/5331>
16. Torres Romero JP, López González CL, Silva Pachon SV, Meneses Díaz MC, Jiménez Casadiego DA, Campuzano Arias S, et al. Beneficios del consumo de dieta mediterránea en individuos con elevado riesgo cardiovascular: un patrón que debe convertirse en el común denominador. *Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna* [Internet]. 2023;10(2):88–98. Available from: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2312-38932023000200088&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2312-38932023000200088&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
17. García Cantó E, Carrillo López PJ, Rosa Guillamón A, García Cantó E, Carrillo López PJ, Rosa Guillamón A. Análisis de la dieta mediterránea en escolares de Primaria, Secundaria y Bachillerato. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2019;46(4):469–76. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75182019000400469&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182019000400469&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
18. Martínez-González MÁ, Hernández Hernández A. Efecto de la dieta mediterránea en la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2024; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893224000381>
19. Romero Cabrera JL. Evaluación del riesgo cardiovascular en pacientes con disrupción del ritmo circadiano en prevención secundaria, en pacientes sometidos a una intervención dietéticas (dieta mediterránea o dieta baja en grasas) [Internet] [http://purl.org/dc/dcmitype/Text]. Universidad de Córdoba (ESP); 2023. p. 1. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=323313>
20. Nobrega SC de, Cornejo V, Leal-Witt MJ, Durán-Agüero S, Nobrega SC de, Cornejo V, et al. Efecto de la dieta nórdica en el control de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: Revisión sistemática. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2021;48(4):640–9. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75182021000400640&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182021000400640&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
21. Morales G, Ruíz F, Bes-Rastrollo M, Schifferli I, Muñoz A, Celedón N, et al. Dietas basadas en plantas y factores de riesgo cardiometabólicos. ¿Qué dice la evidencia? *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2021;48(3):425–36. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75182021000300425&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182021000300425&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
22. Melguizo-Ibáñez E, García-Pérez L, Ubago-Jiménez JL, Alonso-Vargas JM, Sanz-Martín D, González-Valero G. Funcionalidad familiar, inteligencia emocional y adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes de educación primaria. Un modelo explicativo. *SPORT TK-Rev Euroam Cienc Deporte* [Internet]. 2023;2–2. Available from: <https://revistas.um.es/sportk/article/view/568121>
23. Martínez-Álvarez JR. La dieta mediterránea, una herramienta esencial para la promoción de la salud. *Enferm Nefrológica* [Internet]. 2023;26(2):103–4. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2254-28842023000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2254-28842023000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
24. Carvalho-Caldas DR, Péres-Rodrigues G, Lima-Cruz EM, Barbosa-Pereira P, Costa da Silva PF, Beserra de Moura MS, et al. Diferentes niveles de adherencia a la dieta mediterránea que no modifican el riesgo de cáncer de mama en mujeres occidentales. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2022;49(6):743–52. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75182022000700743&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182022000700743&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
25. Castillo CD, Bravo FP, Castillo CD, Bravo FP. Dietoterapia en artritis reumatoide: Revisión de la evidencia. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2023;50(5):561–70. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75182023000500561&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182023000500561&lng=es&nrm=iso&tlng=es)