



**Departamento de Economía**  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de la República

**Documentos de Trabajo**

**Resultados de la Encuesta sobre Alimentación y  
Bienestar**

**Gastón Ares, María Rosa Curutchet, Zuleika Ferre, Ana  
Giménez y Máximo Rossi**

**Documento No. 08/15**  
Octubre 2015

ISSN 0797-7484

# **Resultados de la Encuesta sobre Alimentación y Bienestar**

**Gastón Ares, María Rosa Curutchet, Zuleika Ferre, Ana Giménez y  
Máximo Rossi<sup>1</sup>**

## **Resumen**

El presente trabajo presenta los resultados de la Encuesta sobre Alimentación y Bienestar, realizada en el año 2014 a personas mayores de 18 años residentes de Montevideo y Área Metropolitana. Los resultados se dividen en cuatro capítulos. Un primer capítulo en el que se describe el estado nutricional y autopercepción del estado de salud de la población. En un segundo capítulo se presentan los hábitos de consumo y motivos de selección de alimentos. En el tercer capítulo a partir de la descripción detallada de la ingesta realizada en la cena de la noche anterior a la encuesta, se analiza el tipo de preparaciones consumidas por los entrevistados. En el último capítulo se presenta la temática de riesgo alimentario.

Palabras claves: bienestar, salud, riesgo alimentario, selección de alimentos.

## **Abstract**

This paper presents the results of the Food and Welfare Survey (2014) conducted in 2014 to people aged 17 or older living in Montevideo and Metropolitan Area. The main results of the survey are presented in four chapters. The first chapter describes the nutritional status and self-perception of health. The second chapter describes the consumption habits and factors that influence people's choice food. In the third chapter the type of preparations consumed are discussed. In the last chapter we present the food risk perception topic.

Keywords: welfare, health, food risk, food choice

JEL: D12, D19, I31

---

<sup>1</sup> La Encuesta fue realizada en el marco del Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar (UdelaR). Los coordinadores del proyecto son los investigadores Gastón Ares (Facultad de Química) y Máximo Rossi (Facultad de Ciencias Sociales). Ana Giménez es investigadora de la Facultad de Química, María Rosa Curutchet es responsable del Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional del INDA y Zuleika Ferre es investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales.

## Índice

I.	Introducción .....	1
II.	Características de la encuesta.....	5
III.	Análisis de resultados.....	10
1.	Descripción del estado nutricional y salud de la población .....	10
2.	Hábitos alimentarios y factores de selección de alimentos.....	16
3.	Descripción de la cena del día anterior .....	24
4.	Percepción de riesgo alimentario .....	29
IV.	Conclusiones .....	33
	Referencias.....	34

## Índice de tablas

<b>Tabla 1:</b> Tamaños de muestra por estrato. EAB, 2014. ....	6
<b>Tabla 2:</b> Reporte final de la muestra. EAB, 2014 .....	8
<b>Tabla 3:</b> Estadísticas de resultados. EAB,2014. ....	8
<b>Tabla 4:</b> Distribución porcentual de sexo, nivel educativo, tramos de edad y cuartiles de ingreso del hogar de la muestra. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.....	9
<b>Tabla 5:</b> Distribución porcentual de alimentación buena, muy buena y excelente por sexo, edad y educación. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014. ....	10
<b>Tabla 6:</b> Distribución del estado nutricional de acuerdo con el IMC. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014. ....	11
<b>Tabla 7:</b> Prevalencia de sobrepeso y obesidad, determinada a partir del auto-reporte de talla y peso por sexo según nivel educativo. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014. ....	12
<b>Tabla 7:</b> Distribución porcentual de la conformidad con el peso, por sexo. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.....	13
<b>Tabla 8:</b> Distribución porcentual del estado nutricional de acuerdo al IMC, calculado a partir del auto-reporte de talla y peso, por conformidad con el peso. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014. ....	14
<b>Tabla 9:</b> Distribución porcentual de la autopercepción de algunas enfermedades, por sexo. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.....	14
<b>Tabla 10:</b> Distribución porcentual de la realización habitual de distintos tipos de comida, por sexo, edad y cuartiles de ingreso. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.....	17
<b>Tabla 10:</b> Distribución porcentual de la frecuencia diaria o casi todos los días de preparar los alimentos que consume y consumir alimentos fuera del hogar. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014. ....	19
<b>Tabla 11:</b> Distribución porcentual de actitudes sobre distintos aspectos de la elaboración de comidas. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.....	19
<b>Tabla 12:</b> Distribución porcentual de los principales factores considerados como importantes o muy importantes en la selección de alimentos para la cena. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014. ....	21
<b>Tabla 13:</b> Factores identificados en el análisis factorial del cuestionario de selección de alimentos para la cena e ítems incluidos. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014. ....	21
<b>Tabla 14:</b> Porcentaje de mención obtenido para cada uno de los platos principales identificados en la descripción de la cena del día anterior. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014. ....	25
<b>Tabla 15:</b> Porcentaje de mención obtenido para cada uno de los platos principales identificados en la descripción de la cena del día anterior de acuerdo al nivel de ingreso del hogar, definido por cuartiles. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014. ....	26
<b>Tabla 16:</b> Porcentaje de mención obtenido para cada uno de los acompañamientos identificados en la descripción de la cena del día anterior de acuerdo al nivel de ingreso del hogar, definido por cuartiles. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014. ....	27
<b>Tabla 17:</b> Porcentaje de mención obtenido para cada uno de los postres identificados en la descripción de la cena del día anterior de acuerdo al nivel de ingreso del hogar, definido por cuartiles. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.....	28
<b>Tabla 18:</b> Porcentaje de mención de consumo de bebidas en la cena del día anterior de acuerdo al nivel de ingreso del hogar, definido por cuartiles. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014. ....	29
<b>Tabla 13:</b> Ítems incluidos en la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). ....	30
<b>Tabla 14:</b> Puntos de corte para la clasificación de inseguridad alimentaria según tipo de hogar. ....	32
<b>Tabla 15:</b> Prevalencia de seguridad alimentaria y de los niveles de inseguridad alimentaria de acuerdo a la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) en Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014. ....	33

## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Prevalencia de sobrepeso y obesidad, determinada a partir del auto-reporte de talla y peso, por sexo, tramos de edad y nivel educativo. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014. ....	11
<b>Gráfico 2:</b> Distribución porcentual de cómo la salud afecta su alimentación. ....	15
<b>Gráfico 3:</b> Distribución porcentual de distintos aspectos que son afectados por la alimentación. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.....	16
<b>Gráfico 4:</b> Distribución porcentual de la realización habitual de distintos tipos de comida. ....	16
<b>Gráfico 5:</b> Distribución porcentual del tipo de comida más importante del día. ....	18
<b>Gráfico 6:</b> Puntaje promedio de importancia para los factores del cuestionario de selección de alimentos para la cena. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.....	23
<b>Gráfico 7:</b> Puntaje promedio de importancia para los factores del cuestionario de selección de alimentos para la cena. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.....	23
<b>Gráfico 8:</b> Porcentaje de respuestas afirmativas para cada uno de los ítems de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) en Montevideo y Área Metropolitana. ....	31

## **I. Introducción**

---

Como consecuencia de la aceleración de la industrialización y la urbanización, el aumento del desarrollo económico y la globalización, en las últimas décadas se han registrado una serie de cambios en el estilo de vida de la población. Estos cambios han tenido un impacto negativo en los patrones de alimentación, los cuales caracterizan la denominada transición nutricional, y que incluyen un aumento de la densidad energética de la dieta y de la proporción de grasas saturadas y azúcares simples, y una disminución de la ingesta de fibra, carbohidratos complejos, frutas y vegetales (Organización Mundial de la Salud, 2002).

La modificación en los patrones de consumo de alimentos en conjunto con la disminución de la actividad física, han conducido a un importante aumento de la ocurrencia de problemas nutricionales por exceso, tales como sobrepeso, obesidad, y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (Organización Mundial de la Salud, 1998). Las ECNT pueden ser definidas como enfermedades de larga duración que presentan una evolución lenta, siendo la principal causa de mortalidad y morbilidad de adultos a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2005). Las principales enfermedades crónicas son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas (Organización Mundial de la Salud, 2011).

A nivel mundial las ECNT ocasionan el 60% de las muertes (Organización Mundial de la Salud, 2011). De acuerdo a Bloom et al. (2011) se proyecta que los costos económicos directos e indirectos de las ECNT en los próximos 20 años alcanzarán los 46 trillones de dólares americanos a nivel mundial. Si bien las ECNT habían sido tradicionalmente asociadas con países desarrollados, su prevalencia ha alcanzado niveles preocupantes en países en desarrollo. Se estima que en América Latina las ECNT son responsables del 75% de las muertes y que el 34% de los decesos asociados con estas enfermedades ocurren en personas de entre 30 y 69 años (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Por otra parte, varios estudios han mostrado que la prevalencia de ECNT es mayor entre las personas con menor nivel socioeconómico debido a problemas de salud y dificultades para acceder a centros asistenciales de salud y para realizar cambios en los estilos de vida (Organización Panamericana de la Salud, 2012a; 2012b).

En Uruguay la situación es similar en cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Este tipo de enfermedades es la principal causa de mortalidad y morbilidad y el origen de la mayoría de las discapacidades, ocasionando una elevada carga económica directa e indirecta para la sociedad (Ministerio de Salud Pública, 2013; Dirección General de la Salud, 2006). De acuerdo a la 2a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles realizada en el año 2013, más del 90% de los encuestados presenta al menos un factor de riesgo para ECNT, el 64,7% de los adultos presenta sobrepeso y obesidad, un 38,7% presión arterial alta y un 23,1% hipercolesterolemia (Dirección General de la Salud, 2013). La situación es similar entre niños y adolescentes, observándose cifras de prevalencia de sobrepeso y obesidad que alcanzan el 25% en algunas franjas de edad (Moratorio et al., 2014). La obesidad durante la infancia se asocia con una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras en la edad adulta, así como una mayor probabilidad de sufrir ECNT (NationalAcademy of Sciences, 2007).

Uno de los principales problemas y desafíos que enfrentan las sociedades modernas es que no se han ejecutado programas de educación nutricional que le permitan a la población realizar buenas elecciones en relación a sus patrones de alimentación y los alimentos que consumen (Rozin, 2005). Por este motivo, lograr cambios en los patrones de alimentación ha demostrado ser un proceso complejo (Sheperd, 2006). La utilización de campañas educativas y publicitarias tendientes a reducir la ingesta de grasa en la dieta y a promover el consumo de frutas y vegetales no han tenido un impacto significativo en los patrones de alimentación de los consumidores de varios países (Committee on Medical Aspects of Food Policy, 1984; 1994; Marshall et al., 1994; Cox et al., 1998). Uno de los motivos que explica el fracaso de muchas políticas es que se han diseñado sin datos empíricos sobre el comportamiento del consumidor. Por este motivo, el diseño de estrategias exitosas para modificar los hábitos alimentarios requiere, como primer paso, conocer en detalle el proceso de selección de alimentos, cuáles son los factores determinantes de las elecciones de los consumidores, así como la identificación de los obstáculos existentes para la modificación de los hábitos alimentarios (Sheperd, 2006). Las estrategias de intervención deberán incorporar una visión holística que contemple el efecto del alimento en la calidad de vida de un individuo y su bienestar (Block et al., 2011).

Los alimentos no cumplen solamente una función nutritiva, sino que son además vehículos sociales que poseen valor simbólico y moral, siendo también un medio de expresión estética (Rozin, 2005). En el proceso de selección diaria de alimentos que realizan los consumidores la relevancia relativa de la función nutritiva disminuye ya que este proceso se ve afectado por un número elevado de factores que hacen de la selección un proceso complejo (Furst et al., 1996). La importancia relativa de los distintos factores determinantes de la selección de alimentos puede estudiarse a través de cuestionarios estandarizados como el Food Choice Questionnaire (Stephoe et al., 1995). Este cuestionario, construido en el Reino Unido hace más de quince años, ha sido adaptado a través de la realización de estudios cualitativos que involucran el uso de grupos focales y técnicas proyectivas a la población uruguaya y posteriormente validado.

Por otra parte, la Declaración de la Cumbre Mundial de la Alimentación del año 1996 introduce la siguiente definición de seguridad alimentaria: *“Hay seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico social y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana”* (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2013). Según esta definición, pueden considerarse cuatro dimensiones de la seguridad alimentaria: disponibilidad de alimentos, acceso físico y económico a los mismos, utilización de los alimentos y estabilidad a lo largo del tiempo. Cada una de ellas puede medirse a través de indicadores específicos.

Diversos autores coinciden en señalar que la inseguridad alimentaria ocurre en hogares de bajos ingresos y con niños y que a su vez se relaciona con la prevalencia de sobrepeso, especialmente en mujeres (Mello et al., 2010). La ingesta de nutrientes es menor en aquellos individuos provenientes de hogares con inseguridad alimentaria, donde el consumo de frutas y verduras disminuye a medida que la inseguridad alimentaria se hace más severa (Darmon & Drewnowski, 2008). La calidad nutricional de la dieta se ve afectada, impactando negativamente sobre los hábitos alimentarios del individuo (Drewnowski & Specter, 2004; Casey et al., 2006; McIntyre et al., 2006), aumentando el riesgo de sobrepeso y de padecer enfermedades crónicas (Seligman et al. 2007; Seligman et al. 2010; Velásquez- Meléndez et al., 2011). A nivel internacional, la medida de inseguridad alimentaria del hogar se ha incorporado a las encuestas nacionales, empleando

una serie de indicadores. La inclusión de este tipo de medida puede proporcionar información que permita diseñar estrategias de intervención que logren reducir la inseguridad alimentaria y de ese modo contribuir a mejorar la calidad nutricional de la dieta de esta población.

En nuestro país la investigación sobre hábitos alimentarios es incipiente y la mayor parte de las políticas públicas vinculadas a la temática se diseñan sin datos empíricos sobre la percepción del consumidor uruguayo. Hasta el momento en Uruguay no se han realizado estudios exhaustivos y representativos de la población, tendientes a entender el proceso de selección de alimentos de los consumidores uruguayos.

En este contexto, en el año 2012 se forma un grupo interdisciplinario de estudio de la relación entre alimentación y bienestar integrado por investigadores de la Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Química, Facultad de Psicología, Instituto Nacional de Alimentación y Escuela de Nutrición. En 2012, se presenta al Espacio Interdisciplinario (UdelaR) una propuesta de investigación de dos años, la cual es aprobada, constituyéndose así el Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar. Uno de los objetivos de trabajo de este grupo consistió en la realización de una encuesta con representatividad estadística que permita conocer los motivos responsables de la selección de alimentos de los consumidores uruguayos información sobre hábitos alimenticios y calidad de vida, y que a su vez permita caracterizar el consumo alimentario de la población en lo que refiere a hábitos, calidad de vida y nutrición.

El presente documento presenta los resultados de la Encuesta de Alimentación y Bienestar (EAB) realizada en el año 2014. La EAB incluye 3 módulos temáticos, además de la información sociodemográfica: calidad de vida (medidas de satisfacción con la salud, percepción de salud y morbilidad, satisfacción con la vida, participación en agrupaciones sociales, actividades relacionadas con el cuidado de la salud, aspectos generales de percepción de bienestar y salud, percepción del bienestar relacionado con los alimentos, factores de riesgo, utilización de medicamentos y complementos, actividad física y sedentarismo, características y percepción corporal), hábitos de alimentación (hábitos de consumo de alimentos, motivos de selección de alimentos, percepción de riesgo alimentario, programas de alimentación), y una descripción de la cena realizada por el encuestado el día previo a la encuesta (Pennington, 1991).



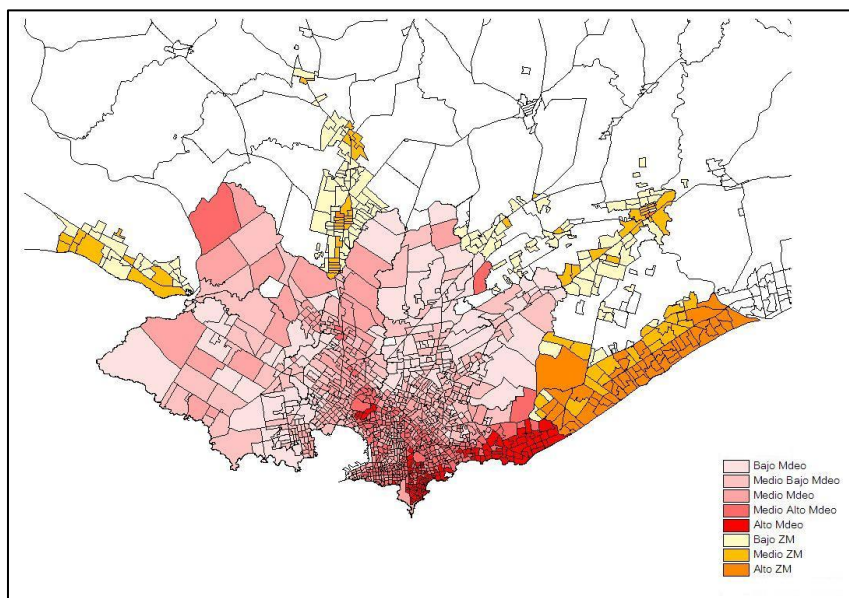
## II. Características de la encuesta

---

Para la selección de la muestra se utilizó el marco muestral del Censo 2011 y el universo fueron las personas adultas (18 años o más) residentes en los hogares del Montevideo y Área Metropolitana.<sup>2</sup> El tamaño muestral efectivo de la encuesta fue de 742 casos.

El diseño muestral es un diseño estratificado con tres etapas de selección. La estratificación utilizada es la estratificación socioeconómica que utiliza el Instituto Nacional de Estadística (INE) para la selección de la Encuesta Continua de Hogares. Montevideo es clasificado en cinco estratos de nivel socioeconómico: bajo, medio bajo, medio, medio alto y alto. El Área Metropolitana se clasifica en tres estratos: bajo, medio y alto. Con esta información, cada hogar es asignado a uno de esos estratos según su ubicación geográfica. Todos los miembros del hogar son clasificados con el mismo nivel socioeconómico, independientemente de su ingreso individual o de su condición de actividad. El mapa de los estratos se presenta en la siguiente figura:

**Figura 1.** Estratificación Socioeconómica Montevideo – Área Metropolitana (INE)



---

<sup>2</sup>El área metropolitana incluye a los hogares que residen en aproximadamente 30 kms. en el entorno de Montevideo. Esto incluye las localidades del departamento de San José pertenecientes a Ciudad del Plata y las localidades del departamento de Canelones cercanas a Montevideo (Ciudad de la Costa, Barros Blancos, Empalme Olmos, Toledo, Progreso o Juanicó, así como ciudades como Pando, Canelones, La Paz, Las Piedras y Progreso).

Las unidades de selección de primera etapa la constituyen las zonas censales. Las unidades de segunda etapa son los hogares, y las unidades de tercera etapa son las personas mayores de 18 años que residen en el hogar seleccionado. Para la selección se siguió el siguiente procedimiento:

1. Las zonas censales son seleccionadas con probabilidad proporcional al tamaño, tomando a la variable “Cantidad de viviendas particulares ocupadas” como medida.
2. El encuestado se selecciona con un diseño simple, seleccionándolo al azar entre todos los miembros del hogar de 18 años y más, de acuerdo a la regla del "próximo en cumplir años".

En la primera etapa de selección se eligen 305 zonas censales. Los tamaños de muestra por estrato se presentan en la Tabla 1.

*Tabla 1: Tamaños de muestra por estrato. EAB, 2014.*

<b>Estrato</b>	<b>Zonas</b>	<b>Hogares</b>
Montevideo Bajo	48	192
Montevideo Medio Bajo	52	208
Montevideo Medio	61	244
Montevideo Medio Alto	52	208
Montevideo Alto	26	104
ZM Bajo	35	140
ZM Medio	19	76
Zm Alto	12	48
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>1220</b>

Para el cálculo de los expansores de la muestra se consideran tres etapas. La primera, correspondiente a la reproducción de los expansores originales de la muestra, considerando las tres etapas de selección y los tamaños de muestra originales. Los expansores se calculan como el inverso de la probabilidad de inclusión. En la segunda etapa se ajusta por no respuesta a nivel de estrato. El término de ajuste es el cociente entre los casos a realizar determinados originalmente y los efectivamente realizados. Finalmente, se calibran los expansores según la distribución por sexo y edad del Censo 2011 en Montevideo y Área Metropolitana. El objetivo de este ajuste es eliminar posibles sesgos generados en el relevamiento, en cuanto a la distribución por sexo y edad. La muestra efectiva obtenida de 742 casos logra una precisión de +/- 3,5, con un nivel de confianza aproximado del 95% para la estimación de una proporción poblacional.

La implementación de la encuesta estuvo a cargo del Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Sociales. El equipo de campo estuvo integrado por un total de 50 encuestadores, dos supervisores, un asistente de campo y un jefe de campo. Los encuestadores fueron en su mayoría estudiantes de Ciencias Sociales con experiencia en la realización de encuestas, a quienes se los entrenó en la aplicación del formulario y en la forma de selección de los hogares.

Los encuestadores fueron especialmente capacitados de forma que hicieran los máximos esfuerzos por entrevistar a los hogares titulares. Si en el hogar no se encontraba nadie en la primera visita el encuestador debía volver dos veces más en diferentes días u horario. Se utilizaron otros métodos con el fin de encontrar al encuestado: llamadas telefónicas, carta, consulta a vecinos, etc. Solamente luego de la quinta visita en la que no se registra contacto, el hogar es descartado. Se realizó el control de calidad (crítica) del 100% de los cuestionarios recibidos y se supervisó el 20% de forma de controlar la efectiva realización de la encuesta en el hogar seleccionado.

El cuestionario se aplicó en entrevistas personales en la vivienda del encuestado, usando un formato de papel y lápiz. La duración promedio de aplicación del cuestionario fue de 30 minutos y la recolección de datos se realizó entre los meses de abril y setiembre de 2014.

De un tamaño muestral objetivo de 1.220 hogares, se obtuvo un total de 742 encuestas efectivas que cumplieron con los estrictos controles de calidad en cuanto a la información contenida y las condiciones de aplicación. En las Tablas 2 y 3 se presenta el reporte de la muestra y algunos indicadores de productividad de la encuesta (The American Association for Public Opinion Research, 1998).

*Tabla 2: Reporte final de la muestra. EAB, 2014*

<b>Encuestas completas</b>	<b>742</b>
<b>Elegibles no entrevistadas</b>	
Rechazos	196
No contacto (más de 5 visitas)	74
No capacitado para contestar	9
<b>Elegibilidad desconocida</b>	
No trabajadas	118
Dirección no encontrada	6
Acceso impedido	3
Descartadas tras la crítica y/o supervisión	11
<b>No elegible</b>	
No es un hogar	12
Vivienda deshabitada	49
<b>Total</b>	<b>1220</b>
Duración promedio de la entrevista (en minutos)	30
Promedio de visitas para contactar al hogar	3,2

*Tabla 3: Estadísticas de resultados. EAB,2014.*

Tasa de respuesta	64,0%
Tasa de cooperación	78,4%
Tasa de rechazo	16,9%
Tasa de contacto	81,7%

El formulario de encuesta aplicado constó de 219 preguntas en las que se relevó información sobre hábitos de alimentación, descripción de la cena del día anterior, factores de selección de alimentos, percepción de riesgo alimentario, participación en programas de alimentación, calidad de vida de la población, satisfacción con la salud, percepción de morbilidad y percepción de peso e imagen.

Para el presente trabajo, las respuestas fueron clasificadas por el sexo, el nivel educativo y la edad del encuestado. El nivel educativo se clasificó en cuatro tramos de acuerdo a los años de educación alcanzados: primaria completa o incompleta (hasta 6 años), ciclo básico completo o incompleto (entre 7 y 9 años), segundo ciclo completo o incompleto (entre 9 y 12 años) y terciaria completa o incompleta (más de 12 años). La edad se clasificó en cuatro grandes intervalos: menores de 30 años, entre 30 y 45 años, entre 45 y 60 años y mayores de 60. La distribución de porcentajes correspondiente a cada categoría se muestra en la Tabla 4.

**Tabla 4:** Distribución porcentual de sexo, nivel educativo, tramos de edad y cuartiles de ingreso del hogar de la muestra. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

<b>Sexo</b>	<b>%</b>
Hombres	47,0
Mujeres	53,0
<b>Tramos de edad</b>	<b>%</b>
<30 años	25,4
31 a 45 AÑOS	27,1
46 a 60 AÑOS	22,8
+60 años	24,7
<b>Tramos de educación</b>	<b>%</b>
<=6 años de educación	20,9
entre 6 y 9 años	20,0
entre 10 y 12 años	30,4
>=13 años de educación	28,7
<b>Cuartiles de ingreso per cápita</b>	<b>% personas</b>
1° cuartil (25% + pobre)	27,3
2° cuartil	25,3
3° cuartil	23,0
4° cuartil (25% + rico)	24,0

### III. Análisis de resultados

#### 1. Descripción del estado nutricional y salud de la población

El 78% de los individuos consideran que tienen una alimentación buena, muy buena o excelente, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad y educación. Es de destacar que únicamente un 19% declara que tiene una alimentación regular y solamente un 3% la califica como mala. Considerando la elevada prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el Uruguay y el bajo consumo de frutas y vegetales (Dirección General de la Salud, 2013), este resultado indica que no existe en la población conciencia sobre la baja calidad de la alimentación actual. Esta percepción puede contribuir a la baja tasa de éxito de estrategias de cambio de hábito basadas en mensajes sobre recomendaciones nutricionales, tales como el consumo de 5 frutas y vegetales al día.

*Tabla 5: Distribución porcentual de alimentación buena, muy buena y excelente por sexo, edad y educación. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.*

	%	Intervalo de confianza al 95%
<b>Total</b>	78,6	[75,0-81,8]
<b>Sexo</b>	80,9	[75,5-85,4]
Hombres	76,5	[71,6-80,8]
Mujeres		
<b>Tramos de edad</b>	79,6	[71,2-86,1]
<30 años	74,2	[66,8-80,4]
31 a 45 AÑOS	79,5	[72,1-85,3]
46 a 60 AÑOS	80,7	[74,8-86,7]
+60 años		
<b>Tramos de educación</b>	71,1	[62,8-78,1]
<=6 años de educación	79,7	[71,4-86,0]
entre 6 y 9 años	77,7	[70,5-83,5]
entre 10 y 12 años	84,3	[77,7-89,2]
>=13 años de educación	78,6	[75,0-81,8]

La Tabla 6 muestra la distribución de estado nutricional de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) calculado a partir de los datos de peso y talla reportados por los individuos. Como se observa, la prevalencia de sobrepeso u obesidad es de un 55%. Dicho valor es inferior al 64.7% [62,2-67,3] reportado por la 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles para adultos entre 25 y 64 años (Dirección General de Salud, 2013). La diferencia en los porcentajes obtenidos puede explicarse

considerando que en el presente estudio se trabajó con datos auto-reportados de mayores de 18 años de Montevideo y Área Metropolitana.

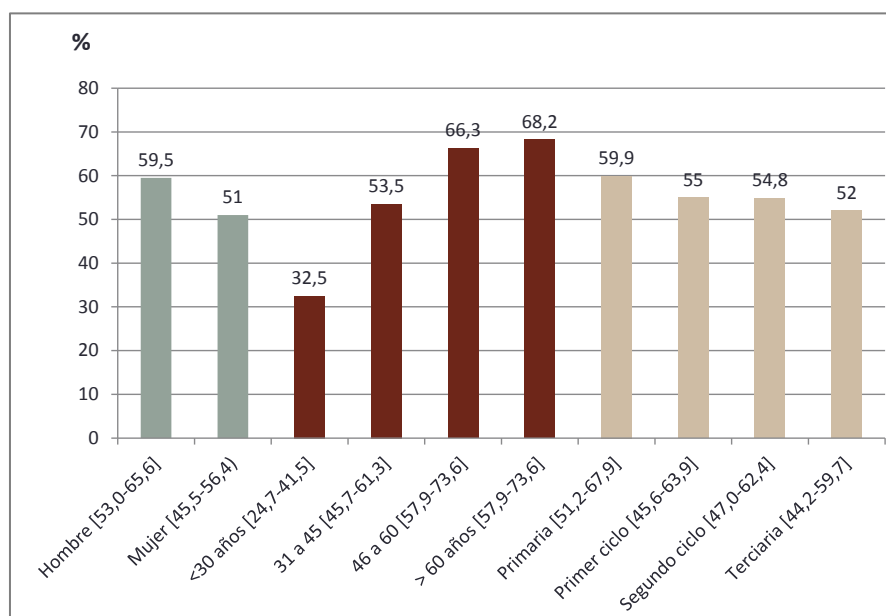
**Tabla 6:** Distribución del estado nutricional de acuerdo con elIMC. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

	%	Intervalo de confianza al 95%
Bajo peso (IMC<18,5)	2,4	[1,4-4,3]
Peso adecuado (18,5>=IMC<25)	42,6	[38,5-46,7]
Sobrepeso (25>=IMC<30)	33,1	[29,4-37,2]
Obesidad (IMC>=30)	21,9	[18,8-25,3]
Total	100	

*Nota:* IMC = peso (kg)/talla al cuadrado (m<sup>2</sup>).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad, obtenida a partir del auto-reporte de talla y peso, estuvo significativamente afectada por la edad, alcanzando su punto más bajo en los menores de 30 años (Gráfico 1). Este resultado contribuye a la menor prevalencia de sobrepeso y obesidad encontrada en este estudio respecto a la 2<sup>a</sup> Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles. En dicho grupo etario el sobrepeso u obesidad alcanza únicamente el 32%. A partir de los 30 años no se encontraron diferencias significativas con la edad en la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

**Gráfico 1:** Prevalencia de sobrepeso y obesidad, determinada a partir del auto-reporte de talla y peso, por sexo, tramos edad y nivel educativo. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.



*Nota:* Entre paréntesis los intervalos de confianza al 95%.

Si bien, el sexo y el nivel educativo no tuvieron una influencia significativa en la prevalencia de sobrepeso y obesidad para el total de los encuestados (Gráfico 1), importa destacar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las mujeres menos educadas es más alta que en aquellas con mayor nivel educativo (Tabla 7). Mientras que el 68% de las mujeres con hasta 6 años de educación tienen sobrepeso u obesidad, los porcentajes son significativamente menores para las que tienen entre 9 y 12 años de educación (47%) y con más de 12 años de educación (40%). No se encontraron diferencias para los hombres por nivel educativo.

Al comparar la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre hombres y mujeres, el nivel terciario es el único nivel educativo en el cual se encuentran diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres con nivel de educación universitario tienen una prevalencia de sobrepeso y obesidad significativamente menor que los hombres (40% para las mujeres y 71% para los hombres).

Algunos estudios han mostrado que la prevalencia sobrepeso y obesidad es mayor en mujeres de bajos ingresos (Bove et al., 1990). Sin embargo, en el presente estudio, si bien la relación es la esperada, las diferencias no son significativas.

**Tabla 7:** Prevalencia de sobrepeso y obesidad, determinada a partir del auto-reporte de talla y peso por sexo según y nivel educativo. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

	%	Intervalo de confianza al 95%
<b>Hombres</b>		
Primaria	52.2	[39.5-64.6]
Primer ciclo	50.1	[37.0-63.2]
Segundo ciclo	62.5	[50.4-73.2]
Terciaria	70.8	[57.5-81.2]
<b>Mujeres</b>		
Primaria	68.2	[57.3-77.4]
Primer ciclo	60.4	[47.8-71.7]
Segundo ciclo	47.3	[37.4-57.4]
Terciaria	40.3	[31.2-50.2]

El 22% de los encuestados no les preocupa su peso, lo cual estaría indicando que no toma ninguna acción planificada sobre su conducta alimentaria (Tabla 8). En cambio, el 78% reporta preocupación por su peso, lo que podría indicar una motivación para la realización de cambios en los estilos de vida. En lo que respecta al interés en modificar el



peso, el 45% de los individuos declaran que quieren mantener su peso, 24% perder peso y 8% están preocupados por ganar peso.

*Tabla 8: Distribución porcentual de la conformidad con el peso, por sexo. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.*

	%	Intervalo de confianza al 95%
<b>Ganar peso</b>	8,2	[6,1 - 10,9]
Hombres	9,5	[6,1 - 14,5]
Mujeres	7,1	[4,9 - 10,3]
<b>Perder peso</b>	24,1	[21,0 - 27,8]
Hombres	27,0	[21,8 - 33,0]
Mujeres	21,6	[17,5 - 26,4]
<b>Mantener peso</b>	45,5	[41,5 - 49,6]
Hombres	38,2	[32,3 - 44,4]
Mujeres	52,1	[46,8 - 57,3]
<b>No le preocupa</b>	21,8	[18,7 - 25,3]
Hombres	25,3	[20,5 - 31,0]
Mujeres	18,7	[14,9 - 23,2]

La mayoría de los individuos obesos, de acuerdo al IMC calculado a partir del auto-reporte de talla y peso, indican interés en perder peso (Tabla 9), lo que indicaría una motivación para realizar cambios en su estilo de vida. Sin embargo, el 16,5% indica interés en mantener su peso o falta de preocupación al respecto. En lo que respecta a los individuos con sobrepeso, si bien el 56,7% manifiesta interés en perder peso, el restante 43,3% quiere mantener su peso actual. Este resultado señala una clara barrera para lograr cambios en el estilo de vida y los hábitos alimentarios de esta población. Otro dato interesante es que el 21% tiene el peso adecuado de acuerdo al IMC pero declara que quiere perder peso. Si bien un elevado porcentaje de los individuos indica preocupación por su peso, la mayoría considera que su alimentación es buena, muy buena o excelente (Tabla 5). Estos resultados señalan barreras para lograr cambios en los hábitos alimentarios de la población.

**Tabla 9:** Distribución porcentual del estado nutricional de acuerdo al IMC, calculado a partir del auto-reporte de talla y peso, por conformidad con el peso. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

	Bajo peso	Peso adecuado	Sobrepeso	Obesidad
<b>Ganar peso</b>	36,2 [14,8-64,8]	16,7 [12,2-22,5]	0,7 [0,2-2,8]	0
<b>Mantener peso actual</b>	40,8 [16,6-70,5]	33,5 [27,6-39,9]	24,6 [18,9-31,5]	5,0 [2,5-10,0]
<b>Perder peso</b>	0	21 [16,3-26,7]	56,7 [49,6-63,6]	83,5 [76,6-88,6]
<b>No preocupa el peso</b>	23,0 [7,9-50,9]	28,7 [22,9-34,6]	18,0 [13,4-23,6]	11,5 [7,3-17,7]
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Nota: Entre paréntesis los intervalos de confianza al 95%.

Cuando se analiza la autopercepción de algunas enfermedades, el 43% de los montevideanos declaran que tienen alguna enfermedad crónica o problema de salud (Tabla 10). Las enfermedades que declaran más del 20% de los individuos son diabetes, alergias, colesterol e hipertensión. En este último caso, el porcentaje de individuos que declara tener hipertensión alcanza el 44%, similar al 38,7% reportado por la 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (Dirección General de Salud, 2013).

Por otra parte, el 35% declara haber sufrido algún episodio de ansiedad en los últimos 6 meses y el 23% algún episodio de depresión. Ambos problemas de salud son más prevalentes en las mujeres que en los hombres (Tabla 10).

**Tabla 10:** Distribución porcentual de la autopercepción de algunas enfermedades, por sexo. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

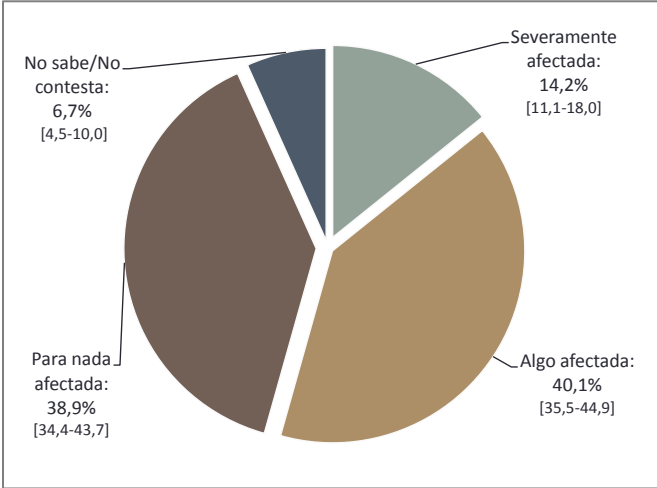
	Total	Hombres	Mujeres
Tiene alguna enfermedad crónica o problema de salud	43,0% [39,2-47,2]	38,2% [32,3-44,4]	47,5% [42,3-52,8]
Sufrió ansiedad en los últimos 6 meses	35,3% [31,5-39,2]	25,4% [20,4-31,0]	44,0% [38,8-49,4]
Sufrió depresión en los últimos 6 meses	22,6% [19,4-26,1]	15,2% [11,4-20,0]	29,1% [24,5-34,2]

Nota: Entre paréntesis los intervalos de confianza al 95%.

En el caso de aquellas personas que declararon tener problemas de salud, el 39% indica que estos problemas no tienen efectos en su alimentación, mientras que el 54% declara que su alimentación se vio severamente (14%) o algo afectada (40%) por las enfermedades o problemas de salud que padece (Gráfico 2). Las principales enfermedades

que afectan la alimentación son: diabetes (24,2%), hipertensión (31%), colesterol (20,4%), ansiedad (29%) y depresión (20%).

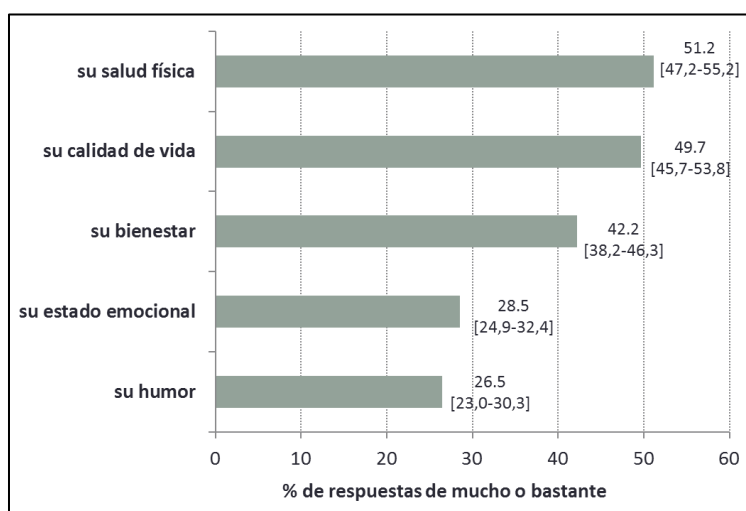
**Gráfico 2:** Distribución porcentual de cómo la salud afecta su alimentación. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.



Nota: Entre paréntesis los intervalos de confianza al 95%.

En el Gráfico3 se muestra la percepción del efecto de la alimentación en distintos aspectos de la vida (salud física, calidad de vida, humor, bienestar y estado emocional). Como se observa, en el entorno de un 50% de los individuos declaran que su salud física y su calidad de vida están muy o bastante afectadas por la alimentación. Los mayores de 60 años presentan menores porcentajes de efecto de la alimentación sobre su calidad de vida y salud física lo que podría reflejar algún proceso de adaptación de las conductas a las limitaciones de la condición de salud. Por otra parte, el porcentaje de individuos que perciben que su salud física está muy o bastante afectada por la alimentación se incrementa con el nivel de ingreso del hogar. En el resto de los aspectos el impacto del ingreso no es estadísticamente significativo.

**Gráfico 3:** Distribución porcentual de distintos aspectos que son afectados por la alimentación. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

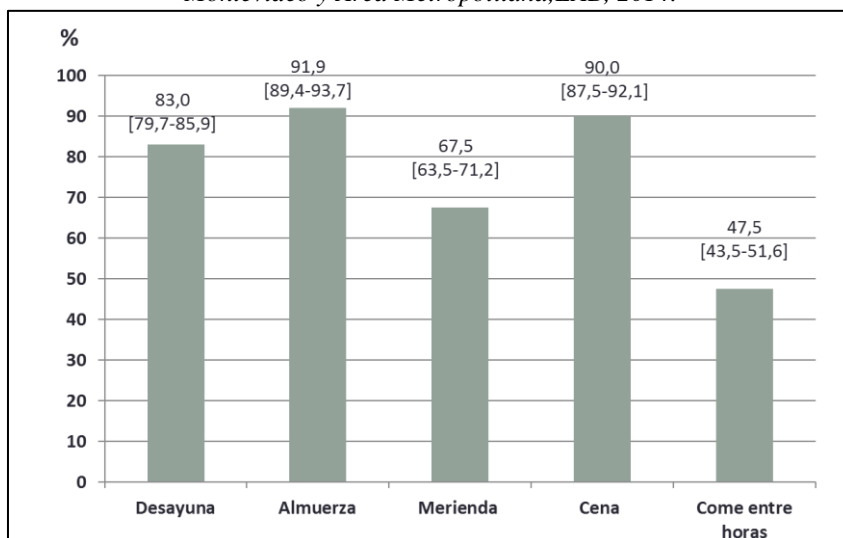


Nota: Entre paréntesis los intervalos de confianza al 95%.

## 2. Hábitos alimentarios y factores de selección de alimentos

Entre el 80 y el 90% de la población declara que desayuna, almuerza y cena diariamente (Gráfico 4). En tanto que la proporción de individuos que indica realizar una ingesta en la tarde (merienda) alcanza al 67%. Es de destacar que un 48% de los individuos indica que come entre horas. Estos porcentajes son similares a los reportados en trabajadores dependientes de Montevideo y Área Metropolitana (AccorServices y Escuela de Nutrición y Dietética, 2009).

**Gráfico 4:** Distribución porcentual de la realización habitual de distintos tipos de comida. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.



Nota: Entre paréntesis los intervalos de confianza al 95%.

Cuando se analiza la ingesta de comidas por sexo, edad e ingreso (Tabla 11), las mujeres meriendan habitualmente en mayor proporción que los hombres; los menores de 30 años comen habitualmente más entre horas que los mayores de 60 años. La mayor proporción de omisión del desayuno se da en la población más joven, aspecto relevante pues implica iniciar la jornada sin una adecuada ingesta de calorías y nutrientes lo que puede afectar el rendimiento físico e intelectual. Asimismo, algunos autores han relacionado la ausencia de desayuno con un mayor riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad (Barlow & The Expert Committee, 2007). Por último, mientras que el 96% de aquellos que viven en hogares del cuartil más alto de ingresos indican almorzar, este porcentaje se reduce al 86% para quienes viven en hogares con menores niveles de ingreso.

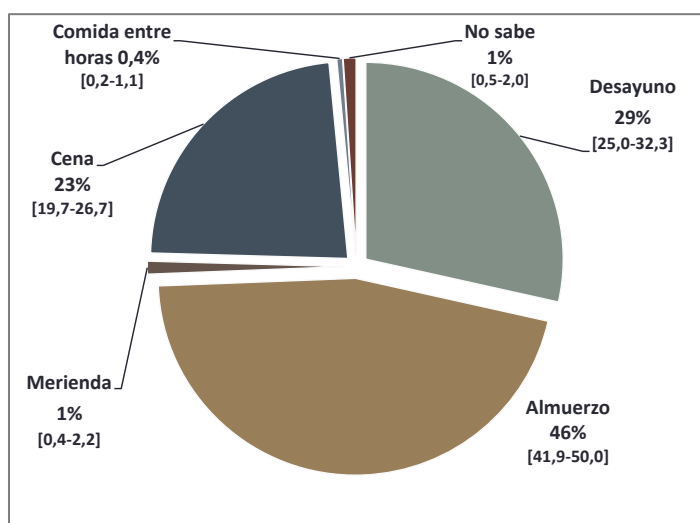
**Tabla 11:** Distribución porcentual de la realización habitual de distintos tipos de comida, por sexo, edad y cuartiles de ingreso. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

	Desayuna	Almuerza	Merienda	Cena	Come entre horas
<b>Sexo</b>					
Hombres	80,0 [74,6-84,5]	91,6 [87,8-94,4]	59,8 [53,6-65,8]	92,8 [89,2-95,3]	46,2 [40,1-52,5]
Mujeres	85,6 [81,5-89,0]	92,0 [88,7-94,4]	74,2 [69,4-78,6]	87,5 [83,7-90,5]	48,7 [43,4-54,0]
<b>Tramos de educación</b>					
<30 años	77,5 [69,3-84,1]	93,3 [87,4-96,5]	71,6 [62,8-78,9]	92,8 [87,5-95,9]	64,8 [55,8-72,8]
31 a 45 años	79,1 [72,0-84,8]	90,8 [85,7-94,2]	62,3 [54,6-69,5]	89,4 [83,5-93,3]	47,0 [39,5-54,8]
46 a 60 años	86,5 [80,3-91,0]	87,7 [81,5-92,0]	66,7 [58,6-73,9]	89,6 [83,7-93,5]	39,8 [32,2-48,0]
+60 años	89,7 [84,1-93,4]	95,3 [90,6-97,7]	69,6 [62,4-76,0]	88,3 [83,0-92,1]	37,5 [30,4-45,2]
<b>Cuartiles de ingreso per cápita</b>					
1° cuartil (25% + pobre)	82,8 [75,1-88,5]	86,1 [79,0-91,0]	65,5 [56,8-73,2]	82,4 [72,5-87,7]	51,1 [42,6-59,6]
2° cuartil	85,3 [78,3-90,3]	93,3 [87,6-96,5]	69,4 [61,1-76,8]	88,4 [81,7-92,9]	51,9 [43,4-60,4]
3° cuartil	80,0 [72,7-85,7]	90,0 [83,9-93,8]	68,3 [60,5-75,2]	92,2 [87,2-95,4]	50,4 [42,6-58,3]
4° cuartil (25% + rico)	84,2 [77,0-89,5]	96,2 [91,8-98,3]	65,3 [56,7-72,9]	93,0 [87,3-96,3]	37,9 [30,0-46,6]

*Nota: Entre paréntesis los intervalos de confianza al 95%.*

En el Gráfico 5 se observa que el 46% de los encuestados indica que almuerzo es la comida más importante del día. Mientras tanto, el desayuno aparece en segundo lugar con un 29% que lo menciona como la comida más importante.

**Gráfico 5:** Distribución porcentual del tipo de comida más importante del día. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.



*Nota:* Entre paréntesis los intervalos de confianza al 95%.

El 68% de los individuos dicen preparar los alimentos que consumen diariamente, siendo este porcentaje marcadamente mayor en mujeres que en hombres (Tabla 12). Esta diferencia muestra que aún en la actualidad la mujer es la principal responsable de la preparación de alimentos en el hogar. Existe suficiente evidencia que demuestra la importancia de consumir alimentos preparados en el hogar, ya que suelen tener un contenido menor de calorías, azúcar refinado, sal y grasa que los productos adquiridos listos para su consumo (Monteiro et al., 2014, Moodie et al., 2013). Es de destacar que si bien Uruguay es uno de los países de Latinoamérica con mayor crecimiento en el consumo de alimentos y bebidas industrializados (Organización Panamericana de la Salud, 2015), aún persiste la costumbre de cocinar. Respecto a la edad y el nivel educativo, no se observan diferencias significativas.

Mientras tanto, un 16% de los encuestados indica que frecuentemente consume alimentos preparados fuera del hogar. El porcentaje de individuos que consume frecuentemente alimentos preparados fuera del hogar aumenta de forma marcada con el nivel educativo, desde un 8% para individuos que únicamente cursaron educación primaria, hasta un 22% para aquellos que completaron estudios terciarios. Esta diferencia es atribuible al aumento del nivel de ingreso con el nivel educativo.

**Tabla 12:** Distribución porcentual de la frecuencia diaria o casi todos los días de preparar los alimentos que consume y consumir alimentos fuera del hogar. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

	<b>Prepara los alimentos que consume</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Consume alimentos preparados fuera del hogar</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Total</b>	<b>68,4</b>	<b>[64,4-72,2]</b>	<b>16,2</b>	<b>[13,3-19,5]</b>
<b>Sexo</b>				
Hombres	53,9	[46,6-60,6]	18,1	[13,6-23,6]
Mujeres	81,3	[76,4-85,4]	14,5	[11,1-18,7]
<b>Tramos de edad</b>				
<30 años	53,9	[44,9-62,7]	18,6	[12,6-26,5]
31 a 45 años	72,2	[64,5-78,5]	18,1	[12,8-24,9]
46 a 60 años	75,2	[67,2-81,8]	18,0	[12,2-25,6]
+60 años	73,0	[65,4-79,4]	9,9	[6,2-15,6]
<b>Tramos de educación</b>				
Primaria	75,6	[67,4-82,2]	8,1	[4,6-13,6]
Primer ciclo	73,3	[64,3-80,7]	13,4	[8,0-21,7]
Segundo ciclo	63,4	[55,4-70,6]	18,0	[12,8-24,7]
Terciaria	65,3	[57,5-72,4]	22,0	[16,2-29,1]
<b>Cuartiles de ingreso per cápita del hogar</b>				
1° cuartil (25% + pobre)	75,0	[66,4-82,0]	8,1	[4,5-14,1]
2° cuartil	74,3	[65,5-81,5]	13,9	[8,6-21,7]
3° cuartil	68,0	[60,0-75,0]	16,4	[11,3-23,2]
4° cuartil (25% + rico)	59,8	[51,0-68,0]	23,5	[17,0-31,6]

En lo que respecta a la percepción de la comida casera, la mayoría de los individuos opina que es más saludable (91%) y más sabrosa (88%) que la preparada fuera del hogar (Tabla 13). En tanto que se nota un aprecio por tener más tiempo para cocinar (74%) y una gran mayoría gusta variar las recetas que prepara (70%). Sin embargo, el 41.3% de los individuos indica que prefiere dedicarle el mínimo tiempo posible a cocinar. El 26.9% de los hogares indica consumir muchas comidas y platos preparados fuera del hogar. Este es un componente relevante a considerar en políticas de protección de la salud de la población, siendo necesario trabajar para fomentar y preservar la mayor cuota posible de alimentación de tipo casero, pues es un factor protector contra el desarrollo de sobrepeso y obesidad (Organización Panamericana de la Salud, 2015; Jacoby et al., 2014).

Es de destacar que únicamente el 20,5% de los individuos indica planificar con días de anticipación lo que se va a comer, mientras que el 46,4% indica que la cena se decide generalmente a último momento (Tabla 13). Estos resultados señalan una falta de planificación de la alimentación en la mayoría de los hogares, lo que puede favorecer un mayor consumo de comida lista y de productos industrializados con elevado contenido de azúcar refinada, grasa y sal, así como dificultar el alcance de una dieta balanceada.

**Tabla 13:** Distribución porcentual de actitudes sobre distintos aspectos de la elaboración de comidas. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

	<b>% de totalmente de acuerdo y de acuerdo</b>
Me gusta tener tiempo para cocinar	74,3
Me gusta probar nuevas recetas	70,3
Cocinar es una tarea a la prefiero dedicarle el mínimo tiempo posible	41,3
En mi hogar utilizamos muchas comidas y platos preparados	26,9
En mi hogar generalmente se planifica con un par de días de anticipación lo que vamos a comer	20,5
Lo que cenamos en mi hogar es generalmente una decisión de último momento	46,4
La comida casera es más sabrosa que la comida preparada fuera del hogar	88,0
La comida casera es más saludable que la comida preparada fuera del hogar	91,2

En la Tabla 14 se muestran las principales características consideradas como importantes o muy importantes en la selección de alimentos para la cena. Más del 40% de los individuos consideran como importante o muy importante en su selección de alimentos para la cena que los alimentos sean frescos, buenos para la salud y que tengan buen sabor. La tercera parte (29,6%) valora la practicidad a la hora de prepararlos; esto indica que el factor tiempo es determinante al momento de elegir y/o resolver la alimentación. Es de destacar que el 31% de los individuos indican que un factor importante o muy importante en la elección de alimentos es que quiten el hambre.



**Tabla 14:** Distribución porcentual de los principales factores considerados como importantes o muy importantes en la selección de alimentos para la cena. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

	%	Intervalo de confianza al 95%
Sean frescos	48,9	[44,8-52,9]
Sean buenos para mi salud	40,9	[36,9-44,9]
Tengan buen sabor	40,2	[36,2-44,2]
Me gusten	34,9	[31,1-38,9]
Sean de buena calidad	34,6	[30,8-38,5]
Me quiten el hambre	31,1	[27,5-35,0]
Sean fáciles de preparar	29,6	[25,9-33,4]
Tengan buena relación calidad-precio	29,6	[26,0-33,4]
Sean nutritivos	28,9	[25,3-32,8]
Contengan muchas vitaminas y minerales	28,4	[24,8-32,3]
No sean caros	25,5	[22,2-29,1]
No contengan ingredientes artificiales	25,3	[21,9-28,9]
Sean bajos en grasa	25,0	[21,5-28,5]

Mediante análisis factorial de los datos del cuestionario de selección de alimentos pueden identificarse diez factores, que corresponden a grupos de características que se consideran en la selección de alimentos para la cena (Tabla 15).

**Tabla 15:** Factores identificados en el análisis factorial del cuestionario de selección de alimentos para la cena e ítems incluidos. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

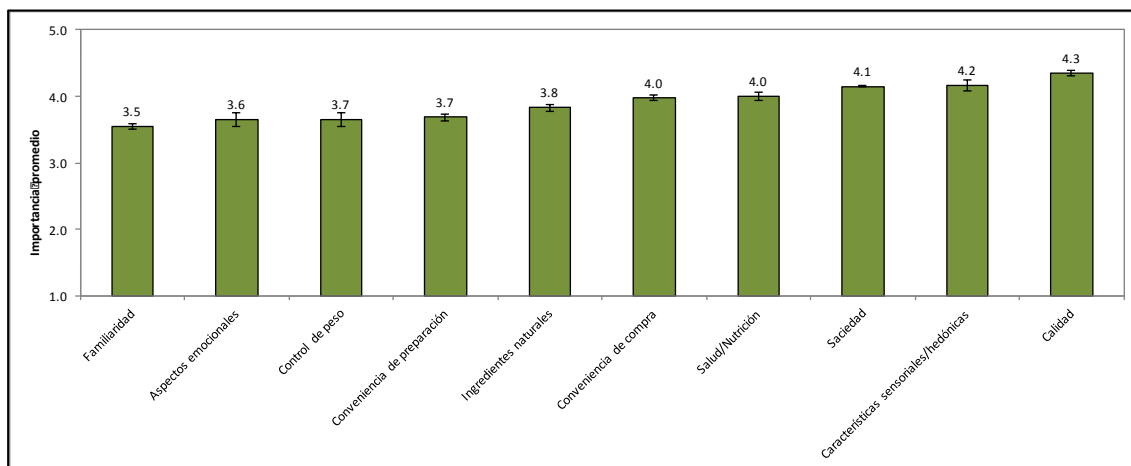
Factor	Ítem
Salud/Nutrición	Sean ricos en fibra
	Sean nutritivos
	Contengan muchas vitaminas y minerales
	Sean ricos en proteínas
	Sean buenos para mi salud
Características sensoriales/hedónicas	Tengan buen sabor
	Me gusten
	Tengan una textura agradable
Calidad	Sean de buena calidad
	Sean frescos
Familiaridad	Me resulten familiares
	Sean de una marca conocida
Conveniencia de compra	No sean caros
	Se encuentren fácilmente en comercios
	Tengan buena relación calidad-precio
	Pueda comprarlos cerca de casa o el trabajo
Control de peso	Se preparen con ingredientes disponibles en casa
	Sean bajos en calorías
	Sean bajos en grasa
	Ayuden a controlar mi peso
	Sean livianos
Saciedad	Me dejen satisfecho
	Me quiten el hambre
Ingredientes naturales	No contengan ingredientes artificiales
Aspectos emocionales	Me alegren
	Me ayuden a reducir el estrés
	Me ayuden a relajar
	Me hagan sentir bien
Conveniencia de preparación	Sean fáciles de preparar

En el Gráfico 6 se muestran los puntajes promedios de los diez factores del cuestionario. En primer lugar, es interesante destacar que todos los factores recibieron puntajes similares y fueron, en promedio, considerados importantes para la selección de alimentos para la cena. Este resultado indica la complejidad del proceso de selección de alimentos y la diversidad de factores que están involucrados al momento de decidir qué comer.

Como se observa, los factores *Calidad* y *Características sensoriales/hedónicas* fueron los más importantes en la selección de alimentos para la cena. Estos factores fueron más importantes que el factor *Salud/Nutrición*, lo que indica que las características nutricionales de los productos no son centrales en la selección de alimentos para la cena, aunque fueron considerados importantes.

Es de destacar que la *Conveniencia de preparación* no obtuvo los mayores puntajes de importancia promedio aunque fue la característica más mencionada por participantes de clase media y media/alta de Montevideo en un estudio en el que se les solicitó que hicieran una lista de los factores que tienen en cuenta para decidir qué alimentos consumir para la cena (Machín et al., 2014). Esta diferencia puede explicarse considerando que en el presente estudio los participantes indicaron cuán importante les parecían una serie de características, lo que puede haber dado lugar a un sesgo de respuesta. Los participantes probablemente no respondieron lo que hacen diariamente para seleccionar los alimentos para la cena sino lo que les parece que deberían considerar.

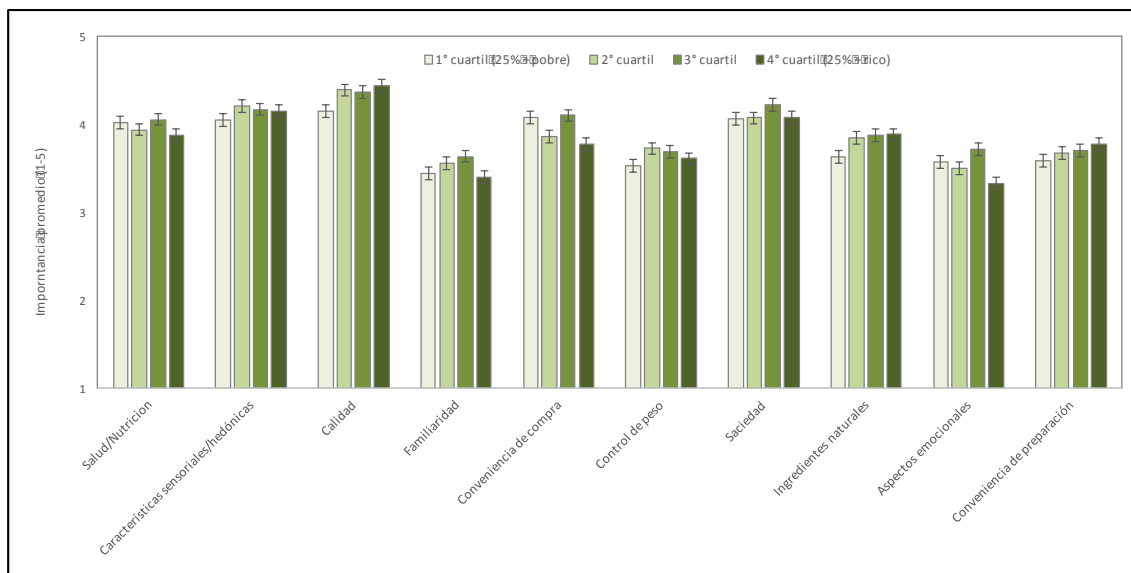
**Gráfico 6:** Puntaje promedio de importancia para los factores del cuestionario de selección de alimentos para la cena. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.



Nota: Las barras verticales corresponden al intervalo de confianza para el 95%.

No se encontraron grandes diferencias en la importancia promedio otorgada a los factores del cuestionario de selección de alimentos con el nivel de ingreso del hogar (Gráfico 7).

**Gráfico 7:** Puntaje promedio de importancia para los factores del cuestionario de selección de alimentos para la cena. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.



Nota: Las barras verticales corresponden al intervalo de confianza para el 95%.

### **3. Descripción de la cena del día anterior**

El 99,4% de los encuestados afirmó haber cenado el día anterior a la realización de la encuesta, lo que concuerda con las respuestas obtenidas al consultar sobre la realización habitual de diversas comidas diarias (Gráfico 4).

En la Tabla 16 se muestran las preparaciones identificadas como plato principal, así como el porcentaje de menciones. La categoría más frecuentemente mencionada fue Sandwiches/tortas/empanadas/pizza, con un 21,8%. La gran mayoría de los sandwiches, tortas y empanadas fueron preparados con fiambre (43,7%) y carne (23,3%), mientras que el 30,0% fueron preparadas con verdura y el 3,0% con pescado. El segundo grupo de preparaciones más mencionado fueron aquellas a base de arroz, pasta sin rellenar y polenta. La pasta sin rellenar (tallarines, moñitas, ñoquis) fue la preparación más mencionada dentro de este grupo, siendo mencionada por el 9% de los participantes. Las milanesas fueron la tercera preparación en frecuencia de mención (Tabla 14), destacándose que el 68,5% correspondió a milanesas de carne y el 23,2% a milanesas de pollo.

Es de destacar la baja frecuencia de mención de preparaciones a base de leguminosas y verduras, las cuales fueron consumidas en la cena del día anterior por menos del 2% de los individuos (Tabla 16).

**Tabla 16:** Porcentaje de mención obtenido para cada uno de los platos principales identificados en la descripción de la cena del día anterior. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

<b>Preparación</b>	<b>%</b>
Sandwiches/tortas/empanadas/pizza	21.8
Preparaciones a base de arroz/pasta sin rellenar/polenta	14.8
Milanesas (carne, pollo, pescado)	9.8
Carne roja (al horno, a la plancha, a las brasas)	9.4
Guisos y ensopados	7.4
Fiambres y embutidos	7.4
Lácteos con acompañamiento (leche o yogur con pan o galletas)	6.9
Carne blanca (al horno, a la plancha)	6.6
Preparaciones a base de carne picada (hamburguesas, pastel de carne)	5.9
Sopas	5.4
Pasta rellena (ravioles, sorrentinos)	3.4
Pescados y mariscos	3.1
Preparaciones de olla a base de carne (puchero, estofado)	2.7
Preparaciones a base de huevo (omelette, tortilla)	2.7
Frutas	2.6
Preparaciones a base de leguminosas (garbanzos, fainá, porotos)	1.9
Preparaciones a base de verduras (zapallitos rellenos, berenjenas)	1.3
Infusiones solas o con acompañamiento (té, mate, café)	1.2
Preparaciones a base de vísceras (mondongo)	0.5

Se observaron diferencias con el nivel de ingreso del hogar en la frecuencia de mención de las preparaciones identificadas en la descripción de la cena del día anterior (Tabla 17). Una de las diferencias más marcadas se observó en la frecuencia de mención de la categoría Sandwiches/tortas/empanadas/pizza, la cual disminuyó de forma marcada con el nivel de ingreso del hogar, desde 26.7% para el primer cuartil de ingreso hasta 11.6% hasta el cuarto cuartil. También se observan menores menciones para el consumo de fiambres y embutidos (9.7 a 5.8%) y mayores menciones para el consumo de verduras y frutas a medida que aumenta el nivel socioeconómico. Las menciones para preparaciones a base de huevo son más altas en el primer cuartil (5.7%) con respecto al cuarto (0.6%).

**Tabla 17:** Porcentaje de mención obtenido para cada uno de los platos principales identificados en la descripción de la cena del día anterior de acuerdo al nivel de ingreso del hogar, definido por cuartiles. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

Preparación	1° cuartil (25% más pobre)	2° cuartil	3° cuartil	4° cuartil (25% más rico)
Sandwiches/ tortas/ empanadas/ pizza	26.7	25.0	22.7	11.6
Preparaciones a base de arroz/ pasta sin rellenar/ polenta	15.9	11.0	16.2	16.8
Milanesas (carne, pollo, pescado)	8.5	9.8	12.4	9.7
Carne roja (al horno, a la plancha, a las brasas)	8.5	7.9	10.3	11.6
Guisos y ensopados	7.4	5.5	7.0	9.7
Fiambres y embutidos	9.7	7.3	7.6	5.8
Lácteos con acompañamiento (leche o yogur con pan o galletas)	5.7	9.8	4.3	7.7
Carne blanca (al horno, a la plancha)	6.8	9.1	7.6	4.5
Preparaciones a base de carne picada (hamburguesas, pastel de carne)	5.7	6.1	5.9	5.8
Sopas	7.4	1.8	3.8	6.5
Pasta rellena (ravioles, sorrentinos)	1.7	3.7	5.4	2.6
Pescados y mariscos	3.4	2.4	1.6	3.9
Preparaciones de olla a base de carne (puchero, estofado)	1.1	3.0	3.8	1.3
Preparaciones a base de huevo (omelette, tortilla)	5.7	1.8	1.6	0.6
Frutas	2.8	0.6	2.2	4.5
Preparaciones a base de leguminosas (garbanzos, fainá, porotos)	2.3	2.4	2.2	0.6
Preparaciones a base de verduras (zapallitos rellenos, berenjenas)	1.1	0.6	1.1	1.9
Infusiones solas o con acompañamiento (té, mate, café)	0.6	1.8	0.5	2.6
Preparaciones a base de vísceras (mondongo)	0.6	0.6	0.5	0.6

En lo que respecta a los acompañamientos del plato principal, cuando fueron mencionados, la respuesta más frecuente fue tubérculos, específicamente preparaciones a base de papa (Tabla 18). La preparación a base de papa más frecuentemente mencionada fue puré de papa (33.6% de las menciones), seguida por papas fritas (30.2%), papas al horno (19.8%) y hervidas (16.4%).

Las verduras crudas fueron el segundo acompañamiento más mencionado, en particular tomate (21.0%), lechuga (18.0%), cebolla (12.8%), repollo (10.3%), morrón (10.3%), zanahoria (10.3%), apio (5.1%), palta (5.1%) y rúcula (5.1%). En el caso de las verduras cocidas, los encuestados mencionaron calabacín/zapallo (30.6%), arvejas (19.4%), choclo (11.1%), remolacha (8.3%), chauchas (5.6%), berenjenas (5.6%), brócoli (5.6%), espinaca (5.6%), zapallito (5.6%) y acelga (2.8%).

**Tabla 18:** Porcentaje de mención obtenido para cada uno de los acompañamientos identificados en la descripción de la cena del día anterior de acuerdo al nivel de ingreso del hogar, definido por cuartiles. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

Acompañamiento	Total	1° cuartil (25% más pobre)	2° cuartil	3° cuartil	4° cuartil (25% + rico)
Tubérculos	15.1	13.6	13.4	16.8	16.8
Verduras crudas	11.5	8.5	10.4	8.6	19.4
Arroz	8.4	10.2	11.6	4.9	7.1
Verduras cocidas	6.5	2.3	6.1	8.1	9.7
Huevos	4.4	4.5	3.7	4.3	5.2

La frecuencia de mención de los acompañamientos también se vio afectada con el nivel de ingreso del hogar, en particular en lo que respecta al consumo de arroz, verduras crudas y cocidas, Como se observa en la Tabla 18, la frecuencia de mención de verduras crudas y cocidas aumentó de forma marcada con el nivel de ingreso, mientras que la frecuencia de mención de arroz disminuyó. Es de destacar que la frecuencia de consumo de verduras crudas como acompañamiento en la cena del día anterior pasó de 8.5% para el primer cuartil a 19.4% para el cuarto cuartil de ingreso. El mayor consumo de verduras en los cuartiles de ingreso más alto ha sido observado en estudios anteriores (Instituto Nacional de Estadísticas, 2006).

La gran mayoría de los encuestados indicaron que la cena del día anterior fue una preparación casera. Sin embargo, se observó una disminución de la frecuencia con la cual los encuestados indicaron que la preparación fue casera con el aumento del nivel de ingreso del hogar. En el caso del primer cuartil de ingreso, el 84.1% de los encuestados indicaron que la preparación fue casera, mientras que en el cuarto cuartil dicho porcentaje disminuyó a 70.3%.

El consumo de pan o galletitas con la cena estuvo fuertemente afectado por el nivel de ingreso del hogar, disminuyendo al aumentar el nivel de ingreso del hogar. El 53.4% de los encuestados del primer cuartil de ingreso (25% más pobre) afirmó haber consumido pan o galletitas con la cena, mientras que en el cuarto cuartil (25% más rico) dicho porcentaje disminuyó a 32.2%.

El 57,1% de los encuestados afirmó no haber consumido postre con la cena del día anterior, no encontrándose diferencias con el nivel de ingreso del hogar. Las frutas fueron el postre más mencionado por los encuestados, seguidos por tortas/tartas/masas, postres a base de leche y helado (Tabla 19).

Las frutas mencionadas fueron manzana (20,8%), mandarina (20,8%), banana (18,8%), naranja (10,4%), pera (10,4%), frutilla (6,3%), durazno (6,3%), ananá (2,1%), ciruela (2,1%) y kiwi (2,1%).

**Tabla 19:** Porcentaje de mención obtenido para cada uno de los postres identificados en la descripción de la cena del día anterior de acuerdo al nivel de ingreso del hogar, definido por cuartiles. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

Postre	Total	1° cuartil (25% + pobre)	2° cuartil	3° cuartil	4° cuartil (25% + rico)
Frutas	22.2	16.9	13.9	27.4	30.6
Tortas/tartas/masas	6.4	5.6	9.7	5.4	5.1
Postres a base de leche	5.1	5.6	5.5	5.4	3.8
Helado	4.7	7.9	4.2	3.8	2.5
Chocolates	1.7	1.7	2.4	2.7	0.0
Dulces	1.6	3.4	1.2	1.1	0.6
Galletas, dulces/barra de cereal	1.2	1.7	0.6	1.1	1.3

El tipo de postre consumido en la cena del día anterior se vio afectado por el nivel de ingreso del hogar. Como se observa en la Tabla 19, la frecuencia de mención de frutas aumentó de forma marcada con el nivel de ingreso del hogar, mientras que se observó una tendencia a que la frecuencia de consumo de postres a base de leche, helado, chocolates y dulces disminuyera.

Finalmente, en lo que respecta a la bebida con la que se acompañó la cena, los encuestados mencionaron frecuentemente agua y refrescos (Tabla 20). El porcentaje de encuestados que consumió agua fue 34.1%, mientras que 31.0% indicaron haber consumido refrescos y 9,6% jugos envasados.

La frecuencia de mención de las bebidas se vio afectada por el nivel de ingreso del hogar. Como se observa en la Tabla 20, la frecuencia de consumo de refrescos y bebidas alcohólicas aumentó con el nivel de ingreso del hogar. En el caso de los refrescos la



frecuencia de mención de refresco aumentó de 27-29% en los primeros cuartiles de ingreso a 40,6% en el cuarto cuartil. Mientras tanto, el consumo de agua en la cena disminuyó con el ingreso del hogar.

*Tabla 20: Porcentaje de mención de consumo de bebidas en la cena del día anterior de acuerdo al nivel de ingreso del hogar, definido por cuartiles. Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.*

Bebida	Total	1° cuartil (25% más pobre)	2° cuartil	3° cuartil	4° cuartil (25% + rico)
Agua	34.1	42.6%	31.1%	28.6%	30.3%
Refresco	31.0	27.8%	28.0%	29.2%	40.6%
Jugo envasado	9.6	12.5%	7.9%	10.8%	7.1%
Bebida alcohólica	7.5	3.4%	5.5%	11.4%	11.0%
Leche/café/té	7.1	5.7%	12.2%	5.9%	5.2%
Jugo natural	4.6	2.8%	8.5%	5.4%	0.6%
Nada	3.6	2.3%	6.1%	3.8%	3.9%
Otro	1.5	0.6%	0.6%	4.3%	0.0%
No sabe/No contesta	0.9	2.3%	0.0%	0.5%	1.3%

En lo que respecta al tipo de refresco consumido, el 57% de los encuestados que consumieron refrescos en la cena del día anterior indicaron que éstos fueron endulzados con azúcar, mientras que el restante 24% consumió refrescos endulzados con edulcorantes, y el restante 19% indicó no saber qué tipo de refresco consumió. Es interesante destacar que el tipo de refresco consumido varió con el nivel de ingreso del hogar. En el caso del primer y segundo cuartil de ingreso el consumo de refrescos endulzados con azúcar alcanzó el 68%, mientras que en el cuarto cuartil dicho porcentaje fue 42,7%.

#### 4. Percepción de riesgo alimentario

La inseguridad alimentaria se experimenta cuando las personas no tienen suficiente acceso a los alimentos tanto en términos de cantidad, como de calidad, pudiendo clasificarse en tres niveles de severidad (Segall-Corrêa et al., 2009). La forma más severa de inseguridad alimentaria es el hambre, la cual ocurre cuando las personas no tienen acceso a suficiente cantidad de alimentos para satisfacer sus necesidades básicas. La inseguridad moderada se asocia con la restricción en la cantidad de alimentos, mientras que

la inseguridad leve está asociada con el consumo de poca variedad de alimentos o alimentos poco saludables, así como con el temor de no poder acceder a cantidad suficiente de alimentos en el futuro cercano (Maxwell, 1996).

Dada la naturaleza multidimensional de la inseguridad alimentaria diversos métodos han sido utilizados para su medición, entre los cuales se destacan las escalas que miden la inseguridad alimentaria percibida por los individuos (Carletto et al., 2013). Una de las escalas más utilizadas en Latinoamérica es la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA), la cual mide la percepción de un individuo sobre distintos aspectos vinculados a la inseguridad alimentaria del hogar (Comité Científico de la ELCSA, 2012). La escala consiste de 8 ítems para hogares compuestos únicamente de adultos (ítems 1-8, Tabla 21) y de 15 ítems para hogares compuestos por adultos y menores de 18 años (ítems 1-15, Tabla 21).

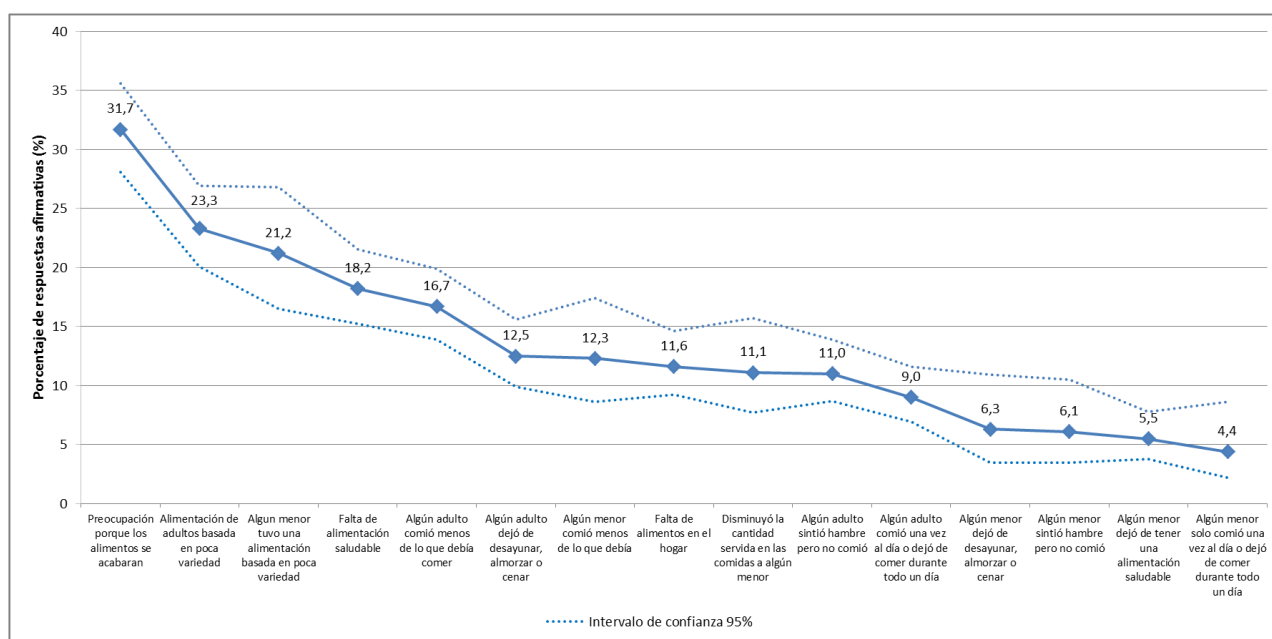
**Tabla 21:** Ítems incluidos en la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA).

Durante los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos...		SI	NO	NS/NC
1.	¿alguna vez usted se preocupó porque los alimentos se acabaran en su hogar?	1	2	3
2.	¿alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos?	1	2	3
3.	¿alguna vez en su hogar dejaron de tener una alimentación saludable?	1	2	3
4.	¿alguna vez usted o algún adulto tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	1	2	3
5.	¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?	1	2	3
6.	¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?	1	2	3
7.	¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?	1	2	3
8.	¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?	1	2	3
9.	¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de tener una alimentación saludable?	1	2	3
10.	¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	1	2	3
11.	¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?	1	2	3
12.	¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?	1	2	3
13.	¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?	1	2	3
14.	¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?	1	2	3
15.	¿alguna vez algún menor de 18 años solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?	1	2	3

El porcentaje de respuestas afirmativas a los ítems de la escala estuvo comprendido entre el 31.7% y el 4.4% (Gráfico 8). Estos porcentajes son similares a los reportados por Pérez-Escamilla et al. (2011) para Uruguay.

De acuerdo a lo esperado, los ítems relacionados la inseguridad alimentaria leve (como por ejemplo: “preocupación porque los alimentos se acaben”) presentaron un porcentaje de respuestas afirmativas considerablemente mayor que aquellos vinculados a la inseguridad alimentaria severa (por ejemplo: “algún menor solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo el día”). Además, para el mismo nivel de severidad los ítems relacionados con los adultos del hogar presentaron un porcentaje mayor que los relacionados con los menores de edad. Por ejemplo, el porcentaje de respuestas afirmativas para el ítem vinculado con sentir hambre pero no poder comer fue 11,0 % para los adultos y 6,1% para los menores de 18 años.

**Gráfico 8:** Porcentaje de respuestas afirmativas para cada uno de los ítems de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) en Montevideo y Área Metropolitana.



Utilizando los 15 ítems de la escala ELCSA detallados en la Tabla 21, es posible clasificar la inseguridad alimentaria en cuatro categorías: seguridad, inseguridad leve, inseguridad moderada e inseguridad severa.

De los 15 ítems, 8 son específicos para adultos y 7 son exclusivas para los hogares donde viven menores de 18 años. En este sentido, los hogares donde no hay menores de edad solo contestan 8 ítems, mientras que aquellos en donde si hay menores contestan 15. Para calcular el puntaje necesario para la clasificación se suman las respuestas afirmativas a las preguntas de la escala, de acuerdo a los puntos de corte presentados en la Tabla 22.

**Tabla 22:** Puntos de corte para la clasificación de inseguridad alimentaria según tipo de hogar.

Tipo de hogar	Clasificación de la inseguridad alimentaria			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

Como se observa en la Tabla 23, el porcentaje de hogares integrados únicamente por adultos con seguridad alimentaria es de 69.5%. El restante 30.5% de los hogares experimentó inseguridad alimentaria, siendo el nivel leve el más frecuente. Es de destacar que el 4.8% de los hogares integrados únicamente por adultos experimentó inseguridad alimentaria moderada, asociada con una cantidad y calidad de alimentos inadecuada, mientras que el 3.8% experimentó inseguridad alimentaria grave, asociada con hambre.

La prevalencia de inseguridad alimentaria fue mayor en los hogares integrados por adultos y menores de 18 años. Como se observa en la Tabla 23 la mitad de los hogares únicamente experimentó seguridad alimentaria, 49.9%, mostrando el resto algún tipo de inseguridad (50.1%). Es de destacar que el 11.6% de los hogares integrados por adultos y menores de 18 años consideró no haber accedido a cantidad y calidad de alimentos suficiente, experimentado inseguridad alimentaria moderada. Mientras tanto, el 7.4% de los hogares compuestos por adultos y menores de 18 años experimentó inseguridad alimentaria severa, asociada con situación de hambre y acceso a cantidad de alimentos suficiente para satisfacer sus necesidades básicas.

**Tabla 23:** Prevalencia de seguridad alimentaria y de los niveles de inseguridad alimentaria de acuerdo a la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) en Montevideo y Área Metropolitana, EAB, 2014.

Tipo de hogar	Porcentaje de hogares (%)			
	Seguridad	Inseguridad leve	Inseguridad moderada	Inseguridad severa
Hogares integrados solamente por personas adultas	69,5 [64,5-74,2]	21,8 [17,7-26,4]	4,8 [3,1-7,5]	3,8 [2,3-6,4]
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	49,9 [43,7-56,2]	31,0 [25,6-37,0]	11,6 [8,4-15,9]	7,4 [4,4-12,2]

*Nota: Entre paréntesis los intervalos de confianza al 95%.*

#### IV. Conclusiones

En Uruguay la investigación sobre hábitos alimentarios es incipiente y la mayor parte de las políticas públicas vinculadas a la temática han sido diseñadas sin datos empíricos sobre la percepción del consumidor uruguayo.

La Encuesta de Alimentación y Bienestar, realizada en 2014 en Montevideo y Área Metropolitana, es uno de los primeros estudios con representatividad estadística que permite conocer los motivos de la selección de alimentos de los consumidores, información sobre hábitos alimentarios y calidad de vida, consumo alimentario, prevalencia del riesgo alimentario, problemas de obesidad y sus consecuencias sobre la salud y otros aspectos relevantes en el área.

En este sentido, importa destacar algunos aspectos de la amplia información que se puede encontrar en el cuerpo de este informe y que muestran la importancia que tiene el conocimiento de los hábitos alimentarios de la población a la hora del diseño de programas de educación nutricional o de asistencia alimentaria.

La mayoría de la población de Montevideo y Área Metropolitana percibe que su alimentación es buena, muy buena o excelente. Sin embargo, al analizar el estado nutricional de acuerdo al Índice de Masa Corporal, la prevalencia de sobrepeso u obesidad alcanza el 55% para los mayores de 18 años. Este porcentaje se reduce a 32% en el caso de la población más joven (menores de 30 años). Al analizar las diferencias por sexo encontramos que las mujeres con educación universitaria tienen una prevalencia de

sobrepeso u obesidad sensiblemente menor que las mujeres con hasta 6 años de educación y que los hombres con educación terciaria.

En cuanto a hábitos alimentarios, más del 80% de la población declara que desayuna, almuerza y cena diariamente y aproximadamente la mitad indica comer entre horas. Se observó que la omisión del desayuno es más frecuente en la población de menor edad. Apenas el 21% de los hogares planifica con anticipación su alimentación y el 46% decide a último momento la cena. Que los alimentos sean frescos, buenos para la salud y que tengan buen sabor son las principales características que destacan los individuos para su elección. Un dato interesante es que el 31% de las personas indican una característica importante para elegir los alimentos es que quiten el hambre.

Al analizar las características de los alimentos consumidos (en la cena del día anterior a la realización de la encuesta) se destaca las diferencias por cuartiles de ingreso. Las personas en hogares con niveles de ingreso más alto tuvieron una ingesta más variada. El 42% del cuartil más pobre menciona el consumo de sándwiches, empanadas, pizza, arroz, pasta sin rellenar y polenta, como principal plato.

El cuartil de ingresos más bajo tiene como factor protector la mayor presencia de comida elaborada en el hogar. Si bien predomina una selección de alimentos basada en cereales y panificados, se observa una baja presencia de frutas y verduras y mayor frecuencia de mención para alimentos y bebidas con azúcar refinado. Para los hogares de mayores ingresos, se observa una mayor presencia de comida elaborada fuera del hogar, lista para su consumo y bebidas refrescantes (Organización Panamericana de la Salud, 2015). En estos hogares se encontró una mayor frecuencia de mención de consumo de frutas y verduras (crudas y cocidas) durante la cena.

Es importante destacar que casi el 50% de las menciones sobre bebidas consumidas en la cena corresponden a bebidas refrescantes, jugos envasados o bebidas alcohólicas. Este es un factor negativo que favorece el consumo excesivo de azúcar refinado y de calorías vacías, y por tanto contribuyen al desarrollo de sobrepeso y obesidad.

Por último, utilizando la escala Inseguridad Alimentaria (ELCSA) es posible concluir que el 30% de los hogares de Montevideo y Área Metropolitana en donde solo viven adultos, presentan algún nivel de inseguridad alimentaria, mientras que esta cifra se incrementa al 50% en aquellos hogares donde viven niños y adolescentes.

## Referencias

- AccorServices y Escuela de Nutrición y Dietética. (2009). Alimentación de los trabajadores dependientes de la zona metropolitana de Montevideo. Montevideo: Accor Services.
- Barlow, S.E. & The Expert Committee (2007). Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report. *Pediatrics*, 120, 164-9.
- Block, L. G., Grier, S. A., Childers, T. L., Davis, B., Ebert, J. E. J., Kumanyika, S., et al. (2011). From nutrients to nurturance: A conceptual introduction to food well-being. *Journal of Public Policy and Marketing*, 30, 5–13.
- Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Ginebra: World Economic Forum.
- Bove, M.I., Severi, M., & González, G. (1990). Prevalencia de obesidad en adultos uruguayos. Montevideo: Instituto Nacional de Alimentación.
- Carletto, C., Zezza, A., Banerjee, R. (2013). Towards better measurement of household food security: Harmonizing indicators and the role of household surveys. *Global Food Security*, 2, 30-40.
- Casey, P.H., Simpson, P.M., Gossett, J.M. (2006) The association of child and household food insecurity with childhood overweight status. *Pediatrics*, 118, E1406–E1413.
- Comité Científico de la ELCSA. (2012). Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA): Manual de uso y aplicaciones. Roma: FAO.
- Committee on Medical Aspects of Food Policy. (1984). Diet and Cardiovascular Disease. Londres: HMSO.
- Committee on Medical Aspects of Food Policy. (1994). Nutritional Aspects of Cardiovascular Disease. Londres: HMSO.
- Cox, D.N Anderson, A.S., Reynolds, J., McKellar, S., Lean, M.E.J., Mela, D.J. (1998). Take Five, a nutrition education intervention to increase fruit and vegetable intakes: Impact on consumer choice and nutrient intakes. *British Journal of Nutrition*, 80, 123-131.
- Darmon, N., & Drewnowski, A. (2008). Does social class predict diet quality? *American Journal of Clinical Nutrition*, 87, 1107-1117.
- Dirección General de la Salud. (2013). 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Drewnowski, A. & Specter, S.E. (2004) Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79, 6–16.
- Furst, T., Connors, M., Bisogni, C.A., Sobal, J., Winter Falk, L. (1996). Food choice: A conceptual model of the process. *Appetite*, 26, 247-266.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2006). Los alimentos y bebidas en los hogares: ¿un factor de protección o de riesgo para la salud y el bienestar de los uruguayos? Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares 2005-2006.
- Jacoby, E., Tirado, C., Diaz, A., Peña, M., Sanches, A., Coloma, M.J., Rapallo, R., Rodríguez, A., Sotomayor, O., Arias, J., & Curtis, C. (2014); Una mirada integral a las políticas públicas de agricultura familiar, seguridad alimentaria, nutrición y salud pública en las Américas: Acercando agendas de trabajo en las Naciones



- Unidas. Panamá: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- Machín, L., Giménez, A., Vidal, L., & Ares, G. (2014). Influence of context on motives underlying food choices. *Journal of Sensory Studies*, 29, 313-324.
- Marshall, D., Anderson, A., Lean, M., & Foster, A. (1994). Healthy eating: Fruit and vegetables in Scotland. *British Food Journal*, 96,18-24.
- Maxwell, D.G. (1996) Measuring food insecurity: the frequency and severity of "coping strategies". *Food Policy*, 21, 291-303.
- McIntyre, L., Glanville, N.T., Raine, K.D. (2006) Do low-income lone mothers compromise their nutrition to feed their children? *CMAJ*, 168, 686-691.
- Mello, J., Gans, K., Risica, P., Kirtania, U., Strolla, L., Fournier, L. (2010). How is food insecurity associated with dietary behaviors? An analysis with low-income, ethnically diverse participants in a Nutrition Intervention Study. *Journal of the American Dietetic Association*,110, 1906-1911.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). Estadísticas vitales. Departamento de información poblacional. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Monteiro, C.A., Moubarac, J.-C., Cannon, G., Ng, S., Popkin, B.M. (2014). Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obesity Review*, 2, 21-8.
- Moodie, R., Stuckler, D., Monteiro, C., Sheron, N., Neal, B., Thamarangsi, T., et al. (2013). Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *The Lancet*, 381, 670-679.
- Moratorio, X., Bandeira, E., Berri, G., Vodanovich, V. (2014). Lineamientos para la venta y publicidad de alimentos en centros de enseñanza primaria y secundaria públicos y privados del país. Programa Nacional de Nutrición. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- National Academy of Sciences. (2007). Nutrition standards for foods in schools: Leading the way toward healthier youth. Food and Nutrition Board. National Academy of Sciences. Washington, DC: National Academies Press.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2013). El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2013. Roma: FAO.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Diet, physical activity and health. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012a). Health in the Americas: 2012 Edition. Regional outlook and country profiles. Washington: Pan American Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012b). Health in South America, 2012 Edition: Health situation, policies and systems overview. Washington: Pan American Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Plan of action for the prevention and control of noncommunicable diseases. Washington: Pan American Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Alimentos y bebidas ultraprocesados en

- América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Washington: Pan American Health Organization;
- Pennington, J.A.T. (1991). Methods for obtaining food consumption information. En I. Macdonald (Ed.), *Monitoring dietary intakes*, pp. 3.8. Berlin: Springer.
- Pérez-Escamilla, R., Parás, P., Acosta, M.J., Peyrou, S., Nord, M., Hromi-Fiedler, A. (2011). Are the Latin American and Caribbean Food Security Scale (ELCSA) items comparable across countries? *The FASEB Journal*, 25, 226.8.
- Rozin, P. (2005). The meaning of food in our lives: A cross-cultural perspective on eating and well-being. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 37, S107-S112.
- Segall-Corrêa, A.M., Pérez-Escamilla, R., Marin-Léon, L., Yuyama, L., Vianna, R.P.T., Coitinho, D., et al. (2009). Evaluation of household food insecurity in Brazil: validity assessment in diverse sociocultural settings. Santiago: FAO.
- Seligman, H.K., Bindman, A.B., Vittinghoff, E., Kanaya, A.M., & Kushel, M.B. (2007) Food insecurity is associated with diabetes mellitus: results from the National Health Examination and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999–2002. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1018–1023.
- Seligman, H.K., Laraia, B.A. & Kushel, M.B. (2010) Food insecurity is associated with chronic disease among low-income NHANES participants. *Journal of Nutrition*, 140, 304–310.
- Sheperd, R. (2006). The use of the stages of change model with dietary behaviours. En R. Sheperd & M. Raats (Eds.), *The Psychology of Food Choice*, pp. 345-356. Wallingford, UK: CABI.
- Steptoe, A., Pollard, T.M., & Wardle, J. (1995). Development of a measure of the motives underlying the selection of food. *The Food Choice Questionnaire*. *Appetite*, 25, 267–284.
- The American Association for Public Opinion Research. (1998). *Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for RDD Telephone Surveys and In-Person Household Surveys*. Ann Arbor, Michigan: AAPOR.
- Velásquez-Melendez, G., Schlüssel, M.M., Brito, A.S., Silva, A.A., Lopez-Filho, J.D., & Kac, D. (2011). Mild but not light or severe food insecurity is associated with obesity among Brazilian women. *Journal of Nutrition*, 141, 898–902.