

Calidad de la dieta y estrategias de aculturación alimentaria en inmigrantes adultos que asisten a un centro de salud comunitario en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Diet Quality and Dietary Acculturation Strategies in Adult Immigrants Attending a Community Health Center in Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Lic. Malacalza Candela Belén¹, Lic. Alfonzo Eliana Rocío¹, Mgtr. Concilio María Celeste²

¹Residencia de Nutrición de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

²Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 18, Hospital General de Agudos Cecilia Grierson, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resumen

Introducción: los inmigrantes sufren vulnerabilidad. Su estado nutricional se ve afectado después de la migración y atraviesan el proceso de aculturación alimentaria que se relaciona con una menor adherencia a las recomendaciones dietéticas del país de acogida.

Objetivo: analizar la calidad de la dieta y el estado nutricional según estrategia de aculturación alimentaria (EAA) adoptada y la calidad de la dieta según asistencia a la consulta de Nutrición en inmigrantes adultos que asisten al Centro de Salud y de Acción Comunitaria (CeSAC) n°18 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y método: estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo. Muestreo no probabilístico, intencional. Se estimó en 100 participantes la calidad de la dieta a partir del Índice de Calidad de Dieta Argentino (ICDAr) (Mendez I, Fasano M, 2023), que utiliza una escala de 0 a 100 puntos. La estrategia de aculturación alimentaria adoptada se evaluó con un cuestionario validado denominado Escala de Estrategias de Aculturación Alimentaria el cual la clasifica en asimilación alimentaria, separación alimentaria, integración alimentaria y evitación alimentaria (Hun N, Ursúa A, 2020) y se realizaron mediciones antropométricas (peso y talla) para evaluar el estado nutricional.

Resultados: el 89% de los participantes presentó exceso de peso mediante IMC. Más del 75% utilizó la estrategia de aculturación alimentaria de asimilación o integración. En cuanto a la calidad de la dieta de la muestra, se observó una mediana de 63,7 (IQR: 47,9; 74,5) puntos sin diferencias significativas entre quienes presentaban o no exceso de peso. Se evidenció una mediana más alta en el grupo que adoptó la asimilación alimentaria, seguido por el grupo que adoptó la integración (65,9 vs. 63,4), sin embargo, las diferencias no fueron significativas. Los participantes que asistieron a consulta nutricional en Argentina presentaron puntuaciones del ICDAr significativamente más altas ($p=0,029$).

Conclusiones: existió un alto porcentaje de personas inmigrantes evaluadas con exceso de peso. Los puntajes más altos de calidad de la dieta se observaron en quienes adoptaron las estrategias de aculturación relacionadas al país de acogida y asistieron a la consulta nutricional.

Palabras clave: Calidad de la dieta; Estado nutricional; Aculturación alimentaria; Inmigrantes; Consejería nutricional.

Abstract

Introduction: immigrants experience conditions of vulnerability. Their nutritional status is affected after migration, and they undergo a process of dietary acculturation that is associated with lower adherence to the dietary recommendations of the host country.

Objective: to analyze diet quality and nutritional status according to the adopted dietary acculturation strategy (DAS), and to examine diet quality in relation to attendance at nutrition counseling among adult immigrants attending the Community Health and Social Action Center (CeSAC) No.18 in Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Materials and Method: observational, analytical, cross-sectional, and prospective study. Non-probabilistic, purposive sampling. Diet quality was assessed in 100 participants using the Argentine Diet Quality Index (ICDAr) (Mendez I, Fasano M, 2023), which scores from 0 to 100 points. The adopted dietary acculturation strategy was evaluated using the validated Dietary Acculturation Strategies Scale, which classifies individuals into dietary assimilation, separation, integration, or avoidance (Hun N, Ursúa A, 2020). Anthropometric measurements (weight and height) were taken to assess nutritional status.

Results: a total of 89% of participants were overweight or obese according to BMI. More than 75% adopted dietary acculturation strategies of assimilation or integration. The median diet quality score was 63,7 (IQR: 47,9-74,5) points, with no significant differences between participants with or without excess weight. Higher median scores were observed in the group that adopted dietary assimilation, followed by the integration group (65,9 vs. 63,4), although the differences were not statistically significant. Participants who attended nutrition counseling in Argentina had significantly higher ICDAr scores ($p=0,029$).

Conclusions: a high percentage of immigrants evaluated presented excess body weight. Higher diet quality scores were observed among those who adopted acculturation strategies aligned with the host country and attended nutrition counseling.

Keywords: Diet Quality; Nutritional Status; Dietary Acculturation; Immigrants; Nutrition Counseling



DIAETA es propiedad de la Asociación Argentina de Licenciados en Nutrición y mantiene la propiedad intelectual.

ISSN 0328-1310
ISSN 1852-7337 (En línea)

Contacto:
María Celeste Concilio,
celestecconcilio@gmail.com

Recibido: 20/08/24.
Envío de revisiones al autor:
08/12/24.
Recepción versión corregida:
24/07/25.
Aceptado en su versión
corregida: 03/10/25.

Declaración de conflicto de intereses: se declara que FAGRN y las autoras responsables de dicho trabajo de investigación no poseen conflictos de intereses con la industria de alimentos y/o bebidas.

Fuente de financiamiento:
el presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de Global Health Advocacy Incubator.

Este es un artículo open access licenciado por Creative Commons Atribución/ Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Licencia Pública Internacional — CC BY-NC-SA 4.0. Para conocer el alcance de esta licencia, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>



Indizada en LILACS, SciELO y EBSCO; catálogo del sistema LATINDEX. Incorporada al Núcleo Básico Revistas Científicas Argentinas, CONICET

Introducción

La migración se define como el desplazamiento geográfico de personas fuera de su lugar de residencia actual (1). En 2020, se registraron en total unos 281 millones de personas migrantes en el mundo (2). En 2022, se registraron en Argentina 3.033.786 de personas nacidas en el exterior con residencia en el territorio y Documento Nacional de Identidad (DNI). De ellos, más del 87% procedían de América del Sur. Cabe destacar que más de la mitad de la población extranjera que reside en Argentina es oriunda de Paraguay y Bolivia, seguida de Perú, Venezuela y Chile. En cuanto a la distribución geográfica, se evidencia que la concentración de la población migrante se encuentra en el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (3). Según el informe final del Censo realizado en 2010 en Argentina, en la Villa 20, ubicada en la comuna N°8 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), el 28,1% de la población nació en Bolivia mientras que el 14,1% nació en Paraguay. Se destaca que el 41,6% de los jefes de familia con residencia en dicho lugar, nacieron en Bolivia (4).

Las personas migrantes se ven afectadas por los determinantes de salud que influyen sobre la población general. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica estos determinantes en relación a características individuales como género y edad; entornos físicos como condiciones de vida, condiciones de trabajo, de alimentos y nutrición; y entornos sociales y económicos como educación y cultura (2). Sin embargo, las personas migrantes, suelen ser miembros vulnerables de la sociedad ya que sufren xenofobia, discriminación y atraviesan malas condiciones de vida en general, lo que conlleva a que tengan mayores probabilidades de desarrollar problemas de salud física y mental (5). A su vez, se enfrentan cada vez más a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial (HTA), diabetes y enfermedades renales (2).

En este contexto, teniendo en cuenta a la cultura como un determinante de salud, es interesante mencionar el proceso de aculturación que involucra la interacción entre dos o más grupos en donde el intercambio de culturas es mutuo. Los individuos de estas culturas pueden experimentar diferentes cambios psicológicos, a lo que se denomina aculturación psicológica (6). Desde el punto de vista del grupo inmigrante, esta aculturación psicológica se lleva a cabo a partir de la modificación del repertorio conductual y a través del desarrollo de estrategias de aculturación que oscilan entre el deseo de mantener la propia herencia cultural y el interés por integrarse en la nueva cultura (7). Berry J. (6), propone un modelo categórico con cuatro estrategias de aculturación:

1. **separación**, cuando los inmigrantes valoran su cultura de origen y rechazan la nueva cultura;
2. **asimilación**, que ocurre cuando se adopta completamente la nueva cultura y se deja de lado la de origen;
3. **integración**, que implica un interés en mantener la cultura propia e interactuar y adoptar prácticas de la nueva cultura;

Candela Belén Malacalza
ID 0009-0009-1229-1603

Eliana Rocío Alfonzo
ID 0009-0001-9358-5962

María Celeste Concilio
ID 0000-0003-4532-233X

Como citar:
Malacalza, C.B, y col.
Calidad de la dieta y estrategias de aculturación alimentaria en inmigrantes adultos que asisten a un centro de salud comunitario en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. DIAETA (B.ARIES) 2025; 43: e2504309

4. **marginación o evitación**, que se caracteriza por un rechazo tanto por mantener la cultura de origen como a relacionarse con la nueva cultura.

A su vez, es necesario mencionar lo que se conoce como aculturación alimentaria o aculturación dietética, en donde las modificaciones conductuales y las estrategias de aculturación desarrolladas se relacionan con el comportamiento alimentario (CA) del inmigrante. Es un proceso que ocurre cuando el individuo adopta (o no) patrones alimentarios del nuevo entorno en el que se encuentra, lo que genera cambios en la adquisición y elaboración de alimentos y por ende en la ingesta dietética y la calidad de su dieta (8). En este sentido, las estrategias planteadas por Berry J. (6) se pueden conceptualizar como estrategias de aculturación alimentaria (EAA), definidas como aquellas que puede desarrollar el inmigrante para adaptar su alimentación al nuevo contexto (9).

Por otra parte, los hábitos alimentarios y el estado nutricional se ven modificados luego de la migración (7,10). Diversos estudios realizados en Estados Unidos y Europa con inmigrantes latinos y asiáticos evidenciaron que la aculturación alimentaria se relaciona con una menor adherencia a las recomendaciones dietéticas del país de acogida (11-13). Esto deja en evidencia que es necesario conocer la alimentación de los diferentes pueblos y la calidad de la dieta, así como la relación entre la dieta y las características de la población (14).

A nivel de la salud pública, estudiar los patrones dietéticos de la población inmigrante tiene una gran importancia ya que mejora la comprensión de las prácticas alimentarias que están relacionadas con múltiples factores como la disponibilidad y el acceso a los alimentos y características socioeconómicas y culturales. Esto permitiría realizar intervenciones oportunas, así como Educación Alimentaria Nutricional (EAN) acorde a las necesidades de

la población (15). Considerando lo mencionado anteriormente, así como la escasa evidencia que existe acerca de los diferentes aspectos relacionados con la nutrición y la alimentación en la población inmigrante en Argentina, los objetivos de este estudio fueron analizar la calidad de la dieta y el estado nutricional según EAA adoptada en inmigrantes adultos que asistieron al Centro de Salud y de Acción Comunitaria (CeSAC) 18 de la CABA y, en segundo lugar, la calidad de la dieta según si estos adultos asistieron o no a consultas con Nutrición en dicho CeSAC.

Materiales y método

Se diseñó un estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo. El tipo de muestreo fue no probabilístico e intencional. Se tuvo acceso a una muestra de 100 participantes. Se incluyeron inmigrantes de primera generación que tenían un tiempo de residencia en Argentina de al menos 1 año, adultos entre 18 a 59 años, que recibían atención en el CeSAC 18 y que voluntariamente aceptaron formar parte del presente estudio durante el período comprendido entre los meses de enero y mayo de 2024. Los mismos fueron invitados a participar desde el consultorio de Nutrición o en la sala de espera del establecimiento. Se excluyeron mujeres embarazadas, personas analfabetas, personas a las que no se les pudo realizar las mediciones antropométricas con los instrumentos disponibles y personal del CeSAC 18 que recibía atención en el establecimiento. Se eliminaron aquellas personas que decidieron abandonar el estudio luego de haber dado su consentimiento o bien cuando no se logró completar el recordatorio de 24 hs por tres días consecutivos.

Se incluyeron las siguientes variables de caracterización: edad, sexo biológico, nacionalidad, lugar de residencia actual, nivel educativo

máximo completado, tiempo de residencia en Argentina, antecedente de diabetes, HTA y dislipidemia, actividad física, consumo de tabaco, asistencia a consulta nutricional en Argentina, asistencia a comedor comunitario. Para la recolección de datos se empleó un cuestionario de elaboración propia, compuesto por un total de 15 preguntas: 9 estructuradas, 5 abiertas y 1 semiestructurada. El instrumento fue administrado por las encuestadoras mediante un formulario de Google, y las respuestas fueron registradas y procesadas en una base de datos en Microsoft Excel. En cuanto a los antecedentes clínicos, fueron corroborados a través de la historia clínica de la persona. Para evaluar el consumo de tabaco se tuvieron en cuenta las definiciones planteadas en la Guía de práctica clínica nacional de tratamiento de la adicción al tabaco 2021 (16). Para evaluar la variable actividad física se utilizó la Herramienta breve de evaluación de la actividad física (17) clasificando la variable en suficientemente activo o insuficientemente activo.

Las variables en estudio se definieron según:

1) **Exceso de peso** (si/no), considerando exceso cuando el índice de masa corporal (IMC) (18) fue $\geq 25 \text{ kg/m}^2$. El peso se midió con ropa ligera

y la talla sin calzado en plano de Frankfurt con una balanza y un tallímetro de pared respectivamente, ambos marca CAM®.

2) Estrategias de aculturación alimentaria.

Asimilación alimentaria/ Separación alimentaria/ Integración alimentaria/ Evitación alimentaria; según Escala de Estrategias de Aculturación Alimentaria (8) que evalúa el Comportamiento Alimentario Orientado al Origen (CAOO) y el Comportamiento Alimentario Orientado a la Acogida (CAOA). Se consideró asimilación alimentaria cuando CAOA $> 2,5$ y CAOO $\leq 2,5$; separación alimentaria CAOA $\leq 2,5$ y CAOO $> 2,5$; integración alimentaria CAOA $> 2,5$ y CAOO $> 2,5$; evitación alimentaria CAOA $\leq 2,5$ y CAOO $\leq 2,5$ (Tabla 1).

3) **Calidad de la dieta**, medida en una escala de 0 a 100 puntos a través del Índice de Calidad de Dieta Argentino (ICDAr) (19) que tiene como objetivo medir la adecuación individual a las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA). Cuenta con 11 componentes: 6 evalúan la adecuación al consumo de los grupos de alimentos promovidos por las GAPA y 5 la moderación del consumo de alimentos y nutrientes no promovidos.

Tabla 1. Cuestionario de estrategias de aculturación alimentaria

Comportamiento Alimentario Orientado al Origen (CAOO)	Puntaje
1. Si tengo que elegir una comida, siempre prefiero la comida de mi país	
3. Cuando cocino prefiero utilizar alimentos de uso habitual en mi país	
5. Prefiero la cocina y los alimentos de mi país, ya que son de mejor sabor y calidad que la de este	
6. Consumo preferentemente alimentos de mi país porque me hacen recordar a mi hogar	
Comportamiento Alimentario Orientado a la Acogida (CAOA)	Puntaje
2. Si tengo que elegir una comida, siempre prefiero la comida de este país	
4. Cuando cocino prefiero alimentos tradicionales de este país	
7. Consumo con mayor frecuencia alimentos de este país porque me hacen sentir parte de una nueva cultura	
8. El consumir preferentemente alimentos de este país me hace sentir que soy parte de aquí	

A cada uno de los ítems que componen el cuestionario se les asigna una puntuación de 1 a 4, donde: 1: completamente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: de acuerdo y 4: completamente de acuerdo. A partir del promedio obtenido en cada dimensión y de acuerdo a la estructura ortogonal del cuestionario es posible obtener cuatro estrategias de aculturación alimentaria a partir de las dos dimensiones que componen el cuestionario (CAOO y CAOA). Fuente: Adaptado de Hun N. (8).

De esta manera permite obtener como resultado una única variable numérica continua. Para calcular el resultado del índice, se promedió la información obtenida a partir de la ingesta alimentaria registrada mediante 3 recordatorios de 24 hs consecutivos. El primero se realizó de manera presencial utilizando modelos visuales de preparaciones y alimentos para estimar el tamaño de las porciones. Los 2 recordatorios restantes se llevaron a cabo a través de la aplicación WhatsApp, enviando las mismas imágenes utilizadas en la modalidad presencial para facilitar la estimación de porciones. Se obtuvieron los valores de la ingesta de calorías y nutrientes mediante la utilización del Sistema de Análisis de Registro de Alimentos (SARA) del Ministerio de Salud (versión 1.2.31) (20). Para obtener la ingesta de sodio se consultó sobre el agregado de sal a la comida y se multiplicó el valor de sodio obtenido a través de los alimentos por 1,3 en aquellos que refirieron agregar sal “siempre/casi siempre” y 1,15 en aquellos que refirieron agregar sal “a veces”, ya que se estima que esto contribuye aproximadamente al 30% del consumo total de sodio (19).

Análisis estadístico

Para las variables categóricas se estimaron las frecuencias absolutas y relativas. Para las variables numéricas se calculó promedio, desvío estándar, IC95%, mínimo y máximo o mediana, cuartil 1 (C1), cuartil 3 (C3) y rango intercuartílico (RIC) según el cumplimiento del supuesto de normalidad. El supuesto de normalidad se calculó a través del test Kolmogorov-Smirnov.

Para evaluar la significación estadística entre las variables de estudio calidad de la dieta y EAA se utilizó el test de Kruskal Wallis y entre presencia de exceso de peso y calidad de la dieta se usó el test de Mann-Whitney. Se relacionaron descriptivamente las variables exceso de peso y EAA. En el caso de EAA y asistencia a consulta nutricional en Argentina se usó Chi-cuadrado

y en el caso de calidad de la dieta y asistencia a consulta nutricional en Argentina el test de Mann-Whitney.

El nivel de significancia fue establecido en un valor $p < 0,05$. El procesamiento de los datos se realizó con el software Epidat 3.1 (2006).

Aspectos éticos

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero (HGAPP) (dictamen nº13046 del 18/06/2024) y se adecuó a la Declaración de Helsinki, a la Ley 3501 (Ley sobre Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud) del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Se procedió a informar a los potenciales participantes sobre el objetivo y las características del estudio, se les solicitó autorización para el uso de los datos obtenidos, respetando la confidencialidad de los datos personales a través de la anonimización de éstos. Fue requisito la firma del consentimiento informado por parte del participante antes de comenzar con el relevamiento de los datos.

Resultados

La muestra quedó conformada por 100 participantes, con un promedio de edad de 42,02 ($DE \pm 10,2$) años, en su mayoría de sexo femenino. Sobre el total de la muestra, la mediana de residencia en Argentina fue de más de 20 años y predominó el bajo nivel educativo. El consumo de tabaco fue en el 8% y con respecto a la actividad física, solo una quinta parte era suficientemente activa. El 45% presentó al menos un antecedente clínico de relevancia (diabetes, HTA, dislipidemia). Las características de la población evaluada se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Caracterización de los participantes incluidos en el estudio (n=100).

Sexo, n (%)	
Femenino	90 (90)
Masculino	10 (10)
Nacionalidad, n (%)	
Boliviana	63 (63)
Paraguaya	33 (33)
Peruana	4 (4)
Lugar de residencia actual, n (%)	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	96 (96)
Provincia de Buenos Aires	4 (4)
Nivel educativo máximo completado, n (%)	
Sin estudios, pero alfabeto	16 (16)
Educación primaria completa	51 (51)
Educación secundaria completa	27 (27)
Educación terciaria o tecnicatura completa	5 (5)
Educación universitaria completa	1 (1)
Tiempo de residencia en Argentina (años), mediana, (C1; C3)	
Si	22 (22)
No	78 (78)

C1: cuartil 1 o p25; C3: cuartil 3 o p75.

En cuanto a las variables en estudio, el 89% (n=89) de la muestra presentó exceso de peso.

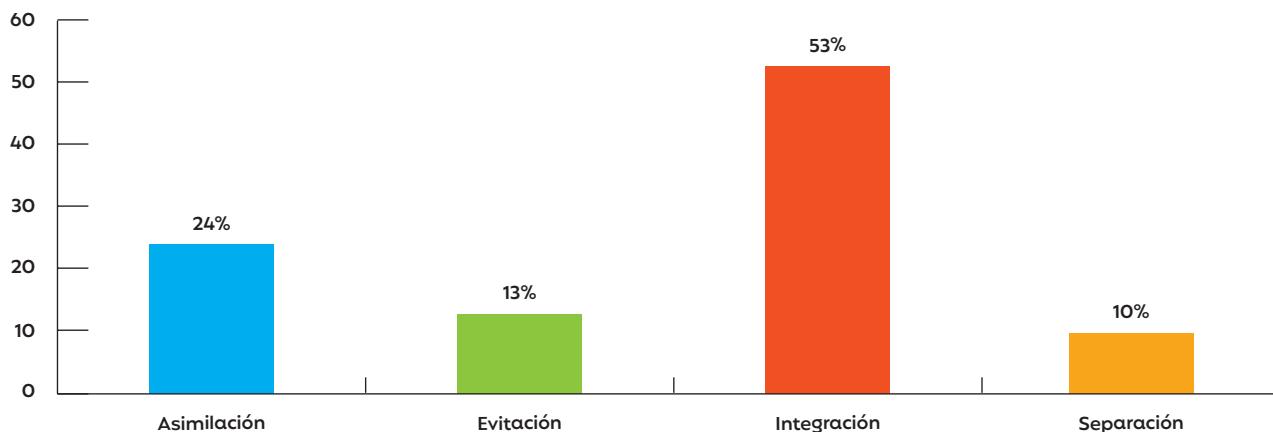
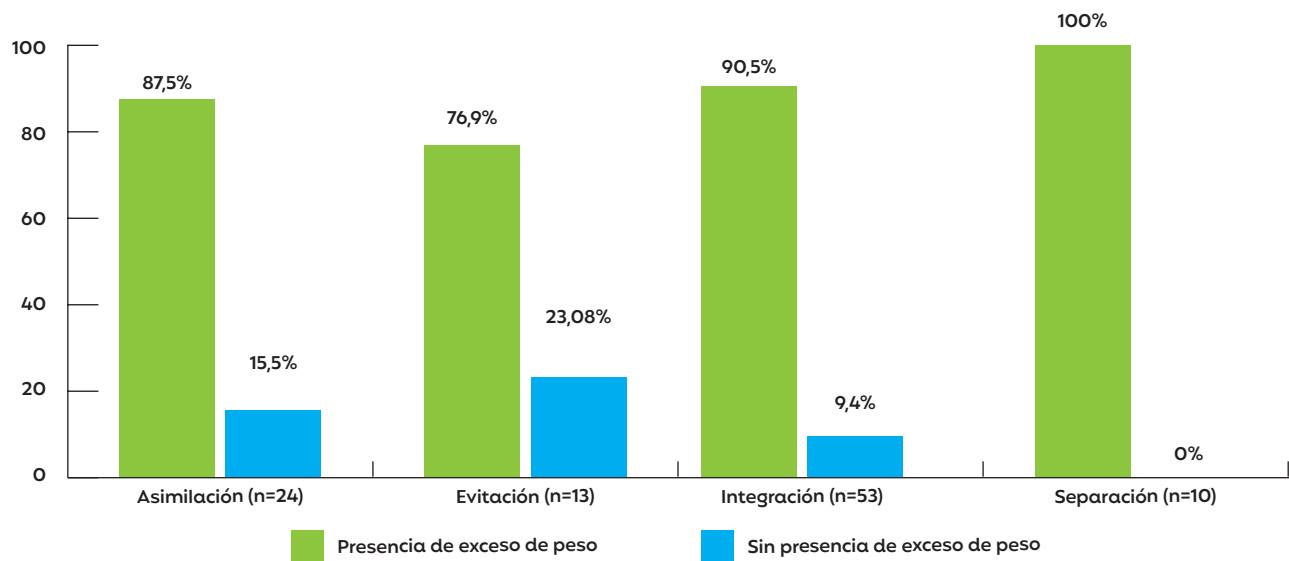
Con respecto a la EAA, se observó una predominancia del comportamiento alimentario asociado al país de acogida (CAOA), representando más del 75% de los participantes, distribuidos entre las categorías de asimilación [-CAOO y +CAOA (24 %)] e integración [+CAOO y +CAOA (53 %)] (Figura 1).

A su vez, se analizó la presencia de exceso de peso según EAA adoptada, siendo la estrategia de separación alimentaria la que obtuvo el mayor porcentaje, seguida de las estrategias de integración y asimilación alimentaria con semejante porcentaje entre sí (Figura 2).

Antecedente de hipertensión arterial, n (%)	
Si	20 (20)
No	80 (80)
Antecedente de dislipidemia, n (%)	
Si	38 (38)
No	62 (62)
Actividad física, n (%)	
Suficientemente activo	19 (19)
Insuficientemente activo	81 (81)
Consumo de tabaco, n (%)	
Fumador	8 (8)
No fumador	92 (92)
Asistencia a consulta nutricional en Argentina, n (%)	
Si	37 (37)
No	63 (63)
Asistencia a comedor comunitario, n (%)	
Si	18 (18)
No	82 (82)

En relación a la calidad de la dieta, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las medianas entre los grupos con y sin exceso de peso. Al comparar la calidad de la dieta según EAA, se observó una mediana más elevada del ICDAr en el grupo que adoptó la estrategia de asimilación, seguido por el grupo que implementó la integración alimentaria; sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla 3).

Por último, se relacionó la calidad de la dieta con la asistencia a la consulta de Nutrición en Argentina. Según se detalla en la tabla 4, los participantes que asistieron a consulta nutricional en Argentina presentaron puntuaciones más altas en calidad de dieta, observándose diferencia estadísticamente significativa ($p=0,029$).

Figura 1. Distribución porcentual de la muestra según la estrategia de aculturación alimentaria (n=100).**Figura 2.** Presencia de exceso de peso según la estrategia de aculturación alimentaria (n=100)**Tabla 3.** Índice de Calidad de Dieta Argentino (ICDAr) en el total de la muestra según presencia de exceso de peso y según estrategia de aculturación alimentaria adoptada (EAA) (n=100).

	ICDAr (puntos)			p
	C1	mediana	C3	
Total (n=100)	47,9	63,7	74,5	
con exceso de peso (n=89)	49,6	63,9	74,6	0,14
sin exceso de peso (n=11)	39,9	64,9	70,6	
EAA asimilación (n=24)	57,3	65,9	75,4	0,29
EAA evitación (n=13)	38,6	45,9	72,4	
EAA integración (n=53)	51,7	63,4	74,6	
EAA separación (n=10)	45,1	58,6	72,1	

C1: cuartil 1 o p25; C3: cuartil 3 o p75.

Tabla 4. Índice de Calidad de Dieta Argentino (ICDAr) según asistencia a consulta de nutrición (n=100).

Asistencia a consulta de Nutrición en Argentina	ICDAr (puntos)				
	Mínimo	C1	Mediana	C3	Máximo
Si	40,3	57,4	66,4	76,5	90
No	35	44,2	60,9	72,7	89,6

C1: cuartil 1 o p25; C3: cuartil 3 o p75. p=0,029

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivos analizar la calidad de la dieta y el estado nutricional según EAA adoptada y, en segundo lugar, la calidad de la dieta según asistencia a la consulta de nutrición en inmigrantes adultos que asistieron al CeSAC 18 de la CABA. En la muestra estudiada, se evidenció que el 89% (n=89) presentaba exceso de peso, valores superiores a los relevados en la población Argentina adulta para la segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNys) (67,9%) (21) y en la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) (66%) (22).

Con respecto al estado nutricional en personas migrantes, un estudio realizado en Alemania menciona que un entorno migratorio de segunda generación se asocia con un IMC más alto y obesidad (23). Otra investigación en adultos de procedencia hispánica, somalí, y sudanesa en los Estados Unidos informó que un 80% de la muestra tenía exceso de peso (24). Asimismo, en un estudio específico sobre el tema, se observó que los inmigrantes del subcontinente indio tuvieron una prevalencia similar a las mencionadas (80,4%), seguidos por los de México, América Central, y el Caribe (25).

En cuanto a las EAA, en la muestra estudiada predominó la integración alimentaria seguida de la asimilación alimentaria. Datos que difieren con un estudio realizado en inmigrantes colombianos residentes de Chile en donde la evitación fue la más utilizada con un 48,1% seguida de la integración 26,4% (9). Relacionándolo con el exceso de peso, se observó que quienes adoptaron la

estrategia de separación alimentaria presentaron el mayor porcentaje de exceso de peso, seguido de quienes adoptaron la integración y la asimilación alimentaria. Dato a destacar ya que se postula que un mayor grado de asimilación se relaciona con un impacto negativo en la salud, caracterizado por un aumento de peso y comportamientos alimentarios poco saludables (7,9). En contraposición, un estudio realizado en Australia, con una muestra de 152 inmigrantes iraníes, mostró que no había diferencias significativas en el IMC, la circunferencia de la cintura, la actividad física o la dieta entre las cuatro categorías de aculturación (26).

Con respecto a la calidad de la dieta de la muestra total, se observó una mediana del ICDAr de 63,7 (RIC: 47,9; 74,5) puntos y no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de los grupos con y sin exceso de peso. Cabe mencionar, que el instrumento empleado para estimar calidad de la dieta fue el ICDAr (19) que mide la adherencia a las recomendaciones de las GAPA (27). Estas guías se desarrollaron considerando la situación demográfica, alimentaria, económica, epidemiológica y cultural del país. El ICDAr proporciona un único valor numérico cuantitativo como resultado, sin establecer categorías cualitativas para clasificar los puntajes obtenidos (28).

El único estudio en Argentina que utilizó este índice hasta la actualidad evaluó la tendencia de la calidad de la dieta en los hogares argentinos en las últimas dos décadas, mostrando un resultado promedio de 52,9 y 58,8 puntos, respectivamente en los períodos evaluados, siendo el punto de corte para clasificar una calidad de dieta “buena” >80

puntos (28). Otro estudio que evaluó la calidad de la dieta en adultos fue en la ciudad de Rosario utilizando un índice internacional; y el promedio, en una escala de 0 a 100 puntos, fue de $48,5 \pm 15,1$ (14). Con respecto a estudios de calidad de dieta en inmigrantes, se puede mencionar uno que evaluó la calidad de la alimentación y EAA en inmigrantes colombianos residentes en Chile y obtuvo que el mayor número de participantes se encontró en la categoría intermedia de “necesita cambios” (<60 puntos) con un 59,3%, seguida de “poco saludable” con un 25,6% (60-89 puntos) y solo un 15,1% de los participantes alcanzó la categoría de “saludable” (90-120 puntos). A su vez, los autores no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de calidad de la alimentación de acuerdo a las estrategias de aculturación alimentaria ($p=0,266$) (9). En el presente estudio tampoco fueron halladas diferencias significativas ($p=0,29$).

Por último, se relacionó la calidad de la dieta según asistencia a la consulta con Nutrición en Argentina. Se observó una mayor tendencia a registrar mejores puntuaciones de calidad de la dieta entre los participantes que asistieron a consulta nutricional en Argentina [ICDAr: mediana (C₁; C₃) 66,4 (57,4; 76,5) puntos] en contraposición con los que no asistieron [ICDAr: mediana (C₁; C₃) 60,9 (44,2; 72,7) puntos] con diferencias significativas ($p=0,029$). Hallazgo notable si se considera que la gran mayoría de los licenciados en Nutrición en Argentina realizan EAN a través de las recomendaciones propuestas por las GAPA (27).

Basándose en los resultados obtenidos, es fundamental resaltar la importancia de la participación activa de los licenciados en Nutrición en el primer nivel de atención de la salud, para evaluar el estado nutricional de la población inmigrante considerando la vulnerabilidad, bajo nivel educativo y aculturación alimentaria para lograr una EAN oportuna y culturalmente adecuada; mejorando así la calidad de la dieta de la población y previniendo la malnutrición. A su vez, es necesario el desarrollo de políticas públicas que aborden los determinantes de salud que

hacen a los inmigrantes una población vulnerable y es fundamental el trabajo interdisciplinario con otros profesionales de la salud.

Como limitaciones del estudio, se puede mencionar que no se tuvieron en cuenta otras dimensiones que atraviesan a la alimentación y definen la calidad de la dieta de los individuos como el contexto social, político y económico que atraviesa Argentina en la actualidad. También, el posible sesgo por parte de los participantes al responder preguntas relacionadas a la alimentación debido a que los cuestionarios y registros alimentarios fueron realizados por licenciadas en Nutrición del propio centro de salud. Otra limitación fue el uso exclusivo del IMC como indicador de exceso de peso, sin la incorporación de otras variables antropométricas y clínicas. Finalmente, el recordatorio de 24 horas utilizado para estimar la ingesta alimentaria puede estar sujeto a errores de estimación por parte de los participantes.

Conclusiones

Es de consideración el alto porcentaje de personas inmigrantes evaluadas con exceso de peso. La EAA mayormente adoptada fue la integración alimentaria. Las medianas más altas de calidad de la dieta se observaron en quienes adoptaron las EAA relacionadas al país de aco-gida y en aquellos que asistieron a la consulta nutricional en Argentina.

Agradecimientos

Al equipo de trabajo del CeSAC N°18 que colaboró para que el estudio pudiera ser llevado a cabo, a la Coordinadora General de la Residencia de Nutrición de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ommi Acosta Seró; y a la División de Alimentación del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero por su apoyo durante todo el proceso.

Referencias bibliográficas

1. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Derecho internacional sobre migración N°34 – Glosario de la OIM sobre Migración. 6 de mayo de 2020 [Revisado 23 de julio de 2025]; Disponible en: <https://publications.iom.int/books/derecho-internacional-sobre-migracion-ndeg34-glosario-de-la-oim-sobre-migracion>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes. 2022 [Revisado 23 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240054486>
3. Ministerio del Interior. Caracterización de la migración internacional en Argentina. 2022 [Revisado 26 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/interior/renaper/estadistica-de-poblacion/caracterizacion-de-la-migracion-internacional-en-argentina>
4. Dirección General de Estadística y Censos. Datos sociodemográficos de la Villa 20. 2023 [Revisado 26 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/pergamo/opac.php?a=bsqMateria&n=VILLA+20>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de los refugiados y migrantes. [revisado 30 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_1
6. Berry J. A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues*. 2001; 57(3): 615-631. [Revisado 9 de noviembre de 2025]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/227497472_A_Psychology_of_Immigration
7. Hun N, Urzúa A, Hun N, Urzúa A. Comportamiento alimentario en inmigrantes, aportes desde la evidencia. *Rev Chil Nutr*. 2019; 46(2): 190-6.
8. Hun N, Urzúa A, López-Espinoza A, Calderón C. Comportamiento alimentario en inmigrantes: escala de estrategias de aculturación alimentaria EdeAA. *Rev Chil Nutr*. 2020; 47(5): 724-9.
9. Hun N, Urzúa A, Leiva-Gutiérrez J, López-Espinoza A. Calidad de la alimentación y estrategias de aculturación alimentaria en migrantes colombianos residentes en Chile. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2022; 26(3): 230-8.
10. Goulão B, Santos O, del Carmen I. The impact of migration on body weight: a review. *Cad Saude Publica*. 2015; 31(2): 229-45. (Revisado 26 de julio de 2025). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25760158/>
11. Neira-Mosquera JA, Sanchez-Llaguno S, Pérez-Rodríguez F, Moreno-Rojas R. Assessment of the food patterns of immigrant Ecuadorian population in Southern Spain based on a 24-h food recall survey. *Nutr Hosp*. 2015; 32(2): 863-71.
12. González-Solanellas M, Romagosa Pérez-Portabella A, Zabaleta-del-Olmo E, y col. Estudio de prevalencia sobre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en población adulta atendida en atención primaria. *Nutr Hosp*. 2011; 26(2): 337-44.
13. Benaziz I, Blasco-Blasco M, Sanz-Valero J, Koselka E, Martínez-Martínez JM, Ronda-Pérez E. ¿Cómo es la alimentación de la población inmigrante residente en España? Resultados a partir de una revisión sistemática. *An Sist Sanit Navar*. 2019; 42(1): 55-68.
14. Zapata ME, Moratal Ibañez L, López LB. Calidad de la dieta según el Índice de Alimentación Saludable. Análisis en la población adulta de la ciudad de Rosario, Argentina. *DIAETA (B.Aires)* 2020; 38(170): 8-15. (Revisado 12 de octubre 2025). Disponible en: <https://www.aadynd.org.ar/descargas/diaeta/01-Calidad-Zapata.pdf>
15. Ruiz AM, Agudelo C, Cárdenas D, Souza Oliveira J, Souza N, Lira PI. Asociación entre patrones alimentarios y factores sociodemográficos en la población adulta de Antioquia, Colombia. *Rev Chil Nutr*. 2023; 50(2): 174-85.
16. Ministerio de Salud de la República Argentina (MSAL). Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. 2021 [revisado 30 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/habitos-saludables/guias-de-practica-clinica-y-documentos-de-apoyo>
17. Puig Ribera A, Peña Chimenis Ò, Romaguera Bosch M, y col. Cómo identificar la inactividad física en atención primaria: validación de las versiones catalana y española de 2 cuestionarios breves. *Aten Prim Barc*. 2012; 44(8): 485-93.
18. Organization World Health (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. World Health Organization; 2000 [revisado 30 de julio de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/items/933e09aa-64f9-46e9-8dbb-78d8cddf1a3d>
19. Mendez I, Fasano MV. Desarrollo y validación de un índice de calidad de dieta basado en recomendaciones de las guías alimentarias para la población Argentina. *Rev Argent Salud Pública*. 2023; 15: e94-e94.

20. Ministerio de Salud de la Nación. Sistema de Análisis y Registro de Alimentos (SARA). [revisado 30 de julio de 2025]. Disponible en: <https://sses.msal.gov.ar/sara/>
21. Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). 2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNYS 2. Resumen ejecutivo. [revisado 30 de julio de 2025]. Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2-resumen-ejecutivo/>
22. Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, Informe definitivo. 2019 [revisado 30 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.fagran.org.ar/documentos/seccion/otros/2019/11/4o-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-informe-definitivo/>
23. Jäger P, Beyer K, Claassen K. Obesity in the context of migration and socio-economic risk factors - a multivariate epidemiologic analysis. Ann Epidemiol. 2022; 76: 108-13.
24. Wieland ML, Hanza MMM, Weis JA, Meiers SJ, et al. Healthy Immigrant Families: Randomized Controlled Trial of a Family-Based Nutrition and Physical Activity Intervention. Am J Health Promot. 2018; 32(2): 473-84.
25. Commodore-Mensah Y, Selvin E, Aboagye J, Turkson-Ocran RA, et al. Hypertension, overweight/obesity, and diabetes among immigrants in the United States: an analysis of the 2010-2016 National Health Interview Survey. BMC Public Health. 2018; 18(1): 773.
26. Delavari M, Sønderlund AL, Mellor D, Mohebbi M, Swinburn B. Migration, acculturation and environment: determinants of obesity among Iranian migrants in Australia. Int J Environ Res Public Health. 2015; 12(2): 1083-98.
27. Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). Guías Alimentarias para la Población Argentina. Documento técnico metodológico. [revisado 30 de julio de 2025]. Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina-documento-tecnico-metodologico/>
28. Zapata ME, Mendez IA, Fassano MV. Tendencias en la calidad de dieta de los hogares argentinos entre 1996-2018, diferencias según región, tipo de hogar y nivel de ingreso. Rev Salud Pública 2022; 28(2): 2-17.