

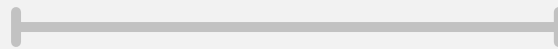
Licenciatura en Nutrición  
Trabajo Final Integrador

Autor: Luis Deleón

**PERCEPCIÓN Y HÁBITOS DE CONSUMO DE  
ALIMENTOS QUE POSEEN RESVERATROL EN LA  
POBLACIÓN DE ADULTOS DE ENTRE 40 A 65 AÑOS  
DE EDAD DEL ÁREA DEL AMBA**

2025

Tutora: Esp. Paula Mizrahi



*Citar como:* Deleón L. Percepción y hábitos de consumo de alimentos que poseen resveratrol en la población de adultos de entre 40 a 65 años de edad del área del AMBA. [Trabajo Final de Grado]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2025. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3025>

## **AGRADECIMIENTOS**

Especialmente a mi mamá, por ser el ejemplo constante que me mostró el valor del trabajo y la responsabilidad.

A mi familia y a mis seres queridos, por el respaldo silencioso y las pequeñas certezas que me permitieron seguir y alcanzar mi objetivo.

A mis amigos, por su acompañamiento constante, a veces en silencio; por las risas, las salidas y el sostén en los momentos de cansancio.

A la Facultad, por el espacio académico y los recursos para formarme.

A mi profesora, por sus orientaciones que ayudaron a concretar este trabajo.

A mis perros, por su compañía constante y silenciosa en los días largos, que me dieron calma y energía para seguir.

Agradezco haberme permitido insistir, la determinación en las noches largas, la humildad para recomenzar y darme una segunda oportunidad, y a la firme voluntad de crecer. Ese acto de perseverancia, que pese al cansancio, define este logro.

Dedico este trabajo a quienes caminaron conmigo; a quienes confiaron y me dieron fuerzas para seguir adelante, lo tomo como cierre de una etapa y paso hacia nuevos desafíos.

## RESUMEN

El resveratrol es un polifenol con efectos antioxidantes presente en alimentos como vino tinto, uvas y cacao. Se vincula a posibles beneficios sobre enfermedades cardiovasculares. El objetivo general fue describir el conocimiento, la percepción y los hábitos de consumo de fuentes alimentarias de resveratrol en adultos de 40–65 años residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA: CABA + Conurbano Bonaerense). Se realizó un estudio transversal de conveniencia (n = 59) en adultos de 40–65 años residentes en AMBA, con sobrerrepresentación femenina y 31% en tratamiento farmacológico crónico; se aplicó una encuesta estructurada autoaplicada que incluyó módulos sobre conocimiento, percepción, frecuencia, tamaños de porción, estacionalidad, motivaciones y barreras, y se llevaron a cabo análisis descriptivos y pruebas bivariadas. Los resultados principales fueron: 29% reconoció el término resveratrol; 98% refirió consumir al menos una fuente alimentaria con resveratrol; fuentes más frecuentes: vino tinto 66%, chocolate negro  $\geq 60\%$  61%, maní/pasta de maní 46% y uvas/pasas negras 39%; motivaciones predominantes: preferencia sensorial y costumbre; barreras: costo 41% y accesibilidad 36%; 42% manifestó disposición a incorporar habitualmente alimentos ricos en resveratrol. Se observó una elevada exposición dietaria a resveratrol, junto a una alfabetización técnica limitada. Se recomienda fortalecer la educación alimentaria poblacional, priorizando la promoción de fuentes no alcohólicas de compuestos fenólicos.

Palabras clave: Resveratrol; Antioxidantes; Enfermedades cardiovasculares; Dieta.

---

## ABSTRACT

Resveratrol is a polyphenol with antioxidant effects found in foods such as red wine, grapes and cocoa. It has been associated with potential benefits for cardiovascular diseases. The primary objective was to describe knowledge, perceptions and consumption habits of dietary sources of resveratrol among adults aged 40–65 years residing in the Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA: CABA + Greater Buenos Aires). A cross-sectional convenience study (n = 59) was conducted in AMBA residents aged 40–65 years, with female overrepresentation and 31% receiving chronic pharmacologic treatment; a self-administered structured survey was applied including modules on knowledge, perception, frequency, portion sizes, seasonality, motivations and barriers, and descriptive analyses and bivariate tests were performed. Main results were: 29% recognized the term resveratrol; 98% reported consuming at least one dietary source of resveratrol; most frequent sources were: red wine 66%, dark chocolate  $\geq$ 60% 61%, peanuts/peanut butter 46% and grapes/raisins 39%; predominant motivations were sensory preference and habit; barriers were cost 41% and accessibility 36%; 42% expressed willingness to regularly include foods rich in resveratrol. A high dietary exposure to resveratrol was observed alongside limited technical literacy. Strengthening population-level food education is recommended, prioritizing promotion of nonalcoholic sources of phenolic compounds.

Keywords: Resveratrol; Antioxidants; Cardiovascular Diseases; Diet.

**Tema:** Percepción y consumo de resveratrol en la población adulta.

**Subtema:** Factores que influyen en la percepción y hábitos de consumo de alimentos con resveratrol entre adultos de entre 40 y 65 años de edad.

## ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	8
3. Marco teórico.....	10
3.1. Impacto de las enfermedades cardiovasculares (ECV).....	10
3.2. Grupo de ECV con mayor prevalencia.....	11
3.3. Criterios diagnósticos.....	14
3.4. Factores de riesgo .....	14
3.5. Tratamiento.....	18
3.6. Polifenoles.....	20
3.7. Factores que determinan el consumo.....	24
3.8. Marketing.....	25
3.9. Formas de presentación .....	27
3.10. Efectos adversos.....	29
3.11. Percepción y hábitos de consumo de alimentos con resveratrol.....	29
3.12. Consumo de alimentos con resveratrol en la población.....	34
4. Estado del arte.....	40
5. Presentación de la pregunta problema.....	42
6. Preguntas específicas.....	43
7. Objetivo general.....	44

8. Objetivos específicos.....	45
9. Materiales y métodos.....	46
9.1. Criterios de elegibilidad.....	47
9.2. Consideraciones éticas.....	48
9.3. Prueba piloto.....	49
9.4. Operacionalización de las variables.....	50
9.5. Instrumento de recolección de datos.....	53
9.6. Plan operativo.....	54
9.7. Análisis de resultados.....	55
10. Discusión.....	79
11. Conclusión.....	86
12. Referencias bibliográficas.....	88
13. Anexos.....	97

## **INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son un grupo de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos que incluyen la hipertensión arterial (HTA), la enfermedad coronaria, accidentes cerebrovasculares (ACV); la insuficiencia cardíaca (IC), entre otras. Estas enfermedades son las principales causas de muerte a nivel mundial y sus factores de riesgo como el tabaquismo, la mala alimentación, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol son prevenibles. **1**

Según Martín et al., las ECV, representan la principal causa de morbimortalidad a nivel mundial, entre las patologías más relevantes se encuentran la HTA, la aterosclerosis (AS) y el infarto agudo de miocardio (IAM). Las últimas estimaciones determinaron que constituyen aproximadamente el 32% de todas las muertes a nivel mundial. **2**

En Argentina, según los datos estadísticos del Ministerio de Salud (MSAL), las ECV, constituyen la principal causa de muerte representando el 30,3% de los fallecimientos anuales. Entre las patologías con mayor prevalencia se encuentran la HTA, la AS y el IAM; todas ellas con un impacto significativo en la calidad de vida de la población y en el sistema de salud. **3**

Desde una perspectiva fisiológica, para Lakatta y Levi, la edad es un factor predisponente significativo para el desarrollo de ECV, ya que con el envejecimiento se producen cambios en la estructura y funciones del sistema cardiovascular como la rigidez arterial, la disfunción endotelial y la acumulación de placas de ateroma. Estos procesos aumentan el riesgo de desarrollar condiciones tales como HTA, ACV, y cardiopatía isquémica, entre otros. **4**

Para Patel KR et al., los estilos de vida y la predisposición genética influyen en el desarrollo de las EVC, lo que impulsa al desarrollo y estudio de nuevas estrategias preventivas y terapéuticas que complementen a los tratamientos medicinales tradicionales, dentro de los compuestos bioactivos de interés de estudio a nivel medicinal para prevenir las ECV se encuentra el resveratrol, compuesto polifenólico presente de forma natural en diferentes alimentos tales como uvas, vino tinto, frutos rojos, mani y chocolate negro, entre otros. **5**

Para Higuera Ahijado LM, el potencial terapéutico del resveratrol en relación a la prevención y tratamiento de ECV, radica en las propiedades antioxidantes antiinflamatorias y antiateroscleróticas, mejorando la salud cardiovascular, resultando como una herramienta prometedora en la prevención de las ECV. **6**

Sin embargo, no se dispone de información precisa sobre el grado de conocimiento que la población posee sobre el resveratrol, su percepción y hábitos de ingesta de alimentos que lo contienen; así como también cuáles son los factores que influyen en la elección de consumo.

Este estudio se justifica ante la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares en Argentina y la necesidad de complementar la medicina tradicional con estrategias preventivas basadas en la alimentación. Su objetivo es evaluar, en adultos de 40 a 65 años, la percepción y los hábitos de consumo de alimentos ricos en resveratrol, así como los factores que facilitan u obstaculizan su incorporación en la dieta. Los resultados podrán servir de base para fomentar estilos de vida saludables, movilizar a la población como agente de cambio y contribuir a la reducción de la incidencia de ECV.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. IMPACTO DE LAS ECV**

Las ECV constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial. Según los datos provistos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2019, aproximadamente 17,9 millones de personas fallecieron debido a ECV, lo que representa el 32% de todas las muertes globales. Del total de defunciones, el 85% se debieron a IAM y ACV. Además, más del 75% de estas muertes ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. **1**

#### **DEFINICIÓN**

Según (OMS), las (ECV) son un grupo de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos; incluyen condiciones como la cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares, arteriopatía periférica, cardiopatía reumática, cardiopatías congénitas y trombosis venosa profunda (TVP), entre otras. Los infartos de miocardio (IAM) y los accidentes cerebrovasculares (ACV) suelen ser episodios agudos causados principalmente por obstrucciones que impiden el flujo sanguíneo hacia el corazón o el cerebro, generalmente debido a depósitos de grasa en las paredes internas de los vasos sanguíneos. **1**

#### **CONTEXTO LOCAL**

En este contexto, en Argentina, las ECV constituyen la principal causa de muerte, representando el 30,3% de los decesos anuales por causas definidas. Los últimos datos registrados por el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), arrojaron que en 2023 se registraron 99,454 fallecimientos debido a ECV. **3**

Además, según el Registro Argentino de Infarto Agudo de Miocardio (ARGEM-IAM) cada año ocurren más de 50,000 IAM, con una tasa de mortalidad del 8,5%. Determinando que los riesgos más comunes de este grupo de patologías incluyen la hipertensión arterial (HTA), el colesterol elevado, la obesidad y el sedentarismo. **7**

Según la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), el 39.5% de las personas mayores de 18 años presentan niveles de colesterol por encima de lo recomendado, lo que incrementa el riesgo de complicaciones cardiovasculares, a su vez pueden limitar la capacidad funcional y la calidad de vida de las personas; y en este contexto más del 40% de la población adulta presenta HTA, mientras que la AS y sus complicaciones como el IAM, son responsables de una proporción significativa de hospitalizaciones y muertes relacionadas con ECV. Las cifras determinan que este grupo de enfermedades son responsables de más de 100,000 muertes al año, lo que equivale a unas 280 personas por día. **8**

### **3.2. GRUPO DE ECV CON MAYOR PREVALENCIA**

#### **Hipertensión arterial**

Para Walton Pk et al., la HTA se define como una elevación persistente de la presión arterial. Según las guías internacionales, se considera hipertensión cuando la presión arterial sistólica (PAS), es igual o superior a 140 mmHg y/o la presión arterial diastólica (PAD), es igual o superior a 90 mmHg, medida en al menos dos ocasiones separadas. Además, se clasifica en grados según los niveles de presión arterial: **9**

- Normal: PAS < 120 mmHg y PAD < 80 mmHg. **9**
- Elevada: PAS 120-129 mmHg y PAD < 80 mmHg. **9**
- Hipertensión grado 1: PAS 130-139 mmHg o PAD 80-89 mmHg. **9**

- Hipertensión grado 2: PAS  $\geq$  140 mmHg o PAD  $\geq$  90 mmHg. **9**

### **Fisiopatología**

Procesos:

- Disfunción endotelial: Reducción de la producción de óxido nítrico, lo que disminuye la vasodilatación. **9**
- Remodelado vascular: Engrosamiento de la pared arterial y aumento de la resistencia periférica. **9**
- Activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA): Favorece la vasoconstricción y la retención de sodio y agua, elevando la presión arterial. **9**

Según la OMS, la HTA es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de ECV tales como IAM, ACV e insuficiencia cardiaca congestiva (ICC); y su impacto radica en que la presión arterial elevada daña las paredes vasculares, favorece la formación de placas ateroscleróticas y aumenta la carga hemodinámica sobre el corazón, mientras que la coexistencia de otros factores como obesidad y diabetes amplifican significativamente este riesgo cardiovascular asociado a la HTA. **1**

### **Aterosclerosis**

Para Thanassoulis G et al., la AS es una enfermedad crónica caracterizada por la acumulación de placas de lípidos, colesterol y otras sustancias en las paredes de las arterias, lo que provoca su estrechamiento y pérdida de la elasticidad. Este proceso inflamatorio puede llevar a complicaciones graves como el IAM y el ACV.

Procesos:

- Formación de placas ateroscleróticas: Acumulación de colesterol y células inflamatorias en la íntima arterial.
- Inflamación crónica: Activación de macrófagos y linfocitos que perpetúan el daño vascular.
- Ruptura de placa y trombosis: Puede desencadenar eventos agudos como el infarto de miocardio. **10**

### **Infarto Agudo de Miocardio**

Para Sweis y Jivan, el IAM es un síndrome coronario agudo que ocurre debido a la obstrucción total de una arteria coronaria lo que provoca la necrosis del tejido miocárdico. Representa una emergencia médica que requiere atención inmediata para minimizar el daño cardíaco y prevenir complicaciones. **11**

### **Fisiopatología**

Procesos

- Oclusión arterial por trombo: Generalmente secundario a la ruptura de una placa aterosclerótica. **11**
- Isquemia y necrosis celular: Falta de oxígeno que lleva a la muerte de cardiomiocitos. **11**
- Respuesta inflamatoria y remodelado cardíaco: Activación de citocinas y fibroblastos que intentan reparar el daño. **11**

### **3.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

Según Kasper et al., los criterios diagnósticos para ECV incluyen la evaluación clínica, pruebas de laboratorio y estudios de imagen. La HTA se diagnostica con una presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg o diastólica  $\geq 90$  mmHg en al menos dos mediciones separadas, para la AS se utilizan pruebas como el perfil lipídico y la angiografía para detectar obstrucciones arteriales, y para el IAM, los criterios incluyen síntomas típicos como dolor torácico, cambios en el electrocardiograma (ECG) y niveles elevados de biomarcadores cardíacos como la troponina. **12**

### **3.4. FACTORES DE RIESGO**

#### **No modificables**

Según Bejarano y Cuixart, los factores de riesgo no modificables para el desarrollo de ECV, incluyen aquellos que no pueden ser alterados mediante cambios en el estilo de vida o intervenciones médicas. Entre los principales se encuentran: **13**

- Edad: El riesgo de enfermedades cardiovasculares aumenta con la edad debido a cambios en la estructura y función de los vasos sanguíneos. **13**
- Sexo: Los hombres tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares a edades más tempranas, mientras que en mujeres el riesgo aumenta después de la menopausia. **13**
- Historia familiar: La predisposición genética juega un papel importante en la aparición de enfermedades cardiovasculares. **13**
- Origen étnico: Diversos estudios han identificado que las poblaciones sudasiática (India, Pakistán y Bangladesh), afroamericana, nativa

americana, hispana/latina, del Medio Oriente, de Asia Oriental (China, Japón y Corea) y árticas (inuit) presentan una mayor predisposición a enfermedades cardiovasculares. **13**

La OMS define la edad adulta como el período de la vida que comienza alrededor de los 20 años y se extiende hasta los 65 años de edad. Dentro de esta etapa, se distinguen varios rangos: **14**

- Adultez temprana: 20-40 años. **14**
- Adultez intermedia: 40-65 años. **14**
- Vejez: A partir de los 65 años. **14**

Así mismo señala que la incidencia de ECV se incrementa de forma progresiva con la edad, alcanzando niveles más altos en personas mayores de 60 años o más. **1**

Para Lago Santiesteban YA et al., la edad es uno de los factores predisponentes más relevantes para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, debido a que en el proceso de envejecimiento las arterias sufren cambios estructurales y funcionales, entre ellas, pérdida de elasticidad, aumento de rigidez y disfunción endotelial que facilitan la formación de placas ateroscleróticas y elevan el riesgo de eventos isquémicos. Además, la exposición acumulada a hipertensión, dislipidemia y diabetes potencia esta vulnerabilidad, explicando la mayor incidencia de ECV en adultos mayores. **15**

Según Rodríguez Ávila N, la edad adulta se define como una etapa del ciclo vital que comienza generalmente a los 18-21 años y se extiende hasta los 60-65 años, dependiendo del contexto cultural y social. Durante esta etapa, las personas alcanzan la madurez física y psicológica, asumen responsabilidades sociales y económicas, y experimentan cambios significativos en su salud y bienestar. **16**

Según Barón-Castañeda A., el proceso natural de envejecimiento es un fenómeno biológico progresivo, dinámico e irreversible que afecta a todos los sistemas del cuerpo, incluido el sistema cardiovascular. A medida que ocurre el envejecimiento, se producen cambios estructurales y funcionales en el corazón y los vasos sanguíneos, lo que incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares. **17**

En estudios recientes se ha descrito de forma consistente un aumento de la incidencia de enfermedades cardiovasculares a medida que avanza la edad, un análisis realizado por Roth Ga et al., mostró que la tasa de incidencia ajustada por edad de todas las enfermedades cardiovasculares ascendía de 15,3 por 1.000 personas por año en el grupo de 45–54 años a 35,8 por 1.000 personas año en mayores de 75 años. **18**

Así mismo en 2023 la American Heart Association (AHA) reportó que la incidencia de IAM prácticamente se duplica entre los grupos de 50–59 y 70–79 años. **19**

De igual modo, los datos de vigilancia de la cohorte ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities) revelaron un incremento del 85 % en la incidencia combinada de IAM, ACV e IC en individuos de 65–74 años frente al grupo de 55–64 años. **20**

### **Modificables**

Para Piepoli MF et al., los factores de riesgo modificables para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares son aquellos que pueden ser controlados o reducidos mediante cambios en el estilo de vida y tratamiento médico. Entre los principales se encuentran: **21**

- Dieta inadecuada: Un consumo elevado de grasas saturadas, azúcares y sodio favorece el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. **21**
- Sedentarismo: La falta de actividad física disminuye la capacidad cardiovascular y metabólica. **21**

- Tabaquismo: Fumar aumenta el riesgo de aterosclerosis y enfermedades coronarias. Obesidad: El exceso de peso está asociado con inflamación crónica y resistencia a la insulina. **21**
- HTA no tratada: Controlar la presión arterial mediante dieta, ejercicio y medicación reduce el riesgo cardiovascular. **21**
- Dislipidemia: Niveles elevados de colesterol LDL y triglicéridos contribuyen a la formación de placas ateroscleróticas. **21**
- Diabetes mellitus: Un mal control de la glucosa en sangre incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular. **21**
- Estrés crónico: Puede contribuir a la hipertensión y aumentar la inflamación sistémica. **21**
- Alcoholismo: Para Fernandez-Sola J., el consumo habitual y excesivo de bebidas alcohólicas incrementa el riesgo cardiovascular a través de múltiples mecanismos: elevación persistente de la presión arterial, alteraciones del ritmo cardiaco (fibrilación auricular, taquicardias ventriculares), daño directo al miocito que conduce a miocardiopatía dilatada y aumento del estrés oxidativo e inflamación sistémica. Epidemiológicamente, quienes superan de forma crónica los límites recomendados (más de 20 g/día en mujeres o 30 g/día en hombres) presentan una incidencia significativamente mayor de eventos coronarios y ACV que los bebedores moderados o abstinentes. **22**

### **3.5. TRATAMIENTO**

#### **Farmacológico**

Según García, el tratamiento farmacológico de las enfermedades cardiovasculares comprende varios grupos de fármacos que actúan sobre distintos mecanismos patogénicos: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II), betabloqueantes, diuréticos de asa y tiazídicos, antagonistas de mineralocorticoides, inhibidores de SGLT2, estatinas de alta intensidad para reducir el colesterol LDL, antiagregantes plaquetarios como ácido acetilsalicílico y clopidogrel, y anticoagulantes orales (antagonistas de la vitamina K y anticoagulantes orales directos). **23**

#### **No farmacológico**

Según Plácido R. y Mebazaa A., el tratamiento no farmacológico de las enfermedades cardiovasculares se fundamenta en modificaciones del estilo de vida tales como una alimentación equilibrada (con restricción de sodio y grasas saturadas), la práctica regular de actividad física, el mantenimiento de un peso corporal adecuado, la moderación del consumo de alcohol, el cese del hábito tabáquico y el manejo del estrés, junto con la educación y el autocontrol del paciente. **24**

De acuerdo con el National Heart, Lung, and Blood Institute y Mayorga-Mazón et al., la dieta DASH (del inglés Dietary Approaches to Stop Hypertension) se diseñó para el tratamiento de la HTA a través de un esquema alimentario que prioriza un elevado consumo de frutas, verduras, cereales integrales, legumbres, frutos secos y lácteos bajos en grasa, al tiempo que reduce drásticamente la ingesta de sodio y grasas saturadas para asegurar un aporte óptimo de potasio, magnesio, calcio y fibra. Este patrón alimentario se refuerza con la incorporación de ejercicio físico habitual, el control y mantenimiento de un peso saludable, el abandono del tabaco y la limitación del

alcohol, medidas que, de forma sinérgica, amplifican sus beneficios sobre la presión arterial y la prevención de eventos cardiovasculares. **25, 26**

### **Dieta Mediterránea**

Para Martínez-González MA. et al., la dieta mediterránea es considerada el patrón alimentario gold standard para la prevención de ECV, se caracteriza por un elevado consumo de alimentos de origen vegetal (frutas, verduras, cereales integrales, legumbres y frutos secos), aceite de oliva extra virgen como principal fuente de grasa y un aporte moderado de pescado, lácteos fermentados, huevo y vino tinto, con lo que ha demostrado reducir hasta un 30–40 % la incidencia de eventos cardiovasculares mayores y la mortalidad total. **27**

En concordancia, Burns J. et al., resaltan además que el vino tinto y las uvas aportan resveratrol, un polifenol cuya actividad antioxidante y antiinflamatoria mejora la función endotelial, reduce la oxidación de LDL y modula la agregación plaquetaria; este compuesto aparece en concentraciones de 0,24–1,25 mg/kg en uvas negras, 0,1–14 mg/L en vino tinto y 0,02–1,53 mg/kg en cacahuetes, contribuyendo de forma sinérgica al efecto cardioprotector de este patrón. **28**

En el estudio PREDIMED, liderado por Ramón Estruch et al., se demostró que la adherencia a un patrón alimentario mediterráneo enriquecido con aceite de oliva virgen extra o frutos secos se asocia con una reducción del 30 % en la incidencia de eventos cardiovasculares mayores (infarto de miocardio, ictus y muerte cardiovascular) tras un seguimiento medio de 4,8 años. Este patrón se caracteriza por un elevado aporte de frutas, hortalizas, cereales integrales, legumbres, frutos secos y aceite de oliva, un consumo moderado de pescado, aves y lácteos fermentados, y una ingesta de vino tinto (fuente relevante de resveratrol, un polifenol con efectos antioxidantes, antiinflamatorios y antiagregantes), junto con una ingesta reducida de carnes rojas y procesadas. Los mecanismos propuestos incluyen la mejora de la función endotelial, la disminución del

estrés oxidativo y la modulación favorable del perfil lipídico y de la inflamación sistémica. **29**

Los resultados mostraron que los grupos que siguieron la dieta mediterránea suplementada tuvieron una reducción significativa en la incidencia de eventos cardiovasculares mayores, como IAM, ACV y muerte cardiovascular, en comparación con el grupo control. Además, el estudio destacó el papel de los componentes bioactivos de la dieta mediterránea, como los polifenoles presentes en el aceite de oliva y el vino tinto, en la mejora de la salud cardiovascular. **29**

En línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre un patrón alimentario saludable, el ensayo PREDIMED demostró que la adopción de una dieta mediterránea puede disminuir hasta en un 30 % el riesgo de eventos cardiovasculares mayores. **29, 1**

### **3.6. POLIFENOLES**

Según Quiñones et al., los polifenoles son compuestos bioactivos de origen vegetal que, por su estructura con múltiples anillos fenólicos, se agrupan en familias como flavonoides, ácidos fenólicos, estilbenos y lignanos. Se hallan en frutas (especialmente frutos rojos), verduras, té, cacao, cacahuets y vino tinto. Gracias a su potente actividad antioxidante y antiinflamatoria, estos compuestos neutralizan especies reactivas de oxígeno, modulan enzimas proinflamatorias, regulan procesos de apoptosis en células endoteliales y favorecen la síntesis de óxido nítrico; de este modo mejoran la función vascular y reducen el estrés oxidativo, lo que los convierte en agentes prometedores para la prevención de enfermedades crónicas, incluidas las cardiovasculares. **30**

## **Resveratrol**

Según Masís-Borge et al., el resveratrol es un compuesto polifenólico que actúa como antimicrobiano en plantas como la vid y se acumula en concentraciones elevadas en las uvas, el vino tinto, los maníes y frutos rojos como el arándano, también señala que, tras su ingesta, el resveratrol contribuye a preservar la integridad de la capa endotelial mediante la inhibición de la peroxidación lipídica y la reducción de la formación de especies reactivas de oxígeno, lo que a su vez minimiza el daño vascular y favorece la salud cardiovascular. **31**

### **Mecanismos de acción**

Según Higuera Ahijado LM, el resveratrol ejerce un efecto cardioprotector sobre el endotelio vascular al estimular la óxido nítrico sintasa endotelial (eNOS) e incrementar la disponibilidad de óxido nítrico para promover la vasodilatación; activar la vía Nrf2 y reforzar las defensas antioxidantes para reducir el estrés oxidativo; inhibir la oxidación de lipoproteínas de baja densidad y prevenir la formación de placas ateroscleróticas; bloquear la señalización NF-κB y disminuir la producción de citocinas proinflamatorias; modular la proliferación de las células del músculo liso vascular para evitar el engrosamiento de la pared arterial; y reducir la adhesión plaquetaria al suprimir moléculas de adhesión como ICAM-1 y VCAM-1. **6**

### **Alimentos fuente de resveratrol**

Según Burns et al., las principales fuentes dietéticas de resveratrol incluyen uvas tintas (y sus derivados como el vino tinto), maníes, frutos rojos y chocolate negro. **28**

Gambini et al. cuantificaron sus niveles aproximados por cada 100 g (o 100 mL en el caso del vino) de la siguiente manera: **32**

- Arándanos (*Vaccinium myrtillus*): 0,67 mg/100 g. **32**

- Uvas tintas frescas (*Vitis vinifera*): 0,65 mg/100 g. **32**
- Pasas de uva: 0,59 mg/100 g. **32**
- Frutillas: 0,35 mg/100 g. **32**
- Frutos rojos congelados: 0,22 mg/100 g. **33**
- Vino tinto: 0,15 mg/ 100 ml. **32**
- Maní: 0,07 mg/100 g. **32**
- Jugo de arándanos: 0,06 mg/100 g. **34**
- Chocolate negro ( $\geq 70$  % cacao): 0,04 mg/100 g. **32**
- Pasta de maní: 0,02 mg/100 g. **32**

### **Niveles terapéuticos de ingesta**

En su revisión sistemática, Vang O et al., señalan que en ensayos clínicos las dosis de resveratrol han abarcado desde 5 mg hasta 5 g diarios en función del objetivo terapéutico y de las características del paciente. Para mantener efectos antioxidantes y de salud general se recomiendan habitualmente 100–200 mg/ día (equivalente a 700– 1400 mg semanales), mientras que en protocolos orientados a protección cardiovascular o neuroprotección se emplean dosis de 500–1 000 mg/día (3500–7000 mg semanales). **35**

Estudios realizados por Timmers et al., han demostrado que esquemas de 150 mg diarios durante un mes mejoran la sensibilidad a la insulina en sujetos con síndrome metabólico sin manifestar efectos adversos significativos. Dosis por encima de 1 g diario no aportan beneficios clínicos adicionales y pueden aumentar el riesgo de molestias gastrointestinales o alteraciones hepáticas. **36**

## **Problemas relacionados con el consumo de resveratrol**

El resveratrol, presente en alimentos como uvas, arándanos y vino tinto, ha sido estudiado por sus propiedades antioxidantes y posibles beneficios cardiovasculares. Sin embargo, su consumo presenta ciertas limitaciones: **32**

- Baja biodisponibilidad: Se metaboliza rápidamente en el hígado e intestino, lo que reduce su efectividad en el organismo. **32**
- Efectos adversos en dosis elevadas: Puede causar molestias gastrointestinales, alterar la función hepática y afectar la regulación de la glucosa en sangre. **32**
- Interacciones con enfermedades preexistentes: Puede influir en la presión arterial y en trastornos hormonales debido a su actividad como fitoestrógeno. **32**

## **Interacciones con medicamentos**

Para Kumar MK et al., el resveratrol ingerido a través de los alimentos, en dosis superiores a la dosis de seguridad puede interactuar con diversos fármacos: **37**

- Anticoagulantes: Puede potenciar el efecto de medicamentos como la warfarina, aumentando el riesgo de hemorragias. **37**
- Antihipertensivos: En altas dosis, puede provocar disminuciones en la presión arterial, afectando la estabilidad de pacientes que toman estos medicamentos. **37**
- Inmunosupresores: Su efecto modulador sobre el sistema inmune podría interferir con el metabolismo de ciertos fármacos en pacientes con trasplantes. **37**

### **3.7. FACTORES QUE DETERMINAN EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON RESVERATROL**

El interés por el consumo de alimentos y suplementos con resveratrol está influenciado por diversos factores:

- Según Verbeke W., la accesibilidad y precio de los productos enriquecidos con resveratrol ya que su distribución puede estar limitada a ciertos mercados y a la vez suele ser costosa en comparación a otros productos alimenticios de consumo habitual. **38**
- Según Niva M., la conciencia sobre la salud impulsa a las personas preocupadas por la prevención de enfermedades cardiovasculares y el envejecimiento a mostrar un mayor interés en el consumo de productos ricos en resveratrol.**39**
- Según Bonacin M. et al., las influencias culturales han propiciado que, en regiones con una arraigada tradición vitivinícola, el consumo de vino tinto como fuente de resveratrol sea más frecuente y socialmente aceptado. **40**

### **3.8. MARKETING**

#### **Publicidad relacionada con productos que poseen resveratrol**

El resveratrol ha sido utilizado en estrategias de marketing para diversos productos, incluyendo suplementos y alimentos funcionales:

- Marketing engañoso: Según Pinedo X. y Samper E., muchas empresas recurren al marketing engañoso al promocionar fórmulas con resveratrol

como soluciones “milagrosas”, exagerando sus beneficios sin respaldo científico sólido y eludiendo regulaciones publicitarias para atraer a consumidores preocupados por la salud. **41**

- Promoción como agente rejuvenecedor: José Antonio Lozano Teruel describe cómo algunas marcas presentan el resveratrol como un agente rejuvenecedor capaz de “reparar el ADN” y revertir el envejecimiento celular, pese a que estos mensajes carecen de validación clínica concluyente y prometen resultados que superan el nivel de evidencia disponible. **42**
- Uso en cosmética: De acuerdo con Kumar MK. et al., el resveratrol se ha incorporado en cosméticos tópicos donde se resaltan sus propiedades antioxidantes y su potencial para reducir el daño celular inducido por radicales libres, aunque la mayoría de los estudios se limita a modelos in vitro y todavía faltan ensayos en humanos que respalden plenamente estas aplicaciones tópicas. **37**

### **Consumo de vino: beneficios potenciales y riesgos asociados**

El consumo de vino ha sido ampliamente estudiado en relación con la salud cardiovascular, con hallazgos que sugieren tanto beneficios como riesgos.

Efectos cardiovasculares del consumo de vino

#### **Beneficios potenciales:**

- Mejora del perfil lipídico: En su análisis de la cohorte UK Biobank, Xiang et al. demostraron que el consumo moderado de vino tinto elevó un 18 % los niveles de colesterol HDL y redujo significativamente los marcadores de peroxidación

de LDL, lo que sugiere un efecto cardioprotector mediado por la modulación del perfil lipídico. **43**

- Efecto antioxidante: Salcedo Delgado revisó en 2019 que los polifenoles del vino tinto, sobre todo el resveratrol, atenúan el estrés oxidativo vascular al aumentar la biodisponibilidad de óxido nítrico y mejoran la función endotelial, con lo cual disminuye el daño oxidativo en la pared arterial. **44**
- Reducción de la agregación plaquetaria: Zhang et al., describieron que concentraciones elevadas de ácido tartárico presente en el vino, se asociaron con una menor expresión de marcadores de activación plaquetaria ex vivo, lo que respalda un mecanismo antitrombótico basado en la inhibición de la agregación y la potenciación de la fibrinólisis. **45**

No obstante, en el marco de los beneficios atribuidos al consumo moderado de vino tinto, Borge et al., estiman que hasta 300 mL diarios resultan protectores debido al contenido de 0,29–1,89 mg de resveratrol en 150 mL y de 0,24–1,25 mg en una taza de uvas rojas. **46**

En este sentido, Gambini et al., subrayan que la eficacia clínica del resveratrol depende de mejorar su biodisponibilidad tras la ingestión oral. **32**

#### **Riesgos asociados:**

- Aumento de la tensión arterial: En un estudio prospectivo realizado por Wang et al., Se observó que el consumo diario de vino que supera los 30 g de etanol aumenta en un 18 % la incidencia de hipertensión arterial y en un 22 % el riesgo de insuficiencia cardíaca tras ocho años de seguimiento. **47**
- Impacto en la salud hepática: En su Guía de práctica clínica, la European Association for the Study of the Liver (EASL) expone que el etanol se

transforma en hepatocitos mediante alcohol deshidrogenasa y CYP2E1, produciendo acetaldehído y especies reactivas de oxígeno que fomentan necroinflamación y activación de miofibroblastos con fibrosis subsecuente; además, estudios prospectivos europeos reportan que ingestas sostenidas de más de 30 g de etanol al día se asocia con un riesgo tres veces mayor de fibrosis avanzada y cirrosis en comparación con consumos inferiores a 20 g/día. **48**

- Impacto sobre la salud neurocognitiva: Según Liu Z. et al., el consumo superior a 30 g/día, se asocia al deterioro funciones cognitivas como la memoria y la atención, potencia el desarrollo de demencia y depresión, e impacta negativamente la vida social al fomentar dependencia, aislamiento y conflictos familiares, contrarrestando de este modo los posibles beneficios atribuidos al polifenol. **49**

### **3.9. FORMAS DE PRESENTACIÓN**

El resveratrol se presenta en diversas formas, tanto naturales como sintéticas, dependiendo de su origen y aplicación.

#### **Forma natural**

Vang et al., describen que el resveratrol (3,5,4'-trihidroxiestilbeno), predominantemente en su isómero trans; en su forma natural, se encuentra mayormente en el exocarpio de frutas como uvas negras, arándanos, grosellas rojas y frutillas, así como en vino tinto de variedades muscadina y labrusca. **35**

Baur y Sinclair indican además que el resveratrol se halla en otros alimentos de matriz vegetal entre ellos maní, el cacao puro y pasta de maní, si bien en

concentraciones significativamente inferiores en comparación con el contenido presente en las uvas. **50**

### **Forma sintética**

Según Vang et al., la forma sintética de resveratrol destinada a suplementos nutracéuticos se obtiene principalmente a partir del extracto de *Polygonum cuspidatum*, purificándose el isómero trans hasta alcanzar puridades superiores al 98 %. Estos preparados se comercializan habitualmente en cápsulas o comprimidos formulados para aportar dosis estandarizadas, que oscilan entre 50 y 500 mg de trans-resveratrol por unidad de administración. **35**

En este sentido, Vang et al., refieren que la administración de trans-resveratrol purificado en suplementos micronizados o complejos con ciclodextrinas ha demostrado aumentar hasta cuatro veces el área bajo la curva plasmática (AUC) y prolongar la exposición al compuesto en comparación con la ingesta vía alimentos o bebidas ricas en resveratrol, demostrando que los suplementos pueden mejorar la biodisponibilidad del resveratrol en comparación con fuentes naturales. **35**

### **3.10. EFECTOS ADVERSOS**

Según Kumar et al., la ingesta de resveratrol en dosis superiores a 1 g/día se asocia con síntomas gastrointestinales como náuseas, diarrea y dolor abdominal, potencia la acción de anticoagulantes incrementando el riesgo de hemorragias, puede alterar la actividad de enzimas hepáticas y, debido a su carácter fitoestrogénico, existe el potencial de afectar el equilibrio hormonal en individuos predispuestos. **37**

Sin embargo, un ensayo de fase I realizado por Sáenz Chávez et al., demostró que la ingesta de 500 mg/día durante 30 días no ocasionó efectos adversos clínicos

significativos, lo que sugiere que el resveratrol presenta un perfil de seguridad adecuado en tratamientos de dosificación moderada y corta duración. **51**

### **3.11. PERCEPCIÓN Y HÁBITOS DE CONSUMO ALIMENTOS QUE CONTIENEN RESVERATROL**

Según Icaza, la valoración del consumo de resveratrol en Buenos Aires se configura como un proceso multidimensional en el que convergen evidencias científicas sobre sus beneficios cardiovasculares y su capacidad para disminuir el daño oxidativo celular, dinámicas socioculturales orientadas a fomentar hábitos de salud, factores económicos vinculados a la oferta de suplementos, y estrategias de comunicación que realzan su imagen antienvjecimiento. En este contexto, este polifenol ha experimentado un notable ascenso de popularidad al asociarse explícitamente con la prevención de enfermedades cardíacas y la preservación de la integridad celular frente al envejecimiento. **52**

Según el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), un estudio representativo sobre las tendencias en la percepción de los consumidores de resveratrol en Argentina reveló que la forma en que la población interpreta este compuesto está determinada por tres ejes principales: el acceso a información científica rigurosa, el nivel de formación educativa en temas de salud y la intensidad de las estrategias de marketing que promueven sus supuestos beneficios. **53**

El estudio fue realizado mediante encuestas aplicadas a diversos estratos socioeconómicos y grupos etarios, el informe constató que quienes cuentan con mayor nivel educativo suelen adoptar una visión crítica, diferenciando entre hallazgos clínicos y campañas promocionales, mientras que aquellos con acceso limitado a fuentes especializadas tienden a asumir sin cuestionamientos los mensajes publicitarios.

Además, destacó el rol trascendental de las plataformas digitales y redes sociales en la amplificación de narrativas antienvjecimiento, las cuales, pese a su prevalencia, no siempre se sustentan en evidencia científica sólida. **53**

CONICET también afirma que las campañas de publicidad y marketing modelan de manera significativa la percepción de los consumidores sobre los beneficios atribuidos al resveratrol, especialmente en aquellos estratos de la población con mayor exposición a iniciativas de salud y bienestar, lo que puede amplificar expectativas más allá de la evidencia científica. **53**

### **Factores que influyen sobre la percepción acerca del resveratrol**

#### **Influencia de la divulgación científica**

Gambini et al., describieron la actividad antioxidante del compuesto y sus efectos cardioprotectores en modelos in vitro, hallazgos que han sido ampliamente divulgados y que han despertado el interés de los consumidores hacia su ingesta. **32**

Masís Borge et al., advirtieron, que la biodisponibilidad oral del resveratrol es muy baja y su metabolismo rápido reduce drásticamente las concentraciones plasmáticas libres, lo cual plantea interrogantes sobre su eficacia real en humanos. **54**

Sin embargo, Vinet et al., destacaron además la falta de consenso en torno a sus efectos a largo plazo y las discrepancias entre los resultados preclínicos y los datos de estudios clínicos. **55**

#### **Publicidad y estrategias de marketing**

Granados J. et al., señalan que las campañas publicitarias que promocionan suplementos de resveratrol se sustentan en testimonios de figuras públicas e influencers del ámbito de la salud y el bienestar, elevando sus supuestas propiedades cardioprotectoras y antienvjecimiento mediante un lenguaje persuasivo. Además, estas

estrategias incorporan recursos visuales como imágenes de personas activas y longevas, y emplean plataformas digitales para segmentar audiencias específicas (mujeres de mediana edad interesadas en belleza y salud), así como ofertas combinadas con otros nutracéuticos. **56**

Los autores también advierten que muchos fabricantes omiten detallar la concentración de resveratrol en la etiqueta, utilizando expresiones genéricas como “alto contenido de polifenoles”, lo que enmascara la baja biodisponibilidad real del compuesto. Esta combinación de mensajes aspiracionales y falta de transparencia en la dosificación puede generar expectativas poco realistas en los consumidores, quienes esperan beneficios clínicos a partir de dosis inferiores a las recomendadas en estudios científicos. **56**

### **Experiencias personales y recomendaciones médicas**

La transmisión de experiencias personales y las recomendaciones de profesionales de la salud desempeñan un papel crucial en la percepción pública de los efectos del resveratrol sobre la salud. Gambini et al., indicaron que, mientras un sector de nutricionistas promueve el consumo de fuentes alimentarias naturales de resveratrol (uvas y vino tinto) basándose en estudios epidemiológicos preliminares; otro grupo de especialistas advierte sobre la carencia de evidencia concluyente que respalde la eficacia de los suplementos comerciales. **32**

Para Masís et al., la divulgación científica y la accesibilidad a la información modulan significativamente las expectativas de los consumidores, por consiguiente la comunidad médica mantiene un debate abierto sobre la efectividad terapéutica de los suplementos de resveratrol, subrayando la necesidad de ensayos clínicos aleatorizados y controlados para validar sus posibles beneficios. **54**

En este contexto, Cottart et al., demostraron que el intenso metabolismo de primer paso reduce la biodisponibilidad plasmática del resveratrol significativamente, lo que cuestiona la eficacia clínica de los suplementos convencionales y subraya la necesidad de formulaciones mejoradas y ensayos más rigurosos. **57**

## **Impacto sociocultural en la percepción del resveratrol**

### **Consumo de vino en el contexto cultural**

Ocaña HR., en su estudio “Análisis del consumidor de vinos de la Argentina”, describe cómo el vino tinto ha trascendido su condición de bebida para convertirse en un símbolo de identidad nacional y un componente habitual de la dieta diaria. A partir de encuestas y entrevistas cualitativas, Ocaña segmenta a los consumidores en cuatro perfiles: expertos, que valoran la trazabilidad y matices organolépticos; tradicionales, que asocian el vino con reuniones familiares y almuerzos dominicales; aspiracionales, que lo utilizan como marcador de estatus cosmopolita; y principiantes, que lo exploran como novedad gastronómica. Esta pluralidad de motivaciones socioculturales refuerza la percepción de que el consumo moderado de vino tinto y por ende de su contenido en resveratrol posee un carácter saludable, integrándose en rituales cotidianos y festividades. Además, la promoción del enoturismo y la presencia destacada del vino en medios especializados y ferias gastronómicas amplifican las expectativas de beneficios cardiovasculares, legitimando socialmente la vinculación entre hábitos de consumo y salud, aun cuando la confirmación clínica de dichos efectos siga en evaluación. **58**

### **Preferencia por productos naturales vs. suplementos**

Tomé-Carneiro et al., señalan que el creciente interés en los alimentos funcionales ha impulsado el desarrollo y la comercialización de productos nutracéuticos enriquecidos con resveratrol, lo que influye en la elección de los consumidores por razones de “comodidad”, o por concentración de dosis. **59**

Timmers et al., demostraron que la administración de 150 mg diarios de resveratrol en forma de suplemento durante 30 días redujo de manera significativa la presión arterial sistólica y diastólica y mejoró la sensibilidad a la insulina en adultos con sobrepeso, efectos que no se alcanzan con la ingesta de cantidades equivalentes de resveratrol procedentes de la dieta, lo cual sugiere un mayor potencial del suplemento para influir en determinantes de riesgo cardiovascular. **60**

### **Influencia de los medios en la percepción del resveratrol**

#### **Impacto de la divulgación a través de los medios de comunicación.**

Domínguez et al., destacan que el resveratrol ha sido objeto de una intensa divulgación mediática como agente cardioprotector, lo que ha favorecido su posicionamiento en el discurso público como un compuesto funcional de alto valor. Esta exposición, centrada en sus propiedades antioxidantes y antiinflamatorias, ha contribuido a generar expectativas elevadas en la población, muchas veces desvinculadas del consenso científico. Los autores advierten que, si bien existen estudios que respaldan su potencial beneficio vascular, los resultados son aún contradictorios y dependen de factores como la biodisponibilidad, la dosis y la interacción con la microbiota intestinal. En este contexto, la cobertura mediática puede influir en decisiones de consumo que no siempre se corresponden con la evidencia disponible. **61**

Asimismo, Gambini et al., señalan que la prominencia mediática del resveratrol como suplemento anti-edad ha estimulado un aumento significativo de su consumo, reflejado en la creciente adquisición de formulaciones concentradas y en la preferencia de los consumidores por dosis estandarizadas frente a las obtenidas por vía dietaria convencional. **32**

### **3.12. CONSUMO DE ALIMENTOS CON RESVERATROL EN LA POBLACIÓN**

#### **Vino tinto**

Según Santana-Trujillo y González-Hernández, el consumo moderado de vino se ha asociado con una menor incidencia de eventos coronarios gracias a su acción antioxidante y antiinflamatoria. No obstante, estos autores advierten que la variabilidad en la absorción y el metabolismo de los polifenoles limita la biodisponibilidad de resveratrol, lo que sugiere que las concentraciones alcanzadas tras el consumo de vino pueden ser insuficientes para ejercer un efecto cardioprotector clínicamente relevante sin el apoyo de suplementos o formulaciones mejoradas. **62**

#### **Consumo de vino en la población**

El vino, con un fuerte arraigo cultural en múltiples regiones del mundo, ha sido ampliamente estudiado por su contenido en compuestos bioactivos como los polifenoles, incluyendo el resveratrol. Según el último informe de la Organización Internacional de la Viña y el Vino (OIV), en 2022 el consumo per cápita en Argentina alcanzó 22,7 L/año. A nivel europeo, el promedio continental se sitúa en 44 L/año, con Francia (47,4 L) e Italia (44,4 L) como los mayores consumidores y España registrando 23,0 L/año. En Estados Unidos, el consumo per cápita fue de 10,2 L/año, observándose un desplazamiento progresivo hacia el vino tinto. **63**

#### **Factores que influyen en la concentración de resveratrol en el vino**

Según Gómez-Céspedes y Aleixandre-Benavent, la concentración de resveratrol en el vino tinto está determinada por la variedad de uva —siendo las cepas tintas más ricas que las blancas—; por el método de vinificación, donde una maceración prolongada incrementa la extracción del polifenol; y por la región de cultivo, dado que factores climáticos y ambientales modulan su biosíntesis en la piel de la uva. **64**

## **Beneficios del consumo moderado de vino**

Constanzo S., Di Castelnuovo A. et al; y colaboradores llevaron a cabo un meta-análisis que demostró que el consumo moderado de vino tinto se asocia con una significativa reducción del estrés oxidativo y una mejora de la función endotelial, atribuida a la actividad antioxidante de los polifenoles como el resveratrol; además, observaron una regulación de la presión arterial sistólica y diastólica dentro de rangos óptimos y un aumento de los niveles de colesterol HDL, factores que en conjunto contribuyen a disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares en consumidores moderados. **65**

## **Chocolate**

Según Valenzuela, el chocolate negro, elaborado a partir de granos de cacao de alta calidad y rico en flavanoles como la epicatequina, la catequina y las procianidinas, presenta una potente actividad antioxidante; sin embargo, el resveratrol solo se encuentra en concentraciones traza, dependientes de la variedad de cacao y de los procesos de fermentación y conchado, por lo que no constituye una fuente dietética relevante de este polifenol. **66**

## **Consumo de chocolate en la población**

Según datos del Syndicat du Chocolat, en Argentina el consumo anual de chocolate per cápita fue de 2,8 kg en 2022; en Europa, la ingesta varía ampliamente entre 2 kg en países como España y 11 kg en naciones como Alemania y Suiza (10,8 kg), con un promedio continental cercano a 6 kg per cápita. **67**

## **Chocolate y resveratrol**

El chocolate negro con un contenido de cacao superior al 70 % puede aportar trazas de resveratrol procedentes del grano de cacao, y estudios como el de

Florez-Mendez et al., han explorado los efectos de su enriquecimiento con este polifenol sobre la salud metabólica y el estrés oxidativo. En dicho ensayo, la ingesta diaria durante 21 días de una barra de chocolate de 15 g enriquecida con resveratrol y triptófano no modificó significativamente los parámetros de glucemia, perfil lipídico ni ácido úrico, pero sí produjo una disminución estadísticamente significativa de los niveles de insulina y del marcador de estrés oxidativo 8-isoprostano, así como un aumento de la actividad de la enzima catalasa en suero. **68**

### **Beneficios del consumo de chocolate**

Según Pascual et al., los flavanoles presentes en el chocolate negro actúan como potentes antioxidantes que incrementan la capacidad antioxidante plasmática, atenúan el estrés oxidativo y favorecen la función endotelial; asimismo, su ingesta moderada se ha relacionado con una disminución de la presión arterial sistólica y diastólica a través de mecanismos de vasodilatación mediados por óxido nítrico. **69**

### **Maní**

Manach C. et al., señalan que el maní es un alimento de consumo extendido en la población general que aporta ácidos grasos monoinsaturados, proteínas, fibra y una variedad de polifenoles; no obstante, enfatizan que su contenido de resveratrol es muy bajo y no es comparable al de fuentes como la uva o el vino tinto. **70**

### **Consumo de maní en la población**

Origlia reporta que, según un estudio de la Cámara Argentina del Maní, el consumo promedio de maní en Argentina ronda 1 kg por habitante por año; en Europa se sitúa entre 3 y 4 kg, con los valores más elevados en Alemania y Francia; y en Estados Unidos alcanza aproximadamente 3,8 kg por habitante, diferencias que reflejan variaciones culturales y patrones de producción y comercialización. **71**

## **Maní y resveratrol**

Según Manach, la piel del maní contiene trazas de trans-resveratrol, cuyo nivel es sensiblemente inferior al observado en el vino tinto debido a diferencias en la biología del cultivo y en los procesos de fermentación y tostado; sin embargo, se ha explorado su incorporación en matrices alimentarias diversas, como barras de cereales y yogures, para evaluar tanto la estabilidad del compuesto durante el procesado como su liberación controlada en el tracto gastrointestinal. **70**

## **Beneficios del consumo de maní**

Según Sabaté et al., la ingesta regular de maní aporta compuestos con actividad antioxidante que reducen el estrés oxidativo y mejoran la función endotelial; estudios epidemiológicos han asociado el consumo habitual de 30–50 g diarios de maní con una disminución de la presión arterial; y, aunque la concentración de resveratrol en la piel del maní es muy inferior a la encontrada en el vino tinto y no se considera el principal responsable de sus efectos, el consumo de maní forma parte de un patrón dietético vinculado con una menor incidencia de enfermedades cardiovasculares. **72**

## **Frutos rojos y frutillas**

Según Mena et al., la piel de las uvas rojas, arándanos y frutillas contiene resveratrol en concentraciones que oscilan entre 0,15 y 0,67 mg por 100 g de fruto, y la ingesta regular de estas bayas se ha asociado con una mejora de la función endotelial y una disminución de marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva. **73**

El informe anual del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación registró un consumo per cápita de frutillas de 1,1 kg/año en Argentina para 2023, cifra que refleja una tendencia creciente en la última década. **74**

## **Beneficios del consumo de frutos rojos y frutillas**

Según Basu et al., la ingesta regular de frutos rojos, especialmente frutillas, aporta antocianinas y otros flavonoides capaces de neutralizar radicales libres, protegiendo así frente al daño celular y retrasando el envejecimiento prematuro; en un ensayo clínico aleatorizado de seis semanas con 50 g diarios de polvo de frutillas, se observó una mejora significativa de la función endotelial, una reducción de la presión arterial sistólica, un descenso de marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva, y una disminución de la glucemia en ayunas y de F<sub>2</sub>-isoprostanos, evidenciando su papel en la regulación metabólica y la prevención de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. **75**

## **Suplementos en comprimidos**

Según Gambini J. et al., los suplementos de resveratrol han ganado popularidad, especialmente entre adultos mayores interesados en la prevención de enfermedades cardiovasculares; sin embargo, su biodisponibilidad oral sigue siendo motivo de debate, pues aunque la absorción intestinal es elevada, el resveratrol experimenta un intenso metabolismo de primer paso hepático e intestinal que reduce drásticamente la fracción libre circulante y limita su disponibilidad sistémica. **33**

En Argentina el mercado de suplementos con resveratrol reportó un crecimiento medio anual de aproximadamente 5% entre 2017 y 2022, atribuido en gran medida a la demanda de adultos mayores interesados en reducir el riesgo cardiovascular; dado que los informes comerciales combinan proyecciones y datos de venta, conviene interpretar estas cifras con precaución y contrastarlas con fuentes académicas. **76**

Sin embargo, la menor frecuencia de consumo de estos suplementos en comparación con otros países se ha atribuido a factores como la disponibilidad limitada de productos en el canal minorista, el bajo nivel de conocimiento sobre sus beneficios y

el costo económico relativo de las formulaciones con resveratrol, condicionantes señalados por Romero et al., en su análisis del mercado de suplementos dietarios en Argentina. 77

#### **4. ESTADO DEL ARTE**

El resveratrol ha demostrado poseer propiedades antioxidantes y antiinflamatorias que podrían contribuir a la reducción del riesgo cardiovascular; un metaanálisis realizado por Sahebkar et al., evaluó su impacto sobre la presión arterial y los lípidos séricos, mostrando que la suplementación con dosis superiores a 150 mg/día durante al menos ocho semanas reduce significativamente la presión arterial sistólica en promedio 3,2 mmHg y el colesterol LDL en 6,2 mg/dL en individuos con riesgo cardiovascular elevado; sin embargo, los autores señalan que la magnitud de estos efectos varía de forma dosis-dependiente y en función de la duración del tratamiento. **78**

En el ámbito clínico, un ensayo piloto realizado por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) de Estados Unidos, en mujeres menopáusicas con alto índice de masa corporal investigó los efectos del resveratrol en biomarcadores inflamatorios y de estrés oxidativo. Los resultados indicaron una reducción en los niveles de proteínas C reactiva y 8-isoprostaglandina f2 alfa, sugiriendo un efecto protector contra el daño oxidativo. Sin embargo se requieren estudios más amplios para confirmar estos hallazgos. **79**

Asimismo un estudio realizado por Kim et al., aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en 68 pacientes con enfermedad coronaria estable, administrando 100 mg/día de resveratrol por vía oral durante 12 semanas, y observaron que las concentraciones plasmáticas de resveratrol se correlacionaron positivamente con mejoras de la dilatación mediada por flujo de la arteria braquial y con reducciones significativas de los niveles de proteína C reactiva de alta sensibilidad e interleucina-6, lo que sugiere un efecto cardioprotector mediado por mecanismos antiinflamatorios y de preservación de la función endotelial. **80**

Según Renaud y de Lorgeril, en su estudio observacional prospectivo realizado en Francia, el consumo moderado de vino tinto (equivalente a 30–50 g de alcohol diario) se asoció con una reducción aproximada del 30 % en la incidencia de enfermedad

coronaria, efecto que los autores atribuyeron a la acción antioxidante y antiinflamatoria del resveratrol y otros polifenoles presentes en la matriz del vino tinto. **81**

Los datos del VIGITEL muestran que solo el 15,2% de los adultos de 45 a 59 años consumen frutas al menos cinco días a la semana, indicador que refleja una baja ingesta de fuentes alimentarias potencialmente ricas en resveratrol, como uvas y frutos rojos, y subraya la necesidad de implementar estrategias educativas dirigidas a aumentar el consumo regular de frutas en este grupo etario. **82**

El estudio realizado por Bauer JA y Sinclair DA, ha determinado que la dosis de resveratrol de seguridad para alcanzar efecto terapéutico oscila entre 150 mg y 500 mg diarios, mostrando beneficios en la salud cardiovascular como la reducción de la presión arterial y la mejora de la función endotelial; por otra parte dosis más altas de hasta 1 gramo diario, han sido utilizadas en investigaciones específicas. Pero requieren de supervisión médica debido a posibles efectos secundarios como molestias gastrointestinales. **50**

De acuerdo con Vinet et al., el patrón de consumo global de resveratrol es dual, ya que en los países desarrollados el vino tinto constituye la principal fuente dietética, mientras que en regiones con menor acceso se obtienen cantidades apreciables de este polifenol a través de uvas y frutos rojos; pese a la amplia evidencia in vitro y clínica que respalda sus acciones antioxidantes, antiinflamatorias y de mejora de la función endotelial en la prevención de enfermedades cardiovasculares, la disparidad en las dosis administradas, la limitada biodisponibilidad oral y la heterogeneidad en el diseño y la duración de los estudios dificultan su validación como agente terapéutico para estas patologías; por ello, los autores enfatizan la necesidad de ensayos clínicos controlados de gran tamaño, con protocolos estandarizados y seguimiento prolongado, que permitan consensuar dosis eficaces y seguras para fundamentar futuras recomendaciones de ingesta destinadas al tratamiento y prevención de enfermedades cardiovasculares. **55**

## **5. PREGUNTA PROBLEMA**

¿Cuál es la percepción y cuáles son los hábitos de consumo de productos que contienen resveratrol en la población adulta de entre 40 y 65 años del área AMBA durante el año 2025?.

## **6. PREGUNTAS ESPECÍFICAS**

1. ¿Cuál es el grado de conocimiento que posee la población sobre el resveratrol y cuáles son los beneficios potenciales que se asocian con la salud cardiovascular?.
2. ¿Cuál es la percepción que posee la población acerca del consumo de resveratrol?.
3. ¿Cuáles son los alimentos ricos en resveratrol (vino, uvas, chocolate, arándanos, maní, entre otros) que son consumidos en la población?.
4. ¿Cuáles son los factores influyen en la elección de consumo de alimentos que contienen resveratrol entre la población adulta ?.

## **7. OBJETIVO GENERAL**

Conocer la percepción y hábitos de consumo de alimentos que contienen resveratrol en la población de entre 40 y 65 años de edad del área del AMBA.

## 8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el grado de conocimiento sobre el resveratrol:** Analizar el nivel de conocimiento de la población acerca del resveratrol (beneficios, orígenes, riesgos asociados); y sus posibles beneficios para la salud para la salud cardiovascular.
- Identificar los hábitos de consumo de alimentos con resveratrol:** Cuantificar y caracterizar la frecuencia y cantidad en que se consumen estos alimentos.
- Determinar los factores que influyen en su elección de consumo:** Establecer factores que influyen en su consumo y/o elección; diferenciando variables sociodemográficas, económicas, culturales, recomendaciones de profesionales de salud, publicidad.
- Explorar la percepción de la población acerca de los posibles beneficios del resveratrol:** analizar cuál es la influencia del resveratrol en su salud y bienestar, y si esta percepción impacta en sus decisiones alimentarias.
- Describir la relación entre el nivel de conocimiento sobre el resveratrol y el consumo en la dieta habitual de alimentos que lo contienen:** establecer el nivel de consumo de alimentos fuentes de resveratrol a través de la frecuencia de consumo y el tamaño de porción, considerando la estacionalidad y el nivel de conocimiento sobre el término resveratrol.

## **9. MATERIALES Y MÉTODOS**

- Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, cuantitativo, prospectivo, de corte transversal.
- Tipo de muestreo: no probabilístico, aleatorio, por bola de nieve.
- Población: Participantes con edades comprendidas de entre 40 y 65 años.
- Muestra: Participantes con edades comprendidas de entre 40 y 65 años, que residan en el área del AMBA.

## **9.1 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD**

### **Criterios de inclusión**

- Residencia: Personas que residen en el área del AMBA.
- Edad: Participantes con edades comprendidas de entre 40 a 65 años de edad.
- Sexo: ambos sexos.
- Conectividad: Personas con acceso a internet, ya que la recolección de datos se realiza a través de encuestas digitales.
- Alfabetización: Participantes que sepan leer y escribir, asegurando comprensión de los instrumentos de recolección de datos.
- Consentimiento informado: Individuos que acepten de forma voluntaria participar, y que firmen el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

- Mujeres que se encuentren en periodo de lactancia o gestación.
- Personas que hayan sufrido un evento cardiovascular (ACV, IAM, otros)
- Personas que se encuentren bajo tratamiento médico por otras patologías.

### **Criterios de eliminación**

- Cuestionario incompleto o datos insuficientes.
- Respuestas fuera del contexto del estudio: uso de lenguaje ofensivo, incoherente o irrelevante en las respuestas abiertas, respuestas que claramente no abordan la temática del cuestionario.

## **9.2. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se garantizó que la participación en el estudio sobre: “la percepción y hábitos de consumo de productos con resveratrol”, fue completamente anónima asegurando la privacidad y confidencialidad de los datos recopilados. Todos los participantes fueron informados previamente sobre los objetivos del trabajo de estudio y firmaron el consentimiento informado, requisito indispensable para su participación. Se enfatizó que el estudio es de carácter voluntario, por lo que cada individuo tuvo la libertad de retirarse en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión.

Asimismo, se aclaró que no se otorgaría ningún tipo de retribución económica por participar en el estudio, garantizando que las respuestas sean honestas y libres de influencia externa. La selección de la muestra se realizó con especial cuidado para evitar sesgos, asegurando que los resultados reflejaran una visión objetiva y basada en evidencia científica.

La recopilación de datos se llevó a cabo de manera transparente y segura, cumpliendo estrictamente con las disposiciones del Protocolo de Helsinki.

Además, el estudio se apoyó en herramientas digitales que permitieron el acceso controlado a la información, asegurando la protección de los datos recopilados.

Por último, se garantizó que los datos obtenidos serían utilizados exclusivamente con fines de estudio, respetando en todo momento la integridad de los participantes y asegurando que los resultados sean analizados con rigor metodológico, sin manipulación ni sesgos que pudieran comprometer la validez del estudio.

### **9.3. PRUEBA PILOTO**

Previo a la recolección de datos se realizará una prueba piloto, con la finalidad de evaluar la lecto-comprensión del instrumento (cuestionario autoadministrado), que en caso de ser necesario, se realizarán modificaciones para mejorar la comprensión y/o recolección de datos.

## 9.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Instrumento
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, medido en años.	Tiempo cronológico	Cantidad de años	Numérica (años)	Cuantitativa discreta policotómica	Pregunta cerrada con opción múltiple
<b>Sexo</b>	Clasificación biológica de individuos en femenino y masculino	Identidad biológica	Categorización Femenino Masculino	Femenino; Masculino	Cualitativa nominal dicotómica	Pregunta cerrada
<b>Nivel educativo alcanzado</b>	Grado máximo de educación alcanzado.	Nivel de estudios	Nivel de estudios completado.	Primario / Secundario / terciario/ Universitario / Posgrado	Cualitativa ordinal policotómica	Pregunta cerrada con opción múltiple
<b>Ocupación</b>	Situación laboral actual del participante	Estado laboral	Empleado, desempleado	Bajo relación de dependencia/ autónomo/jubilados/pensionado/ desempleado	Cualitativa nominal policotómica	Pregunta cerrada con opción múltiple
<b>Lugar de residencia</b>	Ubicación geográfica del participante	Ubicación geográfica	Clasificación geográfica del lugar de residencia	CABA /Conurbano bonaerense/ Otra	Cualitativa nominal Policotómica	Pregunta cerrada con opción múltiple
<b>Antecedentes de ECV</b>	Autoreporte de evento cardiovascular	antecedentes de enfermedades cardiovasculares	Reporte de antecedente cardiovascular	Si / No	Cualitativa nominal dicotómica	Pregunta cerrada

<b>Tipo de afección</b>	Clasificación del diagnóstico que afectó al sistema cardiovascular	Tipo de afección cardiovascular	Reporte del tipo de afección cardiovascular	Texto categorizable	Cualitativa nominal policotómica	Respuesta corta
<b>Tratamiento médico</b>	Tipo de tratamiento aplicado para controlar las condiciones cardiovasculares	Intervención médica	Modalidad del tratamiento	Medicamentos antihipertensivos, hipocolesterolmiantes, anticoagulantes, antiagregante plaquetarios, otros	Cualitativa nominal policotómica	Pregunta cerrada de opción múltiple
<b>Fuentes de información sobre alimentación y salud</b>	Canales o medios de consulta	Acceso y utilización de canales de información	Principal medio de consulta	Profesionales de salud/ sitios web / medios tradicionales/ familiares y amigos / inteligencia artificial / otros	Cualitativa nominal policotómica	Pregunta cerrada de opción múltiple
<b>Conocimiento sobre el resveratrol</b>	Familiaridad con el compuesto	Conocimiento	Nivel de conocimiento autoevaluado	Si; No Posibilidad de calificar nivel de conocimiento	Cualitativa ordinal dicotómica	Pregunta cerrada / Escala de Likert
<b>Percepción de efectos sobre la salud</b>	Evaluación subjetiva acerca de los efectos sobre la salud	Percepción	Percepción autoinformada	Percibe efectos positivos/ negativos/ que no posee efectos / no posee opinión-desconoce	Cualitativa nominal policotómica	Pregunta cerrada con opción múltiple
<b>Percepción acerca del consumo</b>	Ventajas o desventajas del consumo del compuesto	Percepción	Percepción autoinformada	Percibe ventajas/ desventajas / desconoce-no posee opinión	Cualitativa nominal policotómica	Pregunta cerrada con opción múltiple

<b>Consumo de alimentos fuente de resveratrol</b>	Medida de consumo en frecuencia de ingesta y cantidad consumida por semana porciones, gramos, unidades; de consumo de productos con resveratrol	Frecuencia y cantidad de consumo	Número de ingestas / Cantidad en porciones, gramos, unidades	Nunca / < 1 vez por semana / 2-4 veces por semana / 5-6 veces por semana / diariamente/ 1 vez cada 15 días/ mensualmente/ menos de 1 vez al mes Unidad de medición de masa según corresponda al alimento	Cuantitativa discreta policotómica	Pregunta cerrada con opción múltiple
<b>Principal motivo de consumo</b>	Razón principal por la cual el participante consume productos con resveratrol	Motivación de consumo	Autoidentificación de la motivación de consumo.	Recomendación de profesionales/ conocimiento/ sabor y preferencia/ publicidad y marketing/ precio y accesibilidad / no consume	Cualitativa nominal policotómica	Pregunta cerrada con opción múltiple
<b>Barreras o limitantes que influyen en el consumo de resveratrol</b>	Identificación / reconocimiento de las barreras que limitan el consumo	Razón que limita o impide el consumo	Limitantes de consumo	Económicas/ disponibilidad en el mercado/ desconfianza/ falta de hábitos/ falta de información	Cualitativa nominal policotómica	Pregunta cerrada con opción múltiple
<b>Intención de modificar el consumo</b>	Predisposición a modificar la ingesta de productos con resveratrol.	Intención de consumo	Plan de consumo	Incorporaría/ incorporaría sólo si ya forman parte de mi alimentación/ evitaría incorporarlos/ buscaría información/ no tomaría ninguna acción	Cualitativa nominal policotómica	Pregunta cerrada con opción múltiple

## **9.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Este instrumento consiste en un cuestionario autoadministrado, de elaboración propia, sin validación previa, no remunerado, de carácter voluntario requiere de consentimiento informado previo y los participantes pueden retirarse en cualquier momento sin expresión de causa ni perjuicio alguno. Se encuentra diseñado para recopilar información cuantitativa y cualitativa en el marco de la tesina. Consta de 19 ítems que combinan preguntas de opción múltiple, cerradas dicotómicas y de respuesta corta. El tiempo estimado de respuesta es de 10 minutos y se garantiza el anonimato de los participantes.

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeGdfjhazNJYDVkxWfKC-JN6GJDq-uYIsj3CeNq4fBfPcdDMO/viewform?usp=header>

## 9.6. PLAN OPERATIVO

Mes/ Año	abr-25	may-25	jun-25	jul-25	ago-25	sept-25	oct-25	nov-25
<b>Presentación del proyecto</b>								
<b>Marco Teórico</b>								
<b>Elaboración de Objetivos</b>								
<b>Operacionalización de variables</b>								
<b>Elaboración de Instrumentos</b>								
<b>Prueba piloto</b>								
<b>Ajuste de los instrumentos</b>								
<b>Recolección de datos</b>								
<b>Reporte de resultados</b>								
<b>Elaboración de resultados e informe final</b>								
<b>Discusión</b>								
<b>Conclusiones</b>								

## **9.7. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

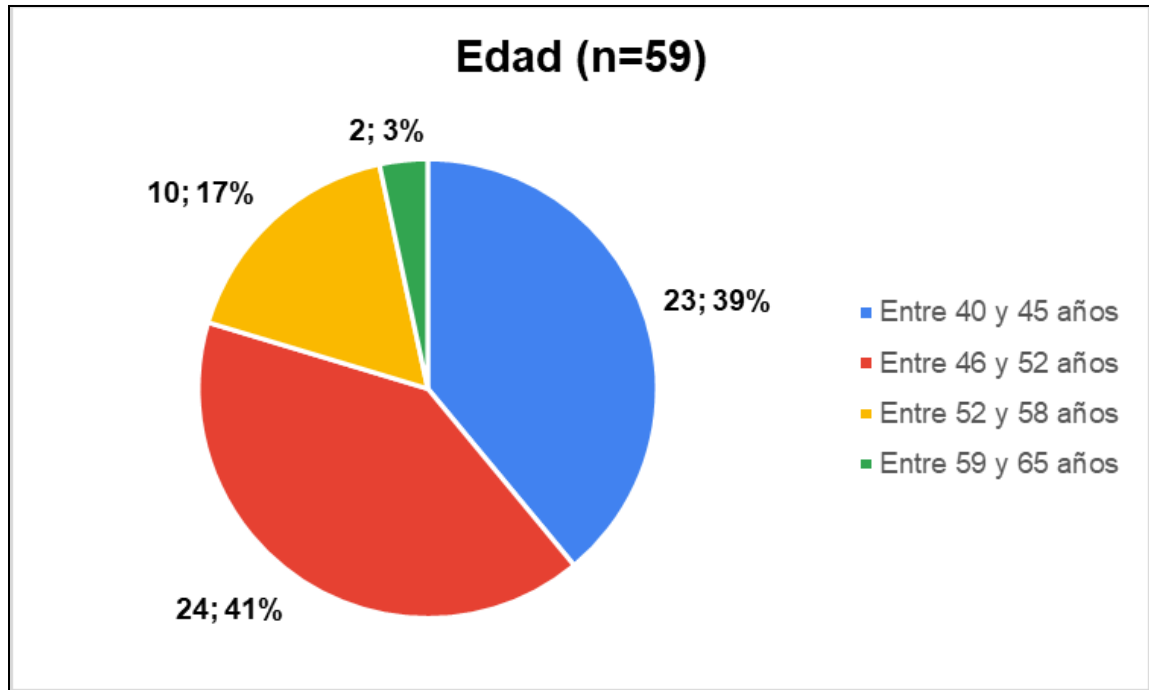
Se reclutaron inicialmente 88 participantes. Tras aplicar los criterios de exclusión: mujeres en periodo de gestación o lactancia; personas con antecedente de evento cardiovascular (ACV, IAM); personas bajo tratamiento médico por patologías no relacionadas con el propósito del estudio; la muestra final para análisis quedó conformada por 59 participantes.

Se describieron las características sociodemográficas y clínicas de la muestra final mediante frecuencias y porcentajes para variables categóricas, y mediante mediana y rango intercuartílico para variables continuas. El análisis principal caracterizó la percepción expresada por los participantes acerca del término resveratrol, y en las medidas de consumo habitual de alimentos fuentes de resveratrol (frecuencia y porciones semanales estandarizadas), considerando la estacionalidad reportada por los participantes.

Los resultados se presentaron en tablas y figuras que resumieron frecuencias y porcentajes para variables categóricas, medianas y rango intercuartílico para variables continuas, estimaciones de porciones semanales, considerando la información sobre estacionalidad de los alimentos; se incluyeron además tabulaciones conjuntas. El manejo de datos faltantes se realizó mediante análisis por casos completos en las variables clave; las observaciones sin información esencial fueron registradas y excluidas del análisis.

## TABLAS Y GRÁFICOS

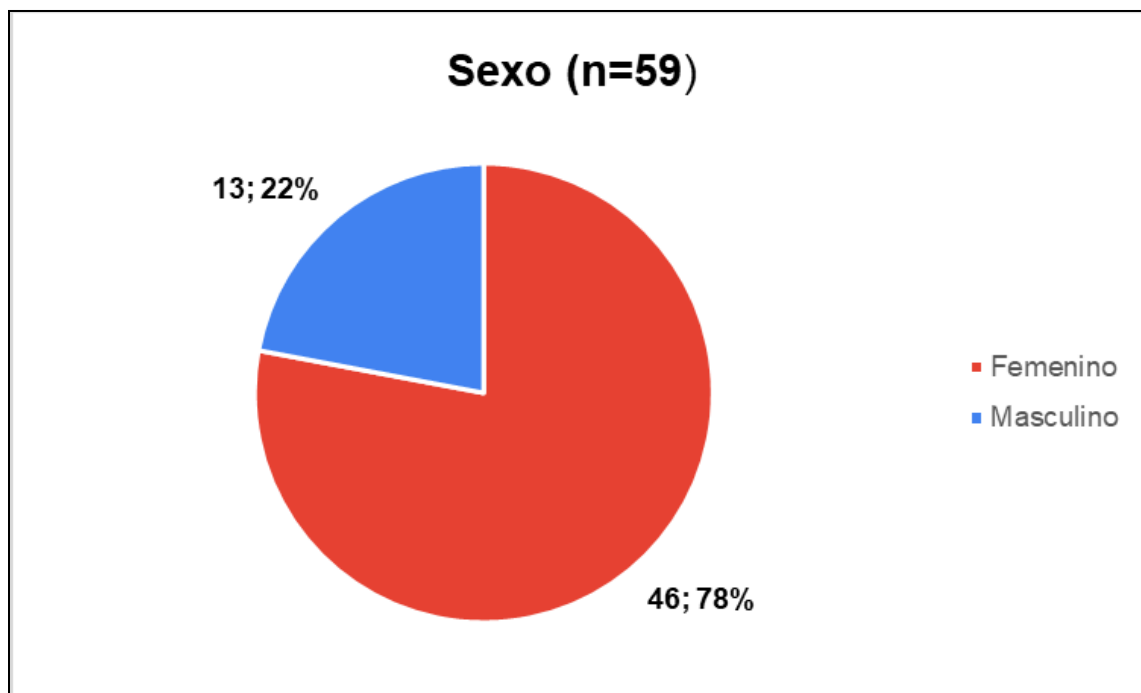
**Gráfico N° 1-** Distribución de la edad en la muestra, expresadas en porcentajes (n=59)



**Fuente:** Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

Se registró que el 41% de los participantes (n=24) pertenecían al rango etario de 46 a 52 años, mientras que otro 39% (n=23) se ubican entre los 40 y 45 años de edad, conformando así los grupos mayoritarios dentro de la muestra estudiada.

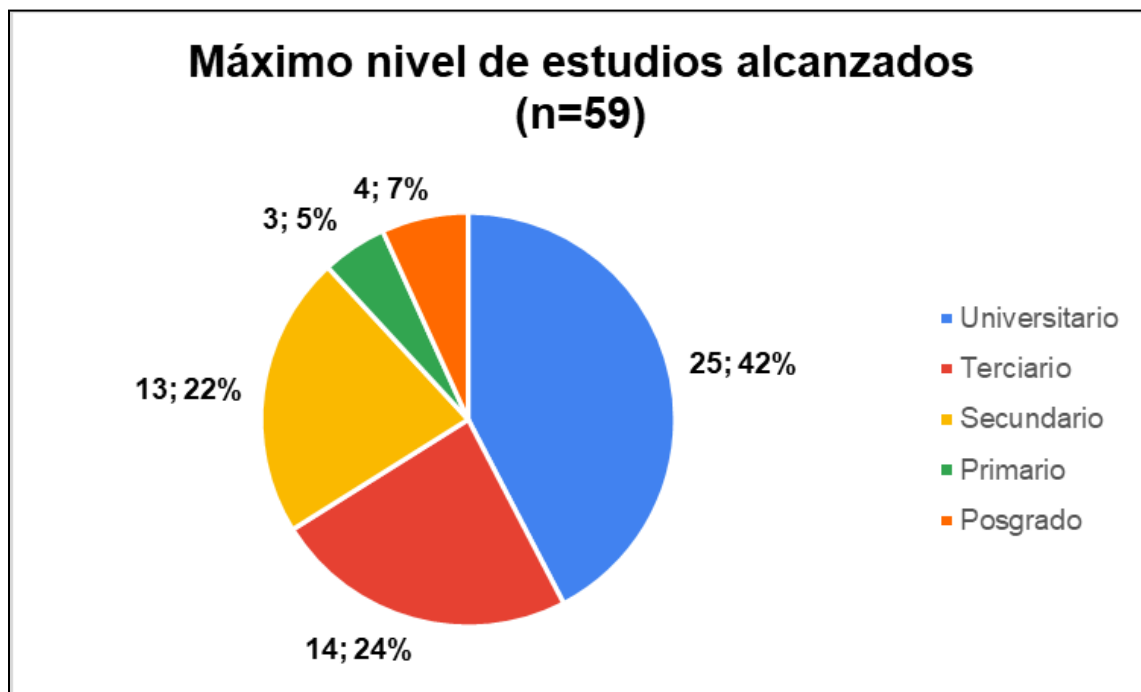
**Gráfico N° 2-** Distribucion del sexo en la muestra, expresados en porcentajes (n=59)



**Fuente:** Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

Se observó que el 78% de los encuestados (n=46) pertenecían al sexo femenino.

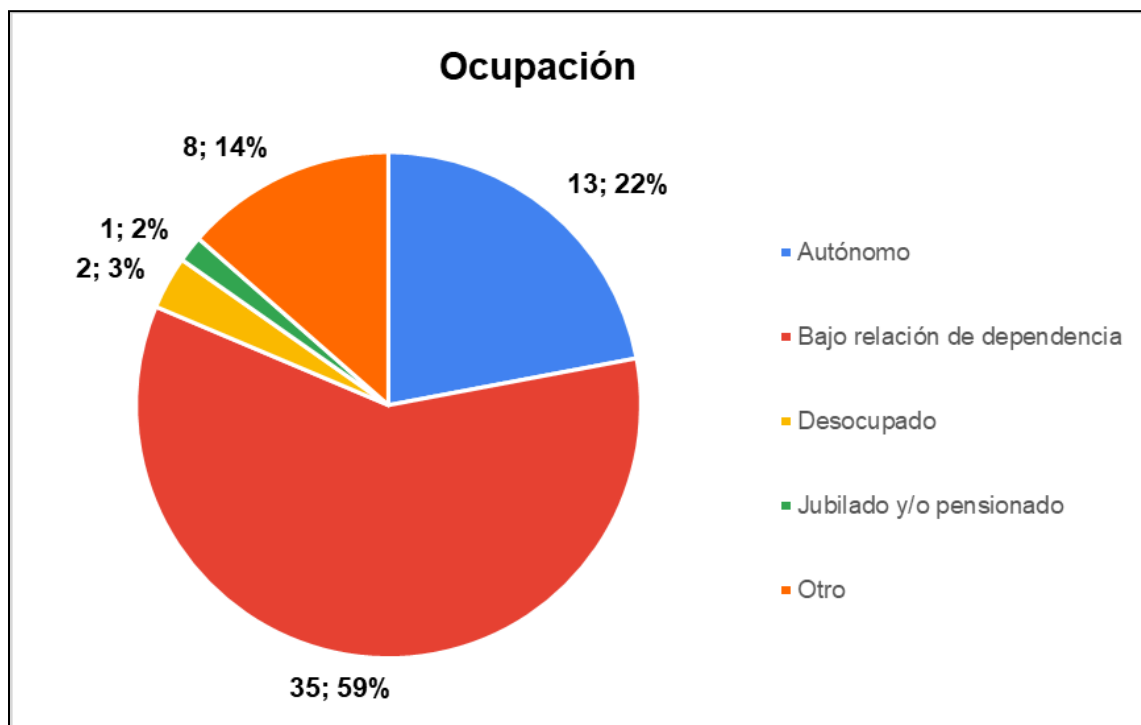
**Gráfico N° 3-** Distribución del máximo nivel de estudios alcanzados en la muestra, expresados en porcentajes (n=59)



**Fuente:** Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

En cuanto al nivel educativo más alto alcanzado, el 42% de la muestra analizada (n=25) alcanzó título universitario, otro 24 % (n=14) realizó estudios terciarios y el 5 % (n = 3) completó la educación primaria.

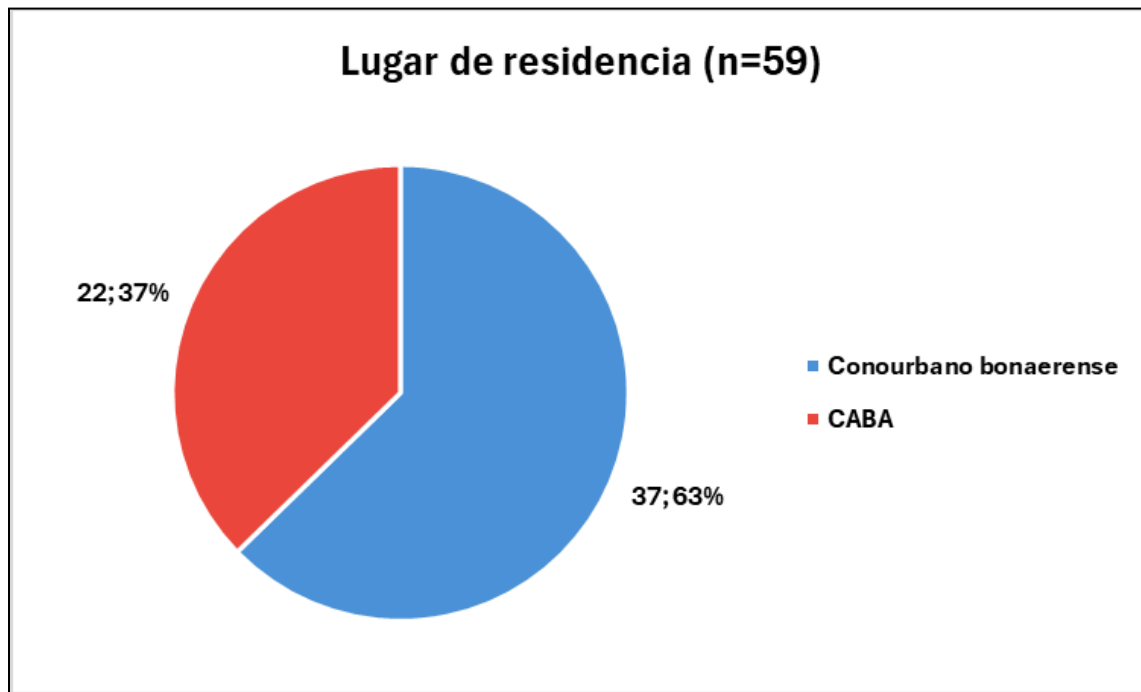
**Gráfico N° 4-** Distribución del nivel de ocupación en la muestra, expresados en porcentajes (n=59)



**Fuente:** Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

Respecto al nivel de ocupación, se identificó que un 59% (n=35) se desempeñaba en empleos bajo relación de dependencia, mientras que otro 22% (n=13) ejercía su actividad laboral de forma autónoma.

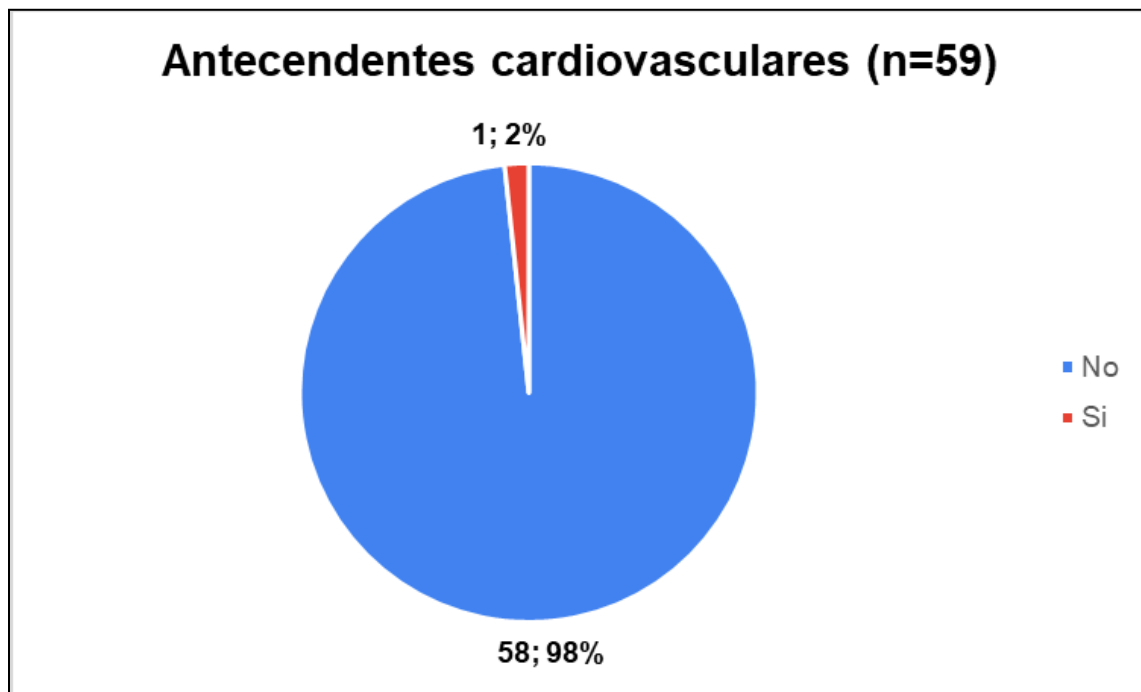
**Gráfico N° 5-** Distribución del lugar de residencia en la muestra, expresados en porcentajes (n=59)



**Fuente:** Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

El 63% de la muestra (n=37) residía en el área del conurbano bonaerense y el 37% (n=22) en CABA.

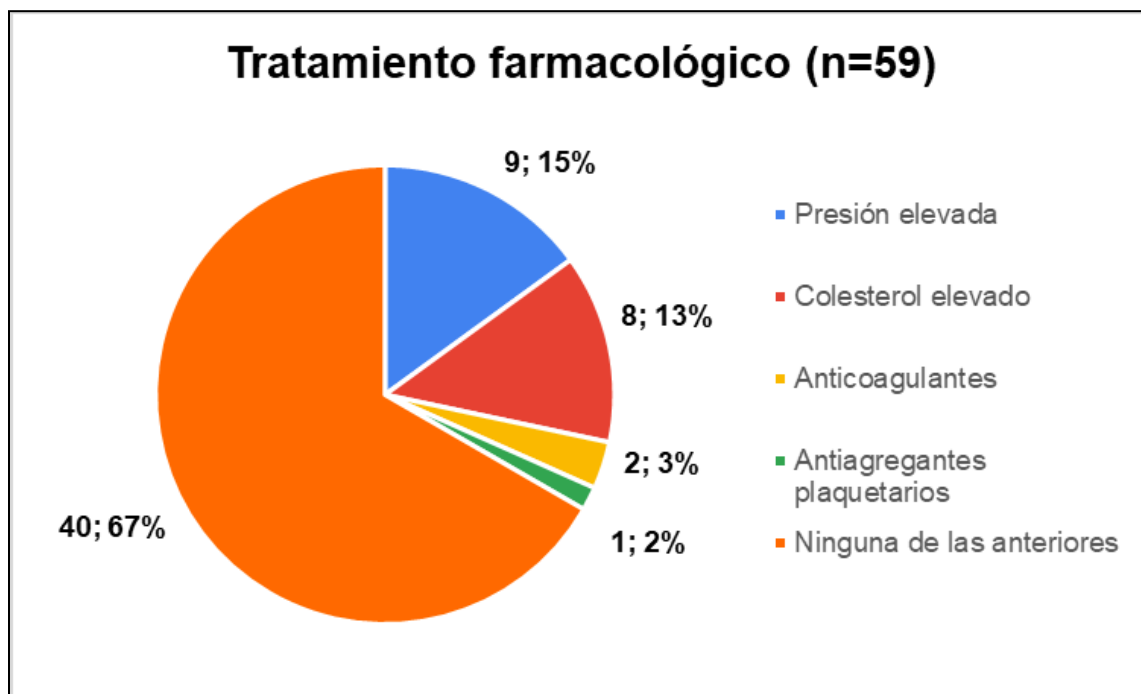
**Gráfico N° 6-** Distribución sobre antecedentes cardiovasculares en la muestra, expresados en porcentajes (n=59)



**Fuente:** Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

El 2% de la muestra (n=1) había sufrido algún evento cardiovascular; identificándose la angina de pecho como afección reportada.

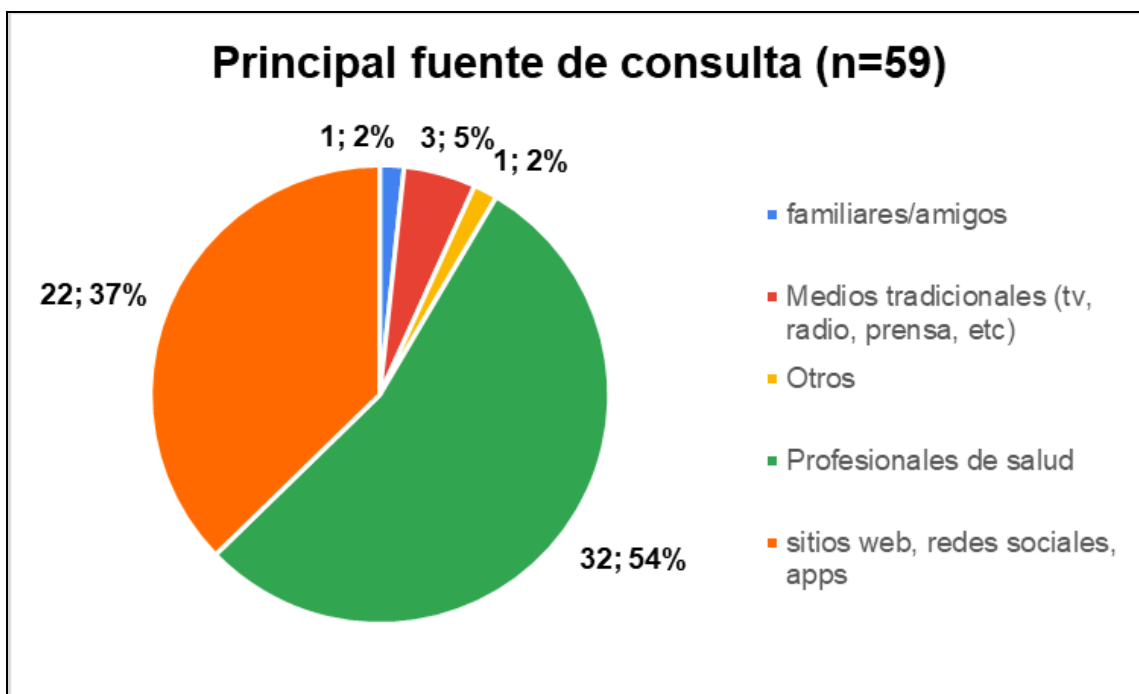
**Gráfico N° 7-** Distribución de tratamiento farmacológico actual en la muestra, expresados en porcentajes (n=59)



**Fuente:** Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

Respecto al uso de tratamiento farmacológico, el 67% de la muestra (n=40) no había recibido medicación previa. En contraste, el 33% restante (n=19) había estado bajo tratamiento. Resultó que el 15% (n=9) recibía tratamiento para la presión elevada y un 13% (n=8) recibía tratamiento para el colesterol elevado.

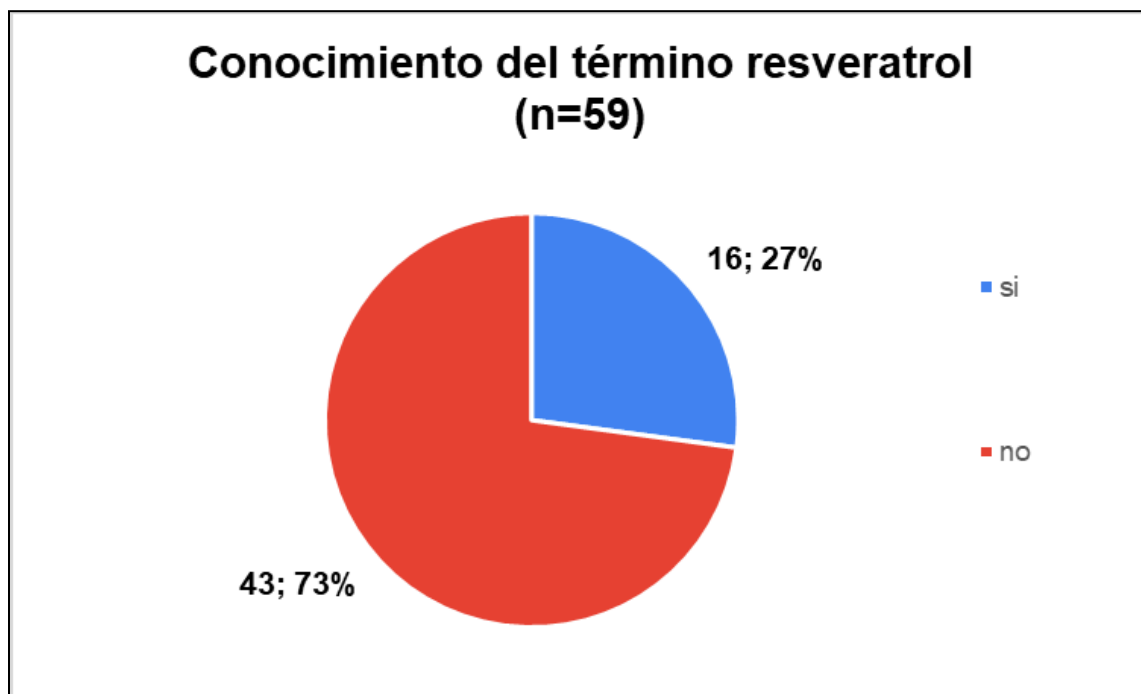
**Gráfico N° 8-** Distribución de principales fuentes de consulta sobre alimentación y salud en la muestra, expresadas en porcentajes (n=59)



**Fuente:** Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

Se observó que, en relación con la principal fuente de consulta sobre temas vinculados a la alimentación y la salud, el 54% de los participantes (n=32) había recurrido a profesionales de la salud. En tanto que otro 37% (n=22) había utilizado sitios web, redes sociales y aplicaciones como medio de información.

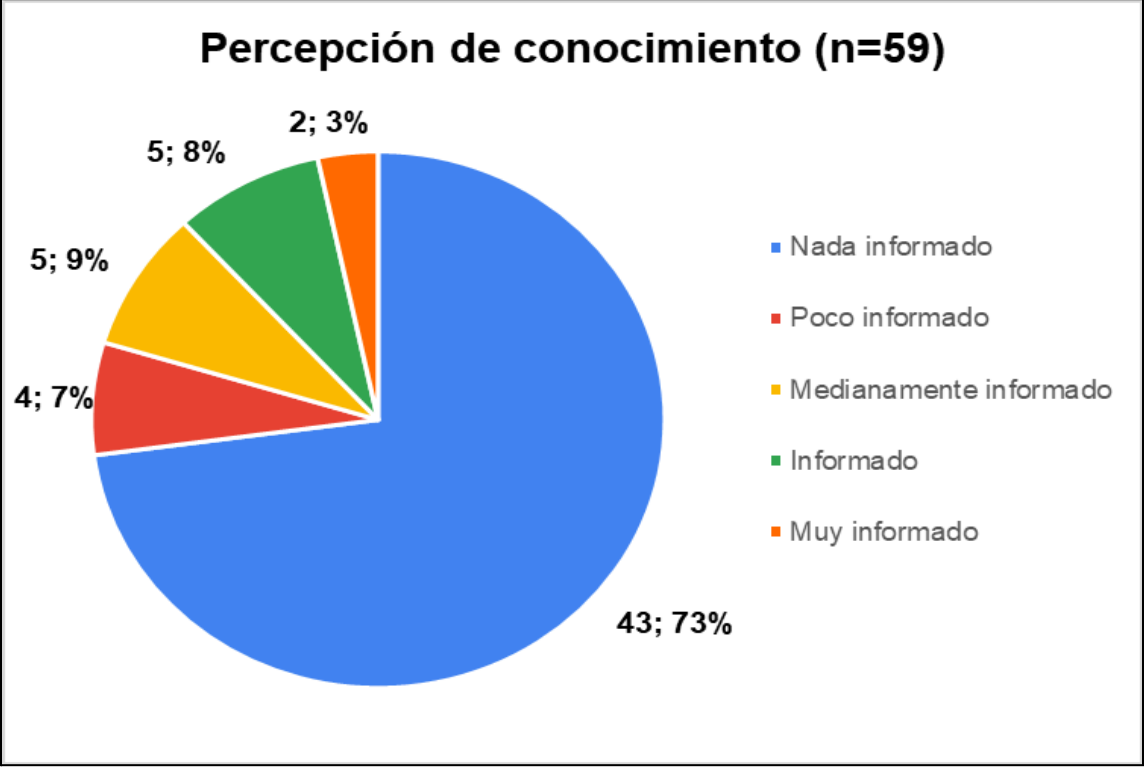
**Gráfico N° 9-** Distribución sobre conocimiento del término resveratrol en la muestra, expresados en porcentajes (n=59)



**Fuente:** Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

En relación con el conocimiento y/o familiaridad del término “resveratrol”, se observó que el 73% de los participantes (n=43) no lo había escuchado previamente o manifestaba desconocimiento sobre su significado.

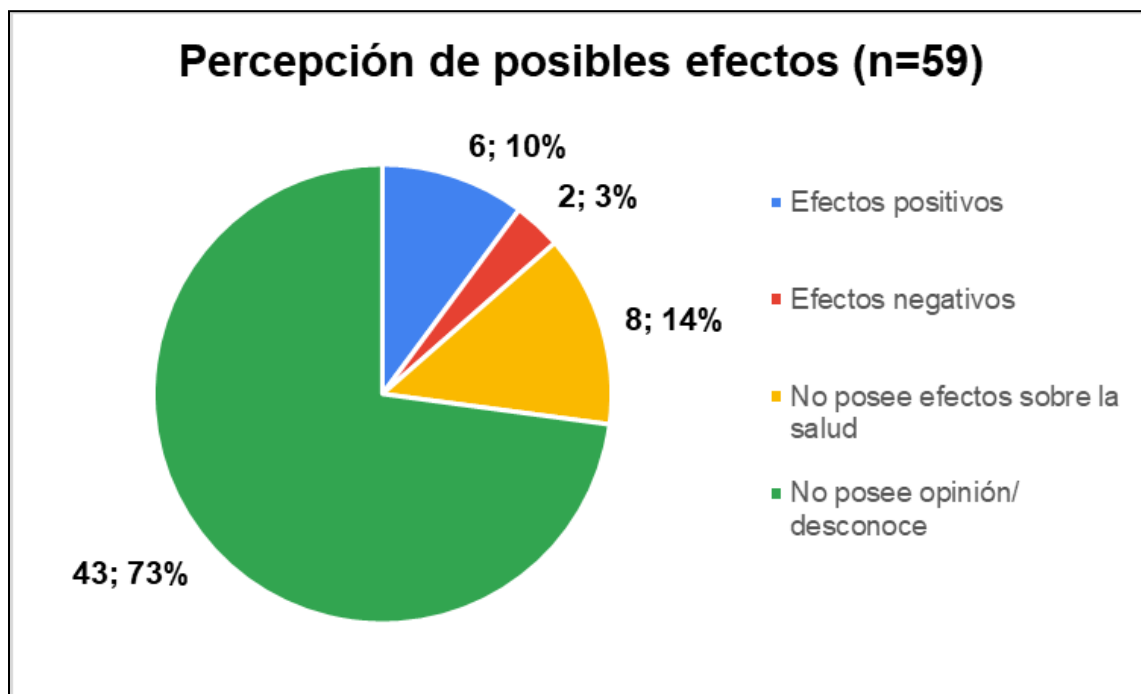
**Gráfico N° 10-** Distribución sobre percepción del conocimiento del término resveratrol en la muestra, expresadas en porcentajes (n=59)



Fuente: Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

En relación con el nivel de conocimiento percibido, resultó que el 73% de la muestra (n=43) manifestó no estar informado sobre el término resveratrol, mientras que un 9% (n=5) se consideró medianamente informado.

**Gráfico N° 11-** Distribución de percepción acerca de los posibles efectos del resveratrol sobre la salud en la muestra, expresadas en porcentajes (n=59)



**Fuente:** Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

El análisis demostró que 73% de la muestra (n=43) desconocía o no poseía opinión acerca de los posibles efectos del compuesto sobre la salud, un 14% (n=8) no atribuía efectos a la acción del resveratrol sobre la salud, mientras que otro 10% (n=6) lo asociaba con beneficios potenciales.

El 73% (n=43) expresó no poseer opinión y/o desconocimiento; el 10% (n=6) expresó beneficios antioxidantes y cardiovasculares en referencia al consumo de alimentos que contienen resveratrol.

**Tabla N° 1-** Distribución acerca de frecuencia de consumo de alimentos con resveratrol en la muestra, expresadas en porcentajes (n=59)

<b>Alimento</b>	<b>Diario (n, %)</b>	<b>Semanal (n, %)</b>	<b>Ocasional (n, %)</b>	<b>Nunca (n, %)</b>
<b>Vino tinto</b>	1 (2%)	39(66%)	16 (27%)	3 (5%)
<b>Uvas frescas y/o pasas negras</b>	4 (7%)	23(39%)	18 (30.5%)	14(24%)
<b>Maní y/o pasta de maní</b>	3 (5%)	27(46%)	17 (29%)	12(20%)
<b>Chocolate oscuro</b>	0 (0,0%)	21(36%)	23 (39%)	15(25%)
<b>Frutos rojos</b>	0 (0,0%)	2 (3.5%)	41 (69,5%)	16(27%)

Fuente: Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

Los datos muestran la frecuencia de consumo de cinco fuentes alimentarias de resveratrol, sobre la muestra (n=59). Las proporciones por alimento se resumen en porcentajes:

Vino tinto: 1 (2%) diario; 39 (66%) semanal; 16 (27%) ocasional; 3 (5%) nunca.

Uvas frescas y/o pasas negras: 4 (7%) diario; 23 (39%) semanal; 18 (30.5%) ocasional; 14 (24%) nunca.

Maní y/o pasta de maní: 3 (5%) diario; 27 (46%) semanal; 17 (29%) ocasional; 12 (20%) nunca.

Chocolate oscuro: 0 (0%) diario; 21 (36%) semanal; 23 (39%) ocasional; 15 (25%) nunca.

Frutos rojos: 0 (0%) diario; 2 (3.5%) semanal; 41 (69.5%) ocasional; 16 (27%) nunca.

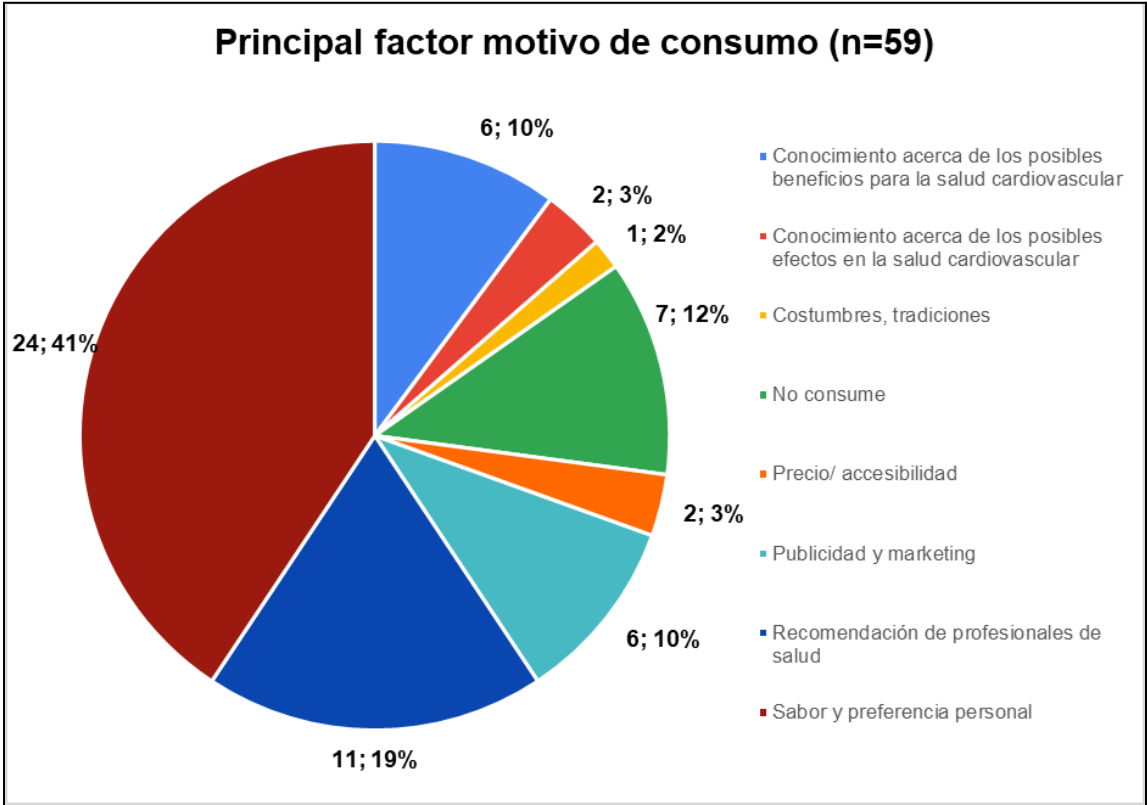
Nº 2- Distribución de la cantidad semanal ingerida por unidad de consumo, de alimentos con resveratrol, en la muestra (n=59)

Alimento	Unidad de consumo	n casos completos	% (n=59)	Mediana porciones/ semana RIC
Vino tinto	Copa = 200 ml	39	66%	2 (1-4)
Chocolate negro $\geq 60\%$	Barra = 20 g	37	63%	3 (1-5)
Cacao puro	Cucharada = 20 g	30	51%	2 (1-3)
Uvas frescas negras/moradas	Porción = 100 g	23	39%	1 (0-2)
Pasas de uva negras	Porción = 30 g	23	39%	1 (0-2)
Maní	Puñado = 30 g	22	37%	1 (0-2)
Pasta de maní	Cucharada = 20 g	16	27%	1 (0-1)
Frutos rojos frescos	Puñado = 30 g	15	25%	1 (0-2)
Frutos rojos congelados	Puñado = 30 g	7	12%	0 (0-1)
Jugo de arándanos	Vaso = 250 ml	3	5%	0 (0-1)

Fuente: Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

En el análisis de la muestra (n=59), el vino tinto se reportó en un 66% (n=39) con mediana de 2 porciones/semana (RIC 1–4), el chocolate negro  $\geq 60\%$  en un 63% (n=37) con mediana de 3 porciones/semana (RIC 1–5) y el cacao puro en un 51% (n=30) con mediana de 2 porciones/semana (RIC 1–3); las uvas frescas negras/moradas y las pasas de uva alcanzaron un 39% cada una (n=23) con mediana de 1 porción/semana (RIC 0–2); el maní se registró en un 37% (n=22) con mediana de 1 (RIC 0–2) y la pasta de maní en 27% (n=16) con mediana de 1 (RIC 0–1); los frutos rojos frescos y congelados se registraron en un 25% (n=15; mediana de 1, RIC 0–2) y 12% (n=7; mediana de 0, RIC 0–1) respectivamente, y el jugo de arándanos en un 5% (n=3; mediana de 0, RIC 0–1); las cifras por fila corresponden a casos completos para cada alimento y la estacionalidad fue considerada en el registro de frutas frescas y frutos rojos.

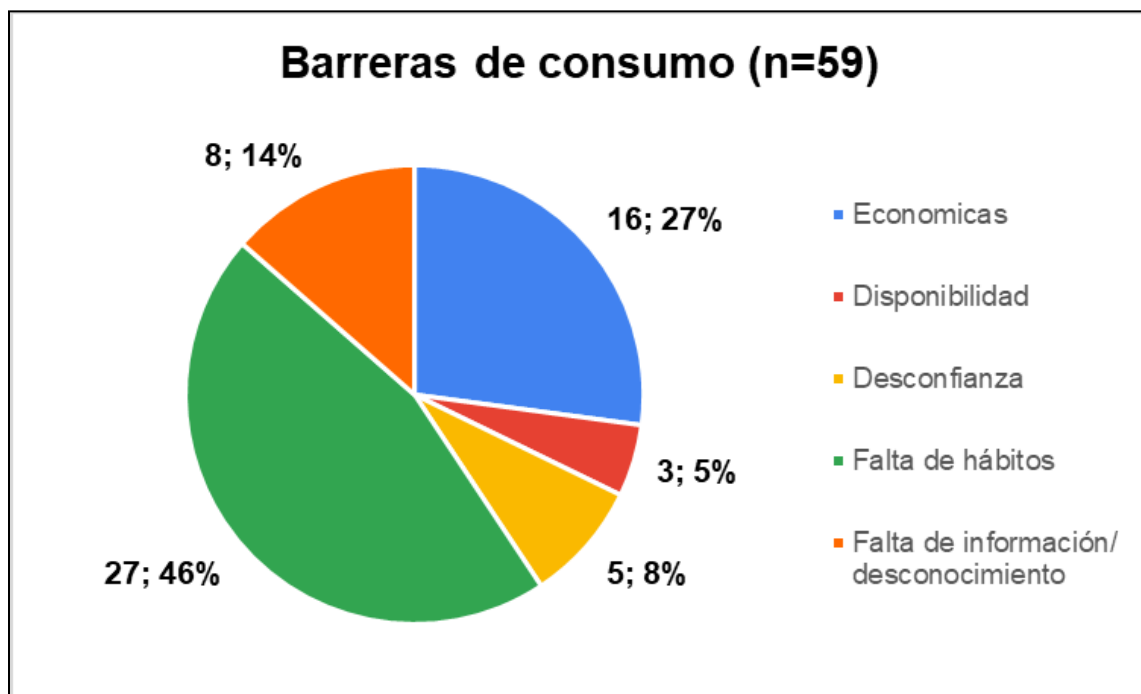
**Gráfico N° 12-** Distribución acerca del principal factor que motiva el consumo de alimentos que poseen resveratrol, en la muestra, expresados en porcentajes (n=59)



Fuente: Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

Se identificó que el 39 % de la muestra (n=23) señaló el sabor y la preferencia como el principal factor que motivó el consumo de alimentos con resveratrol, mientras que un 14 % (n=8) lo hizo influido por la publicidad y el marketing asociados a dichos productos.

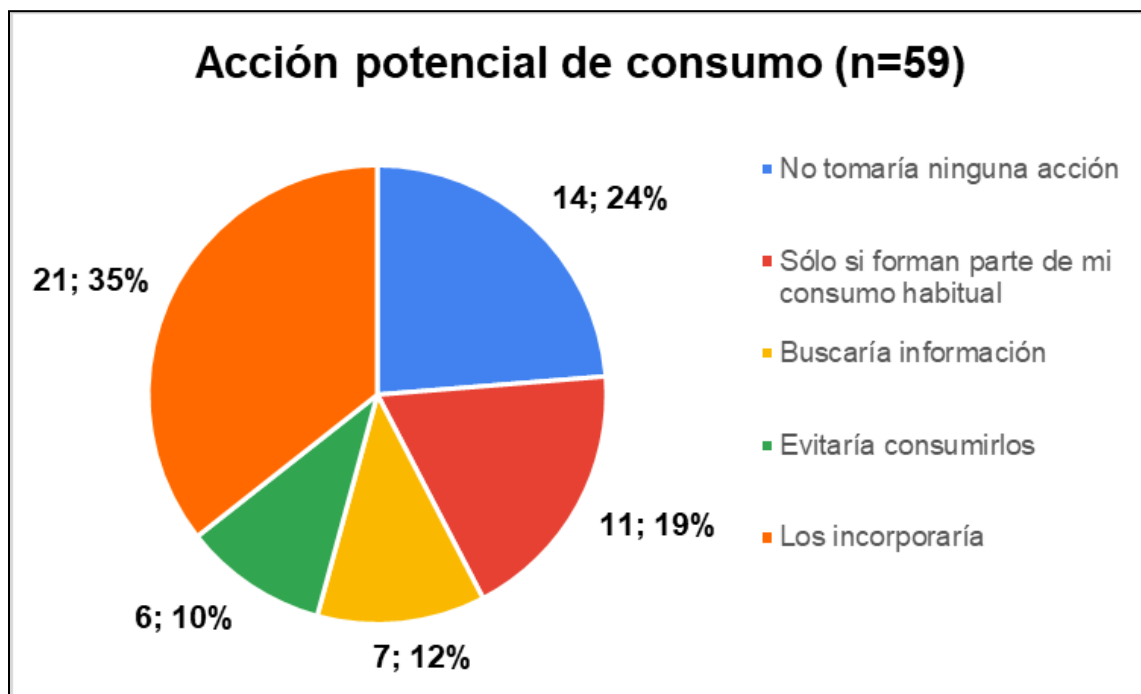
**Gráfico N° 13-** Distribución acerca de las barreras y/o limitantes que pueden influir en la elección de consumo de alimentos que poseen resveratrol, en la muestra, expresados en porcentajes (n=59)



**Fuente:** Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

Se observó que el 46% de los participantes (n=27) identificó la falta de hábitos como la principal barrera para el consumo de alimentos con resveratrol. Asimismo, el 27% (n=16) consideró que los precios elevados de estos productos limitaron su elección de consumo.

**Gráfico N° 15-** Distribución acerca de las posibles acciones de consumo de alimentos que poseen resveratrol en la muestra, expresadas en porcentajes (n=59).



**Fuente:** Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

Respecto a las acciones potenciales vinculadas al consumo de alimentos que contienen resveratrol, se observó que el 37% de los participantes (n=21) manifestó disposición a incorporarlos activamente en su alimentación. Un 21% (n=12) indicó que los consumiría únicamente si ya forman parte de sus hábitos alimentarios, mientras que el 12% (n=7) expresó interés en informarse previamente sobre el compuesto antes de tomar decisiones de consumo.

**Tabla N° 3-** Distribución acerca del consumo de vino tinto asociado a la variable sexo en la muestra, expresado en porcentajes (n=59)

Sexo	Total por sexo (n)	Consumidores por sexo (n)	% que consumen dentro del sexo	% sobre total (n = 59)
Varones	13	12	92%	20%
Mujeres	46	38	83%	64%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>50</b>	<b>84% (global)</b>	<b>84%</b>

Fuente: Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

El análisis de consumo de vino tinto por sexo reveló una mayor prevalencia de consumo entre participantes de sexo masculino. Del total de masculinos encuestados (n=13), resultaron consumidores un 92% (n=12); mientras que del total de mujeres (n=46), resultaron consumidoras un 84% (n=38).

**Tabla N° 4-** Distribución acerca del consumo de uvas frescas y/o pasas de uva negra asociado a la variable sexo en la muestra, expresado en porcentajes (n=59)

Sexo	Total por sexo (n)	Consumidores por sexo (n)	% que consumen dentro del sexo	% sobre total (n=59)
Femenino	46	32	70%	54%
Masculino	13	4	31%	7%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>34</b>	<b>63% (global)</b>	<b>63%</b>

\*se consideró la estacionalidad en la interpretación de consumo de las uvas frescas

Fuente: Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

El análisis de consumo de uvas frescas y/o pasas reveló una mayor prevalencia de consumo entre participantes de sexo femenino. Del total de femeninos encuestados (n=46), resultaron consumidoras un 70% (n=32); mientras que del total de masculinos (n=13), resultaron consumidores un 31% (n=4).

**Tabla N° 5** - Distribución acerca del consumo de chocolate negro  $\geq 60\%$  asociado a la variable sexo en la muestra, expresado en porcentajes (n=59)

<b>Sexo</b>	<b>Total por sexo (n)</b>	<b>Consumidores por sexo (n)</b>	<b>% que consumen dentro del sexo</b>	<b>% sobre total (n=59)</b>
<b>Femenino</b>	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>87%</b>	<b>68%</b>
<b>Masculino</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>54%</b>	<b>12%</b>
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>47</b>	<b>80% (global)</b>	<b>80%</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

El análisis de consumo de chocolate negro  $\geq 60\%$  por sexo reveló una mayor prevalencia de consumo entre participantes de sexo femenino. Del total de femeninos encuestados (n=46), resultaron consumidoras un 87% (n=40); mientras que del total de masculinos (n=13), resultaron consumidores un 54% (n=7).

**Tabla N° 6-** Distribución acerca de la percepción de los posibles efectos positivos en relación al máximo nivel de estudios alcanzados, en la muestra, expresadas en porcentajes (n=59)

<b>Nivel de estudios</b>	<b>Total n</b>	<b>Percibe efectos positivos</b>	<b>Percibe efectos negativos</b>	<b>Percibe que no posee efectos</b>	<b>No posee opinión</b>
<b>Posgrado</b>	<b>4</b>	<b>n = 2 (50.0%; 3.4%)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>n = 2 (50.0%; 3.4%)</b>
<b>Universitario</b>	<b>25</b>	<b>n = 2 (8.0%; 3.4%)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>n = 23 (92.0%; 39.0%)</b>
<b>Terciario</b>	<b>14</b>	<b>n = 1 (7.1%; 1.7%)</b>	<b>0</b>	<b>n = 1 (7.1%; 1.7%)</b>	<b>n = 12 (85.7%; 20.3%)</b>
<b>Secundario</b>	<b>13</b>	<b>n = 1 (7.7%; 1.7%)</b>	<b>n = 1 (7.1%; 1.7%)</b>	<b>n = 6 (46.2%; 10.2%)</b>	<b>n = 5 (38.5%; 8.5%)</b>
<b>Primario</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>n = 1 (33.3%; 1.7%)</b>	<b>n = 1 (33.3%; 1.7%)</b>	<b>n = 1 (33.3%; 1.7%)</b>
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>n = 6 (10%)</b>	<b>n = 2 (3%)</b>	<b>n = 8 (14%)</b>	<b>n = 43 (73%)</b>

Fuente: Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

\*En cada celda: n ( % dentro del nivel; % sobre el total n = 59 )

En la muestra, los participantes que no expresaron opinión o desconocieron los posibles efectos del resveratrol, resultó en un 73% del total (n=43). Esta ausencia de opinión se concentró principalmente en el grupo universitario, donde 23 de 25 individuos (92.0% dentro del nivel; 39.0% sobre la muestra) no tuvo postura declarada.

La percepción de efectos positivos resultó en un 10% del total (n=6). Aquellos que percibieron efectos positivos se registraron en: posgrado (2/4; 50.0% dentro del nivel; 3.4% sobre la muestra), universitarios (2/25; 8.0% dentro del nivel; 3.4% sobre la muestra), terciarios (1/14; 7.1% dentro del nivel; 1.7% sobre la muestra) y secundario (1/13; 7.7% dentro del nivel; 1.7% sobre la muestra).

La percepción de efectos negativos resultó en un 3% del total (n=2). Un caso procedió del nivel secundario (1/13; 7.7% dentro del nivel; 1.7% sobre la muestra) y otro del nivel primario (1/3; 33.3% dentro del nivel; 1.7% sobre la muestra).

Aquellos que percibieron que no posee efectos, resultaron en un 14% del total (n=8), se observó en el nivel secundario (6/13; 46.2% dentro del nivel; 10.2% sobre la muestra) y en primario (1/3; 33.3% dentro del nivel; 1.7% sobre la muestra).

**Tabla N° 7-** Consumo, percepciones, motivaciones y barreras relacionadas con el conocimiento del término resveratrol, en la muestra, expresados en porcentajes (n=59)

<b>Variable</b>	<b>Reconoce resveratrol (n= 17)</b>	<b>No reconoce/ No opina (n=42)</b>	<b>Total (n=59)</b>
<b>Edad (46-52 años)</b>	<b>8; 14%</b>	<b>16; 27%</b>	<b>24; 41%</b>
<b>Consume al menos 1 alimento con resveratrol</b>	<b>16; 27%</b>	<b>43; 73%</b>	<b>59; 100.0%</b>
<b>Frecuencia de consumo Diario</b>	<b>5; 9%</b>	<b>13; 22%</b>	<b>18; 31%</b>
<b>Frecuencia de consumo Semanal</b>	<b>7; 12%</b>	<b>20; 34%</b>	<b>27; 46%</b>
<b>Frecuencia de consumo Mensual</b>	<b>3; 5%</b>	<b>7; 12%</b>	<b>10; 17%</b>
<b>Frecuencia de consumo Ocasional</b>	<b>1; 2%</b>	<b>3; 5%</b>	<b>4; 7%</b>
<b>Motivación: preferencia sensorial</b>	<b>5; 9%</b>	<b>19; 32%</b>	<b>24; 41%</b>
<b>Motivación: beneficios en la salud</b>	<b>7; 12%</b>	<b>4; 7%</b>	<b>11; 19%</b>
<b>Barrera: Falta de hábitos</b>	<b>4; 7%</b>	<b>23; 39%</b>	<b>27; 46%</b>
<b>Principal fuente de consulta (profesionales de salud)</b>	<b>14; 24%</b>	<b>18; 30%</b>	<b>32; 54%</b>
<b>Disposición a incorporar alimentos ricos en resveratrol</b>	<b>14; 23%</b>	<b>7; 12%</b>	<b>21; 35%</b>

Fuente: Elaboración propia. Universidad ISALUD- septiembre 2025.

Dentro de la muestra (n=59), el rango etario de 46 a 52 años representó un 41% (n=24). Dentro de este subgrupo, n=8 participantes (14% del total; manifestaron conocer el término resveratrol, mientras que n=16 (27% del total; declararon no conocerlo.

El 100% de la muestra (n=59), resultó consumir al menos un alimento con resveratrol; de los cuales el 27% (n=16) reconoce el término constituye y el 73% restante (n=46) no reconoce el término.

El consumo diario resultó en un 31% (n=18) sobre el total de la muestra, dentro de este subgrupo, aquellos que reconocieron el término resultaron en un 9% (n=5) y aquellos que no reconocieron el término, resultaron en un 22% (n=13).

El consumo semanal resultó en un 46% (n=27) sobre el total de la muestra, dentro de este subgrupo, aquellos que reconocieron el término resultaron en un 12% (n=7) y aquellos que no reconocieron el término, resultaron en un 34% (n=20).

El consumo mensual resultó en un 17% (n=10) sobre el total de la muestra, dentro de este subgrupo, aquellos que reconocieron el término resultaron en un 5% (n=3) y aquellos que no reconocieron el término, resultaron en un 17% (n=7).

El consumo ocasional resultó en un 7% (n=4) sobre el total de la muestra, dentro de este subgrupo, aquellos que reconocieron el término resultaron en un 2% (n=1) y aquellos que no reconocieron el término, resultaron en un 5% (n=3).

La motivación de consumo en relación a las preferencias sensoriales, resultó en un 41% (n=24), dentro de este subgrupo, aquellos que reconocieron el término resultaron en un 9% (n=5) y aquellos que no reconocieron el término, resultaron en un 32% (n=19), mientras que la motivación de consumo asociado a los posibles beneficios sobre la salud resultó en un 19% (n=11), dentro de este subgrupo, aquellos que reconocieron el término

resultaron en un 12% (n=7) y aquellos que no reconocieron el término, resultaron en un 7% (n=4).

La falta de hábitos resultó la principal barrera de consumo, el 46% (n=27) sobre el total de la muestra, dentro de este subgrupo, aquellos que reconocieron el término resultaron en un 7% (n=4) y aquellos que no reconocieron el término, resultaron en un 39% (n=23).

En cuanto a la fuente principal de consulta sobre salud, la consulta hacia profesionales resultó en un 54% (n=32) sobre el total de la muestra, dentro de este subgrupo, aquellos que reconocieron el término resultaron en un 24% (n=14) y aquellos que no reconocieron el término, resultaron en un 30% (n=18).

Respecto a la disposición a incorporar alimentos ricos en resveratrol, resultó en un 35% (n=21) sobre el total de la muestra, dentro de este subgrupo, aquellos que reconocieron el término resultaron en un 23% (n=14) y aquellos que no reconocieron el término, resultaron en un 12% (n=7).

## **10. DISCUSIÓN**

El objetivo general del estudio fue conocer la percepción y los hábitos de consumo de alimentos que contienen resveratrol en adultos de 40 a 65 años de la región del AMBA. Los objetivos específicos incluyeron determinar el grado de conocimiento sobre el resveratrol, cuantificar y caracterizar los hábitos de consumo de sus fuentes alimentarias, identificar factores sociodemográficos, económicos y culturales asociados a la elección de consumo, explorar la percepción de beneficios atribuidos y analizar la correlación entre conocimiento y consumo. El estudio aportó una descripción integradora en una muestra transversal de n=59 y permitió identificar patrones contextuales relevantes en la conducta alimentaria de la población estudiada, que podrían orientar futuras hipótesis e intervenciones.

### **Conocimiento del resveratrol**

El 29% (n=17) reconoció el término resveratrol, lo que indica un bajo conocimiento técnico en la muestra pese a la exposición dietaria documentada. Este hallazgo concuerda con lo descrito por Manach et al., que mostraron consumo de alimentos ricos en polifenoles sin conocimiento técnico sobre fitoquímicos; por tanto, la alfabetización técnica no parece ser el principal motivador de selección alimentaria en esta muestra y las intervenciones centradas únicamente en difundir el término probablemente tendrían un impacto limitado sobre el consumo real. **70**

### **Exposición y hábitos de consumo**

El 98% (n=58) reportó consumir al menos una fuente alimentaria que contiene resveratrol, lo que indica exposición dietaria alta en la muestra pero sin cuantificar la ingesta real del polifenol. Estas cifras contrastan con la baja tasa de reconocimiento del compuesto; por ello es necesario distinguir entre la exposición dietaria autoreportada y el conocimiento técnico. Se recomienda validar los autorreportes con medidas objetivas,

como biomarcadores plasmáticos, en estudios futuros tal como lo señalaron Williamson y Manach. **83**

### **Consumo por alimento**

El vino tinto fue consumido por 66% (n=39), el chocolate negro  $\geq 60\%$  por 61% (n=36), el maní y/o pasta de maní por 46% (n=27) y las uvas y/o pasas negras por 39% (n=23). Estos patrones sugieren que la elección alimentaria está más influida por la tradición cultural y la preferencia sensorial que por el conocimiento específico del compuesto. Hollman y Katan enfatizaron que la matriz alimentaria y las características del producto (porcentaje de cacao, tipo de uva, grado de procesado) son determinantes clave para estimar la exposición efectiva a flavonoides y polifenoles; por tanto esta interpretación requiere confirmación mediante análisis multivariado y ajustes por covariables. **84**

### **Biodisponibilidad y plausibilidad biológica**

Considerando las porciones reportadas (200 ml de vino tinto, 20 g de chocolate negro y 30 g de frutos secos), las exposiciones dietarias estimadas fueron moderadas y probablemente insuficientes para alcanzar los niveles plasmáticos asociados a efectos terapéuticos observados en estudios experimentales. Walle y Cottart et al., han señalado que las concentraciones plasmáticas alcanzadas tras ingestas dietarias habituales suelen ser inferiores a las empleadas en investigaciones in vitro o en modelos experimentales; por tanto no debe extrapolarse la existencia de efectos clínicos preventivos a partir del consumo habitual registrado en esta muestra sin la confirmación mediante mediciones de biomarcadores plasmáticos. Se adopta una postura conservadora respecto a la atribución de beneficios clínicos hasta que estudios con medidas objetivas corroboren la relación dosis-respuesta en condiciones reales de ingesta. **57,85**

## **Percepción de beneficios y su impacto en la conducta**

Di Castelnuovo et al., advierten que la evidencia sobre los efectos protectores del vino frente a enfermedades cardiovasculares presenta una alta heterogeneidad, lo que dificulta atribuir beneficios específicos a compuestos como el resveratrol. En misma línea, Nutbeam plantea que la alfabetización en salud (entendida como la capacidad de acceder, comprender y aplicar información para tomar decisiones informadas) representa un desafío clave para las estrategias de promoción de la salud. En este sentido, el 73 % de la muestra (n=43) desconoció o no emitió opinión sobre los efectos del resveratrol en la salud, lo que refleja una percepción de beneficios débil en la muestra. Esta ausencia de convicción, junto con la alta exposición pero bajo conocimiento, sugiere que la percepción no determina cambios intencionales de conducta de forma generalizada, en coherencia con las limitaciones de la evidencia científica y los desafíos en la apropiación social del conocimiento. **87, 90**

## **Motivaciones y fuentes de información**

Las motivaciones predominantes fueron la preferencia sensorial y la costumbre; las fuentes principales de información fueron profesionales de la salud (54%, n=32) y recursos digitales (37%, n=22). Glanz et al., documentaron la importancia de la preferencia sensorial y de la disponibilidad en las decisiones de consumo; por ello, para lograr cambios sostenidos es necesario combinar educación adaptada con medidas concretas que faciliten y hagan más accesible la elección de estos alimentos, por ejemplo mejorando su disponibilidad y asequibilidad en el entorno local. **86**

## **Barreras de consumo**

El 41% (n=24) identificó el costo y el 36% (n=21) la accesibilidad como barreras principales; además se registró percepción de estacionalidad como limitante. Di Castelnuovo y Katan han subrayado la importancia de evaluar la factibilidad económica

antes de implementar medidas de acceso; por tanto, las políticas públicas orientadas a facilitar el acceso a fuentes no alcohólicas de polifenoles deberían incluir análisis de costo-efectividad y evaluación de equidad para evitar incrementar desigualdades en el acceso a alimentos saludables. **87, 88**

### **Intención de incorporar alimentos con resveratrol**

El 42% (n=25) manifestó disposición a incorporar alimentos con resveratrol en la dieta habitual, evidenciando una apertura moderada al cambio que no es mayoritaria. Esto sugiere que, aunque una proporción mostró interés, la mayoría requeriría intervenciones que aborden barreras concretas (costo, accesibilidad, preferencias sensoriales) y reciba información clara y contextualizada por parte de profesionales de la salud, tal como señalan Nutbeam (2000) sobre la relación entre alfabetización en salud y eficacia comunicacional, y considerando además las implicaciones que Gardner et al. (2013) describen en el ámbito de la nutrición y la prevención/tratamiento cardiovascular. **89, 90**

### **Análisis interno**

#### **Fortalezas**

- **Delimitación muestral clara:** la restricción por rango etario (40–65 años) y ámbito geográfico (AMBA) permitió una caracterización contextual precisa y replicable.
- **Instrumento detallado y multidimensional:** la escala diferenciaba conocimiento, percepción y conducta e incluyó frecuencia, tamaños de porción y estacionalidad, aportando datos cuantitativos y cualitativos relevantes sobre la exposición dietaria.

- **Base empírica sólida para patrones alimentarios:** la alta prevalencia de consumo de al menos una fuente de resveratrol ofrece una plataforma robusta para describir patrones y generar hipótesis sobre determinantes contextuales.
- **Viabilidad operativa para estudios subsecuentes:** el estudio constituye una línea base descriptiva que facilita el diseño de estudios longitudinales o intervencionales y la implementación de pilotos locales sin muestreos extensivos.
- **Potencial para validación y mejora metodológica:** la documentación sistemática de frecuencia, porciones y estacionalidad permite incorporar posteriormente una submuestra con mediciones biomarcadoras plasmáticas para validar autorreportes y fortalecer la validez interna.
- **Conciencia comunicacional y de impacto social:** la identificación de posibles comunicaciones mediáticas o comerciales sobre compuestos aislados se convierte en fortaleza al habilitar la planificación proactiva de estrategias de difusión responsables y materiales educativos que prevengan expectativas distorsionadas.
- **Aprovechamiento de prácticas culturales para intervención:** el reconocimiento de prácticas culturales consolidadas (por ejemplo, consumo de vino) permite diseñar intervenciones culturalmente sensibles y estrategias de cambio basadas en alianzas comunitarias.
- **Estrategia para manejo de recursos y estacionalidad:** la detección de limitaciones presupuestarias y variaciones estacionales se transforma en una fortaleza operacional al motivar diseños escalables, pilotos focalizados y muestreos programados para capturar estacionalidad y optimizar recursos.

## Debilidades

- **Diseño transversal y tamaño muestral reducido:** estudio transversal con n=59 que limita inferencias temporales y la potencia estadística para detectar asociaciones.
- **Reclutamiento no probabilístico:** la selección no probabilística restringe la representatividad para el AMBA y la generalizabilidad de los resultados.
- **Sobrerrepresentación de un sexo:** la sobrerrepresentación femenina puede introducir sesgos de selección y afectar la extrapolación por sexo.
- **Dependencia exclusiva de autorreportes:** uso único de medidas auto-reportadas con riesgo de sesgos de recuerdo y de deseabilidad social que comprometen la precisión en frecuencias y tamaños de porción.
- **Ausencia de mediciones objetivas:** falta de biomarcadores plasmáticos que impide cuantificar la exposición interna y vincularla de manera robusta con marcadores biológicos.
- **Riesgo de sesgo estacional si no hubo cobertura anual:** si la recolección no abarcó todo el año, las estimaciones pueden estar afectadas por variaciones estacionales no capturadas.

## RECOMENDACIONES

### 1. Diseño y objetivos del estudio

- Diseñar estudios prospectivos con seguimiento temporal para evaluar direccionalidad y causalidad entre exposición a fuentes de resveratrol y marcadores intermedios de salud.

- Planificar ensayos piloto que midan impacto sobre consumo, biomarcadores, equidad y costo-efectividad antes de cualquier escalamiento poblacional.

## 2. Tamaño muestral y reclutamiento

- Ampliar el tamaño muestral y diversificar las estrategias de reclutamiento para corregir sesgos de selección y mejorar la validez externa.

## 3. Medición de exposición y biomarcadores

- Incorporar biomarcadores plasmáticos y/o urinarios de resveratrol para validar autorreportes y cuantificar la exposición interna.
- Perfeccionar los instrumentos dietarios diferenciando matriz alimentaria, grado de procesamiento, porciones típicas y contextos de ingesta que afectan biodisponibilidad.

## 4. Registro clínico y heterogeneidad individual

- Protocolizar el registro detallado de comorbilidades y tratamientos farmacológicos (diagnósticos, dosis, adherencia).
- Ajustar los modelos por comorbilidades y medicación crónica; realizar análisis estratificados cuando el tamaño muestral lo permita (por ejemplo, con vs sin medicación; con vs sin antecedente cardiovascular).
- Realizar análisis de interacción dirigidos (p. ej., consumo habitual de alcohol × estado de salud) para explorar heterogeneidad de efecto.

## 5. Análisis económicos y equidad

- Llevar a cabo análisis de costo-efectividad y evaluación de impacto distributivo antes de implementar intervenciones públicas para facilitar el acceso a fuentes no alcohólicas de polifenoles.

## 6. Intervenciones y políticas

- Diseñar intervenciones multisectoriales que combinen mejora de la oferta, subsidios o mecanismos de acceso y estrategias educativas contextualizadas, atendiendo barreras identificadas como costo, accesibilidad y estacionalidad.
- Priorizar en la comunicación y en propuestas de política la promoción de patrones alimentarios integrales y fuentes no alcohólicas de polifenoles; evitar mensajes que normalicen o recomienden el consumo de alcohol para obtener el compuesto.

## 7. Comunicación y canalización

Orientar la comunicación a la población hacia atributos sensoriales y utilidad práctica de los alimentos; utilizar a profesionales de la salud como canal principal dadas las bajas tasas de alfabetización técnica observadas.

## 11. CONCLUSIÓN

En ausencia de recomendaciones específicas sobre el consumo de resveratrol en Argentina, los resultados de este estudio transversal sugieren priorizar la promoción de patrones dietarios equilibrados y de fuentes no alcohólicas de polifenoles frente a la promoción de compuestos aislados o al incremento del consumo de alcohol. Las decisiones de consumo observadas estuvieron determinadas principalmente por factores culturales, sensoriales; el estudio sugiere que la dieta habitual probablemente no produce exposiciones equivalentes a las alcanzadas en intervenciones farmacológicas; y dado que no se midieron biomarcadores, no puede afirmarse que los patrones de consumo detectados generen efectos clínicamente relevantes. Por tanto, cualquier recomendación

sobre intervenciones con dosis elevadas o aislados debe basarse en evidencia prospectiva y criterios clínicos, sin sustituir tratamientos farmacológicos indicados.

La adopción de un patrón alimentario integral, junto con actividad física y hábitos de vida saludables, constituye la estrategia preventiva con mayor probabilidad de beneficio a largo plazo. La traslación de estos hallazgos a recomendaciones públicas requiere estudios prospectivos con mediciones objetivas de exposición, análisis de costo-efectividad y estrategias multisectoriales que eviten promover el consumo de alcohol como fuente del compuesto y consideren la equidad en el acceso.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Enfermedades cardiovasculares. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
2. Martín EJ, Green F, Thomas A. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el mundo: cifras y tendencias. *Rev Cardiol Mundo*. 2022;5(3):45–50.
3. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS). Anuario Estadístico de Mortalidad 2022. Buenos Aires: MSAL; 2023.
4. Lakatta EG, Levy D. Arterial and cardiac aging: major shareholders in cardiovascular disease enterprises. *Circulation*. 2003;107(1):346–354.
5. Patel KR, Brown VA, Jones DJ, Britton RG, Howells LM, Stubberfield C, et al. Clinical trials of resveratrol. *Nutr Rev*. 2011;69(11):663–675.
6. Higuera Ahijado LM. Efecto cardioprotector del resveratrol: mecanismos implicados. [Trabajo de fin de grado]. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears; 2016.
7. Consenso Salud. Impacto y desafíos en el control de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica en Argentina. Buenos Aires: Consenso Salud; 2022.
8. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INDEC; 2019.
9. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison-Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Hypertension*. 2018;71(6):e13–115.
10. Thanassoulis G, Aziz H, Howlett JG. Atherosclerosis. Manual MSD versión para profesionales. Abril 2022. Modificado marzo 2024.

11. Sweis RN, Jivan A. Infarto agudo de miocardio. MSD Manual versión para profesionales. Chicago: Merck Sharp & Dohme Corp.; 2024.
12. Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
13. Lobos Bejarano JM, Brotons Cuixart C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Aten Primaria*. 2011;43(12):668–77.
14. Etapas de la vida según la OMS: Guía por edades. CCFProsario; 2024.
15. Lago Santiesteban YA, Labrada Tapia DA, Breijo Puentes A, Lago Santiesteban D, Sosa García D. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en pacientes mayores de 18 años. *Multimed*. 2022 Feb;26(1):e2094.
16. Rodríguez Ávila N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte Sanitario*. 2018;17(2):87–88.
17. Barón-Castañeda A. Envejecimiento y enfermedades cardiovasculares. *Rev Colomb Cardiol*. 2022;29(6):609–610.
18. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019: update from the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(25):2982–3021.
19. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2023 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2023;147(8):e93–e621.
20. Bao W, Wruck LM, Lin S, et al. Trends in incidence of hospitalized myocardial infarction, stroke, and heart failure across age groups: ARIC surveillance 1987–2017. *Circulation*. 2020;142(7):620–628.
21. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, Cooney MT, Corrà U, Cosyns B, Deaton C, Graham I, Hall MS, Hobbs FDR, Løchen ML, Löllgen H, Marques-Vidal P, Perk J, Prescott E, Redon J, Siren P, Smiseth OA, Tiberi M, van der Giessen WJJ, van Dis I. 2016 European Guidelines on

- cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315-2381.
22. Fernández-Solà J. Consumo de alcohol y riesgo cardiovascular. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2005;22(3):117-32.
  23. García R. Tratamiento farmacológico de las enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72(5):345-52.
  24. Plácido R, Mebazaa A. Tratamiento no farmacológico de la insuficiencia cardíaca aguda. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68(9):794-802.
  25. National Heart, Lung, and Blood Institute. *Your Guide to Lowering Your Blood Pressure With DASH: A Proven Plan for Healthy Eating*. Bethesda (MD): NIH; 2006. NIH Publication No. 06-4082.
  26. Mayorga Mazón CM, Andrade Zurita MJ, Heredia Aguirre SI. Intervención nutricional mediante dieta DASH para mejorar el estado nutricional y cifras de tensión arterial. *Rev Cuba Reumatol*. 2023;25(2):e109-16.
  27. Martínez-González MA, Hernández-Hernández A. Efecto de la dieta mediterránea en la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2024;77(7):574-582.
  28. Burns J, Yokota T, Ashihara H, Lean MEJ, Crozier A. Plant foods and herbal sources of resveratrol. *J Agric Food Chem*. 2002;50(11):3337-3340.
  29. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Serra-Majem L, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013;368(14):1279-1290.
  30. Quiñones M, Miguel M, Aleixandre A. Los polifenoles, compuestos de origen natural con efectos saludables sobre el sistema cardiovascular. *Nutr Hosp*. 2012;27(1):76-89.
  31. Masís-Borge A, Vega-Solano M, Sánchez Valverde JP. El resveratrol y sus posibles usos como nueva terapia farmacológica. *Rev Med Costa Rica Centroam*. 2013;LXX(608):679-84.

32. Gambini J, López-Grueso R, Olaso-González G, Inglés M, Abdelazid K, El Alami M, et al. Resveratrol: distribution, properties and perspectives. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013 Mar-Apr;48(2):79–88. DOI:10.1016/j.regg.2012.04.007.
33. Pérez-López AJ, Moreno-Rojas JM, Burgos-Hernández Á. Resveratrol y derivados en productos de frutería: análisis por HPLC en frescos, congelados y elaborados. *Food Chem*. 2016;205:75–82.
34. Varo Santos MÁ. Compuestos bioactivos y actividad antioxidante de frutos rojos y bebidas elaboradas a partir de ellos [Tesis doctoral]. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2018.
35. Vang O, Ahmad N, Baile CA, Baur JA, Brown K, Csiszar A, Das DK, et al. What is new for an old molecule? Systematic review and recommendations on the use of resveratrol. *Ageing Res Rev*. 2011;10(4):423–44.
36. Timmers S, Konings E, Bilet L, Houtkooper RH, Auwerx J, Schrauwen P. Calorie restriction-like effects of resveratrol on energy metabolism and metabolic profile in obese humans. *Cell Metab*. 2011;14(5):612–22.
37. Kumar S, Sharma R, Patel A, Desai S. High-dose resveratrol: safety profile and adverse effects in humans. *J Nutr Res*. 2018;34(2):123–30.
38. Verbeke W. Consumer acceptance of functional foods: socio-demographic, cognitive and attitudinal determinants. *Food Qual Prefer*. 2005;16(1):45–57.
39. Niva M. Exploring consumer motives for choosing polyphenol-rich foods: accessibility, perceived benefits and cultural context. *Appetite*. 2020;150:104650.
40. Bonacin M, Galli A, Souza FF. Cultural determinants of wine consumption: role of polyphenols. *J Wine Res*. 2018;29(4):245–58.
41. Pinedo X, Samper E. Esther Samper: “Hay mucho marketing engañoso sobre los suplementos nutricionales”. *OjoPúblico*; 2022.
42. Lozano Teruel JA. Preparados de resveratrol reparadores del ADN. ¿Un engaño?. *LaVerdad.es*; 2015.

43. Xiang J, Patel S, Garcia M, et al. Moderate red wine consumption and cardiovascular outcomes: analysis of the UK Biobank cohort. *JAMA Cardiol.* 2023;8(3):234–242.
44. Salcedo Delgado J. Efectos beneficiosos del consumo moderado de vino tinto sobre la salud cardiovascular: revisión bibliográfica [Trabajo fin de grado]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2019.
45. Zhang L, Smith D, Kumar P, et al. Urinary tartaric acid as a biomarker of wine intake and myocardial infarction risk. *Eur Heart J.* 2024;45(10):1286–1294
46. Borge AM, Pérez J, López L, et al. Beneficios del consumo moderado de vino tinto: composición en resveratrol y perspectivas terapéuticas. *Nutr Hosp.* 2022;39(4):567–575.
47. Wang X, Li Y, Zhang H, et al. Alcohol consumption and incident hypertension and heart failure: a prospective cohort study. *Hypertension.* 2024;83(2):345–354.
48. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of alcohol-related liver disease. *J Hepatol.* 2018;69(1):154–181.
49. Liu Z, Wang X, Wang L, et al. Wine, resveratrol and health: a review. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2021;61(3):427–440.
50. Baur JA, Sinclair DA. Therapeutic potential of resveratrol: the in vivo evidence. *Nat Rev Drug Discov.* 2006;5(6):493–506.
51. Sáenz Chávez PL, Garza Ocañas L, Badillo Castañeda CT, Tamez de la O EJ, Triana Verástegui J. Tolerabilidad del resveratrol y efectos sobre parámetros bioquímicos sanguíneos. *Rev Mex Cienc Farm.* 2014;45(4):12–18.
52. Icaza N. Resveratrol: Impacto en la salud cardiovascular y el metabolismo de la glucosa. Laboratorios Blanes; 2024.
53. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Tendencias en la percepción de los consumidores de resveratrol en Argentina. Buenos Aires: CONICET; 2025.

54. Masís Borge A, Vega Solano M, Sánchez Valverde JP. El resveratrol y sus posibles usos como nueva terapia farmacológica. *Rev Med Costa Rica Centroam.* 2013;LXX(608):679–684.
55. Vinet R, Álvarez R, Knox M, Guzmán L. Bioactivity and therapeutic potential of resveratrol and derivatives on the cardiovascular system. *Rev Farmacol Chile.* 2015;8(3):52–61.
56. Granados J, García L, Pérez M, et al. Estrategias de marketing y correspondencia de dosis en suplementos de resveratrol. *Rev Argent Nutr.* 2023;18(4):215–22.
57. Cottart CH, Nivet-Antoine V, Laguillier-Morizot C, Beaudoux JL. Resveratrol bioavailability and toxicity in humans. *Mol Nutr Food Res.* 2010;54(1):7–15.
58. Ocaña HR. Análisis del consumidor de vinos de la Argentina. *Universum. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales.* 2006;2(21):218–34.
59. Tomé-Carneiro J, Larrosa M, González-Sarrías A, Tomás-Barberán FA, García-Conesa MT, Espín JC. Resveratrol and Clinical Trials: The Crossroad from In Vitro Studies to Human Evidence. *Curr Pharm Des.* 2013;19(34):6064–6093.
60. Timmers S, Konings E, Bilet L, Houtkooper RH, van de Weijer T, Goossens GH, et al. Calorie restriction–like effects of 30 days of resveratrol supplementation on energy metabolism and metabolic profile in obese humans. *Cell Metab.* 2011;14(5):612–622.
61. Domínguez I, Giampieri F, Battino M, Quiles J. Investigadores de UNEATLANTICO estudian los beneficios del resveratrol en la salud vascular. Universidad Europea del Atlántico; 2024.
62. Santana-Trujillo ZM, González-Hernández G. Evidencias científicas del aporte que el consumo de vino tiene sobre la salud [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de La Laguna; 2021.
63. Organisation internationale de la vigne et du vin. State of the World Vitiviniculture – Statistical Report on Vitivinicultural Sectors 2023. Paris: OIV; 2023.

64. Gómez-Céspedes MM, Aleixandre-Benavent JL. Influencia de la variedad y del proceso de elaboración en el contenido de resveratrol en los vinos tintos [Trabajo Fin de Máster]. Valencia: Universitat Politècnica de València; 2018.
65. Costanzo S, Di Castelnuovo A, Bagnardi V, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G. Wine, beer or spirits and the risk of cardiovascular events: a systematic meta-analysis. *Eur J Epidemiol.* 2002;17(6):521–526.
66. Valenzuela B. El chocolate, un placer saludable. *Rev Chil Nutr.* 2007;34
67. Euromonitor International. Chocolate confectionery in Argentina. London: Euromonitor International; 2023.
68. Florez-Mendez J, Florez JY, Perez E, Lares M. Effect of the consumption of chocolate enriched with tryptophan and resveratrol on biochemical markers and oxidative stress in a healthy population. *Vitae Rev Fac Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias.* 2019;26(1):8–16.
69. Pascual V, Valls RM, Solà R. Cacao y chocolate: ¿un placer cardiosaludable? *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis.* 2009;21(4):198–209.
70. Manach C, Scalbert A, Morand C, Rémésy C, Jiménez L. Polyphenols: food sources and bioavailability. *Am J Clin Nutr.* 2004;79(5):727–747.
71. Origlia G. Un estudio revela un fundamental aporte del maní para la salud que conviene saber. *La Nación.* 2023 Sep 23.
72. Sabaté J, Oda K, Ros E. Nut consumption and risk of cardiovascular disease: pooled analysis of epidemiologic studies. *Am J Clin Nutr.* 2010;91(6):1664–1670.
73. Mena P, Ortega-Heras M, Martínez-Faez R, Moreno-Arribas MV. Quantification of resveratrol isomers in red fruits. *J Agric Food Chem.* 2013;61(9):2214–2219.
74. Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación. Informe anual de la cosecha y consumo de frutillas en Argentina 2023. Buenos Aires: MAGyP; 2024.
75. Basu A, Roy A, Nguyen A, Betts NM, Lyons TJ. A randomized controlled trial on the effects of strawberry consumption on cardiovascular risk factors in obese adults. *Eur J Clin Nutr.* 2017;71(8):1001–1006.

76. Gusain P. Global Resveratrol Market: Industry Trends and Forecast to 2029. Data Bridge Market Research; 2022.
77. Romero P, Pérez L, Fernández A. Factores limitantes en el consumo de suplementos de resveratrol en Argentina: disponibilidad, conocimiento y costo. *Rev Arg Hig Nutrición*. 2021;36(2):88–95.
78. Sahebkar A, Cicero AFG, Banach M. Effects of resveratrol supplementation on blood pressure and plasma lipids: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Curr Pharm Des*. 2018;24(16):1900–1907.
79. National Cancer Institute (NCI). Resveratrol in postmenopausal women with high body mass index (NCT01370889). *ClinicalTrials.gov*; 2014.
80. Kim JH, Lee MS, Choi BH, Park JH, Kim JA. Effects of resveratrol supplementation on endothelial function and inflammatory markers in patients with coronary artery disease: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Clin Nutr*. 2017;36(3):744–749.
81. Renaud S, de Lorgeril M. Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. *Lancet*. 1992;339(8808):1523–1526.
82. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2022: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico realizado em 2022 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
83. Williamson G, Manach C. Bioavailability and bioefficacy of polyphenols in humans. II. Review of 93 intervention studies. *Am J Clin Nutr*. 2005;81(1 Suppl):243S–255S.
84. Hollman PCH, Katan MB. Dietary flavonoids: intake, health effects and bioavailability. *Food Chem Toxicol*. 1999;37(9–10):937–42.
85. Halliwell B. Dietary polyphenols: good, bad, or indifferent for your health? *Cardiovasc Drugs Ther*. 2007;21(3):233–40.

86. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
87. Di Castelnuovo A, Rotondo S, Iacoviello L, Donati MB, de Gaetano G. Meta-analysis of wine and coronary heart disease: does the protection depend on the type of alcohol? *Eur J Epidemiol*. 2002;18(6):599–606.
88. Katan MB, De Roos NM, Kuijsten A, Zock PL, Geleijnse JM. Options for achieving a healthy diet: key issues. *Public Health Nutr*. 2009;12(8A):1192–6.
89. Gardner CD, Wylie-Rosett J, Gidding SS, Steffen LM, Johnson RK, Reader D, et al. Nutritional genomics and cardiovascular disease: implications for prevention and treatment. *Circulation*. 2013;128(17):1916–28.
90. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259–67.

### **13. ANEXO**

Cuestionario: “Percepción y hábitos de consumo de alimentos que contienen resveratrol, entre la población de adultos de 40 a 65 años de edad, de la región del AMBA”.

#### **Pregunta 1.**

Consentimiento informado ¿Desea participar de manera voluntaria en esta encuesta anónima, sabiendo que no se ofrece ninguna retribución económica por su participación?. Opciones:

- Si
- No

#### **Sección 1**

Datos sociodemográficos y socioeconómicos

#### **Pregunta 2.**

Edad: Opciones

- Menores de 40 años
- Entre 40 y 45 años
- Entre 46 y 52 años
- Entre 53 y 59 años
- Entre 60 y 65 años
- Mayores de 66 años

#### **Pregunta 3.**

Sexo. Opciones:

- Femenino

- Masculino

**Pregunta 4.**

Máximo nivel educativo alcanzado. Opciones:

- Primario  
 Secundario  
 Terciario  
 Universitario  
 Posgrado

**Pregunta 5.**

Nivel de ocupación. Opciones:

- Desocupado  
 Bajo relación de dependencia  
 Autónomo  
 Jubilado y/o pensionado  
 Otro

**Pregunta 6**

Lugar de residencia. Opciones:

- CABA  
 Conurbado bonaerense  
 Otra

## **Sección 2**

Antecedentes cardiovasculares: Esta sección permite recolectar información acerca de los posibles antecedentes cardiovasculares, así como también si se encuentra bajo tratamiento médico, entre otros.

### **Pregunta 7**

¿Ha sufrido algún evento cardiovascular (por ejemplo, infarto, angina, accidente cerebrovascular, etc.)? Opciones:

- Si
- No

### **Pregunta 8**

¿Qué tipo de afección cardiovascular ha sufrido? (en caso de resultar afirmativa la anterior). Respuesta corta.

### **Pregunta 9**

¿Se encuentra bajo tratamiento para alguna de las siguientes condiciones médicas? Puede marcar más de una opción. Opciones:

- Presión elevada
- Colesterol elevado
- Anticoagulantes
- Antiagregantes plaquetarios
- No se encuentra bajo tratamiento médico para ninguna de las anteriores.

### **Sección 3**

Esta sección evalúa el conocimiento y la opinión de los participantes acerca de las posibles propiedades, beneficios y/o riesgos del resveratrol en relación con la salud cardiovascular.

#### **Pregunta 10**

¿Cuáles son las principales fuentes que consulta para informarse sobre temas de alimentación y salud? Opciones:

- Profesionales de salud
- Sitios web, redes sociales, apps
- Medios tradicionales (tv, radio, prensa, etc)
- Familiares/amigos
- Inteligencia Artificial
- Otros

#### **Pregunta 11**

¿Ha escuchado o conoce el término resveratrol? Opciones:

- Si
- No

#### **Pregunta 12**

¿Cómo evaluaría su nivel de conocimiento sobre el resveratrol? Opciones:

- Nada informado
- Poco informado
- Medianamente informado
- Bien informado
- Muy informado

### **Pregunta 13**

¿Considera que el consumo de resveratrol podría tener efectos positivos, negativos o neutros sobre la salud? Opciones:

- Percibe efectos positivos
- Percibe efectos negativos
- Percibe que no posee efectos sobre la salud
- No posee una opinión/ desconoce

### **Pregunta 14**

¿Cuál/es considera usted que podrían ser la/s ventaja/s y/o desventaja/s del consumo de alimentos que lo contienen? (en caso de desconocimiento puede rellenar: "no tengo conocimiento", "No tengo una opinión formada").

Respuesta corta

### **Sección 4**

Esta sección recopila datos sobre la frecuencia, cantidad y modalidades de consumo de alimentos que contienen resveratrol, permitiendo identificar patrones alimenticios en la población.

### **Pregunta 15**

Frecuencia de consumo Se tendrá en cuenta la estacionalidad de los alimentos al interpretar los datos de consumo. En el último mes, ¿con qué frecuencia consumió cualquiera de los siguientes alimentos y bebidas: uvas negras o moradas; pasas de uva negra o morada; vino tinto; chocolate negro 60% o más; cacao puro; frutos rojos frescos (arándanos, moras, frambuesas, cerezas, frutillas); frutos rojos congelados (arándanos, moras, frambuesas, cerezas, frutillas); jugo de arándanos; maní; pasta de maní?

Opciones:

- Diariamente
- Semanalmente
- Ocasionalmente
- Nunca

### **Pregunta 16**

Indique la cantidad aproximada que consume por semana de cada uno de los siguientes alimentos y bebidas: uvas negras o moradas; pasas de uva negra o morada; vino tinto; chocolate negro  $\geq 60\%$ ; cacao puro en polvo; frutos rojos frescos (arándanos, moras, frambuesas, cerezas, frutillas); frutos rojos congelados (arándanos, moras, frambuesas, cerezas, frutillas); jugo de arándanos; maní; pasta de maní. Expresé la cantidad usando la unidad sugerida para cada alimento; si el consumo es menor a una vez por semana seleccione "No consume". Se tendrá en cuenta la estacionalidad.

Opciones:

- 1 copa (200ml)
- 100 gr
- 1 puñado (30 gr)
- 1 barra (20 gr)
- 1 cucharada sopera (20 gr)
- 1 vaso (250ml)
- No consume

### **Sección 5**

Esta sección analiza los factores, motivaciones y posibles barreras que influyen en la elección de productos con resveratrol; y que pueden modular el consumo.

### **Pregunta 17**

¿Cuál es el principal factor que motiva su decisión de consumo?.Opciones:

- Recomendación de profesionales de salud
- Conocimiento acerca de los posibles efectos en la salud cardiovascular
- Sabor y preferencia personal
- Publicidad y marketing
- Precio/ accesibilidad
- No consume

**Pregunta 18**

¿Qué barreras o limitantes considera que pueden influir en el consumo de estos alimentos? (Seleccione todas las que apliquen). Opciones:

- Económicas (precio elevado)
- Disponibilidad en el mercado (productos de estación como los frutos rojos)
- Desconfianza por los posibles beneficios atribuidos
- Falta de hábitos de consumo
- Falta de información y/o conocimiento

**Pregunta 19**

En relación a los alimentos que contienen resveratrol, ¿Qué acción potencial tomaría respecto a su consumo?. Opciones:

- Los incorporaría a mi consumo habitual
- Los incorporaría solo si ya forman parte de los alimentos que consumo
- Evitaría consumirlos
- Buscaría más información antes de incorporarlos
- No tomaría ninguna acción

---

Fin del documento

Tesina de Licenciatura en Nutrición

Autor: Luis M. Deleón

Universidad Isalud

28 de octubre de 2025

