



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

DESARROLLO DE UN PROGRAMA NUTRICIONAL PARA AUMENTAR LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA. ESTUDIO DE INTERVENCIÓN

Alfonso Sterling Ocoro

Tutelado por:

Patricia Romero Marco

Soria, 13 de julio 2022

“En todas las actividades es saludable, de vez en cuando, poner un signo de interrogación sobre aquellas cosas que por mucho tiempo se han dado como seguras.”- Bertrand Russel

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN	3
	1.1.Patrones de alimentación	3
	1.2.Concepto de Dieta Mediterránea y beneficios para la salud	3
	1.3.Características de la Dieta Mediterránea	3
	1.4.Datos epidemiológicos	4
	1.5.Hábitos de alimentación en España	5
	1.6.Características del cuestionario MEDAS y estudio PREDIMED	5
2.	OBJETIVOS	6
	2.1.Objetivo general	6
	2.2.Objetivos específicos	6
3.	METODOLOGIA.....	6
4.	RESULTADOS	8
5.	DISCUSIÓN.....	12
6.	CONCLUSIONES	14
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	15
8.	ANEXOS	I
	Anexo 1. Consentimiento informado	I
	Anexo 2. Tabla de resultados cuestionarios 1 y 2 codificados	II
	Anexo 3: leyenda cuestionarios 1 y 2	V
	Anexo 4. Estrategia de búsqueda. Términos, recursos utilizados y resultados obtenidos para la búsqueda bibliográfica	VII
	Anexo 5. Autorización Comité de Investigación.....	VIII

INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Tabla 1.	Principales enfermedades crónicas en España.....	4
Figura 1.	Diagrama de flujo	8
Figura 2.	Distribución de la muestra por género.	8
Tabla 2.	Grado de adherencia a la Dieta Mediterránea.....	9
Figura 3.	Evolución del grado de adherencia en mujeres	9
Figura 4.	Evolución del grado de adherencia en hombres.....	9
Tabla 3.	Evolución del grado de adherencia a la DMed por género	10
Tabla 4.	Datos descriptivos más importantes de los estudios.	11

LISTADO DE ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria.

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

DMed: Dieta mediterránea.

ECV: Enfermedades cardiovasculares.

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España.

EPIC: European Prospective Investigation on Cancer and Nutrition.

FFQ: Food Frequency Questionnaires - Cuestionario de Frecuencia Alimentaria.

IMC: Índice de masa corporal.

LOPD: Ley Orgánica Española de Protección de Datos Personales.

MEDAS: Mediterranean Diet Adherence Screener.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PREDIMED: Estudio de Prevención con Dieta Mediterránea.

TIC: Tecnología de la información y comunicación.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Patrones de alimentación

La alimentación y nutrición adecuadas en cada etapa de la vida y a lo largo de todo el ciclo vital son determinantes tanto en la salud individual como colectiva de la población (1). Una escasa o nula actividad física, sedentarismo y malos hábitos alimentarios favorece a un aumento de sufrir obesidad y múltiples enfermedades crónico-degenerativas. Numerosos autores coinciden en que las dietas ricas en grasas saturadas, ácidos grasos poliinsaturados omega-6, ácidos grasos hidrogenados, parcialmente hidrogenados y/o trans e hidratos de carbono refinados, acompañados de un bajo aporte de antioxidantes y fibra, son perjudiciales para la salud (2).

1.2. Concepto de Dieta Mediterránea y beneficios para la salud

La dieta mediterránea, de acuerdo con la definición original que propuso en sus investigaciones el Dr. Keys *et al.* (3) Es: *“un patrón alimentario rico en alimentos de origen vegetal (cereales, legumbres, frutos secos, vegetales y verduras) bajo en carnes rojas y carnes procesadas. Esto incluye un moderado consumo de pescado, marisco, huevos, carne blanca y productos lácteos, un moderado consumo de alcohol (principalmente vino durante las comidas, es culturalmente aceptable) y aceite de oliva como la principal fuente de grasa añadida”*.

La dieta mediterránea aporta un alto número de beneficios para la salud, es considerada por muchos autores como un modelo de alimentación saludable para la prevención primaria y secundaria que podría promoverse para la prevención de algunas enfermedades (4). Numerosos estudios realizados recientemente afirman que uno de los principales beneficios de la DMed es la reducción de las patologías cardíacas, incluida la enfermedad arterial periférica, la prevención de la diabetes mellitus tipo 2, el síndrome metabólico, el deterioro cognitivo y la depresión unipolar (5) (6). El estudio European Prospective Investigation on Cancer and Nutrition (EPIC) también ha dado a conocer numerosos beneficios contra la aparición de cáncer en concreto contra el cáncer gástrico, colorrectal y cáncer de mama (3).

1.3. Características de la Dieta Mediterránea

Según el “Estudio de los Siete Países” realizado por el fisiólogo norteamericano Ancel Keys *et al.* (3), el cual está conformado por: Estados Unidos, Finlandia, Holanda, Italia, Yugoslavia, Grecia y Japón, consistió en seleccionar un grupo de hombres con determinadas características y con ocupaciones diferentes, con la finalidad de estudiar la prevalencia, incidencia y mortalidad de la enfermedad coronaria, el colesterol y el estilo de vida. Este estudio además de permitir definir el concepto de dieta mediterránea permitió establecer que no existe una DMed única, ya que los alimentos que la componen presentan variaciones entre los países de la cuenca mediterránea. No obstante, la dieta de algunos países europeos como España, Francia, Italia y Grecia, también norte de África y Medio oriente, presentan características comunes que incluyen: baja ingesta de grasas saturadas procedentes de mantequilla, leche entera y carnes rojas; alto contenido en aporte de grasas monoinsaturadas contenidas principalmente en aceite de oliva; balance adecuado de ácidos grasos poliinsaturadas (omega-6 versus omega-3), procedente fundamentalmente por el consumo de pescado, mariscos y frutos secos; bajo aporte de proteína derivada de animales terrestres, especialmente carnes rojas; alta ingesta de antioxidantes, presentes en frutas, verduras, vino, aceite de oliva virgen,

especias y hierbas, y alto consumo de fibra, proveniente de alimentos de origen vegetal como verduras, frutas, cereales integrales, legumbres y frutos secos (5).

La Dieta Mediterránea no solo debe considerarse como un patrón de alimentación saludable, sino que incluye un estilo de vida saludable en relación con las tradiciones, y una práctica moderada de actividad física adaptada a la situación de cada persona. No obstante, existen diversos factores como los procesos de industrialización, urbanización, desarrollo económico, aumento de la inmigración y globalización del mercado alimentario que están produciendo cambios en los hábitos alimentarios y en los estilos de vida (3).

Además, existe evidencia que demuestra que cuanto mayor es el estatus socioeconómico y educativo, es mayor el consumo de alimentos más saludables, tales como frutas, verduras y cereales integrales, y cuanto más bajo es el estatus socioeconómico y educativo se asocia a un mayor consumo de carnes procesadas y no procesadas, y a un mayor consumo de alimentos con una alta ingesta calórica, tales como comidas rápida y dulces (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que a pesar de todo esto los principios básicos de alimentación saludable siguen siendo los mismos: Alto consumo de frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales integrales, por lo menos 400g de frutas y hortalizas al día, azúcares libres representando estos menos del 10% de la ingesta calórica de los mismo. El 30% de la ingesta calórica corresponde a las grasas teniendo en cuenta que las grasas no saturadas deben de representar el mayor porcentaje de la ingesta de estas y, finalmente el consumo de sal debe de ser preferiblemente yodada y menos de 5 gramos al día (8).

1.4. Datos epidemiológicos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Europa cerca del 30% de la población adulta presenta obesidad (3). En relación con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), publicados en el último informe anual de salud la prevalencia de obesidad en España afecta al 17.4% de la población de 18 y más años (18.2% hombres y 16.7% mujeres). Teniendo en cuenta que se considera la obesidad y el sobrepeso conjuntamente en adultos, más de la mitad de la población (54.5%) tienen exceso de peso lo cual representa un problema grave de salud pública e incremento del gasto sanitario (9). En la tabla 1, aparecen los datos de las enfermedades crónicas y su prevalencia.

Tabla 1. Principales enfermedades crónicas en España. *Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS (10).*

Enfermedades	Hombres %	Mujeres %
Tensión alta	19,9	19,1
Colesterol alto	15,5	15,1
Dolor de espalda crónico (lumbar)	10,1	17,1
Alergia crónica, rinitis, conjuntivitis o dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo.	9,2	12,4
Artrosis (excluyendo artritis)	8,7	19,7
Diabetes Mellitus	8,2	6,9
Dolor de espalda crónico (cervical)	7,0	15,5
Otras enfermedades del corazón	4,1	4,1
Varices en las piernas	3,7	11,2
Ansiedad crónica	3,5	8,1

1.5. Hábitos de alimentación en España

Los hábitos alimentarios en Europa han sufrido un cambio bastante significativo ligados a la evolución en los estilos de vida en los últimos años, lo que ha generado que la elección de alimentos sea menos variada, más monótona, lo que representa una tendencia cada vez más occidental la cual se caracteriza por un alto consumo de carnes rojas, grasa animal lo que se traduce a un alto consumo de proteína animal, dulces y postres y un bajo consumo de frutas frescas y vegetales, además de un bajo consumo en productos lácteos. Todo esto favorece el riesgo de padecer enfermedades crónicas.

El progreso que ha vivido España en los últimos 40 años, tanto a nivel económico como en la proyección internacional, ha supuesto un cambio y una evolución en el patrón de consumo alimentario y de estilos de vida. La alimentación de los españoles es cada vez más alejada del concepto tradicional y probado por la DMed, concretamente los grupos de alimentos cuyo consumo se ha visto incrementado son los de carne y derivados (84,4%) y los de frutas (83,3%), y entre los grupos cuyo consumo ha evolucionado de manera negativa están: las legumbres (73,4%) y los cereales y derivados (64,0%). Otra tendencia negativa es el aumento del consumo de sal, en España la ingesta media es de aproximadamente $9,8 \pm 4,4$ g/día, superando la recomendación diaria de 5g/día. Todo esto indica que ha habido una reducción en la ingesta de hidratos de carbono, un ligero aumento en el aporte de proteínas y de las grasas saturadas y grasa total. A todo esto, hay que sumarle la disminución de actividad física, en España el 27% de los adultos no cumple con las recomendaciones internacionales de actividad física, asociado esto a un mayor nivel de sedentarismo (11) (12).

1.6. Características del cuestionario MEDAS y estudio PREDIMED

La adherencia a la Dieta Mediterránea se evalúa mediante un cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (FFQ).

El cuestionario de frecuencia de consumo Mediterranean Diet Screener (MEDAS) fue validado en el estudio de Prevención con Dieta Mediterránea (PREDIMED) Salas Salvado J, (2018). El cuestionario MEDAS consiste en 12 preguntas de consumo de frecuencia de alimentos y 2 preguntas de hábitos de ingesta de alimentos los cuales son considerados característicos de la Dieta Mediterránea Española. Cada pregunta se puntuó entre 0 y 1 en función de su respuesta.

El estudio PREDIMED, se trata de un ensayo clínico nutricional, multicéntrico y aleatorizado para la prevención primaria de Enfermedades Cardio Vasculares (ECV). Se llevó a cabo en un total de 7447 participantes entre hombres y mujeres con alto riesgo de padecer una ECV fueron aleatorizados en tres grupos de intervención: dos grupos recibieron consejos de dieta mediterránea y fueron suplementados con aceite de oliva virgen extra o con una mezcla de frutos secos, y el tercer grupo siguió recomendaciones sobre una alimentación baja en grasa. Los resultados del estudio mostraron que la DMed que tiene como base un elevado consumo de aceite de oliva o frutos secos, reducía la incidencia de patologías cardiovasculares graves, especialmente en personas con un elevado riesgo cardiovascular. La de aceite de oliva virgen fue de 1 litro/semana y la de frutos secos de 30 g/día (15 g de nueces, 7,5 g de avellanas, y 7,5 de almendras) (13) (14).

JUSTIFICACIÓN

A lo largo de mi formación tanto práctica como teórica del Grado en Enfermería, he adquirido mucha información de interés y muy relevante acerca de diferentes temas relacionados con la prevención de distintas enfermedades, para poder tener una base de conocimientos más sólida y permitirme así ser un mejor profesional en un futuro cercano. Es por eso, que presta especial interés para mí abordar el tema de la alimentación como medida de prevención en enfermería, ya que, con unas adecuadas pautas nutricionales desde cualquier campo de la enfermería podemos favorecer a la prevención de distintas patologías.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS). *“La Educación para la Salud es cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzcan a una situación en la que las personas estén sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten, la educación para la salud es una estrategia de promoción de salud basada en el fomento de estilos de vida saludables”* (15).

Como futuro sanitario he decidido realizar este trabajo de investigación para comprobar cuán adherentes somos hoy en día en España a la dieta mediterránea y conocer cuáles son sus beneficios para la salud y en relación con la prevención de diferentes patologías, ya que, la alimentación es un pilar fundamental para prevenir enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes o la dislipemia, entre otras. Por todo ello, creo que es fundamental que la población tenga una base sólida acerca del tipo de hábitos que han de seguir para poder así promover, proteger y restaurar su salud y prevenir enfermedades.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Evaluar el grado de adherencia a la Dieta Mediterránea en un grupo de personas adultas antes y después de realizar un programa de educación nutricional online de 8 semanas de duración.

2.2. Objetivos específicos

- Revisar el grado de adherencia a la dieta mediterránea en la población adulta española.
- Evaluar el programa de educación nutricional tipo online como instrumento para mejorar la adherencia de la población a la Dieta desde la enfermería.

3. METODOLOGIA

Para responder a los objetivos se ha realizado un estudio de intervención observacional, analítico, longitudinal y prospectivo y una revisión bibliográfica.

El programa de intervención se llevó a cabo a través de la plataforma de Facebook en la que los participantes recibían videos, infografías, artículos y ejemplos de menús semanales basados en la DMed, en sus beneficios y en cómo seguir la DMed a diario.

Durante la realización del estudio de intervención, con el fin de valorar el grado de adherencia a la DMed se pasó a los participantes 92 participantes del programa el cuestionario validado utilizado en el estudio PREDIMED a través de la plataforma online de Google Forms antes y después de la intervención. Se procuró que el formato de las preguntas fuera de lo más sencilla

posible y representara el menor esfuerzo posible para los participantes del programa. El cuestionario y su interpretación está disponible en los anexos D y F. Previamente a la realización del cuestionario los participantes debían confirmar el consentimiento informado (anexo 1). Se explicó a los participantes, antes de realizar el cuestionario mediante un video, el objetivo de la investigación y se solicitó su permiso para publicar los datos del estudio. El estudio se realizó de acuerdo con la declaración de Helsinki y siguiendo las directrices de la Ley Orgánica Española de Protección de Datos Personales (LOPD) 15/1999. La aprobación del Comité de ética de la Universidad se presenta en el Anexo 5. El cuestionario estuvo disponible para ser cumplimentado la primera semana y una semana después del último día.

El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa Excel, en el cual se ha creado una base de datos (anexo 2) teniendo en cuenta una serie de variables de las cuales: 14 corresponden a las 14 preguntas del cuestionario, 14 corresponden a la puntuación individual a cada una de las preguntas, además de; la variable identificadora, sexo, tiempo, puntuación total del cuestionario y valoración. En la leyenda del cuestionario (anexo 3) se explica cada una de las codificaciones de las distintas variables utilizadas en el mismo.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico de SPSS versión 26. Se han llevado a cabo estudios descriptivos. Para comprobar la normalidad de las variables se ha aplicado la prueba de Shapiro-Wilk dado el reducido número de participantes. La evaluación del éxito del programa y la diferencia en el grado de adherencia a la DMed se ha evaluado comparando medias con la prueba T de Student para muestras relacionadas. La significación estadística se aplica cuando $p < 0,05$.

Con el fin de conocer el grado de adherencia a la DMed en España se llevó a cabo una revisión bibliográfica. La búsqueda de información se desarrolló en diferentes bases de datos: Medline-Pubmed, SciELO, ScienceDirect-ELSEVIER y MEDES. También se ha utilizado el metabuscador Google académico y se han consultado las páginas web acreditadas de la Organización Mundial de la Salud, la página del Ministerio de Sanidad del gobierno de España y finalmente la página web oficial de la Dieta Mediterránea.

Dado el origen y la naturaleza española de la DMed se ha realizado la búsqueda en español e inglés. Para facilitar la búsqueda se han combinado mediante operadores booleanos (AND & OR), tanto términos pertenecientes al lenguaje natural como al lenguaje controlado. Este último mediante Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).

Las palabras clave mediante el lenguaje libre en castellano han sido: *dieta mediterránea, adherencia dieta mediterránea, alimentación*. En inglés: *Mediterranean diet, Mediterranean diet adherence, diet*. Los DeCS en castellano empleados son: *dieta mediterránea, dieta saludable, salud del adulto*, y en inglés: *diet, Mediterranean, adult health*.

Los criterios de inclusión han sido: personas adultas sanas, que no sigan dietas terapéuticas o específicas, estudios en español e inglés, últimos 10 años. En cuanto a los criterios de exclusión, personas con necesidades nutricionales terapéuticas u hospitalizadas.

La selección de estudios se ha llevado a cabo mediante una estrategia con la que, primeramente, se han preseleccionado varios artículos por el título, posteriormente, por la lectura del resumen, y finalmente, se han seleccionado los definitivos por el análisis completo del texto. Figura 1.

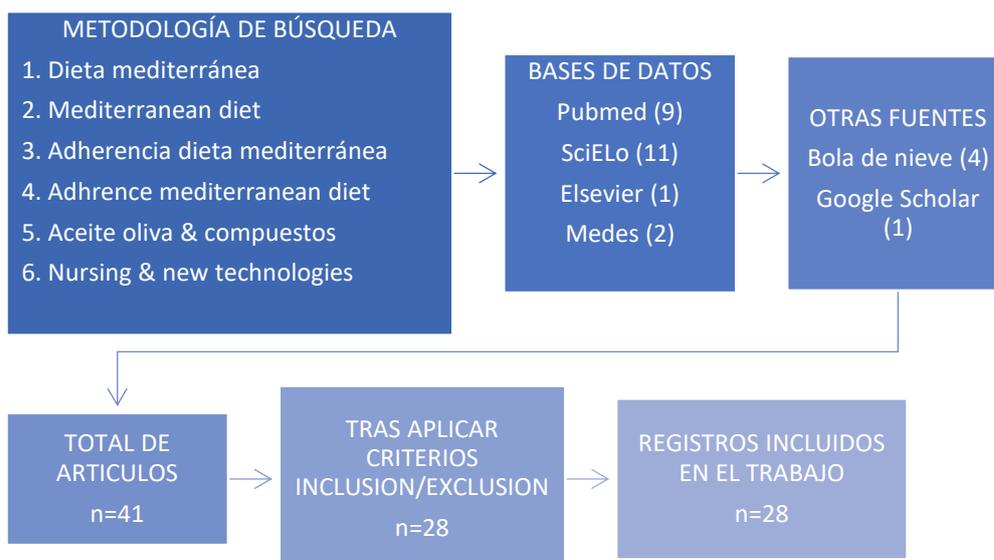


Figura 1. Diagrama de flujo. *Estrategia de búsqueda.* Fuente: elaboración propia.

4. RESULTADOS

Para explicar mejor los resultados se han dividido en el estudio de intervención y la revisión bibliográfica. correspondiente.

4.1. Resultados del estudio de intervención:

El número total de participantes fue de 92 de los cuales 51 personas completaron el cuestionario inicial y 34 personas completaron el cuestionario inicial y final. 17 personas (3,3%) de los participantes que respondieron al primer cuestionario continuaron con el programa, pero no respondieron al segundo. Dentro de los participantes que respondieron al cuestionario inicial 45 fueron mujeres representando el 83,27% de la muestra y 6 varones 13,73%. Gráfico 2.

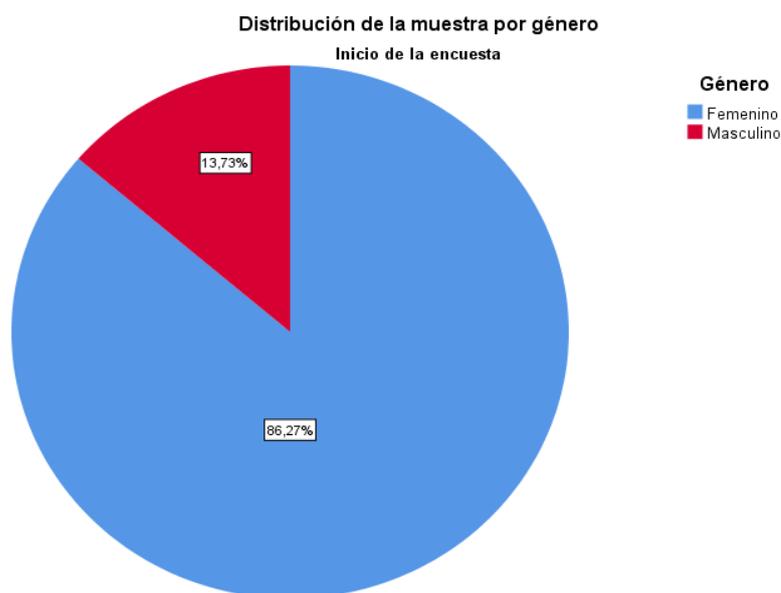


Figura 2. Distribución de la muestra por género. Fuente: elaboración propia.

Inicialmente se observó que el 5,9% de la población presentaba una adherencia muy baja a la DMed, 47,1% baja, 23,5% media y el 23,5% alta. Finalmente, los porcentajes fueron 15,7%, 25,5% y 25,5% para adherencia baja, media y alta. Tabla 2.

Tabla 2. Grado de adherencia a la Dieta Mediterránea. Fuente: Elaboración propia.

Grado de adherencia	Inicio n (%)	Final n (%)
Muy baja	5,9	0
Baja	47,1	15,7
Media	23,5	25,5
Alta	23,5	25,5

La puntuación media a la adherencia a la dieta mediterránea tras la intervención ha aumentado en todos los casos de forma significativa obteniendo mayor incremento en mujeres que en hombres (1,4 Y 1,1 Respectivamente). Gráficos 3 y 4. Tabla 3.

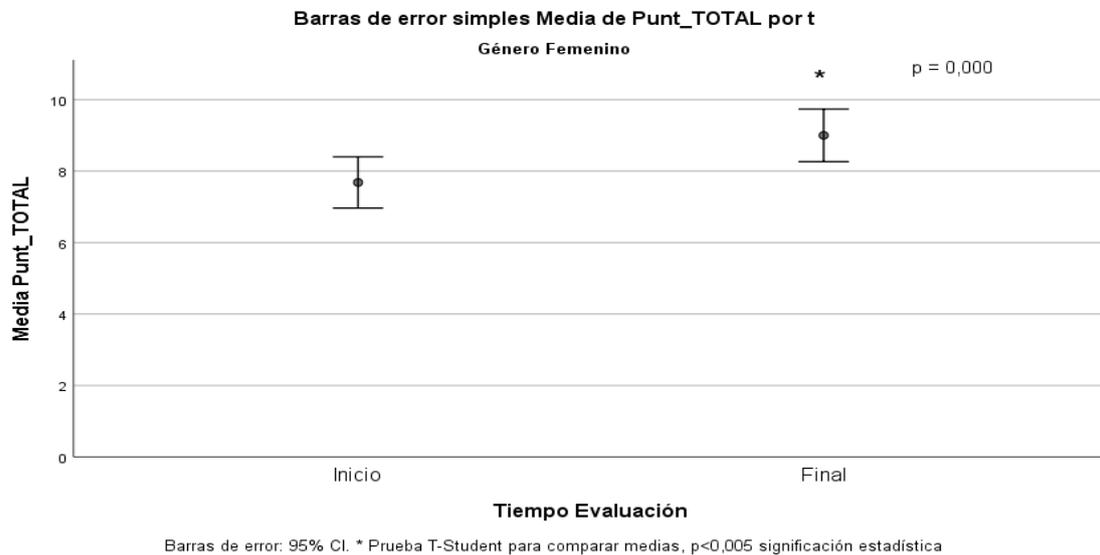


Figura 3. Evolución del grado de adherencia en mujeres. Fuente: Elaboración propia.

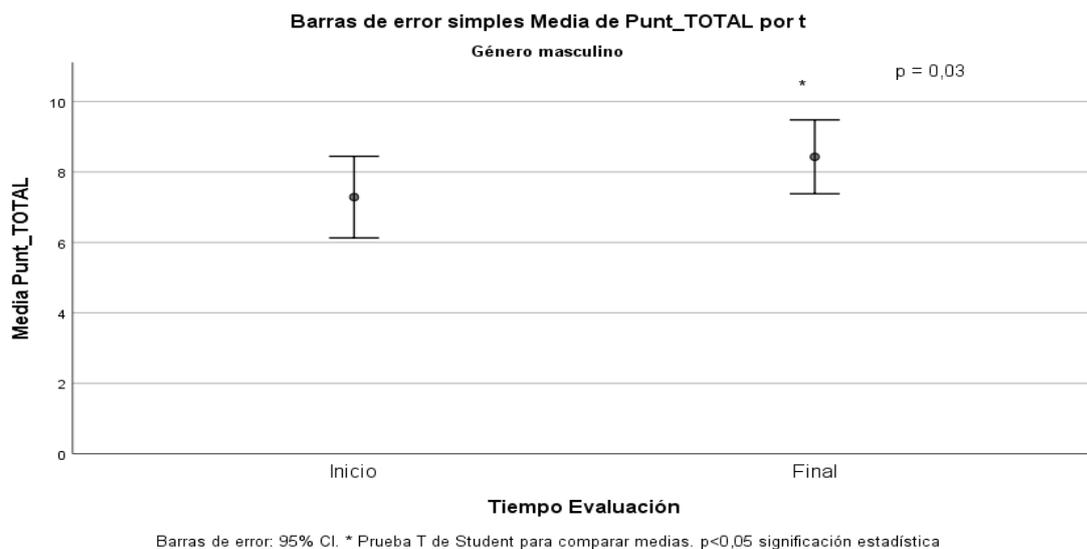


Figura 4. Evolución del grado de adherencia en hombres. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Evolución del grado de adherencia a la DMed por género. *Fuente: Elaboración propia.*

Género	N	Punt. Inicial ± DE	N	Punt. Final ± DE	Incremento	P
Femenino	27	7,5 ± 2,43	27	9,00 ± 1,86	1,48 ± 1,71	0,000
Masculino	7	7,2 ± 1,2	7	8,42 ± 1,13	1,14 ± 1,06	0,030

Puede observarse que, significativamente, en el segundo cuestionario el número de participantes aumento su grado de adherencia a la dieta mediterránea situándose entre 8 y 9 puntos. Esto corresponde a un grado de adherencia media. En el cuestionario inicial se puede observar que la puntuación media es de 7 lo cual corresponde a una adherencia baja según el cuestionario MEDAS.

Entre los grupos de alimentos en los que el consumo ha evolucionado negativamente desde el inicio hasta el final de la intervención, se encuentra el consumo de legumbres Pregunta 9, los vegetales cocinados, la pasta y el arroz pregunta 14 (Anexos 2 y 3). Estas modificaciones indican un alejamiento de la tradicional DMed en la población participante del programa.

En relación con los resultados obtenidos en los cuestionarios realizados en este estudio, se puede observar que la frecuencia de consumo en el cuestionario inicial de pescado, aceite de oliva, verduras y hortalizas, frutas y frutos secos son los productos que más se consumen a lo largo del día. En el cuestionario en el punto final se puede observar que dicha frecuencia de consumo se mantuvo o incluso mejoro después de la intervención.

En el punto inicial, el pescado fresco y el marisco/molusco fresco es consumido en la gran mayoría de 3 o más veces por semana, mientras que las carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos presentan una frecuencia de consumo de 0 a 1 pieza por día presentando este grupo una frecuencia de consumo mucho menor.

Los resultados muestran que el consumo de aceite de oliva como principal grasa para cocinar sigue estando presente en la dieta del 99% encuestados, aumentando su frecuencia de consumo (pasando de 2-3,9 cucharadas/día a 4 o más cucharadas/día) al finalizar la intervención.

Los resultados ponen de manifiesto que el tratamiento nutricional “online” ha obtenido éxito y mayor adherencia a la DMed. Además, gracias a las TIC enfermería podemos alcanzar a gran parte de la población, principalmente rural, de zonas despobladas o con poca disponibilidad de tiempo.

Resultados de la revisión bibliográfica

Se ha seleccionado una muestra final de 11 estudios. La tabla C muestra los datos descriptivos más importantes de los estudios. Tabla 4.

Tabla 4. Datos descriptivos más importantes de los estudios. *Fuente: elaboración propia.*

Autor y fecha	Tipo de estudio	N(F%)	Instrumento evaluación de la DMed	Resultados
Reyes Narváez <i>et al</i> , 2019 (1)	Estudio transversal, muestreo aleatorio	43,4%	Cuestionario estructurado basado en la revisión bibliográfica y pirámide nutricional de la OMS	El 41,2% de los 136 estudiantes tiene conocimientos medios, 38,2% conocimientos bajos y el 20,6% conocimientos altos sobre alimentación saludable.
Antonia Trichopoulou <i>et al</i> . <i>BMC Medicine</i> 2014 (2)	Revisión bibliográfica			Es considerada un promotor de la salud. Contiene dos elementos que la hacen única, el aceite de oliva virgen y el consumo de vino durante las comidas. La clave para disminuir el riesgo de patologías cardíacas a través de la dieta mediterránea es el consumo de legumbres.
Zaragoza Martí <i>et al</i> , 2015 (3)	Estudio descriptivo transversal	81,8%	MEDIS-FFQ (cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos) PREDIMED	El 51,7% de los participantes presento una adherencia baja. Los sujetos con baja adherencia a la dieta mediterránea tenían mayores índices de obesidad, un mayor consumo de tabaco, de alcohol, mayor índice cintura cadera y un mayor porcentaje de grasa corporal.
Henríquez Sánchez <i>et al</i> , 2012 (4)	Estudio de cohorte	67,76%	The baseline questionnaire (Q_0) The 4-year of follow-up questionnaire (Q_4)	Los participantes con la puntuación más alta incrementaron su adherencia y aumentaron su funcionamiento físico, su estado de salud en general y su vitalidad. Este estudio además permitió demostrar la asociación entre la adherencia a la DMed y algunos aspectos para mejorar la calidad de vida física y mental auto percibida.
Tárraga López <i>et al</i> , 2021 (16)	Estudio observacional, analítico, longitudinal y prospectivo	65,9%	MEDAS PREDIMED	La adherencia en el caso de los varones (n=36) no obtuvo cambios significativos, manteniendo una evolución descendente al principio y estable al final, en el caso de las mujeres (n=51) cuya buena adherencia fue aumentando con el confinamiento. El 77% de la población estudiada presenta una alta adherencia a la DMed, frente a una adherencia moderada el 22,4% y baja el 5%.
Salavatore Benito <i>et al</i> , 2018 (17)	Estudio de casos y controles	40,5%	MEDAS PREDIMES	Según la variable utilizada se refleja una adherencia alta a la DMed. Una adherencia a la DMed se correlaciona con una disminución de aparición de cáncer.
D. Rovira <i>et al</i> , 2021 (18)	Revisión bibliográfica			El aceite de oliva tiene efectos favorables sobre disfunción endotelial, hipertensión, inflamación, sensibilidad a la insulina y diabetes, asociándose con niveles más bajos de biomarcadores de inflamación y un mejor perfil lipídico. Existe además una relación beneficiosa entre una copa de vino diaria, debido a una disminución de los niveles circulantes de marcadores inflamatorios como IL-6 o proteína C reactiva. El beneficio de las frutas y verduras se encontraría gracias a sus efectos antiinflamatorios y cardiometabólicos.
C. Dussillant <i>et al</i> , 2016 (6)	Revisión bibliográfica			La adherencia a la DMed se asocia a 31% menor riesgo de SM (síndrome metabólico) con un beneficio sobre todos sus componentes. La DMed es más efectiva que una dieta baja en grasas en mejorar diferentes factores de riesgo cardiovascular y parámetros inflamatorios. La DMed disminuyó un 35% la incidencia de Diabetes por cada dos puntos de adherencia.
H. Schroder <i>et al</i> , 2011 (13)	Ensayo clínico, aleatorizado y de 5 años de control	52,27%	MEDAS PREDIMED	Los participantes presentaron un 30% de disminución de eventos cardiovasculares, una disminución del 52% de aparición de nuevos casos de Diabetes, se demostró que esta dieta podría disminuir el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento.
IA. Barbosa <i>et al</i> , 2017 (19)	Investigación cualitativa	100%		La tecnología facilitó su práctica profesional; aunque en relación con el proceso de comunicación, creen que es más difícil comunicarse de manera virtual, particularmente debido a la dificultad de percepción de señales no verbales.
León-Muñoz <i>et al</i> , 2012 (20)	Estudio transversal		MEDAS	Mas del 80% de los individuos consume aceite de oliva como principal grasa para cocinar y para comer, así como un bajo consumo de carnes rojas, grasa animal, carbohidratos y bebidas azucaradas. No obstante, la población española se está alejando del patrón de la DMed, adoptando estilos de una dieta menos saludable, más típica de los países occidentales.

Los resultados (Tabla C) muestran que el porcentaje de participación femenina fue mayor en la mayoría de los estudios (3) (4) (16) (13) (19). Los estudios de observación y/o intervención que evaluaron el grado de adherencia a la DMed lo hicieron con el cuestionario PREDIMED (3) (16) (17) (13), MEDAS (16) (17) (13) (20) y Henríquez Sánchez *et al*, 2012 (4) lo hizo con un Cuestionario de Frecuencia de alimentos de elaboración propia.

El grado de adherencia a la DMed fue variable, así Zaragoza Martí *et al*, 2015 (3) mostró que en su población de estudio el grado de adherencia a la DMed fue bajo, mientras que, en 2018, Salvatore Benito *et al* (17) describió una alta adherencia a la DMed.

7 estudios refieren beneficios al aumentar el grado de adherencia a la DMed; la revisión bibliográfica de Trichopoulou *et al*, 2014 (2) concluye que la DMed es promotora de salud y representa una clave fundamental para disminuir el riesgo de patologías cardíacas. En línea con esto último Rovira *et al*, 2021 y Dusailant *et al*, 2016 concluyeron que mayor adherencia a la DMed disminuía los factores de riesgo cardiovascular y la inflamación mejorando el perfil lipídico. Otros beneficios han sido descritos como la disminución del deterioro cognitivo, disminución de la incidencia de diabetes (13) (6) y cáncer (17) y la mejoría de la calidad de vida en general (4). En suma, se han descrito mayores índices de obesidad y mayor porcentaje de grasa corporal en personas con baja adherencia a la DMed (3).

5. DISCUSIÓN

Este trabajo responde al objetivo principal de evaluar el grado de adherencia a la Dieta Mediterránea en un grupo de personas adultas antes y después de realizar un programa de educación nutricional online de 8 semanas de duración y a los específicos de revisar el grado de adherencia a la Dieta Mediterránea en la población adulta española y evaluar el programa de educación nutricional tipo online como instrumento para mejorar la adherencia de la población a la Dieta desde la enfermería.

La Adherencia a la DMed, medida por el MEDAS de 14 puntos, demostró un aumento desde el inicio de la intervención hasta el final de esta. Tal como demostró Pérez Rodrigo *et al*, 2021 (25) en un estudio similar realizado durante el confinamiento en el año 2021. En el estudio de intervención PREDIMED-PLUS se observa claramente una evidencia de que una mayor adhesión al patrón de la DMed se asociaba significativamente con niveles más bajos de triglicéridos, índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal. En comparación con una baja adhesión, una alta adhesión a la DMed mostró una relación inversa con la hipertensión y la obesidad. Así mismo, este estudio también puso en evidencia que los patrones dietéticos de alta calidad como la DMed han mostrado un mayor aporte de micronutrientes con actividad inflamatoria, lo que puede contribuir a la mejora de la obesidad y el síndrome metabólico (16).

Según el último informe anual de consumo de alimentación en España publicado en el año 2021 realizado por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, el porcentaje de hogares de adultos independientes representa el 8% de la población, demostrando así un crecimiento del 1,4% en relación con el año anterior. Este tipo de hogar refiere que en sus hábitos de alimentación busca el cuidado de la salud a través de un consumo intensivo de productos frescos como: pescado fresco, marisco/molusco fresco, pan fresco, huevos, hortalizas, patatas y frutas frescas. Destacan en su dieta productos tales como: conservas de pescado/mariscos, leche desnatada, frutos secos o café e infusiones. Además, incorporan en su dieta productos como encurtidos, platos preparados, queso de oveja y vinos o cervezas y sidras. Este tipo de consumo

coincide con el perfil de recomendaciones de la DMed, esto “va en línea” con el estudio, ya que, hay un porcentaje bastante elevado de participantes que han mejorado sus hábitos alimenticios al finalizar la intervención (21).

Es importante recalcar que según los estudios epidemiológicos la ingesta de aceite de oliva virgen (AOV) se asocia a un menor riesgo de padecer enfermedades crónicas de base oxidativa e inflamatoria, siendo estas precisamente las más frecuentes en las sociedades actuales. Estos beneficios son atribuibles a la presencia de ácidos grasos monoinsaturados (AGMI) y a una serie de compuestos que, aunque en menor concentración, han demostrado tener fuertes propiedades antioxidantes, inflamatorias y antiproliferativas. La evidencia científica sigue destacando este aceite como uno de los de primera elección en la dieta siendo este uno de los componentes más característicos de la DMed (22).

Una vez más se ha evidenciado que los factores dietéticos pueden modificar el perfil de riesgo poblacional para enfermedades crónicas y la hipótesis que asocia una dieta adecuada con salud cardiovascular ha ganado cada vez más mayor aceptación en el mundo científico, según un análisis realizado del efecto de la actividad física y adherencia a la dieta mediterránea en enfermedades crónicas. *Bray GA et. Al y Anderson TJ (2016)* marcan como objetivos principales de la terapia nutricional: mantener y lograr un peso corporal saludable, mejorar el perfil lipídico y reducir de manera considerable el riesgo de padecer eventos cardiovasculares. De todas las posibles vías para conseguirlo, la adherencia a la DMed es probablemente el determinante más relevante del éxito (18).

Incrementar la ingesta de verduras y hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos; disminuir el consumo de grasas, acentuando la ingesta de grasas insaturadas; reducir la ingesta de azúcares; y realizar por lo menos 60 minutos de actividad física al día variada y adaptada al estado de salud de cada persona, ayuda a mejorar sustancialmente el estado de salud de las personas (26).

La enfermería es una profesión muy diversa con varios grados de formación y de visión. El personal de enfermería ha ido asumiendo cada vez más responsabilidades en la atención primaria. Según las estimaciones desde el año 2020 las enfermedades crónicas son la principal causa de discapacidad y en año 2030 se doblará la incidencia actual de enfermedades crónicas en mayores de 65 años. La evolución de dichas enfermedades es causa de disfunciones en los distintos órganos y sistemas provocando limitaciones físicas y psíquicas progresivas que dificultan la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y determinan la necesidad de las personas de ser ayudadas en estas tareas vitales elementales. Desde atención primaria la enfermera comunitaria junto con el equipo de atención primaria (AP) son los principales responsables de prestar asistencia y cuidados de salud a la población en el primer nivel asistencia y deben garantizar la continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente (23).

Existen diferentes modalidades de atención a distancia que ya se encuentran incluidas en la carteta de servicio de numerosas comunidades. Refiriéndonos a los cuidados surge el concepto tele-enfermería. Este término hace referencia al uso de las TICs por parte de los profesionales de enfermería, como herramienta para la mejora de la comunicación, formación y gestión de los cuidados. Este concepto es definido por el consejo internacional de enfermeras como (Tejada & Ruíz, 2010): “*El uso de la tecnología de las comunicaciones en la disciplina enfermera para*

mejorar la atención a los pacientes. Implica el empleo de canales electromagnéticos (por ejemplo, alámbricos, de radio y ópticos) para transmitir señales de comunicaciones de voz, de datos y visuales". Según la bibliografía existente, hay multitud de estudios de investigación, que sustentan como el uso de las nuevas tecnologías como la teleasistencia por parte de enfermería en pacientes crónicos, presenta un efecto beneficioso en los mismos, mejorando los resultados de los cuidados. Es por esto, que las TICs se han puesto de manifiesto como instrumentos que ayudaran a mejorar la calidad y la accesibilidad a los cuidados, en un entorno donde cada vez las demandas sanitarias van en aumento, acompañado del envejecimiento de la población y al aumento de la cronicidad (24).

La informatización y el uso de nuevas tecnologías es un proceso progresivo y cada vez más presente en nuestra sociedad y en la profesión enfermera. En general todas las áreas sanitarias se han visto influenciadas por este proceso de informatización. La enfermería actualmente tiene un gran reto en el aprovechamiento de los nuevos recursos tecnológicos para facilitar la realización de su labor de manera más eficiente, efectiva y en el menor tiempo posible. La principal preocupación a la hora de hacer uso de las TICs se asocia con las dificultades que pueden presentar los pacientes más mayores a la hora de hacer uso de estas. No obstante, un punto a favor es que gracias a las nuevas tecnologías se puede llegar a zonas en las que existe mayor dificultad de poder tener un enfermero localizado. Un estudio realizado en Brasil concluyo que el uso de las nuevas tecnologías facilito la práctica profesional, aunque en relación con el proceso de comunicación, creen que es más difícil comunicarse, principalmente debido a la dificultad de percepción de señales no verbales (27) (19).

A lo largo de esta investigación me he encontrado con ciertas limitaciones como, por ejemplo: la muestra ha sido bastante reducida, la cual en el segundo cuestionario se ha visto aún más escasa. A pesar de que es un tema que tiene mucha bibliografía, en ciertas fuentes ha sido difícil obtener acceso a dicha información y finalmente, hay que tener en cuenta que la tecnología día a día está más inmersa en nuestras vidas, pero para aquellas personas que no están familiarizadas con la misma, puede resultar siendo un factor limitante a la hora de realizar programas por medio de esta.

6. CONCLUSIONES

- El programa nutricional *"online"* mejora la adherencia a la Dieta Mediterránea.
- Gracias a las aportaciones que recibían los participantes semanalmente y a lo que compartían cada uno de ellos a través de la plataforma Facebook, muchos pudieron mejorar sus técnicas culinarias y obtener nuevas ideas de cómo preparar comidas más saludables y adaptadas al patrón de la DMed.
- No obstante, se ha obtenido resultados bastante desfavorables en cuanto al elevado consumo de bollería industrial, procesados y el bajo consumo de aceite de oliva. Por lo cual, queda patente la necesidad de continuar educando a la población a través de unas correctas pautas nutricionales.
- Enfermería juega un papel fundamental en la prevención y seguimiento de las enfermedades crónicas, especialmente desde atención primaria. Este patrón nutricional junto con el uso de las nuevas tecnologías puede ser una herramienta útil para llevar a cabo la educación para la salud.

- La enfermería siempre busca adaptarse a nuevas formas de responder a las necesidades de la población, el uso de las nuevas tecnologías podría ser una gran herramienta para dar solventar dichas necesidades.
- Este estudio sigue siendo analizado y explorado en la actualidad introduciendo más variables demográficas.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Reyes Narvaez S, Olayo Canto M. Conocimientos sobre alimentación saludable en estudiantes de una universidad pública. Rev. chil. nutr. 2020 Febrero; 47(1): p. 67-72.
2. Trichopoulou A, Martínez-González MA, Tong TY, Forouhi NG, Khandelwal S, Prabhakaran D, et al. Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. BMC Medicine. 2014;(12).
3. Zaragoza Martí A, Ferrer Cascales R, Cabañero Martínez MJ, Hurtado Sánchez JA, Laguna Pérez A. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el estado nutricional en personas mayores. Nutrición Hospitalaria. 2015 Apr; 31(4).
4. Henríquez Sánchez P, Ruano C, Ruiz-Canela M, Martínez-González M, Sánchez-Villegas A. Adherence to the Mediterranean diet and quality of life in the SUN project. European Journal of Clinical Nutrition. 2012;(66): p. 360-368.
5. Urguiaga I, Echeverría G, Dussailant C, Rigotti A. Origen, componentes y posibles mecanismos de acción de la dieta mediterránea. Revista médica de Chile. 2017 Jan; 145(1).
6. Dussailant C, Echeverría G, Urquiaga I, Velasco N, Rigotti A. Evidencia actual sobre los beneficios de la dieta mediterránea en salud. Rev Med Chile. 2019 Enero; 144: p. 1044-1052.
7. Karageorgou D, Magriplis E, Mitsopoulou AV, Dimakopoulos I, Bakogianni I, Micha R, et al. Dietary patterns and lifestyle characteristics in adults: results from the Hellenic National Nutrition and Health Survey (HNNHS). Elsevier. 2019 Enero; 171: p. 76-88.
8. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2022 Mayo 14]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.
9. Ministerio de Sanidad. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [Online]. Madrid: Centro de publicaciones Paseo del Prado; 2021 [cited 2022 03 29]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf.
10. Instituto Nacional de Estadística. INE. [Online]. [cited 2022 Junio 14]. Available from: https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/10/&file=d03005.px#ltabs-tabla.
11. Aranceta Bartrina J, Varela Moreiras G, Serra Majem L. Nutrición y gastronomía en las distintas comunidades autónomas. Nutrición Hospitalaria. 2019; 36(1): p. 1-141.
12. Hariharan D, Vellanki K, Kramer H. The western Diet and Chronic Kidney Disease. Current Hypertension Reports. 2015 Marzo 10; 17(16).
13. Schroder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvado J, et al. A Short Screener Is Valid for Assessing Mediterranean Diet Adherence among Older Spanish Men and Women. The Journal of nutrition. 2011 Abril 20; 141(6): p. 1140-1145.

14. Salas-Salvado J, Mena-Sánchez G. El gran ensayo de campo nutricional PREDIMED. *Nutrición Clínica en Medicina*. 2017; XI(1): p. 1-8.
15. Díaz Brito Y, Pérez Rivero J, Báez Pupo F, Conde Martín M. Overview on promotion and health education. *Revista Cubana de Medicina General INtegral*. 2012 Marzo 28;; p. 299-308.
16. Tárraga Lopez J, Panisello Royo JM, Carbayo Herencia JA, Carro A, Rosich N, Panisello M, et al. Cambios observados en la adherencia a la dieta mediterránea en una población española durante el confinamiento debido a la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2. *Nutrición Hospitalaria*. 2021 Agosto; 38(1): p. 109-120.
17. Salvatore Benito A, Valero Zanuy MÁ, Alarza Cano M, Ruiz Alonso A, Alda Bravo I, Rogero Blanco E, et al. Adherencia a la dieta mediterránea: comparación entre pacientes con cáncer de cabeza y cuello y población sana. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*. 2019 Enero; 66(7).
18. Rovira Martínez D, Tárraga Marcos ML, Romero de Ávila M, Madrona Marcos F, Tárraga López PJ. Análisis del efecto de la actividad física y adherencia a la diete mediterranea en enfermedades cronicas. *Journal of Negativa and No Positive Results: JONNPR*. 2021 Febrero; 6(2): p. 358-392.
19. Barbosa IdA, Paes da Silva MJ. Nursing care by telehealth: what is the influence of distance on communication? *Rev Bra Enverm*. 2017 Octubre; 70(5): p. 928-934.
20. León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Mesas E, Aguilera MT, et al. Adherencia to the Mediterranean Diet Pattern Has Declined in Spanish Adults. *The Journal of Nutrition Nutritional Epidemiology*. 2012;; p. 1843-1850.
21. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. [Online]. Madrid; 2021 [cited 2022 Mayo 19. Available from: https://www.mapa.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-tendencias/informe-anual-consumo-2020-v2-nov2021-baja-res_tcm30-562704.pdf.
22. Sánchez-Rodríguez E, D Mesa M. Compuestos bioactivos del aceite de oliva virgen. *Nutricion Clinica en Medicina*. 2018 Diciembre; XII(2): p. 80-94.
23. Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paceute crónico en la comunidad. *Enfermeria Clinica*. 2013 Diciembre; 24(1): p. 5-11.
24. Rodríguez JMR. Las TICs en Enfermería de Práctica Avanzada. 2017.
25. Pérez-Rodrigo C, Gianzo Citores M, Hervás Bárbara G, Ruiz Litago F, Casis Sáenz L, Aranceta-Bartrina J. Cambios en los hábitos alimentarios durante el periodo de confinamiento por la pandemia COVID-19 en España. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*. 2020; 26(2): p. 101-111.
26. Moral García JE, Agraso López AD, Pérez Soto J, Rosa Guillamón A, Tárraga Marcos L, García Cantó E, et al. Práctica de actividad física según adherencia a la dieta mediterránea, consumo de alcohol y motivación en adolescentes. *Nutrición Hospitalaria*. 2019; 36(2): p. 420-427.
27. Arandojo Morales I. New Technologies and new challenges for nursing professionals. *Index Enferm*. 2016 Junio; 25(1-2): p. 38-41.
28. Serra-Majem L, Tomaino L, Dernini S, Berry M, Lairon D, De la Cruz JN, et al. Updating the Mediterranean Diet Pyramid towards Sustainability: Focus on Environmental Concerns. *International Journal Of Environmental Research and Public Health*. 2020 November;(17).

8. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información que nos brinde será tratada de manera confidencial y anónima con fines científicos. En ningún caso sus respuestas serán presentadas acompañadas de su nombre o de algún dato que lo identifique. Su participación es totalmente voluntaria y puede darla por terminada en cualquier momento. Asimismo, puede plantear todas sus dudas respecto a la investigación antes, durante y después de su participación al correo electrónico mrsterling1307@hotmail.com. La información que nos pueda brindar será de gran ayuda. ¿Acepta participar en esta investigación?

1. Si, he leído todos los términos y condiciones y doy mi consentimiento.
2. No, no estoy conforme con los términos y condiciones.

Anexo 2. Tabla de resultados cuestionarios 1 y 2 codificados. *Fuente elaboración propia.*

Identificador	Sexo	Tiempo	R1	P1	R2	P2	R3	P3	R4	P4	R5	P5	R6	P6	R7	P7	R8	P8	R9	P9	R10	P10	R11	P11	R12	P12	R13	P13	R14	P14	Puntuación	Valor	Valoración
1	1	1	1	1	2	0	2	0	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	3	0	3	0	2	1	2	1	1	1	3	0	8	3	Media
2	1	1	1	1	2	0	3	0	3	0	2	1	2	1	2	1	3	0	3	0	2	0	1	0	3	0	1	1	1	1	6	2	Baja
3	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	1	0	2	1	2	1	3	0	2	0	3	0	1	0	2	1	1	1	3	0	5	2	Baja
4	2	1	1	1	2	0	1	1	2	0	2	1	1	0	2	1	3	0	2	0	2	0	2	1	2	1	2	0	1	1	7	2	Baja
5	1	1	1	1	2	0	2	0	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	1	1	2	0	1	1	9	3	Media
6	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	2	0	7	2	Baja
7	1	1	1	1	2	0	2	0	3	0	1	0	2	1	2	1	3	0	2	0	3	0	1	1	3	0	1	1	2	0	5	2	Baja
8	1	1	2	0	2	0	3	0	3	0	1	0	2	1	2	1	3	0	1	1	3	0	1	0	3	0	1	1	1	1	5	2	Baja
9	2	1	1	1	1	1	2	0	2	0	1	0	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	1	0	2	1	1	1	2	0	6	2	Baja
10	1	1	1	1	2	0	2	0	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	2	1	2	0	2	0	8	3	Media
11	1	1	1	1	2	0	1	1	2	0	2	1	2	1	2	1	1	1	2	0	1	1	2	1	1	1	2	0	2	0	9	3	Media
12	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	1	1	3	0	2	1	3	0	2	0	1	1	7	2	Baja
13	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	1	0	3	0	1	1	3	0	6	2	Baja
14	1	1	1	1	2	0	1	1	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	1	0	2	1	1	1	3	0	7	2	Baja
15	1	1	1	1	2	0	2	0	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	1	1	1	1	2	0	9	3	Media
16	1	1	1	1	2	0	1	1	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	3	0	2	1	2	0	8	3	Media
17	2	1	1	1	1	1	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	1	1	2	0	3	1	9	3	Media
18	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	1	1	2	0	1	1	10	3	Media
19	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	1	3	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11	3	Media
20	2	1	1	1	1	1	3	0	2	0	1	0	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	1	0	1	1	2	0	2	0	5	2	Baja
21	1	1	1	1	2	0	3	0	3	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	3	0	1	0	2	1	1	1	1	1	7	2	Baja
22	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	1	0	1	0	2	1	3	0	3	0	2	0	2	1	2	1	2	0	3	0	4	1	Muy Baja
23	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	1	0	2	1	1	0	3	0	2	0	2	0	1	0	3	0	1	1	1	1	4	1	Muy Baja
24	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	0	2	1	2	1	1	1	2	0	2	0	1	0	2	1	1	1	3	0	8	3	Media
25	1	1	1	1	2	0	1	1	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	1	2	1	1	1	1	1	9	3	Media
26	2	1	1	1	2	0	2	0	2	0	1	0	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	1	2	1	2	0	2	0	5	2	Baja
27	2	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	0	2	1	2	1	2	1	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	10	3	Media
28	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	1	1	1	1	2	0	10	3	Media
29	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	12	4	Alta
30	2	1	1	1	2	0	1	1	2	0	2	1	1	0	2	1	2	1	3	0	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8	3	Media
31	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	1	2	1	1	1	3	0	8	3	Media

32	1	1	1	1	2	0	2	0	3	0	1	0	2	1	2	1	3	0	2	0	3	0	1	0	3	0	1	1	2	0	4	1	Muy Baja		
33	1	1	1	1	2	0	1	1	2	0	2	1	2	1	1	0	3	0	2	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	0	8	3	Media	
34	1	1	1	1	2	0	3	0	2	0	2	1	2	1	1	0	3	0	2	0	3	0	1	0	3	0	2	0	3	0	3	1	Muy Baja		
35	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	1	0	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	1	3	0	2	0	2	0	4	1	Muy Baja		
36	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	11	3	Media	
37	1	1	1	1	2	1	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	0	9	3	Media	
38	1	1	1	1	2	1	2	0	1	1	2	1	2	1	1	0	2	1	2	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	0	9	3	Media	
39	1	1	1	1	2	1	1	1	3	0	1	0	2	1	1	0	3	0	3	0	2	0	1	0	3	0	2	0	3	0	4	1	Muy Baja		
40	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	3	0	3	0	2	1	3	0	2	0	1	1	7	2	Baja		
41	1	1	1	1	2	0	1	1	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	3	0	1	1	2	1	2	1	1	1	2	0	9	3	Media		
42	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	1	3	0	7	2	Baja	
43	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	0	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	1	3	0	8	3	Media	
44	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	1	0	2	1	1	0	3	0	2	0	2	0	1	0	3	0	2	0	3	0	3	1	Muy Baja		
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	12	4	Alta	
46	1	1	1	1	2	0	3	0	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	3	0	3	0	1	0	1	1	1	1	1	3	0	7	2	Baja	
47	1	1	1	1	3	0	3	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	1	2	1	1	1	1	2	0	7	2	Baja	
48	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	1	0	2	1	1	0	3	0	2	0	2	0	1	0	3	0	1	1	1	2	0	4	2	Baja	
49	1	1	1	1	2	0	2	0	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	2	1	2	0	2	0	8	3	Media		
50	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	1	0	2	1	2	1	3	0	3	0	2	0	1	0	3	0	1	1	1	1	6	2	Baja		
51	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	0	2	1	2	1	2	1	2	0	2	0	1	0	2	1	2	0	2	0	7	2	Baja		
1	1	2	1	1	2	0	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	9	3	Media	
2	1	2	1	1	2	0	1	1	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	9	3	Media	
3	1	2	1	1	3	0	2	0	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	1	1	1	1	3	0	9	3	Media		
4	2	2	1	1	1	1	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	1	0	2	1	2	0	1	1	7	2	Baja		
5	1	2	1	1	2	0	2	0	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	0	8	3	Media	
6	1	2	1	1	1	1	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	1	2	1	1	1	1	2	0	8	3	Media	
7	1	2	1	1	2	0	1	1	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	1	2	0	8	3	Media	
8	1	2	2	0	2	0	3	0	1	1	2	1	1	0	2	1	3	0	1	1	2	1	1	0	3	0	1	1	1	1	1	7	2	Baja	
9	2	2	1	1	2	0	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	9	3	Media	
10	1	2	1	1	1	1	2	0	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	1	1	1	2	0	1	1	10	3	Media	
11	1	2	1	1	2	0	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	1	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	11	3	Media	
12	1	2	1	1	3	0	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	1	1	2	0	2	1	2	1	1	1	1	2	0	10	3	Media	
13	1	2	1	1	2	0	1	1	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	0	9	3	Media

14	1	2	1	1	2	0	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	1	0	2	1	1	1	3	0	6	2	Baja			
15	1	2	1	1	3	0	2	0	1	1	2	1	2	1	2	1	2	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	0	10	3	Media				
16	1	2	1	1	2	0	2	0	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	3	1	1	1	2	0	9	3	Media			
17	2	2	1	1	1	1	2	0	2	0	1	0	2	1	2	1	3	0	3	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	9	3	Media			
18	1	2	1	1	1	1	1	1	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11	3	Media			
19	1	2	1	1	3	0	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	12	4	Alta			
20	2	2	1	1	2	0	3	0	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	0	2	1	1	1	2	0	3	0	7	2	Baja	
21	1	2	1	1	2	0	1	1	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	1	1	1	1	3	0	9	3	Media			
22	1	2	1	1	2	0	1	1	3	0	1	0	2	1	2	1	3	0	3	0	2	0	2	0	2	1	2	1	2	0	3	0	6	2	Baja	
23	1	2	1	1	2	0	2	0	3	0	1	0	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	1	0	3	0	1	1	1	1	5	2	Baja			
24	1	2	2	0	2	0	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	3	0	3	0	2	1	2	1	1	1	3	0	8	3	Media			
25	1	2	1	1	1	1	1	1	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	11	3	Media			
26	2	2	1	1	2	0	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	3	0	9	3	Media	
27	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	0	2	1	2	1	1	1	1	1	10	3	Media	
28	1	2	1	1	1	1	1	1	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	0	11	3	Media		
29	1	2	1	1	2	0	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	1	1	10	3	Media	
30	2	2	1	1	3	0	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	2	0	7	2	Baja	
31	1	2	1	1	1	1	1	1	3	0	2	1	2	1	2	1	3	0	3	0	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	3	0	9	3	Media	
32	1	2	1	1	2	0	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	0	2	1	3	0	1	1	2	0	6	2	Baja	
33	1	2	1	1	2	0	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	0	2	1	1	1	1	1	3	0	7	2	Baja	
34	1	2	1	1	2	0	2	0	2	0	2	1	2	1	2	1	3	0	2	0	2	0	2	0	2	1	2	1	1	1	1	3	0	7	2	Baja

P: Puntuación de la respuesta elegida.

R: Opción de respuesta elegida.

LEYENDA CUESTIONARIO

1. **¿Usas el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?**
 1. Si **(1 punto)**
 2. No (0 puntos)
2. **¿Cuánto aceite de oliva consumes en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)?**
 1. 4 o más cucharadas **(1 punto)**
 2. 2-3,9 cucharadas (0 puntos)
 3. 0-1,9 cucharadas (0 puntos)
3. **¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consumes al día? (las guarniciones o acompañamiento = 1/2 ración) 1 ración=200g.**
 1. 2 o más raciones (al menos una de ellas en ensaladas o cruda) **(1 punto)**
 2. 1-1,9 raciones (0 puntos)
 3. 0-0,9 raciones (0 puntos)
4. **¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consumes al día?**
 1. 3 o más raciones **(1 punto)**
 2. 1-2,9 raciones (0 puntos)
 3. 0-0,9 raciones (0 puntos)
5. **¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consumes al día? (ración: 100 - 150 g)**
 1. 1 ración o más (0 puntos)
 2. 0-0,9 raciones **(1 punto)**
6. **¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consumes al día? (porción individual: 12 g)**
 1. 1 ración o más (0 puntos)
 2. 0-0,9 raciones **(1 punto)**
7. **¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consumes al día? (porción individual 12 g)**
 1. 1 ración o más (0 puntos)
 2. 0-0,9 raciones **(1 punto)**
8. **¿Bebes vino? ¿Cuánto consumes a la semana? (porción individual 12 g)**
 1. 7 o más vasos **(1 punto)**

2. 3-6,9 vasos **(1 punto)**
 3. 0-2,9 vasos (0 punto)
- 9. ¿Cuántas raciones de legumbres consumes a la semana? (1 plato o ración de 150 g)**
1. 3 o más raciones **(1 punto)**
 2. 1-2,9 raciones (0 puntos)
 3. 0-0,9 raciones (0 puntos)
- 10. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consumes a la semana? (1 plato pieza o ración: 100 - 150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g de marisco).**
1. 3 o más raciones **(1 punto)**
 2. 1-2,9 raciones (0 puntos)
 3. 0-0,9 raciones (0 puntos)
- 11. ¿Cuántas veces consumes repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana?**
1. 2 raciones o más (0 puntos)
 2. 0-1,9 raciones **(1 punto)**
- 12. ¿Cuántas veces consumes frutos secos a la semana? (ración 30 g)**
1. 3 o más raciones **(1 punto)**
 2. 1-2,9 raciones **(1 punto)**
 3. 0-0,9 raciones (0 puntos)
- 13. ¿Consumes preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (ración 30 g)**
1. Si **(1 punto)**
 2. No (0 puntos)
- 14. ¿Cuántas veces a la semana consumes los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?**
1. 2 o más raciones **(1 punto)**
 2. 1-2,9 raciones (0 punto)
 3. 0-0,9 raciones (0 puntos)

Anexo 4. Estrategia de búsqueda. Términos, recursos utilizados y resultados obtenidos para la búsqueda bibliográfica. Fuente: elaboración propia.

ESTRATEGIA DE BUSQUEDA	BASES DE DATOS	RESULTADOS CON FILTROS APLICADOS	RESULTADOS SELECCIONADOS	ARTICULOS RELACIONADOS
<i>Diet AND Mediterranean AND Health</i>	Medline-PubMed	2609	9	
<i>Health AND Prevention AND Diet Mediterranean</i>	SciELO	19	8	
<i>Primary health care AND Nurse competencies</i>	ScienceDirect – ELSEVIER	739	1	
<i>Aceite de Oliva AND compuestos bioactivos</i>	Google Scholar	3500	1	
<i>Nursing AND New technologies</i>	SciELO	80	2	1
<i>Dieta mediterránea AND Alimentación</i>	MEDES	2504	2	
				TOTAL=24 ARTICULOS

Anexo 5. Autorización Comité de Investigación



**VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y MOVILIDAD DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE
LASALUD DE SORIA (FCCS)**

AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA COMISIÓN DE ÉTICA PARA LA REALIZACIÓN DE TFG

Tras la valoración del trabajo titulado “Desarrollo de un programa nutricional para aumentar la adherencia a la Dieta Mediterránea. Estudio de intervención” a desarrollar por el alumno D. ALFONSO STERLING y dirigido por la Dña. Patricia Romero Marco, se acuerda la aprobación del mismo para su desarrollo.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and strokes, likely belonging to Zoraida Verde Rello.

Fecha

08/07/2022

Firmado

Zoraida Verde Rello

Vicedecano de Investigación y Movilidad de la Facultad de Ciencias
de la Salud de Soria (FCCS)