

Análisis de la dieta y la adherencia a la dieta mediterránea de los Técnicos en Emergencias Sanitarias y su evolución durante la pandemia COVID-19 en relación con factores sociodemográficos y de salud

Analysis of Emergency Medical Technicians' diet and adherence to the Mediterranean diet, and their evolution during the COVID-19 pandemic in relation to sociodemographic and health factors

María del Mar LAMAS MENDOZA^{1,2,3}, Julia FERNANDEZ ALONSO³, Sendoa BALLESTEROS PEÑA^{1,3,4}, Leyre GRAVINA^{1,3}

1 Biocruces Bizkaia Health Research Institute, Barakaldo, España.

2 Osakidetza, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España.

3 Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Leioa, España.

4 Osakidetza, Hospital Santa Marina, Bilbao, España.

Recibido: 8/junio/2022. Aceptado: 11/julio/2022.

RESUMEN

Introducción: Los Técnicos en Emergencias Sanitarias presentan una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, lo que se ha relacionado con una menor adherencia a la dieta mediterránea y varios problemas de salud.

Objetivos: Describir la dieta y la adherencia a la dieta mediterránea en una muestra de Técnicos en Emergencias Sanitarias en España y su evolución durante la pandemia COVID-19 teniendo en cuenta los factores sociodemográficos y de salud relacionados.

Material y Métodos: Los participantes cumplimentaron un cuestionario online en el que se recogían: datos sociodemográficos, frecuencia de consumo alimentario, elección de platos saludables, autoeficacia para consumir frutas y verduras, cambios en la alimentación durante la pandemia, calidad

de sueño y síntomas de estrés. Se calculó la adherencia a la dieta mediterránea y la relación entre estas variables.

Resultados: Participaron 340 profesionales. Menos de un 25% cumplía las recomendaciones de consumo de verdura, fruta y cereales, y menos de un 35%, las de dulces, carne roja y frutos secos. Los técnicos con baja adherencia a la dieta mediterránea elegían menos platos saludables ($p < 0,001$) y tenían un menor nivel de autoeficacia ($p < 0,001$). Asimismo, los técnicos cuya alimentación empeoró durante la pandemia presentaban un sueño de peor calidad ($p = 0,025$) y más síntomas de estrés ($p < 0,001$).

Discusión: Los Técnicos en Emergencias Sanitarias presentan una baja adherencia a la dieta mediterránea, la cual se asoció con una menor autoeficacia y una peor elección alimentaria.

Conclusiones: Las intervenciones dirigidas a mejorar la alimentación de los Técnicos en Emergencias Sanitarias deben centrarse en mejorar su autoeficacia, su elección de platos saludables, su calidad de sueño y su nivel de estrés.

PALABRAS CLAVE

Dieta Mediterránea; Autoeficacia; Conducta de Elección; Sueño; Estrés Psicológico.

Correspondencia:

María del Mar Lamas Mendoza

mariadelmar.lasmendoza@osakidetza.eus

ABSTRACT

Introduction: Emergency Medical Technicians show a high prevalence of overweight and obesity, which have been related to a low adherence to the Mediterranean diet and several health problems.

Objetives: Describe the diet and the adherence to the Mediterranean diet in a sample of Emergency Medical Technicians in Spain and their evolution during the COVID-19 pandemic considering the sociodemographic and health factors related to them.

Material and Methods: The participants completed an online survey which collected: sociodemographic variables, food consumption, food choice, self-efficacy consumption of fruits and vegetables, changes in diet during the pandemic, sleep quality and stress symptoms. Adherence to the Mediterranean diet and the relationship between these variables were calculated.

Results: 340 professionals participated. Less than 25% met the recommended intake of vegetables, fruits and cereals, and less than 35%, the intake of confectionery, red meat and nuts. Technicians with a low adherence to the Mediterranean diet chose less healthy dishes ($p < 0.001$) and had lower self-efficacy ($p < 0.001$). Besides, technicians whose diet quality got worse during the pandemic presented poorer sleep quality ($p = 0.025$) and more stress symptoms ($p < 0.001$).

Discussion: Emergency Medical Technicians show a low adherence to the Mediterranean diet, which was associated with a low self-efficacy and poor food choices.

Conclusions: Interventions to improve Emergency Medical Technicians' diet quality should focus on improving their self-efficacy, food choice, sleep quality and stress levels.

KEYWORDS

Diet, Mediterranean; Self Efficacy; Choice Behavior; Sleep; Stress, Psychological.

LISTA DE ABREVIATURAS

TES: Técnicos en Emergencias Sanitarias.

ADM: Adherencia a la Dieta Mediterránea.

INTRODUCCIÓN

Los Técnicos en Emergencias Sanitarias (TES) presentan una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad¹, lo cual se ha relacionado con una menor adherencia a la dieta mediterránea (ADM) junto con un mayor riesgo de síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares². Por ello, aumentar la ADM es recomendable en estos profesionales. Sin embargo, no existen estudios sobre su ali-

mentación, y la pandemia COVID-19 ha podido empeorar su situación de salud.

OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio son describir la dieta y la ADM en una muestra de TES en España y su evolución durante la pandemia COVID-19 teniendo en cuenta los factores sociodemográficos y de salud relacionados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal de carácter nacional desarrollado en España entre octubre de 2020 y febrero de 2021. Fueron invitados a participar en el estudio los TES que trabajaban en ambulancias de Soporte Vital Básico y Avanzado que cumplieron un cuestionario online, anónimo y voluntario. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

Se calculó el tamaño muestral con Epidat (Versión 4.2) en base al número de ambulancias de Soporte Vital Básico y Avanzado en España en el año 2018, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en TES en España³, con un 95% de confianza y una precisión del 5%. Se realizó un muestreo no probabilístico estratificado, con una muestra igual para ambos estratos, utilizando Epidat. La estratificación se realizó en función del índice de desarrollo humano de la comunidad autónoma donde trabajaban los TES: con un índice menor o mayor que la media nacional⁴.

Variables

El cuestionario incluía variables sociodemográficas, de alimentación, calidad de sueño y estrés. Se valoró la dieta mediante un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario⁵ en el cual se incluyeron el aceite de oliva, los cereales integrales y los lácteos enteros para calcular el Mediterranean Diet Score, una escala de ADM cuya puntuación va de 0 a 55⁶. Los valores menores de 36 se categorizaron como baja adherencia, estos eran los dos terciles de menor puntuación en este estudio y equivaldrían a un valor de 65 si la puntuación fuera de 0 a 100. Además, se incluyó una pregunta sobre su alimentación durante la pandemia ("¿Ha cambiado su alimentación durante la pandemia de COVID-19?") con tres posibles respuestas: no ha cambiado, ha empeorado o ha mejorado.

La calidad de sueño se evaluó mediante el cuestionario de Pittsburgh⁷, los valores mayores de 5 se categorizan como sueño de mala calidad. Asimismo, los síntomas de estrés se analizaron mediante la subescala de la versión abreviada de la Depression Anxiety and Stress Scale⁸, los valores mayores de 14 se categorizan como síntomas de estrés.

Se utilizó la escala de autoeficacia para consumir frutas y verduras⁹ cuya puntuación va de 12 a 60. Los valores meno-

res de 20 se categorizaron como alta autoeficacia, estos eran el tercil de menor puntuación y equivaldrían a valores mayores de 83 si la puntuación fuera de 0 a 100 y una mayor puntuación significaría una mayor autoeficacia.

Además, se evaluó la elección de platos saludables mediante un cuestionario *ad hoc* validado por el grupo de investigación. Los participantes elegían qué plato comerían ese día entre tres opciones, y el cuestionario estaba compuesto por 15 ítems que puntuaban si se selecciona la opción más saludable. La puntuación iba de 0 a 15 y los valores menores de 6 se categorizaron como baja elección de platos saludables, estos eran el tercil de menor puntuación y equivaldrían a un valor de 40 si la puntuación fuera de 0 a 100. El cuestionario se evaluó en un estudio previo mediante análisis factorial confirmatorio utilizando el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados robusto sobre la matriz de correlaciones policóricas. Se analizó su validez convergente con el cuestionario de frecuencia de consumo alimentario⁴ mediante correlaciones de Spearman y su fiabilidad, como consistencia interna mediante el coeficiente alpha ordinal; y como estabilidad temporal, mediante análisis test-retest utilizando correlaciones policóricas. Aunque los resultados del ajuste del modelo unidimensional fueron bajos

(CFI=0,9, TLI=0,88, RMSEA=0,11 (IC 95%: 0,093-0,138) y SRSR=0,119), la asociación entre este cuestionario y el de frecuencia de consumo alimentario fue moderada (0,38) y la fiabilidad fue alta (0,84) en términos de consistencia interna y estabilidad temporal.

Análisis

Las variables categóricas se compararon con las variables continuas mediante la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis, y entre sí, utilizando la prueba de chi-cuadrado. Los modelos de regresión logística se ajustaron con la edad y el género, y se utilizaron los errores estándar robustos para valorar los grupos por la comunidad autónoma donde trabajaban. Se calculó el área bajo la curva característica operativa del receptor en base al modelo de regresión logística. El análisis estadístico se realizó con STATA (StataCorp. 2015).

RESULTADOS

Participaron 340 profesionales. Sus características sociodemográficas y factores de salud se presentan en la tabla 1. La ADM era menor en los hombres ($p=0,046$) y los TES con baja

Tabla 1. Características sociodemográficas y factores de salud de los Técnicos en Emergencias Sanitarias segmentados por su adherencia a la dieta mediterránea y el cambio en su alimentación durante la pandemia de COVID-19

| | | Total n=340 | | Adherencia a la dieta mediterránea | | | |
|--|--------------|-------------|------------|------------------------------------|-----------------------|-------------------|------------|
| | | | | Baja n=163 (70,3%) | | Alta n=69 (29,7%) | |
| | | n | Me (RIC) | n | Me (RIC) | n | Me (RIC) |
| Edad | | 329 | 41 (34-47) | 159 | 40 (33-45) | 67 | 40 (30-44) |
| | | n | % | n | % col | n | % col |
| Género | Hombre | 248 | 75 | 124 | 77^a | 43 | 64 |
| | Mujer | 84 | 25 | 37 | 23 | 24 | 36 |
| Calidad de sueño | Buena | 95 | 41 | 47 | 41 | 23 | 51 |
| | Mala | 139 | 59 | 69 | 59 | 22 | 49 |
| Síntomas de estrés | Sin síntomas | 210 | 64 | 98 | 61 | 44 | 65 |
| | Con síntomas | 120 | 36 | 63 | 39 | 24 | 35 |
| Elección de platos saludables | Baja | 162 | 58 | 98 | 69^b | 19 | 33 |
| | Alta | 119 | 42 | 45 | 31 | 38 | 67 |
| Autoeficacia para consumir frutas y verduras | Baja | 210 | 65 | 118 | 75^b | 30 | 47 |
| | Alta | 111 | 35 | 40 | 25 | 34 | 53 |

Prueba de chi-cuadrado ^a $p<0,05$, ^b $p<0,001$, Prueba de Kruskal-Wallis ^c $p=0,01$, Me (RIC): mediana (rango intercuartílico); % col: % columna, la suma puede no alcanzar el valor total de la muestra por valores perdidos.

Tabla 1 continuación. Características sociodemográficos y factores de salud de los Técnicos en Emergencias Sanitarias segmentados por su adherencia a la dieta mediterránea y el cambio en su alimentación durante la pandemia de COVID-19

| | | Alimentación durante la pandemia de COVID-19 | | | | | |
|--|--------------|--|------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------------|------------|
| | | No ha cambiado n=208 (61,4%) | | Ha empeorado n=78 (23%) | | Ha mejorado n=53 (15,6%) | |
| | | n | Me (RIC) | n | Me (RIC) | n | Me (RIC) |
| Edad | | 202 | 41 (35-48) | 76 | 38 (30-44) ^c | 51 | 40 (34-43) |
| | | n | % col | n | % col | n | % col |
| Género | Hombre | 162 | 79 | 49 | 66 | 37 | 71 |
| | Mujer | 44 | 21 | 25 | 34 | 15 | 29 |
| Calidad de sueño | Buena | 66 | 45 | 13 | 25 | 16 | 46 |
| | Mala | 80 | 55 | 40 | 75^a | 19 | 54 |
| Síntomas de estrés | Sin síntomas | 140 | 70 | 32 | 42 | 38 | 72 |
| | Con síntomas | 61 | 30 | 44 | 58^b | 15 | 28 |
| Elección de platos saludables | Baja | 106 | 61 | 35 | 57 | 21 | 45 |
| | Alta | 67 | 39 | 26 | 43 | 26 | 55 |
| Autoeficacia para consumir frutas y verduras | Baja | 125 | 64 | 54 | 73 | 31 | 58 |
| | Alta | 69 | 36 | 20 | 27 | 22 | 42 |

Prueba de chi-cuadrado ^ap<0,05, ^bp<0,001, Prueba de Kruskal-Wallis ^cp=0,01, Me (RIC): mediana (rango intercuartílico); % col: % columna, la suma puede no alcanzar el valor total de la muestra por valores perdidos.

adherencia elegían menos platos saludables (p<0,001) y tenían un menor nivel de autoeficacia (p<0,001). Asimismo, la alimentación de las personas de menor edad fue peor durante la pandemia (p=0,01) y los TES cuya alimentación empeoró presentaban un sueño de peor calidad (p=0,025) y más síntomas de estrés (p<0,001).

En la tabla 2 se muestra su consumo alimentario segmentado por su ADM y el cambio en su alimentación. Los TES que referían haber mejorado su alimentación presentaban una mayor ADM (p=0,02) junto con un menor consumo de dulces (p=0,009) y bebidas azucaradas (p=0,037). Respecto a su ADM, menos de un 25% cumplía las recomendaciones de consumo de verdura, fruta y cereales, y menos de un 35%, las de dulces, carne roja y frutos secos. Así como, los TES con alta adherencia cumplían en mayor proporción las recomendaciones de consumo de frutas (p=0,004), verduras (p<0,001), frutos secos (p<0,001), carne roja (p<0,001) y dulces (p=0,013).

El modelo de regresión logística indica que los TES con baja ADM presentaban en mayor proporción una baja elección de platos saludables (OR: 3,33; IC 95%: 2,08-5,31; p<0,001) y

una baja autoeficacia (OR: 2,25; IC 95%: 1,08-4,71; p=0,031). El área bajo la curva del modelo de regresión logística fue de 0,72 (IC 95%: 0,64-0,8).

DISCUSIÓN

Los TES presentan una baja ADM, la cual se asoció con una menor autoeficacia y una peor elección alimentaria. Asimismo, el empeoramiento en su alimentación se relacionó con un sueño de peor calidad y más síntomas de estrés, y su mejora con una mayor ADM junto con un menor consumo de dulces y bebidas azucaradas.

Respecto al empeoramiento en su alimentación, estos resultados coinciden con estudios previos donde se ha observado que reducir el tiempo de sueño aumenta la ingesta energética¹⁰, así como, el estrés se ha asociado con un aumento del consumo de alimentos poco saludables y una disminución de los saludables¹¹.

Sin embargo, al analizar la ADM, no se observó relación con estas variables, sino con la autoeficacia y la elección alimentaria. En estudios anteriores, presentar una mayor autoeficacia¹² y una elección alimentaria más saludable¹³ se ha

Tabla 2. Consumo de alimentos de los Técnicos en Emergencias Sanitarias segmentado por su adherencia a la dieta mediterránea y el cambio en su alimentación durante la pandemia de COVID-19

| Grupos de alimentos | Raciones | Total | | Adherencia a la dieta mediterránea | | | |
|---------------------|-----------|----------|-------|------------------------------------|-------|----------|-----------------------|
| | | | | Baja | | Alta | |
| | | <i>n</i> | % col | <i>n</i> | % col | <i>n</i> | % col |
| Cereales | <3/día | 243 | 87 | 139 | 86 | 61 | 90 |
| | ≥3/día | 36 | 13 | 22 | 14 | 7 | 10 |
| Frutas | <3/día | 277 | 83 | 145 | 89 | 51 | 74 |
| | ≥3/día | 56 | 17 | 18 | 11 | 18 | 26^b |
| Verduras | <2/día | 260 | 79 | 141 | 87 | 45 | 65 |
| | ≥2/día | 69 | 21 | 22 | 13 | 24 | 35^c |
| Frutos secos | <1/día | 225 | 72 | 136 | 86 | 40 | 58 |
| | ≥1/día | 89 | 28 | 23 | 14 | 29 | 42^c |
| Carne blanca | <2/semana | 43 | 13 | 17 | 10 | 11 | 16 |
| | ≥2/semana | 291 | 87 | 146 | 90 | 58 | 84 |
| Pescado | <2/semana | 65 | 20 | 37 | 23 | 9 | 13 |
| | ≥2/semana | 260 | 80 | 126 | 77 | 60 | 87 |
| Carne roja | >1/semana | 225 | 68 | 125 | 77 | 33 | 48 |
| | ≤1/semana | 107 | 32 | 38 | 23 | 36 | 52^c |
| Dulces | >2/semana | 198 | 65 | 109 | 68 | 34 | 51 |
| | ≤2/semana | 105 | 35 | 51 | 32 | 33 | 49^a |
| Bebidas azucaradas | >2/semana | 76 | 24 | 38 | 24 | 9 | 13 |
| | ≤2/semana | 240 | 76 | 122 | 76 | 58 | 87 |

Prueba de chi-cuadrado ^ap<0,05, ^bp<0,01, ^cp<0,001; % col: % columna, la suma puede no alcanzar el valor total de la muestra por valores perdidos.

asociado con una mejor alimentación. Además, las intervenciones en el lugar de trabajo han demostrado ser efectivas en la mejora de la alimentación. Entre estas intervenciones se encuentran aquellas dirigidas a aumentar la autoeficacia¹⁴, y para la mejora de la elección alimentaria, la combinación de diferentes tipos de intervenciones de promoción de la salud ha mostrado mayor efectividad, siendo la educación nutricional la más utilizada¹⁵.

Las fortalezas de este estudio son la heterogeneidad de la muestra procedente de todas las comunidades autónomas. Sin embargo, este estudio también presenta limitaciones, como son su diseño transversal que imposibilita inferir cau-

salidad, la selección no probabilística de la muestra y la recogida de datos online que puede limitar la generalización de los resultados.

CONCLUSIONES

La alimentación de los TES no es adecuada y se aleja del patrón dietético de la dieta mediterránea, posiblemente relacionado con una baja autoeficacia y una mala elección de alimentos. La pandemia COVID-19 ha empeorado su alimentación, posiblemente relacionado con la calidad de sueño y el estrés. Por todo esto, es necesario buscar estrategias de promoción de salud que permitan mejorar los hábitos de vida.

Tabla 2 continuación. Consumo de alimentos de los Técnicos en Emergencias Sanitarias segmentado por su adherencia a la dieta mediterránea y el cambio en su alimentación durante la pandemia de COVID-19

| | | Alimentación durante la pandemia de COVID-19 | | | | | |
|------------------------------------|-----------|--|-------|--------------|-------|-------------|-----------------------|
| | | No ha cambiado | | Ha empeorado | | Ha mejorado | |
| | | <i>n</i> | % col | <i>n</i> | % col | <i>n</i> | % col |
| Adherencia a la dieta mediterránea | Baja | 101 | 72 | 42 | 79 | 20 | 53 |
| | Alta | 40 | 28 | 11 | 21 | 18 | 47^a |
| Grupos de alimentos | Raciones | | | | | | |
| Cereales | <3/día | 150 | 87 | 51 | 82 | 42 | 95 |
| | ≥3/día | 23 | 13 | 11 | 18 | 2 | 5 |
| Frutas | <3/día | 170 | 83 | 62 | 84 | 45 | 85 |
| | ≥3/día | 36 | 17 | 12 | 16 | 8 | 15 |
| Verduras | <2/día | 164 | 81 | 56 | 76 | 40 | 75 |
| | ≥2/día | 38 | 19 | 18 | 24 | 13 | 25 |
| Frutos secos | <1/día | 138 | 72 | 53 | 77 | 34 | 65 |
| | ≥1/día | 55 | 28 | 16 | 23 | 18 | 35 |
| Carne blanca | <2/semana | 32 | 16 | 8 | 10 | 3 | 6 |
| | ≥2/semana | 172 | 84 | 69 | 90 | 50 | 94 |
| Pescado | <2/semana | 35 | 18 | 22 | 29 | 8 | 16 |
| | ≥2/semana | 164 | 82 | 53 | 71 | 43 | 84 |
| Carne roja | >1/semana | 141 | 69 | 50 | 67 | 34 | 64 |
| | ≤1/semana | 63 | 31 | 25 | 33 | 19 | 36 |
| Dulces | >2/semana | 118 | 63 | 54 | 79 | 26 | 53 |
| | ≤2/semana | 68 | 37 | 14 | 21 | 23 | 47^b |
| | >2/semana | 46 | 24 | 24 | 32 | 6 | 12 |
| | ≤2/semana | 147 | 76 | 50 | 68 | 43 | 88^a |

Prueba de chi-cuadrado ^ap<0,05, ^bp<0,01, ^cp<0,001; % col: % columna, la suma puede no alcanzar el valor total de la muestra por valores perdidos.

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría agradecer a todos los Técnicos en Emergencias Sanitarias por su participación y a las asociaciones por su colaboración: Asociación Española de Técnicos de Enfermería, Emergencias, Sanitarios y Sociosanitarios; Asociación de Técnicos en Emergencias Sanitarias de Castilla la Mancha, Asociación de Técnicos en Emergencias Sanitarias de Cana-

rias, Asociación de Técnicos en Emergencias Sanitarias de Aragón, Asociación Profesional de Técnicos en Emergencias Sanitarias de Euskadi, Unión de Técnicos en Emergencias Sanitarias de La Rioja, Unión de Técnicos en Emergencias Sanitarias de Navarra, Asociación Valenciana de Emergencias Sanitarias y Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Supples MW, Rivard MK, Cash RE, Chrzan K, Panchal AR, McGinnis HD. Barriers to Physical Activity Among Emergency Medical Services Professionals. *J Phys Act Health*. 2021;18(3):304-309.
2. Bautista Rodríguez M, Guadarrama Guadarrama R, Veytia López M. Prevalencia de obesidad según los indicadores: porcentaje de grasa corporal, índice de masa corporal y circunferencia de cintura. *Nutr Clín Diet Hosp*. 2020;40(3):18-25.
3. Martínez-Isasi S, Rodríguez-Lorenzo MJ, Vázquez-Santamariña D, Abella-Lorenzo J, Castro Dios DJ, Fernández García D. Perfil del técnico de emergencias sanitarias en España. *Rev Esp Salud Publica*. 2017;91:e201712049. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL91/O_BREVE/RS91C_201712049.pdf
4. Smits J, Permanyer I. The Subnational Human Development Database. *Sci Data*. 2019;6:190038. doi: 10.1038/sdata.2019.38
5. Trinidad Rodríguez I, Fernández Ballart J, Cucó Pastor G, Biarnés Jordà E, Arija Val V. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. *Nutr Hosp*. 2008;23(3):242-52.
6. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Stefanadis C. Dietary patterns: A Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2006;16(8):559-68.
7. Royuela A, Macías JA. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del Cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*. 1997;9(2):81-94.
8. Daza P, Novy DM, Stanley MA, Averill P. The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *J Psychopathol Behav Assess*. 2002;24(3):195-205.
9. Gutiérrez-Puertas L, Márquez-Hernández VV, Alcaraz-Córdoba T, Gutiérrez-Puertas V, Granados-Gámez G, Aguilera-Manrique G. Adaptation of the Spanish version of the Self-Efficacy Consumption of Fruit and Vegetables Scale. *Arch Latinoam Nutr*. 2018;68(4). Disponible en: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2018/4/art-1/>
10. Fenton S, Burrows TL, Skinner JA, Duncan MJ. The influence of sleep health on dietary intake: a systematic review and meta-analysis of intervention studies. *J Hum Nutr Diet*. 2021;34(2):273-85.
11. Hill D, Conner M, Clancy F, Moss R, Wilding S, Bristow M, et al. Stress and eating behaviours in healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*. 2021 May 24;1-25. [Online ahead of print]. doi: 10.1080/17437199.2021.1923406
12. Efthymiou V, Charmandari E, Vlachakis D, Tsitsika A, Palasz A, Chrousos G, et al. Adolescent Self-Efficacy for Diet and Exercise Following a School-Based Multicomponent Lifestyle Intervention. *Nutrients*. 2021;14(1):97. doi: 10.3390/nu14010097
13. Veling H, Verpaalen IAM, Liu H, Mosannenzadeh F, Becker D, Holland RW. How can food choice best be trained? Approach-avoidance versus go/no-go training. *Appetite*. 2021;163:105226. doi: 10.1016/j.appet.2021.105226
14. Rachmah Q, Martiana T, Mulyono M, Paskarini I, Dwiyantri E, Widajati N, et al. The effectiveness of nutrition and health intervention in workplace setting: a systematic review. *J Public Health Res*. 2021;11(1):2312. doi: 10.4081/jphr.2021.2312
15. Perez-Cueto FJA. An umbrella review of systematic reviews on food choice and nutrition published between 2017 and-2019. *Nutrients*. 2019;11(10):2398. doi: 10.3390/nu11102398