

Adherencia a la dieta mediterránea en tutores y residentes de una Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Tenerife

Adherence to the Mediterranean diet in tutors and residents of a Multiprofessional Teaching Unit for Family and Community Care in Tenerife

María Teresa MARCO GARCÍA, María de la Trinidad RUFINO DELGADO, María Berta ANTA AGUDO, Carlos Enrique MARTÍNEZ ALBERTO

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Tenerife Zona I. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de Salud.

Recibido: 15/diciembre/2020. Aceptado: 16/enero/2021.

RESUMEN

Introducción: Son múltiples los beneficios en salud de la dieta mediterránea. Existen pocos estudios que hayan valorado su adherencia en profesionales sanitarios.

Objetivos: Valorar la adherencia a la dieta mediterránea (DM) en tutores y residentes de una Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria (UDMAFyC) y su asociación con la edad, género, condición de tutor o residente, profesión y país de origen.

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo transversal. La población de estudio la formaron tutores y residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria de la UDMAFyC Tenerife zona I. Aprovechando un encuentro formativo, cumplieron un cuestionario que contenía las variables siguientes: adherencia a la dieta mediterránea (cuestionario MEDAS-14, de 14 ítems; alta adherencia: ≥ 9 puntos, baja adherencia: < 9 puntos), edad, género, ser tutor o residente, profesión (médico o enfermero) y país de origen.

Resultados: Participaron 136 profesionales sanitarios, 76 tutores, 56 de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y 20 de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) y 60 residentes

(55 de MFyC y 5 de EFyC). La adherencia a la DM fue alta en 96 profesionales (70,6%), y baja en 40 (29,4%). La adherencia media fue 9,46 (DT: 1,92). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ésta y el resto de variables. Sí se detectaron diferencias en el cumplimiento de los siguientes ítems del cuestionario en tutores y residentes: *consumo de dos o más cucharadas de aceite de oliva al día*, cuya frecuencia de cumplimiento fue del 73,7% en los tutores y del 53,3% en los residentes ($p= 0,014$), *consumo de tres o más raciones a la semana de pescado y marisco*, cuyo cumplimiento se afirmó por el 40,8% de los tutores y por el 21,7% de los residentes ($p= 0,018$) y *consumo preferente de carne blanca*, cuya adherencia fue algo superior en residentes (tutores: 84,2; residentes: 98,3%; $p= 0,005$).

Conclusiones: A pesar de que los tutores y residentes de MFyC y EFyC de esta Unidad Docente tienen un grado de adherencia a la DM alto, es mejorable el consumo que realizan de pescado o marisco, legumbres y fruta en estos profesionales.

PALABRAS CLAVE

Dieta mediterránea, adherencia, médico de familia, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: There are multiple health benefits of the Mediterranean diet. There are few studies that have evaluated its adherence in health professionals.

Correspondencia:
María Teresa Marco García
mmargart@gobiernodecanarias.org

Objectives: To assess the adherence to the Mediterranean diet in tutors and residents of a Multiprofessional Teaching Unit for Family and Community Care and its association with age, gender, the condition of tutor or resident, their profession and the country of origin.

Methods: A descriptive cross-sectional study was designed. The study population were tutors and residents of Family and Community Medicine and Nursing of the Multiprofessional Teaching Unit of Family and Community Attention of Tenerife zone I. Taking advantage of a training meeting, they completed a questionnaire that contained the following variables: adherence to the Mediterranean diet (MEDAS-14 questionnaire, of 14 items; high adherence: ≥ 9 points, low adherence: < 9 points), age, gender, being a tutor or resident, profession (doctor or nurse) and country of origin.

Results: 136 health professionals participated, 76 of them tutors (56 from Family Medicine and 20 from Family Nursing) and 60 residents (55 from Family Medicine and 5 from Family Nursing). Adherence to the Mediterranean diet was high in 96 healthcare professionals (70.6%), and low in 40 (29.4%). The mean adherence was 9.46 (SD: 1.92). No statistically significant differences were observed between this and the rest of the study variables. Differences were detected in the adherence of the following items of the questionnaire in tutors and residents: consumption of two or more tablespoons of olive oil per day, whose compliance frequency was 73.7% in tutors and 53.3% in residents ($p = 0.014$), consumption of three or more servings per week of fish and shellfish, which compliance was affirmed by 40.8% of the tutors and by 21.7% of the residents ($p = 0.018$) and preferential consumption of white meat, whose adherence was higher in residents (tutors: 84.2%; residents: 98.3%; $p = 0.005$).

Conclusions: Despite the fact that the tutors and residents of Family Medicine and Family Nursing of this Teaching Unit have a high degree of adherence to DM, the consumption of fish or shellfish, legumes and fruit in these professionals can be improved.

KEYWORDS

Diet, Mediterranean; adherence, family physician, nursing.

ABREVIATURAS

PREDIMED: PREvención con DIeta MEDiterránea.

MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria.

EFyC: Enfermería Familiar y Comunitaria.

UDMAFyC: Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria.

DM: Dieta Mediterránea.

INTRODUCCIÓN

Es un hecho aceptado que la enfermedad cardiovascular es un importante problema de salud pública¹. Dada la influencia directa de los hábitos alimentarios poco saludables en su aparición y su progresión², la prevención mediante el fomento de una forma de alimentación sana a todos los niveles de la población es una prioridad de Salud Pública³. El estudio de PREvención con DIeta MEDiterránea (PREDIMED) mostró una reducción de riesgo cardiovascular del 30% en aquellos que seguían la DM, similar a la alcanzada por los ensayos con estatinas⁴.

Los profesionales sanitarios, y muy especialmente los que desempeñan su labor en Atención Primaria, se encuentran en una posición privilegiada para llevar a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades vinculadas a los estilos de vida.

Existen pocos estudios que hayan valorado la adherencia a la DM en profesionales sanitarios⁵⁻⁹, y sólo en uno de ellos la población de estudio son los médicos de Atención Primaria⁹. En ningún caso se ha estudiado este tema de investigación en los tutores ni en los residentes en formación.

En Formación Sanitaria Especializada, el tutor es considerado el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, y actúa como modelo y referente para el profesional en formación.

Por todo ello, se planteó el siguiente estudio de investigación, que tiene como **objetivos**:

1. Estimar el grado de adherencia a la dieta mediterránea en tutores y residentes de una Unidad Docente Multiprofesional que forma especialistas en MFyC y EFyC.
2. Valorar si la misma se asocia a la edad de los profesionales, su género, la condición de tutor o residente, profesión (médicos o enfermeros) y el país de origen.

MATERIAL Y MÉTODO

La *población de estudio* estuvo compuesta por tutores y residentes de MFyC y de EFyC de la UDMAFyC de Tenerife zona I (Islas Canarias, España).

Se *diseñó* un estudio observacional descriptivo transversal de corte analítico.

Las variables recogidas fueron las siguientes:

- Variable principal: adherencia a la DM. Se valoró mediante el cuestionario utilizado en el estudio PREDIMED, validado a población española que incluye 14 ítems (MEDAS-14)¹⁰, asignando valores de cero y uno a cada componente del patrón de dieta evaluado, referido al consumo diario o semanal durante los últimos 3 meses (**tabla 1**). Su puntuación oscila entre 0 y 14 puntos, estableciéndose dos niveles de adherencia: alta (puntuación total entre 9 y 14 puntos) y baja (entre 0 y 8 puntos).

Tabla 1. Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea (MEDAS-14).

Puntuación	0	1
1. ¿Usa usted el aceite de oliva principalmente para cocinar?	no	si
2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?	menos de dos cucharas	dos o más cucharadas
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones o acompañamientos contabilizan como ½ ración)?	menos de dos raciones	dos o más al día (al menos una de ellas en ensaladas o crudas)
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	menos de tres al día	tres o más al día
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 gr)?	más de una	menos de una
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (una porción individual equivale a 12 gr)?	más de una	menos de una
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	más de una	menos de una
8. ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?	menos de tres vasos a la semana	tres o más vasos por semana
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?	menos de tres a la semana	tres o más por semana
10. ¿Cuántas raciones de pescado o marisco consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gr de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?	menos de tres a la semana	tres o más por semana
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?	tres o más por semana	menos de tres por semana
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?	menos de una a la semana	una o más por semana
13. ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100-150 gr)?	no	si
14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	menos de dos a la semana	dos o más por semana
		Total:

- Variables secundarias: edad, género, país de origen, tipo de profesional (tutor o residente) y profesión (medicina o enfermería).

Recogida de datos: aprovechando un encuentro formativo en el mes de noviembre de 2019, y tras solicitar su consentimiento para participar en el estudio, los profesionales sanitarios autocumplimentaron un cuestionario que incorporaba las variables anteriormente descritas.

Análisis estadístico: se calcularon estadísticos descriptivos y frecuencias. Para la comparación de proporciones se utilizaron los tests de hipótesis de Ji cuadrado de Pearson, o T-Student. Se consideró un nivel $\alpha = 5\%$. El Programa estadístico utilizado fue el SPSS versión 24.0.

Aspectos éticos: se respetó el principio de autonomía solicitando el consentimiento informado a los participantes. El cuestionario preservó el anonimato de los profesionales y

los datos únicamente fueron utilizados con los fines de la investigación. El estudio fue autorizado por el Comité de Investigación de la Dirección-Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife del Servicio Canario de Salud.

RESULTADOS

En el momento del estudio, la Unidad Docente Multiprofesional tenía acreditados 97 tutores (76 de MFyC y 21 de EFyC) y 70 residentes (64 de MFyC y 6 de EFyC). Cumplimentaron el cuestionario 56 tutores de MFyC (tasa de respuesta: 73,68%), 20 tutores de EFyC (tasa de respuesta: 95,23%), 55 residentes de MFyC y 5 residentes de EFyC (tasa de respuesta: 85,93% y 83,33% respectivamente). Por tanto, la muestra estuvo compuesta por 136 profesionales sanitarios.

Las características demográficas y laborales de los tutores y residentes participantes en el estudio se muestran en la **tabla 2**.

En relación al país de nacimiento, 110 profesionales (91,7%) nacieron en España. Con respecto al resto, 4 habían nacido en Marruecos (3 tutores y 1 residente de MFyC), 4 en Venezuela (2 tutores y 2 residentes de MFyC), 1 tutor de MFyC en Colombia y 1 residente de EFyC en Estados Unidos.

Globalmente la adherencia a la DM fue alta en 96 profesionales sanitarios (70,6%), y baja en 40 (29,4%). La adherencia media fue 9,46 (DT: 1,92), con una mediana de 9, un valor mínimo de 2 y el máximo de 13. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el cumplimiento de la DM y el género, la edad, la profesión, la condición de tutor o re-

sidente o el país de origen de los profesionales sanitarios, tal y como puede verse en la **tabla 3**.

Los valores medios de la puntuación total de adherencia a la DM tampoco difirieron en los profesionales de mayor edad frente al resto (>39 años: 9,60, ≤ 39 años: 9,32; p=0,426), el género (varón: 9,76, mujer: 9,37; p=0,325), el país de nacimiento (España: 9,49, otro país: 9,30; p=0,771), la condición de tutor o no (tutor: 9,61, residente: 9,26; p=0,291) o la profesión que ejercen (enfermero: 10,08, médico: 9,32; p=0,076).

Valorando cada uno de los aspectos que contempla el cuestionario, aquellos ítems con un porcentaje de cumplimiento mayor del 90%, fueron el uso de aceite de oliva como fuente de grasa principal para cocinar (96,3%), consumir menos de una ración al día de mantequilla, margarina o nata (95,6%), consumo de menos de una bebida carbonatada y/o azucarada al día (91,2%) y el consumo preferente de carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (90,4%).

Entre los ítems que tuvieron un menor cumplimiento se encuentran el consumir: tres o más vasos de vino por semana (9,6%), tres o más raciones de pescado o marisco por semana (32,4%), tres o más raciones de legumbres por semana (40,4%) y tres o más piezas de fruta al día (42,6%).

Se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre tutores y residentes en relación al consumo de dos o más cucharadas de aceite de oliva al día, al consumo de tres o más raciones a la semana de pescado y marisco y al consumo preferente de carne blanca (**figura 1**).

Tabla 2. Características de los participantes en el estudio.

n	Global	Tutores		Residentes	
	136	MFyC	EFyC	MFyC	EFyC
		56	20	55	5
Edad:					
media (DT)	39,21 (11,76)	49,63(7,38)	45,4 (7,05)	28,09 (2,74)	28,4 (7,02)
mediana	39	50,50	43,50	28	25
rango	39	27	24	16	17
mínimo	23	35	35	24	23
máximo	62	62	59	40	40
Mujeres n (%)	104 (77,6)	41 (74,5)	16 (84,2)	44 (80)	3 (60)
País de nacimiento n (%):					
España	110 (91,7)	41 (87,2)	18 (100)	47 (94)	4 (80)
Otros	10 (8,3)	6 (12,8)		3 (6)	1 (20)

MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria; EFyC: Enfermería Familiar y Comunitaria; DT: Desviación Típica.

Tabla 3. Adherencia a la dieta mediterránea y su asociación con las variables del estudio.

	Adherencia baja n (%)	Adherencia alta n (%)	p valor
Global	40 (29,4)	96 (70,6)	
Edad			
- ≤ 39 años	21 (31,3)	46 (68,7)	0,792
- > 39 años	19 (29,2)	46 (70,8)	
Género			
- Mujer	32 (30,8)	72 (69,2)	0,430
- Varón	7 (23,3)	23 (76,7)	
Tipo de profesional			
- Tutor	21 (27,6)	55 (72,4)	0,608
- Residente	19 (31,7)	41 (68,3)	
Especialidad			
- MFyC	33 (29,7)	78 (70,3)	0,864
- EFyC	1 (28)	18 (72)	
País de origen			
- España	32 (29,1)	78 (70,9)	0,952
- Otro	3 (30)	7 (70)	

MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria; EFyC: Enfermería Familiar y Comunitaria.

DISCUSIÓN

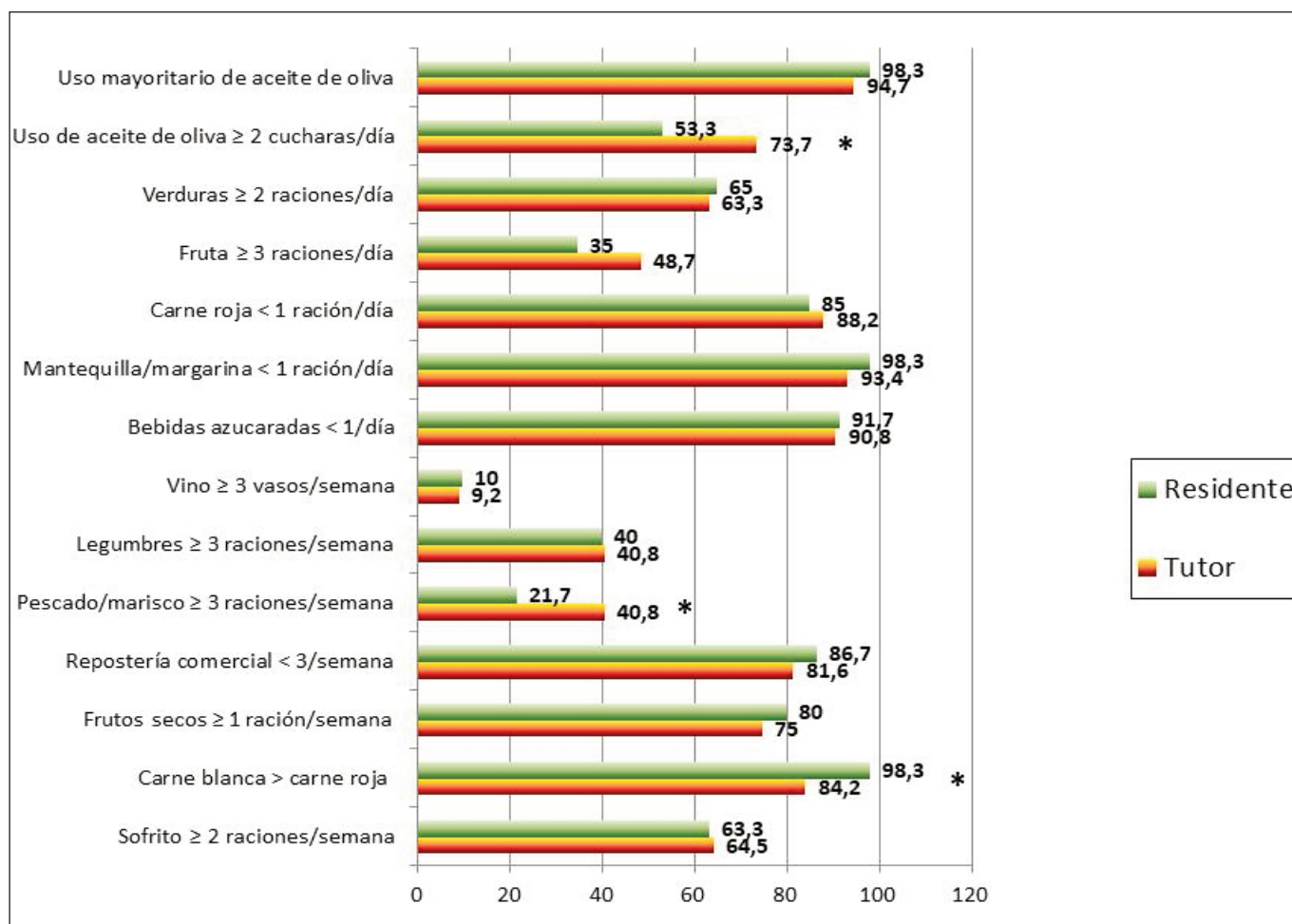
Las investigaciones realizadas sobre adherencia a la DM muestran gran variabilidad, tanto en los instrumentos utilizados, como en los puntos de corte seleccionados (incluso dentro de una misma herramienta), y en las poblaciones estudiadas. Ello hace difícil la comparación entre estudios.

Como fortalezas del presente trabajo de investigación identificamos, por un lado, el que se trata del primer estudio que analiza la adherencia a la DM en tutores y residentes de MFyC y EFyC. Otro aspecto positivo es la elevada tasa de respuestas, lo que hace difícil poder incurrir en un sesgo de selección. Además se ha intentado minimizar el sesgo de medición al seleccionar un cuestionario utilizado en el estudio PREDIMED, validado para medir adherencia a la DM en población española (cuestionario MEDAS-14)¹⁰. Tanto el cuestionario seleccionado como el punto de corte para determinar un grado de adherencia alto (entre 9 y 14 puntos) se han tomado de la historia clínica electrónica (Drago-AP) que es la que utilizan los profesionales de Atención Primaria de Tenerife. Además, también se utilizó en un subestudio previo del ensayo PREDIMED en donde puntuaciones inferiores a 9 se asociaron con un agrupamiento de factores de riesgo cardiovascular¹¹.

Existen cinco estudios hasta el momento que se han centrado en valorar el grado de adherencia a la dieta medite-

rránea en profesionales sanitarios⁵⁻⁹. En tres de ellos, la población de estudio son estudiantes universitarios⁶⁻⁸. Fiore et al.⁶ se centran en valorar la adherencia a la DM en 2000 estudiantes de medicina en la Universidad de Catania (Sicilia, Italia). Navarro-González et al. hacen lo mismo en estudiantes de enfermería murcianos. En ambos la herramienta seleccionada para valorar la adherencia a la DM es el cuestionario KIDMED. Otro estudio también en población universitaria, pero en este caso estudiantes de Ciencias de la Salud, utiliza el índice rMED¹². Existen dos publicaciones⁵⁻⁹ que, al igual que en el presente estudio, utilizan el cuestionario MEDAS-14. En uno de ellos la muestra estuvo compuesta por 43 profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares y celadores) de un Hospital de Huesca⁵ y otro se llevó a cabo en médicos de familia españoles pertenecientes a la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y a la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC)⁹.

Como resultado del presente estudio se obtiene que la adherencia a la DM es alta en un 70%. Esto es muy importante ya que los profesionales de Atención Primaria tienen un papel fundamental en la educación de hábitos saludables a la población y además son un referente para sus residentes. Esta cifra es superior a otras publicadas en profesionales sanitarios en nuestro país⁵, aunque dado que no utilizan el mismo punto de corte no son comparables.

Figura 1. Cumplimiento de los ítems del cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea por residentes y tutores de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.

En asterisco (*) se muestran las asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

En los tutores médicos de familia del presente estudio, la adherencia a la DM fue del 73,2%, superior al 55% obtenido en médicos de familia españoles⁹, si agrupamos las categorías media y alta de ese estudio. Ello puede deberse a que utilizan el cuestionario que incorpora criterios más exigentes en algunos ítems.

Al igual que en este último estudio⁹, los ítems que obtienen mayor grado de cumplimiento son el *uso de aceite de oliva como fuente de grasa principal para cocinar*, el *bajo consumo de mantequilla, margarina o nata* y de *bebidas carbonatadas y/o azucaradas*, obteniendo porcentajes similares.

A diferencia del estudio de Huesca⁵, que obtiene un 97,7% de respuestas afirmativas al ítem *uso de dos o más cucharadas de aceite de oliva al día*, en nuestro estudio este porcentaje fue inferior (64,7%) a pesar que el 96,3% afirmó que el aceite de oliva era la fuente de grasa principal para cocinar. Ello traduce que aunque era utilizado por la mayoría de los participantes, su consumo se hace en pequeñas cantidades.

El ítem con menor grado de adhesión fue el consumo de *tres o más vasos de vino a la semana*. A diferencia del estudio realizado por Allué-Gavín en la región de Huesca⁵, en el que uno de cada tres profesionales refería cumplir esta recomendación, únicamente uno de cada diez profesionales sanitarios canarios afirmaba ese consumo y, por tanto, nueve de cada diez de ellos refería consumir menos de esa cantidad de vino (o sea ningún consumo, o uno o dos vasos semanales). En el estudio ENRICA¹³ se encontró que entre aquellos que presentaban adherencia a la DM, únicamente un 15% tenía un consumo de alcohol concordante con ese patrón dietético. Recientemente Galán-Labaca et al. del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III han publicado una revisión paraguas en la que incluyen 26 revisiones sistemáticas y metanálisis sobre el consumo de alcohol¹⁴ y, tras valorar la evidencia, concluyen que no se puede afirmar que el consumo de vino y de cerveza, a pesar de incluir sustancias potencialmente beneficiosas para la salud, tengan un efecto diferencial en el riesgo car-

diometabólico, el cáncer o las enfermedades neurodegenerativas, por lo que no estaría justificado recomendar el consumo de estas bebidas alcohólicas. Esto va en la línea de lo publicado por algunas sociedades científicas como la Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria (semFYC) que en 2019, se posicionó en contra de que el alcohol pueda ser parte de una dieta saludable¹⁵. El Ministerio de Sanidad recientemente ha elaborado un documento¹⁶ en el que se establece que “no existe un nivel de consumo seguro de alcohol” y que “en base a la evidencia científica actual ningún profesional de la salud o institución debe recomendar su consumo para mejorar la salud”. Quizá todo ello pueda justificar el que se objetiven niveles bajos de consumo de vino en nuestros profesionales sanitarios y puede ser que los cuestionarios que valoran adherencia a la DM requieran modificaciones futuras en este sentido.

También es bajo el cumplimiento de las recomendaciones en relación al consumo de pescado o marisco, legumbres y fruta aunque pese a ello, la adherencia global a la DM es alta. Sin embargo, en otro estudio en médicos de Atención Primaria, el pescado es consumido por más de la mitad de los profesionales⁹. Probablemente esto esté influido por cuestiones sociales y culturales del archipiélago, además de tener una de las cestas de la compra más caras del país.

Puede ser que las diferencias observadas entre tutores y residentes en relación al consumo de aceite de oliva, pescado o marisco y consumo preferente de carne blanca pueda estar influida por el menor poder adquisitivo de los médicos y enfermeros internos residentes.

Otros estudios publicados en personas mayores¹⁷, pacientes hipertensos en Atención Primaria¹⁸ y pacientes con cardiopatía isquémica¹⁹ a los que se les ha realizado una intervención para mejorar la adherencia a la DM, presentan menor adherencia que los profesionales de este estudio, aunque dada la heterogeneidad de los cuestionarios y puntos de corte no son comparables.

Como limitaciones de nuestra investigación podemos indicar que dado que esta Unidad Docente es de un tamaño medio, puede que no hayamos tenido la suficiente potencia para detectar diferencias entre grupos. Asimismo el porcentaje de profesionales que había nacido fuera de España es muy bajo, lo que ocasiona una limitación para inferir resultados en este subgrupo poblacional.

Tenemos interés en llevar a cabo un estudio de intervención que se centre en aquellos componentes de la DM más deficitarios en nuestros profesionales sanitarios, así como investigar en la relación entre la adherencia a la DM y el riesgo cardiovascular en ellos. Asimismo es deseable que se realicen otros estudios en profesionales sanitarios tanto en el ámbito de la Atención Primaria como a nivel hospitalario, dada la escasez de publicaciones a este respecto, y que incorporen tamaños muestrales mayores.

CONCLUSIONES

Para finalizar, podemos afirmar que el grado de adherencia a la DM en los médicos y enfermeros, tanto tutores como especialistas en formación de la UDMAFYC de Tenerife zona I es alto, aunque es mejorable el cumplimiento de las recomendaciones en relación al pescado o marisco, legumbres y fruta. No se encontró asociación entre la adherencia a la DM y el resto de variables analizadas.

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer a los tutores y residentes de la unidad docente su participación en este estudio. También a la Dra Joima Panisello Royo por sus acertadas aportaciones, por su grado de implicación y entusiasmo y por ser siempre un referente en nutrición para nosotros.

BIBLIOGRAFÍA

- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, *et al.* Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.*, 380 (2012), pp. 2095-2128. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0. Erratum in: *Lancet.* 2013 Feb 23;381(9867):628. AlMazroa, Mohammad A [added]; Memish, Ziad A [added].
- Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F, Li TY, Fung TT, Li S, Willett WC, *et al.* The Mediterranean-style dietary pattern and mortality among men and women with cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr.* 2014 Jan;99(1):172-80.
- Lichtenstein A.H, Appel LJ, Brands M, Carnethon M, Daniels S, Franch HA, *et al.* Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation.* 2006 Jul 4;114(1):82-96. Erratum in: *Circulation.* 2006 Dec 5;114(23):e629. Erratum in: *Circulation.* 2006 Jul 4;114(1):e27.
- Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet.* 1994 Nov 19;344(8934):1383-9.
- Allué-Gavín B. Relación entre la adhesión a la Dieta Mediterránea y los estados de ánimo y quejas somáticas en el personal sanitario. 2016. Repositorio Universidad de Zaragoza. Facultad de Medicina. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/9666/Allue%20Gavin,%20Blanca.pdf>
- Fiore M, Ledda C, Rapisarda V, Sentina E, Mauceri C, D'Agati P, *et al.* Medical school fails to improve Mediterranean diet adherence among medical students. *Eur J Public Health.* 2015 Dec;25(6):1019-23.
- Barrios-Vicedo R, Navarrete-Muñoz EM, García de la Hera M, González-Palacios S, Valera-Gran D, Checa-Sevilla JF *et al.* [A lower adherence to Mediterranean diet is associated with a poorer self-rated health in university population]. *Nutr Hosp.* 2014 Sep 15;31(2):785-92.

8. Navarro-González I, López-Nicolás R, Rodríguez-Tadeo A, Ros-Berrueto G, Martínez-Marín M, Doménech-Asensi G. Adherence to the Mediterranean diet by nursing students of Murcia (Spain). *Nutr Hosp*. 2014 Jul 1;30(1):165-72.
9. Sentenach-Carbo A, Batlle C, Franquesa M, García-Fernandez E, Rico L, Shamirian-Pulido L et al. Adherence Of Spanish Primary Physicians And Clinical Practise To The Mediterranean Diet. *Eur J Clin Nutr*. 2019 Jul;72(Suppl 1):92-98.
10. Schröder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *J Nutr*. 2011 Jun;141(6):1140-5.
11. Sánchez-Taínta A, Estruch R, Bulló M, Corella D, Gómez-Gracia E, Fiol M, et al. PREDIMED group. Adherence to a Mediterranean-type diet and reduced prevalence of clustered cardiovascular risk factors in a cohort of 3,204 high-risk patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008 Oct;15(5):589-93.
12. Buckland G, González CA, Agudo A, Vilardell M, Berenguer A, Amiano P et al. Adherence to the Mediterranean diet and risk of coronary heart disease in the Spanish EPIC Cohort Study. *Am J Epidemiol*. 2009 Dec 15;170(12):1518-29.
13. León-Muñoz LM, Galán I, Valencia-Martín JL, López-García E, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F. Is a specific drinking pattern a consistent feature of the Mediterranean diet in Spain in the XXI century. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2014;24(10):1074-81.
14. Galán-Labaca I, Segura-García L, Álvarez FJ, Bosque-Prous M. Tipos de bebidas alcohólicas y efectos diferenciados en la salud: una revisión paraguas de estudios observacionales. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: 13 de noviembre e202011147.
15. Sociedad Española de Medicina de Familia. El alcohol no forma parte de la alimentación saludable. Barcelona; 2019. Disponible en: https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2019/10/ALCOHOL-Y-ALIMENTACION_DEF.pdf.
16. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid; 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol_Actualizacion.pdf
17. 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 [Adherence to the Mediterranean diet and its relation to nutritional status in older people]. *Nutr Hosp*. 2015 Apr 1;31(4):1667-74.
18. Azorín-Ras M, Martínez-Ruiz M, Sánchez-López AB, Ossa-Moreno M, Hernández-Cerón I, Tello-Nieves GM et al. Adherencia a la dieta mediterránea en pacientes hipertensos en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam [Internet]*. 2018 Feb [citado 2020 Dic 15];11(1):15-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169695X2018000100015&lng=es.
19. Tobias-Ferrer J, Martín-Gallego A, Sant-Masoliver C, Simon-Pallise C. Impacto sobre la adherencia a la dieta mediterránea desde la consulta de enfermería de atención primaria en pacientes con cardiopatía isquémica [Impact of Primary Care nursing clinics on the adherence to the Mediterranean diet in patients with ischaemic heart disease]. *Aten Primaria*. 2019 Aug-Sep;51(7):464-466.