



**Universidad
Zaragoza**

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Facultad de Medicina

Máster en Condicionantes Genéticos, Nutricionales y Ambientales del
Crecimiento y Desarrollo

**RELACIÓN ENTRE ADHESIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA
Y LOS ESTADOS DE ÁNIMO Y QUEJAS SOMÁTICAS EN EL
PERSONAL SANITARIO**

Autora: Blanca Allué Gavín

Tutores académicos: Dr. Gerardo Rodríguez Martínez y

Dra. Pilar Samper Villagrasa

Huesca 2016

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que participaron en el estudio

A las Universidades de Cantabria y Zaragoza por darme la oportunidad de estudiar el máster

Al Dr. Gerardo Rodríguez Martínez y a la Dra. Pilar Samper Villagrasa por todo su apoyo y ayuda

A mi madre, por estar siempre ahí. Y en especial, a Teresa Manglano y Carmen Vera

ÍNDICE

Abreviaturas.....	3
Resumen.....	4
1. Introducción.....	5
1.1. Incidencia de la dieta mediterránea en la salud.....	5
1.2. Adherencia de la dieta mediterránea.....	8
1.3. Estados de ánimo.....	10
1.4. Quejas somáticas.....	12
1.5 Relación de las distintas variables.....	13
2. Objetivos e hipótesis.....	15
2.1. Objetivo.....	15
3. Método.....	16
3.1. Población.....	16
3.2. Variables estudiadas e instrumentos utilizados.....	17
3.3. Procedimiento.....	18
3.4. Análisis estadístico.....	19
3.5. Aspectos éticos.....	19
3.6. Limitaciones.....	20
4. Resultados.....	21
4.1. Adherencia a la Dieta Mediterránea del personal sanitario.....	21
4.2. Análisis relacionados con las variables psicológicas.....	24
5. Discusión.....	30
6. Conclusiones.....	32
7. Bibliografía.....	33
8. Anexos.....	37
Anexo 1: Información del estudio y cuestionario inicial.....	38
Anexo 2: Cuestionario Adhesión a la Dieta Mediterránea.....	39
Anexo 3: Cuestionario MOOD.....	40
Anexo 4: Cuestionario SCL.....	41

ABREVIATURAS

AECOSAN: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición

ANOVA: Analysis of Variance

DM: Dieta Mediterránea

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

IMC: Índice de Masa Corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

M: Media

MAGRAMA: Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente

RAE: Real Academia Española

OMS: Organización Mundial de la Salud

PREDIMED: Prevención con Dieta Mediterránea

RAE: Real Academia Española

SCL: Symptom Check list

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

RESUMEN

A nivel mundial existe una gran preocupación por la mortalidad y morbilidad que producen las enfermedades crónicas, también llamadas enfermedades no transmisibles. De hecho la OMS ha creado una "Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud", donde la alimentación juega un papel esencial en la prevención y tratamiento de estas enfermedades. La Dieta Mediterránea (DM) es un ejemplo de alimentación saludable y numerosos estudios científicos asocian la adhesión a la DM con los estados de ánimo y quejas somáticas. El objetivo fue estudiar la relación entre la adhesión a la DM, los estados de ánimo y las quejas somáticas. Los participantes (N=43), fueron evaluados a través de autoinformes de DM, estados de ánimo y quejas somáticas. Los resultados obtenidos muestran que una mayor adhesión a la DM, conlleva una mejora del estado de ánimo y disminución de las quejas somáticas. Por tanto, el cumplimiento de la DM mejora el estado de salud y previene enfermedades.

ABSTRACT

There is a great concern for the death and disease that cause chronic disease, also called non-communicable diseases. In fact the WHO has created a "Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health", where food plays an essential role in the prevention and treatment of these diseases. The Mediterranean diet is an example of healthy eating and numerous scientific studies associate adherence to the Mediterranean diet (DM) with the moods and somatic complaints. In this research, we studied the relationship between adherence to the DM, moods and somatic complaints. The participants (N = 43) were evaluated by self-reported DM, moods and somatic complaints. The results show that a greater adherence to the DM, leads to improved mood and less somatic complaints. Therefore, compliance with DM improves health and prevents many diseases.

PALABRAS CLAVE: Adherencia a la DM, estados de ánimo, quejas somáticas.

KEY WORDS: Adherence to the Mediterranean diet, mood, somatic complaints.

1-INTRODUCCIÓN

En este apartado se realiza una recopilación de la literatura científica consultada sobre la Dieta Mediterránea, estados de ánimo y quejas somáticas. Al final del mismo, se expone la relación entre las distintas variables.

1.1 Incidencia de la dieta mediterránea en la salud

En España, el 96,2% de las muertes producidas en 2015, fueron debidas a distintas enfermedades. Algunas de estas enfermedades (tabla 1.1) como la diabetes, enfermedades hipertensivas, enfermedades respiratorias, cánceres... han sido objeto de estudio en diversos artículos científicos, donde se confirma que una mayor adherencia a la Dieta Mediterránea (DM) y un estado de ánimo positivo, podrían ser protectores de estas enfermedades crónicas más habituales (Guasch-Ferre et al., 2013; Martinez-Gonzalez et al., 2014; Barrios-Vicedo et al., 2015; Cardoso et al., 2015; Lee et al., 2015).

Tabla 1.1. Número de defunciones, en España, según las causas de muerte más frecuentes

Año 2013	Total	Hombres	Mujeres
Total defunciones	390.419	199.834	190.585
Enfermedades isquémicas del corazón	33.413	11.593	16.257
Enfermedades cerebro vasculares	27.850	17.559	4.105
Cáncer de bronquios y pulmón	21.664	6.136	10.752
Insuficiencia cardiaca	16.888	5.332	10.973
Demencias	16.305	11.377	4.010
Enf. Crónicas de las vías respiratorias inferiores	15.387	3.843	8.932
Enfermedad de Alzheimer	12.775	6.944	4.906
Cáncer de colon	11.850	6.944	4.906
Enfermedad hipertensiva	11.243	3.648	7.595
Diabetes Mellitus	9.391	3.985	5.406
Neumonía	8.333	4.317	4.016
Insuficiencia renal	6.836	3.188	3.648
Cáncer de mama	6.589	112	6.477
Cáncer de páncreas	6.039	3.169	2.870
Cáncer de próstata	5.787	5.787	-

Fuente: INE 2016

La palabra “dieta” proviene del latín “diaeta”, y este a su vez del griego “δίαιτα”, régimen de vida. (Real Academia Española). Ya en el año 460-377 a C, Hipócrates creyó necesaria una armonía entre los alimentos ingeridos y los ejercicios realizados, teniendo en cuenta la edad, profesión, sexo, etc. (López Férez 1986).

“Sea tu alimento tu mejor medicina” “La salud positiva exige el conocimiento de la constitución primaria del hombre y de las propiedades de los alimentos que consume, tanto de los naturales como de los que resultan de la habilidad humana. Pero la buena salud no depende sólo de la comida. Además, hay que hacer ejercicio, cuyos efectos beneficiosos también deben reconocerse. La combinación de ambas cosas junto con la debida atención a la estación del año, a los cambios de los vientos, a la edad de la persona y a la situación de su casa es lo que constituye el régimen. Si hay alguna deficiencia en la alimentación o en el ejercicio, el cuerpo enfermará” Hipócrates de Cos, 460-377 a C.

Nos adentramos en el concepto de “dieta”, e investigamos el significado del término “dieta mediterránea” (DM), el cual se define como “régimen alimenticio de los países de la cuenca del mar Mediterráneo basado preferentemente en cereales, legumbres, hortalizas, aceite de oliva y vino” (Real Academia Española).

Del concepto de DM, hemos de destacar lo reciente que es, ya que se empezó a escuchar en 1948 cuando L.G. Allbaugh y otros científicos, realizaron un estudio comparativo entre los hábitos alimentarios de los habitantes de la isla de Creta, Grecia, y los residentes en los Estados Unidos. Más tarde, en 1950 A. Keys comenzó un ensayo epidemiológico multinacional que, por primera vez, relacionaba dieta y enfermedad coronaria. Este ensayo se llamó “*Seven Countries Study*”. En él demostró, que las poblaciones del área mediterránea, a pesar de realizar una ingesta alta en grasa, tenían menor mortalidad en general (Bernabeu Mestre J 2011). Gracias a este primer ensayo, en el que se dieron a conocer los efectos de la DM en relación con las enfermedades cardiovasculares, se han realizado múltiples estudios científicos que relacionan la DM con una mejora de la hipertensión, obesidad, diabetes, algunos tipos de cáncer, osteoporosis, etc.

Estos estudios científicos afirman que la modificación de la dieta puede influir en la salud (Bach-Faig, 2011; Estruch et al., 2013).

Cuando hablamos de salud nos referimos al “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades”. Dentro de esta misma frase se hace mención a la salud mental, y en este trabajo queremos darle especial atención, ya que vamos a abordar los conceptos “estados de ánimo” y “quejas somáticas”, relacionados con la salud mental. La cual se define como, “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Añadir que existen datos, procedentes de la OMS, los cuales certifican que el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales y que más de 800.000 personas se suicidan cada año debido a estos trastornos (OMS, 2013).

Hemos estudiado en la bibliografía científica distintos artículos y destacamos el estudio PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea), en el que la DM previene ciertas enfermedades (Estruch et al., 2013), muchas de las cuales coinciden con las mencionadas en la tabla 1.1. Además, existe evidencia científica que afirma que un cambio en la dieta actual, hacia una DM puede mejorar, a corto plazo, aspectos del estado de ánimo y salud cardiovascular (Lee et al., 2015).

Es importante la prevención de estas enfermedades. Muchas de ellas podemos evitarlas o reducir sus efectos, siguiendo el patrón de la DM.

La obesidad, es una enfermedad que conlleva muchas enfermedades asociadas, muchas de ellas nombradas en la tabla 1.1, como la Diabetes Mellitus, enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres (OMS, 2015). Logrando una mayor adherencia a la DM conseguiríamos un mejor estado ponderal, es decir, mejor estado de salud. El estado nutricional de las personas se puede clasificar según su Índice de Masa Corporal (IMC). Un IMC superior o igual a 30kg/m^2 indica obesidad.

Un dato que nos ha hecho reflexionar y querer abordar este tema en el estudio es, que en el año 2014, 600 millones de personas de 18 o más años eran obesos (OMS, 2015), y se ha hecho una proyección para el 2030, nada alentadora.

A pesar de todos los beneficios que posee la DM, y todos los estudios que relacionan su adherencia a una mejora de la salud y protección de las enfermedades crónicas más comunes de la actualidad, existen varios estudios científicos que exponen que hay un cambio en la conducta alimentaria, sobre todo en los jóvenes,

desviándonos de los patrones de la DM y poniendo en peligro la salud (Keys et al., 1986; Varela et al., 2013).

Actualmente uno de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales, son ciertos estados de ánimo, ya que cuando son intensos y frecuentes, afectan negativamente la calidad de vida de las personas (Piqueras et al., 2009).

1.2. Adherencia a la dieta mediterránea

En este primer apartado vamos a describir brevemente en qué consiste y los beneficios de la DM.

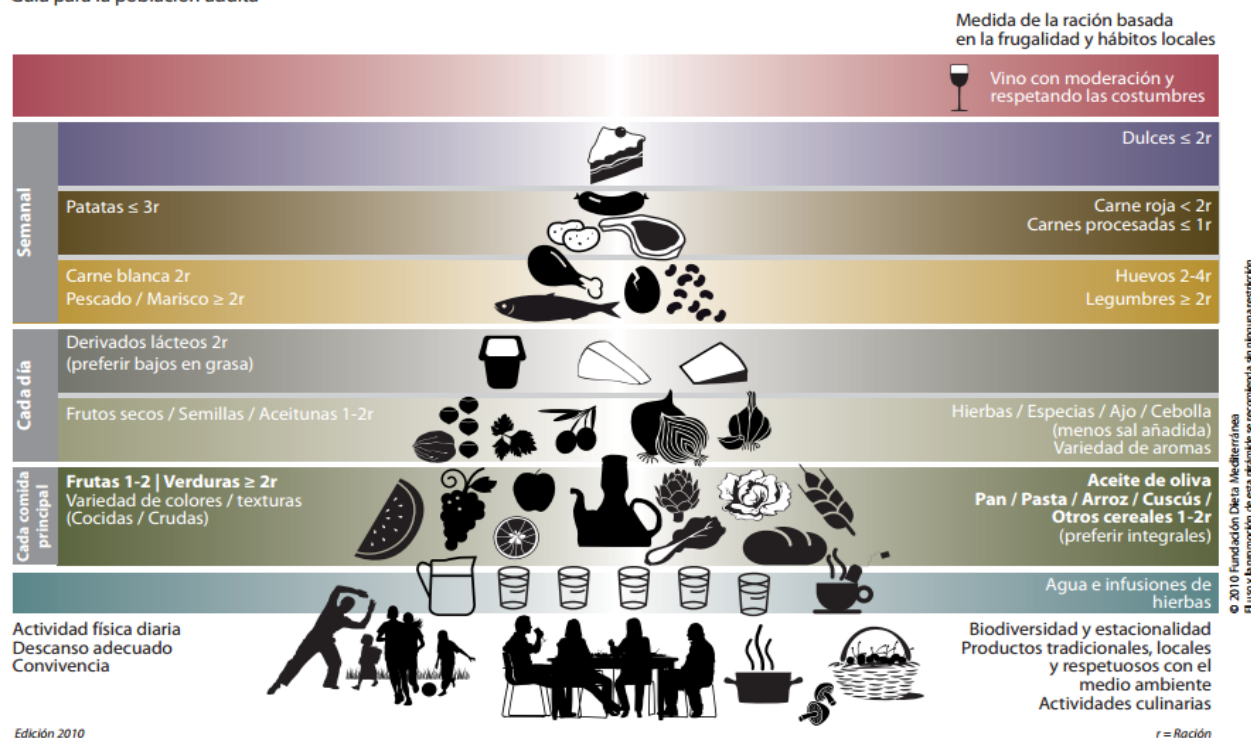
La DM es una tradición milenaria, y está vinculada al estilo de vida de las poblaciones del Mediterráneo. Ha evolucionado con el paso del tiempo, incorporando nuevos alimentos y formas de cocinar de cada lugar. Se dice que la adherencia a la DM es beneficiosa para nuestra salud, debido a la combinación de los distintos alimentos que la componen, más la práctica diaria de ejercicio, las tradiciones y celebraciones compartidas y el buen clima. Es desde 2010 Patrimonio Inmaterial de la Humanidad de la UNESCO. (AECOSAN, Conferencia “Salus per cibum” España e Italia: dos países amigos, una filosofía sobre alimentos y salud, 2014).

En 1950 A. Keys, la describió como una dieta caracterizada por un consumo elevado de grasa total pero con un bajo contenido en grasas saturadas, ya que el aceite de oliva es la principal fuente de grasa. También caracterizada por el consumo de verduras, productos lácteos, pescado, huevos y fruta como postre habitual y destacaba el bajo consumo de carnes rojas. Hacía mención al vino, con un consumo de bajo a moderado.

En la actualidad, se ha creado una nueva Pirámide de la Dieta Mediterránea, más acorde con los descubrimientos científicos e incluye consejos de estilo de vida (Bach-Faig et al., 2011).

Figura 1. Pirámide de la Fundación de la Dieta Mediterránea.

Guía para la población adulta



Fuente: Bach-Faig et al., 2011

A continuación exponemos en la tabla 1.2, los distintos grupos de alimentos y su consumo recomendado para poder llevar a cabo una buena adhesión a la DM.

Tabla 1.2. Recomendaciones consumo de distintos grupos de alimentos

Alimentos	Consumo recomendado
Aceite de oliva	≥ 4 cucharas/día
Verduras	≥ 2 veces/día
Frutas	≥ 3 veces/día
Carne roja	< 1 /día
Mantequilla, margarina	< 1 /día
Bebidas azucaradas	< 1 /día
Vino	≥ 7 vasos/semana
Legumbres	≥ 3 /semana
Pescado y mariscos	≥ 3 /semana
Pasteles y dulces	< 3 /semana
Frutos secos	≥ 3 /semana

Fuente: www.predimed.es

La adherencia a la DM, es cuantificable, de manera rápida, gracias al cuestionario de adhesión a la DM ***“(adaptación para la web del cuestionario de dieta mediterránea del estudio Predimed)”*** (López et al., 2012).

Actualmente, la tendencia de utilización de alimentos en los hogares españoles, según el “Informe del Consumo Alimentario” de 2015, donde se compara la información obtenida en 2015 con la de 2014, es de un descenso de las comidas que se realizan en el hogar. En el informe se recoge por grupos de alimentos, el volumen de alimento consumido al año y lo compara con el año anterior, 2014. Destacar que hay un descenso general de casi todos los productos de consumo en el hogar, inclusive de los productos que la DM recomienda mayor consumo. Por ejemplo, el consumo de fruta fresca en el hogar descendió con respecto al año 2014 (2,6%) y el consumo de aceite también descendió un 2,1% respecto a 2014. No obstante, el aceite de oliva virgen y el aceite de semillas, tuvieron un consumo mayor al 2014. También el consumo de patatas y hortalizas/verduras frescas que en comparación con el año 2014, tuvo una caída en consumo de 3,1%. Y el volumen de legumbres consumidas también ha sido inferior un 6,1% con respecto a 2014. Además, en 2015, el consumo doméstico de “pescado total” (pescado fresco, pescado congelado, conservas de pescado/molusco, y marisco/ moluscos/crustáceos) en el año 2015, cayó un 4% con respecto al cierre de 2014.

También desciende el consumo de alimentos considerados ocasionales, como la bollería y pastelería que permanece estable con una disminución de 0,4% y las bebidas refrescantes, cuyo consumo descendió tan sólo un 1,3%, respecto al año anterior (MAGRAMA, 2015).

Se ha visto que el personal sanitario poseen una adherencia a la DM moderada, y además, se ha estudiado la relación entre la adherencia a la DM y su IMC. Los que poseen una adherencia baja a la DM padecen un mayor riesgo de sobrepeso.

1.3. Estados de ánimo

Los estados de ánimo se consideran como un estado afectivo difuso, y se caracterizan por la aparición de sentimientos subjetivos que afectan al comportamiento de una persona en su vida cotidiana. Pueden surgir sin una causa aparente y puede durar poco o mucho tiempo (Scherer, 2005). Hay cuatro estados de ánimos básicos: Felicidad, Enfado, Tristeza y Miedo (Rieffe et al., 2009).

Los estados de ánimo reflejan nuestros acontecimientos internos (la alimentación, el sueño, el ejercicio que hacemos a diario...) y externos (éxitos, fracasos, relaciones personales...) que nos afectan. A menudo sentimos nuestros estados de ánimo e intentamos, inconscientemente, mejorarlos. Este proceso es denominado “Proceso de autorregulación de los estados de ánimo” y no siempre es beneficioso si se prolonga en el tiempo. Un ejemplo de ello es cuando una persona tiene un estado de ánimo negativo y bebe alcohol (Thayer, 1998).

Cabe distinguir entre estados de ánimo y emociones. La causa que provoca los estados de ánimo procede de sucesos mentales continuos en el tiempo y suele ser desconocida llegando a influenciar en los conocimientos y opiniones de la persona. En cambio, las emociones derivan de acontecimientos cotidianos más relevantes, los cuales son momentáneos, no prolongados en el tiempo e influyen en la conducta del individuo. Todas las personas poseen emociones, son esenciales, nos ayudan a hacer frente a los cambios que se producen en nuestra vida y nos ayudan a crecer como personas. Además, se emplean en las relaciones sociales y conocerlas nos ayuda a relacionarnos mejor con las personas de nuestro entorno (González y Villanueva, 2014).

Los estados de ánimo influyen en la salud. Los estados de ánimo negativos se vinculan con quejas somáticas y depresión. Ya que los estados de ánimo negativos aparecen cuando no se hace frente a las emociones negativas. Las personas que padecen emociones negativas, duraderas en el tiempo, cambian de hábitos de vida a un estilo de vida menos saludable. Estos cambios pueden perjudicar la salud, provocando enfermedades o daños irreversibles en el organismo (Fernández Castro, 1993; Rieffe et al., 2009). Los estados de ánimo positivos son beneficiosos para la salud de las personas (Fernández Castro e Edo Izquierdo, 1994; Vecina, 2006). Del mismo modo, los estados de ánimo positivos motivan a las personas a continuar a lo largo de cualquier línea de pensamiento o acción que se ha iniciado (Fredrickson, 2001).

Las intervenciones psicológicas en las emociones de las personas tienen una gran repercusión ya que incrementan el bienestar psicológico. Las emociones de un paciente que sufre una enfermedad, pueden cambiar la conducta de éste y hacer que sea más difícil su recuperación (Fernández Castro, 1993). Si se potencia y refuerza las emociones positivas se ayuda a mejorar la salud de pacientes con muy diversas enfermedades (Cardoso et al., 2015).

En conclusión, los estados de ánimo básicos son cuatro: Felicidad, Enfado, Tristeza y Miedo. Y son estados afectivos globales duraderos en el tiempo que reflejan variables personales y sociales. Los estados de ánimo positivos contribuyen a la promoción de la salud y al crecimiento personal. Y por último, las intervenciones psicológicas nos van a ayudar a aflorar las emociones positivas mejorando el estado de salud, disminuyendo la ansiedad, depresión y por consiguiente, disminuyendo las quejas somáticas (Thayer, 1998; Rieffe et al., 2009; González y Villanueva, 2014).

1.4. Quejas somáticas

Se definen como sensaciones o percepciones molestas en el cuerpo y son subjetivas (Barkmann, 2010). Por tanto, muchas veces cuesta encontrar a estas sensaciones o percepciones en el cuerpo, una causa médica (Rieffe et al., 2009).

Suelen ser más frecuentes en la edad escolar, a medida que eres más adulto se producen menos quejas somáticas (Ordoñez et al., 2014). Eso no quiere decir que desaparezcan con la edad, ya que también se producen quejas somáticas en adultos.

Se manifiestan más en chicas que en chicos (Serra et al., 2012), y de muy distintas formas, tanto como con dolores de cabeza, de estómago y dolores músculo-esqueléticos, como con impurezas en la piel, fatiga y mareos (Barkmann et al., 2010; Ordoñez et al., 2014).

La relación entre quejas somáticas y estados de ánimo se ha visto en el estudio de Andrei y Petrides (2013) en el que se expone que poseer estados de ánimo positivos ayuda a experimentar menos quejas somáticas. También en el estudio de Rieffe et al (2009) se relacionan los estados de ánimo negativos con mayor número de quejas somáticas, llegando a concretar que las chicas padecen mayores quejas somáticas bajo los estados de Tristeza y Miedo, y en los chicos, que el estado de ánimo que mejor predice las quejas somáticas es el Enfado.

Si las quejas somáticas no se controlan y perduran en el tiempo, tienen un efecto negativo en la función corporal, llegando a provocar cambios orgánicos (Rieffe et al., 2004).

Las intervenciones psicológicas, a las personas que padecen quejas somáticas, enseñarían estrategias para no prolongar el síntoma físico (Fernández Castro, 1993; Serra et al., 2012). La adaptación personal es encontrar el equilibrio con uno mismo y con el ambiente que nos rodea. Es conocerse personalmente y saber

cómo hacer frente a los problemas del día a día. Cuando no conseguimos ese equilibrio, es decir, esa adaptación personal, normalmente se manifiestan inseguridades, ansiedad, tristeza, quejas somáticas, etc. En un estudio reciente de Ordóñez et al. (2014) se confirma que la inadaptación personal revela la posible existencia de quejas somáticas en el individuo.

En conclusión, las quejas somáticas son percepciones subjetivas en el cuerpo que producen malestar, y muchas veces no se conoce la causa médica. Entre los síntomas de mayor prevalencia destacan dolores gastrointestinales, fatiga o dolor de cabeza. Si perduran en el tiempo, tienen un efecto negativo en la función corporal, llegando a provocar cambios orgánicos. Se ha visto relación entre los estados de ánimo negativos y las quejas somáticas. (Rieffe et al, 2009;Ordóñez et al., 2014)

1.5. Relación de las distintas variables

Existe literatura científica que relaciona las quejas somáticas y los estados de ánimo negativos, lo que certifica que las emociones negativas no tratadas correctamente, pueden causar, a la larga, dolores y síntomas físicos (Rieffe et al., 2009).

Estos dolores y síntomas físicos, pueden influir en la elección de una alimentación alejada de la DM (Roger, 2001). Y viceversa, una mayor adhesión a la DM conlleva un mejor estado de salud físico y mental, ya que los alimentos de la DM como las verduras frescas, frutas frescas, aceite de oliva, nueces y legumbres producen, en lo afectivo (emociones positivas y emociones negativas), afectos positivos en las personas. En cambio la costumbre americana de comer abundante carne roja y comida rápida, produce emociones negativas (Ford et al., 2012).

Se ha visto que las personas que poseían una adherencia baja a la DM padecían un mayor riesgo de sobrepeso. También en el estudio de Van der Laar et al. (2013), se demostró que la adherencia a la DM a lo largo de adolescencia y juventud, se asociaba con un IMC de normopeso y no de sobrepeso u obesidad.

Existen estudios que han relacionado los malos hábitos alimentarios alejados de la DM, con estrés, depresión y obesidad. Y el estrés y los síntomas depresivos con una alimentación pobre. (Rogers, 2001; Mikolajczyk et al., 2009). Actualmente, uno de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales, son ciertos estados de ánimo, ya que cuando son intensos y frecuentes, afectan

negativamente la calidad de vida de las personas (Piqueras et al., 2009). Andrei y Petrides (2013) expone que poseer estados de ánimo positivos ayuda a experimentar menos quejas somáticas, y con ello mejora el estado de salud.

Diversos artículos científicos, confirman que una mayor adherencia a la Dieta Mediterránea y un estado de ánimo positivo, podrían ser protectores de las enfermedades crónicas más habituales (Guasch-Ferre et al., 2013; Lee et al., 2014; Martínez-González et al., 2014; Cardoso et al., 2015).

Actualmente, el porcentaje de muertes debidas a estas enfermedades crónicas es tan elevado a nivel mundial, que la OMS, ya en mayo de 2004, creyó necesaria la elaboración de una estrategia que redujera sustancialmente la mortalidad y morbilidad a nivel mundial. Por ello, creó la "Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud", donde entre otros objetivos, están la concienciación de la población y la salud pública de llevar una buena alimentación y, seguir de cerca todos los datos científicos y fomentar la investigación sobre la dieta (OMS, 2004).

Como conclusión final, recalcar la importancia de la alimentación saludable y su repercusión. Es decir, la importancia de la DM y cómo ayuda a prevenir enfermedades crónicas, las cuales tienen una alta prevalencia de muerte en España. En este trabajo se va a abordar la repercusión de la adherencia a la DM en las variables psicológicas, estados de ánimo y quejas somáticas, del personal sanitario en el Hospital Viamed Santiago de Huesca.

2. OBJETIVOS / HIPÓTESIS

2. Objetivo

2.1. Objetivo general

Valorar el efecto de la adherencia a un patrón de dieta mediterránea sobre la incidencia de quejas somáticas y estados de ánimo, en el personal sanitario.

2.2. Objetivos específicos

- El **primer objetivo** se centra en determinar la adherencia a la DM del personal sanitario
- El **segundo objetivo** se centra en analizar las diferencias según el sexo
- El **tercer objetivo** se centra en relacionar la adherencia a la DM con las variables emocionales.
- El **cuarto objetivo** se centra en estudiar la relación entre adhesión a la DM y el IMC de los participantes.

2.3. Hipótesis

- Hipótesis 1.1. El personal sanitario sigue el patrón de DM.
- Hipótesis 2.1. Las mujeres presentan mayor adherencia a la DM que los hombres.
- Hipótesis 3.1. Mayor adherencia a la DM conlleva un mejor estado de ánimo y menos quejas somáticas.
- Hipótesis 4.1. Mayor adherencia a la DM se ve reflejado en un IMC de normopeso y no obesidad.

3. MÉTODO

En el siguiente apartado se realiza una descripción del método empleado en el trabajo. Además, se definen los participantes del estudio, variables estudiadas, instrumentos utilizados y los procedimientos ejecutados.

3.1. Población

Fueron 43 sanitarios del Hospital Viamed Santiago (Huesca) los que colaboraron con el estudio. Cada uno cumplimentó cuatro cuestionarios.

Los participantes, de edades comprendidas entre 21 y 63 años, eran médicos, enfermeros, auxiliares y celadores. (tabla 3.1)

A continuación, se analiza la edad, el peso y la talla de los participantes.

En la siguiente tabla, se observa que el participante más mayor del estudio tiene 63 años y el más joven 21 años. En relación con el IMC se aprecia que el máximo es de 35,56 kg/m² el cual ya se encuentra en un nivel de obesidad grado II y el mínimo en 17,16 kg/m² que se considera un peso insuficiente

Tabla 3.1. Descripción de los participantes según edad, peso, talla e índice de masa corporal

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Edad (años)	43	21	63	38,33	12,65
Peso(Kg)	43	48	100	66,67	13,01
Talla (m)	43	1,50	1,92	1,68	,092
Indice de masa corporal (IMC)	43	17,16	35,56	23,39	3,82

3.2. Variables estudiadas e instrumentos utilizados

Las variables estudiadas han sido: la adhesión a la dieta mediterránea, los estados de ánimo y las quejas somáticas.

La variable de adhesión a la dieta mediterránea fue evaluada con el cuestionario Adherencia a la Dieta Mediterránea; para los estados de ánimo se utilizó el cuestionario MOOD; y el cuestionario SCL para las quejas somáticas.

A continuación se describen las **variables sociodemográficas e IMC**. Para evaluar las variables sociodemográficas se realizó un pequeño cuestionario basal en la misma hoja donde se explicaba en qué consistía el estudio que se estaba realizando y se aseguraba la confidencialidad de los datos. Este cuestionario basal recogió información de una serie de factores sociodemográficos (sexo, edad y estudios) y medidas antropométricas (peso y talla). Con estos datos se obtuvo el IMC, que se definió como el peso (en kilogramos) dividido entre la altura al cuadrado (en metros). Éste índice nutricional (tabla 3.2) es tanto para hombres como para mujeres, y sólo se utiliza en adultos a partir de 18 años.

Tabla 3.2. Criterios de la SEEDO para la clasificación del peso según el IMC

Categoría	Rango de IMC (Kg/m2)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso grado I	25.0-26,9
Sobrepeso grado II	27.0-29,9
Obesidad grado I	30.0-34,9
Obesidad grado II	35.0-39,9
Obesidad grado III (mórbida)	40.0-49,9
Obesidad grado IV (extrema)	> 50

Fuente: Rubio et al, 2007.

En cuanto al **cuestionario de Adherencia a la DM** empleado, se utilizó una adaptación del cuestionario de valoración individual del cumplimiento de la dieta mediterránea de 14 ítems, validado por el estudio Predimed. El cuestionario tiene varios apartados con preguntas sobre el consumo de aceite de oliva, fruta y verdura, carnes rojas, bebidas azucaradas, frutos secos... Cada respuesta de cumplimiento otorga un punto, por lo que las puntuaciones posibles van de 0 a 14. Las respuestas se categorizaron según el cumplimiento de la DM: alto (11-14 puntos), moderado (7-10 puntos) y bajo (0-6 puntos) (López et al., 2012).

El cuestionario de Estados de Ánimo (Mood; Rieffe et al., 2004), está formado por 20 ítems que representan los cuatro estados de ánimo (Miedo, Tristeza, Felicidad y Enfado) y sirve para evaluar los estados de ánimo durante las últimas cuatro semanas, contestando cada ítem en una escala de respuesta de tres puntos (1 = nunca, 2 = a veces, 3 = a menudo), puntuaciones mayores implican una mayor presencia de ese estado de ánimo. Es usual que las personas cambien de estado de ánimo a lo largo del tiempo. Se incluyen los ítems “nunca”, “a veces” y “a menudo”, intentado diferenciar el estado de ánimo ocasional de un sentimiento más prolongado en el tiempo.

El Listado de Quejas Somáticas (Rieffe et al., 2009), está formado por 11 ítems que identifican la frecuencia con la que los participantes experimentan y sienten dolor de estómago, cabeza, etc. Cada ítem, posee una escala de respuesta de 3 puntos (1 = nunca, 2 = a veces, 3 = a menudo), puntuaciones mayores implican una mayor presencia de quejas somáticas. (Rieffe et al., 2009; Andrei y Petrides, 2013).

3.3. Procedimiento

Primero, se decidió los instrumentos que iban a ser utilizados para el estudio y, los participantes que serían seleccionados directa e intencionadamente para la obtención de los datos. Por tanto, para la obtención de datos se recurrió a un muestreo tipo intencional.

A continuación, se administraron los cuestionarios en horario lectivo de Marzo a Agosto de 2016. A todos y cada uno de los participantes se les explicaba primero en qué consistía el estudio y los formularios que iban a rellenar. Quedándome siempre al lado de ellos por si surgía una duda al rellenar los cuestionarios.

3.4. Análisis estadístico

Tras la recogida de muestras, se introdujeron todos los datos en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 21.

Después se realizó un estudio descriptivo de las variables cuantitativas continuas y las variables cualitativas, utilizando la media, la desviación estándar, porcentajes y tablas de contingencia para conocer la distribución de los participantes según la edad y sexo. Cuando se consideró oportuno, se representó en forma de gráfico circular.

También se elaboró un estudio univariante, mediante pruebas paramétricas, utilizando la prueba t cuando se comparaban dos grupos o, el ANOVA cuando el análisis implicaba tres o más grupos. La prueba t se realizó para estudiar las diferencias análisis implicaba tres o más grupos. La prueba t se realizó para estudiar las diferencias según el nivel de adherencia en las distintas variables estudiadas. El ANOVA se realizó para estudiar las diferencias según la edad, talla, peso e IMC de los participantes.

El análisis de correlaciones bivariadas entre las distintas variables cuantitativas continuas se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Se consideraron significativas aquellas diferencias cuya probabilidad fue inferior al 5% ($p < 0.05$).

3.5. Aspectos éticos

Fueron 43 sanitarios del Hospital Viamed Santiago (Huesca) los que voluntariamente colaboraron con el estudio y fueron informados en todo momento de lo realizado. Se llevaron a cabo los principios éticos expresados en la Declaración de Helsinki (2008).

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

3.6. Limitaciones

La principal limitación del estudio es la falta de representatividad por tratarse de una muestra pequeña $N=43$, con la dificultad de hacer afirmaciones estadísticas sobre los resultados.

Otras limitaciones en este estudio, es que los datos para estimar el índice de masa corporal, como son el peso y la talla, son anotados por los participantes, los cuales pueden sobreestimar o subestimar los datos reales.

Otra reticencia es la muestra de participantes que proviene únicamente de la rama sanitaria, teniendo conocimientos sobre el tema del estudio y además son voluntarios, lo que habría que tener en cuenta por el posible sesgo. Ya que como dicen Ortiz-Moncada et al. (2012), los voluntarios suelen gozar de mejor estado de salud que los no voluntarios. Esto se podría solventar para futuros trabajos, para que no sea una estimación dada por el participante.

4. RESULTADOS

En el siguiente apartado, se describe el análisis de los datos obtenidos en las encuestas de *Adhesión a la DM*, *Quejas somáticas*, *estados de ánimo* e *IMC*, y se estudia la existencia de posibles correlaciones significativas entre las variables

4.1 Adherencia a la DM del personal sanitario

En el personal sanitario, el nivel de cumplimiento de la DM es alto en el 28% de las respuestas, moderado en el 68% y bajo en el 5% (Figura 4.1).

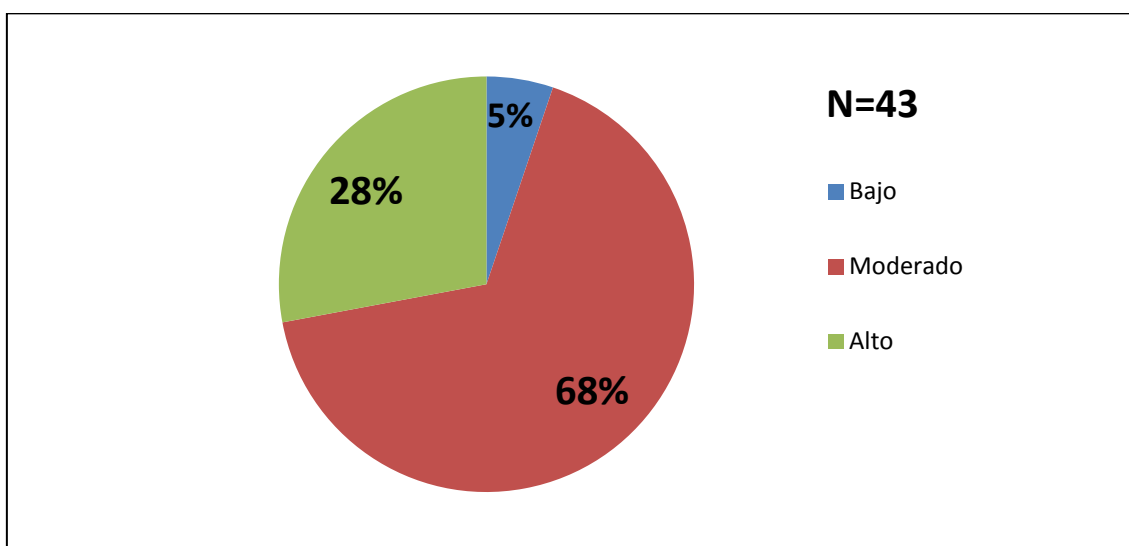


Figura 4.1. Gráfico descriptivo del nivel de cumplimiento de la Dieta Mediterránea (N=43)

A continuación, se analiza el porcentaje de adhesión a la DM por grupos de nivel de adhesión y sexos. En la tabla 4.1, se observa que el mayor porcentaje (68,2%) se encuentra en el grupo de mujeres con un grado de adhesión moderado. Seguido del grupo de mujeres con un porcentaje del (62,5%) con un grado de adhesión alto.

Tabla 4.1. Frecuencia de participantes según el grado de adhesión a la Dieta Mediterránea y sexo

		Adhesión a la DM			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Sexo	MUJER	7 53,8%	15 68,2%	5 62,5%	27 62,8%
	HOMBRE	6 46,2%	7 31,8%	3 37,5%	16 37,2%
Total		13 100,0%	22 100,0%	8 100,0%	43 100,0%

(DM=Dieta Mediterránea)

El 93% emplea aceite de oliva como principal grasa de adición, consumiendo ≥ 2 cucharadas de aceite de oliva al día un 97,7%. El 76,7% consume preferentemente carne blanca y el 83,7% consume menos de una ración de carne roja y/o embutidos al día. Por otro lado, el 60,5% consume ≥ 2 raciones de verduras y/u hortalizas al día y el 62,8% consume menos de 3 piezas de fruta al día. Un 30,2% declaran consumir ≥ 3 raciones de legumbres y de pescado o marisco a la semana. En cuanto a las bebidas, el 53,5% consume menos de un refresco azucarado al día y, un 32,6% consume más de 3 copas de vino a la semana. Y por último, el 72,1% consume menos de 3 productos de bollería comercial a la semana, el 72,1% consume ≥ 1 ración de frutos secos a la semana y, el 79,1% consume dos o más raciones de sofrito de verdura a la semana (tabla 4.2).

Tabla 4.2. Prevalencia del cumplimiento de las recomendaciones de la dieta mediterránea.

Ítems del cuestionario	SI	NO
Aceite de oliva como principal grasa de adición	93%	7%
Consumo preferente de carne blanca	76,7%	23,3%
≥ 2 cucharadas de aceite de oliva / día	97,7%	2,3%
≥ 2 raciones de verduras y/u hortalizas / día	60,5%	39,5%
≥ 3 piezas de fruta / día	37,2%	62,8%
≤ 1 ración de carne roja y/o embutidos /día	83,7%	16,3%
≤ 1 ración de mantequilla y derivados /día	98,8%	1,2%
≤ 1 refresco azucarado /día	46,5%	53,5%
≥ 3 copas de vino / semana	32,6%	67,4%
≥ 3 raciones de legumbres / semana	30,2%	69,8%
≥ 3 raciones de pescado o marisco / semana	30,2%	69,8%
< 3 productos de bollería comercial / semana	72,1%	27,9%
≥ 1 raciones de frutos secos / semana	72,1%	27,9%
≥ 2 raciones de sofrito de verdura / semana	79,1%	20,9%

Se realizó una prueba t-Student para conocer las diferencias entre la adhesión a la DM y el IMC de los participantes (Tabla 4.3).

Observamos las medias de los datos del IMC en relación con el grado de adherencia a la DM y se aprecia que los que tienen un grado de adhesión moderado-alto a la DM tienen una media de peso inferior media=22,69kg/m² (normopeso) en comparación con los que tienen un grado bajo, media=25,02kg/m² (sobrepeso grado I). Pero sin evidencia significativa por tratarse de una muestra pequeña.

Tabla 4.3. Diferencias entre el índice de masa corporal y el grado de adhesión a la Dieta Mediterránea

	Grado de adhesión	N	Media	Desviación típica
IMC	Bajo	13	25,0242	4,94931
	Moderado-Alto	30	22,6926	3,05681

IMC: índice de masa corporal

4.2. Análisis relacionados con las variables psicológicas

Si nos centramos ahora en los estados de *Felicidad*, *Enfado*, *Tristeza* y *Miedo*, vemos que no hay diferencias significativas ($p>0,05$), teniendo en cuenta la falta de representatividad por tratarse de una muestra pequeña ($N=43$)

Tabla 4.6. Diferencias entre en grado de adhesión a la DM y las variables psicológicas.

Atendiendo a las diferencias según el grado de adhesión en las variables psicológicas (tabla 4.6), observamos que un grado de adhesión moderado a la DM en la variable *Felicidad* existen diferencias (A menudo=77,3%) en comparación con los participantes que presentan un bajo grado de adhesión con un (46,2%). Pero sin evidencia significativa por tratarse de una muestra pequeña.

Tabla 4.6.1.Variable Felicidad

		Grado de adhesión a la DM			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Felicidad	Nunca	0 0%	0 0%	1 12,5%	1 2,3%
	A veces	7 53,8%	5 22,7%	3 37,5%	15 34,9%
	A menudo	6 46,2%	17 77,3%	4 50,0%	27 62,8%
Total		13 100,0%	22 100,0%	8 100,0%	43 100,0%

DM: Dieta mediterránea

La variable *Tristeza* se relaciona con las variables *Enfado* ($M=72,1\%$) y *Miedo* ($M=74,4\%$). Cuanta más tristeza padecen los participantes, sufren más miedo y están más enfadados.

Tabla 4.6.2.Variable Tristeza

		Grado de adhesión a la DM			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Tristeza	Nunca	4	8	6	18
		30,8%	36,4%	75,0%	41,9%
	A veces	8	13	2	23
		61,5%	59,1%	25,0%	53,5%
	A menudo	1	1	0	2
		7,7%	4,5%	0%	4,7%
Total		13	22	8	43
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

DM: Dieta mediterránea

En la tabla 4.6.3 se observa que los participantes que presentan un grado de adhesión moderado a la DM se enfadan a veces, el cual tiene una media superior en relación con los que presentan un bajo grado de adhesión.

Tabla 4.6.3.Variable Enfado

		Grado de adhesión a la DM			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Enfado	Nunca	2	3	4	9
		15,4%	13,6%	50,0%	20,9%
	A veces	9	18	4	31
		69,2%	81,8%	50,0%	72,1%
	A menudo	2	1	0	3
		15,4%	4,5%	0%	7,0%
Total		13	22	8	43
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En relación a la variable *Miedo* se aprecia que un (74,4%) *Nunca* tiene miedo independientemente del grado de adhesión. Ninguno ha tenido *Miedo* tanto de los bajos como de los moderados.

Tabla 4.6.4.Variable Miedo

		Grado de adhesión a la DM			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Miedo		8	16	8	32
	Nunca	61,5%	72,7%	100,0%	74,4%
	A veces	5	6	0	11
		38,5%	27,3%	0%	25,6%
	Total	13	22	8	43
100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	

DM: Dieta mediterránea

Para finalizar este apartado, se han estudiado las diferencias según el grado de adhesión a la DM con las quejas somáticas que se consideraron más importantes del estudio. Existen diferencias significativas en la variable sano ($p=0,041$) el cual, nos revela que un grado de adhesión alto a la DM demuestra que los participantes se encuentran sanos y bien.

No se encuentran diferencias significativas en las demás variables del estudio al tratarse de una muestra pequeña ($N=43$).

Tabla 4.7. Diferencias entre en grado de adhesión a la DM y las quejas somáticas

En la variable *Mareado* se observa que los tres grupos están parecidos, no se aprecian diferencias importantes.

Tabla 4.7.1.Variable Mareado

		Grado de adhesión a la DM			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Mareado	Nunca	8	16	5	29
		61,5%	72,7%	62,5%	67,4%
	A veces	5	5	2	12
		38,5%	22,7%	25,0%	27,9%
	A menudo	0	1	1	2
		0%	4,5%	12,5%	4,7%
Total		13	22	8	43
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

DM: Dieta mediterránea

Era de esperar que un grado de adhesión alto a la DM se relacione con el estado de ánimo *Deprimido* con un (62,8%) que refieren no estar deprimidos. Por tanto, una mayor adhesión a la DM conlleva un mejor estado de salud físico y mental.

Tabla 4.7.2.Variable Deprimido

		Grado de adhesión a la DM			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Deprimido	Nunca	7	14	6	27
		53,8%	63,6%	75,0%	62,8%
	A veces	5	7	2	14
		38,5%	31,8%	25,0%	32,6%
	A menudo	1	1	0	2
		7,7%	4,5%	0%	4,7%
Total		13	22	8	43
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La variable *Sano* se correlaciona positivamente con un alto grado de adhesión a la DM.

Tabla 4.7.3.Variable Sano

		Grado de adhesión a la DM			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Sano	Nunca	0	0	2	2
		0%	0%	25,0%	4,7%
	A veces	5	8	1	14
		38,5%	36,4%	12,5%	32,6%
	A menudo	8	14	5	27
		61,5%	63,6%	62,5%	62,8%
Total	13	22	8	43	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

DM: Dieta mediterránea

En la variable *Cansado*, vemos que la mayoría están a menudo cansados independientemente de la adhesión

Tabla 4.7.4.Variable Cansado

		Grado de adhesión a la DM			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Cansado	Nunca	1	1	0	2
		7,7%	4,5%	0%	4,7%
	A veces	7	13	6	26
		53,8%	59,1%	75,0%	60,5%
	A menudo	5	8	2	15
		38,5%	36,4%	25,0%	34,9%
Total		13	22	8	43
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

DM: Dieta mediterránea

5. DISCUSIÓN

En España, el 96,2% de las muertes producidas en 2015, fueron debidas a distintas enfermedades. Algunas de estas enfermedades como la diabetes, enfermedades hipertensivas, enfermedades respiratorias, cánceres... han sido objeto de estudio en diversos artículos científicos, donde se confirma que una mayor adherencia a la Dieta Mediterránea (DM) y un estado de ánimo positivo, podrían ser protectores de estas enfermedades crónicas más habituales (Guasch-Ferre et al., 2013; Martinez-Gonzalez et al., 2014; Barrios-Vicedo et al., 2015; Cardoso et al., 2015; Lee et al. Estos estudios científicos afirman que la modificación de la dieta puede influir en la salud (Bach-Faig, 2011; Estruch et al., 2013).

En el personal sanitario, el nivel de cumplimiento de la DM es alto en el 28% de las respuestas, moderado en el 68% y bajo en el 5% (Figura 4.1).

En relación al nivel de cumplimiento de la DM, el 93% emplea aceite de oliva como principal grasa de adición, consumiendo ≥ 2 cucharadas de aceite de oliva al día un 97,7%. El 76,7% consume preferentemente carne blanca y el 83,7% consume menos de una ración de carne roja y/o embutidos al día. Por otro lado, el 60,5% consume ≥ 2 raciones de verduras y/u hortalizas al día y el 62,8% consume menos de 3 piezas de fruta al día. Un 30,2% declaran consumir ≥ 3 raciones de legumbres y de pescado o marisco a la semana. En cuanto a las bebidas, el 53,5% consume menos de un refresco azucarado al día y, un 32,6% consume más de 3 copas de vino a la semana. Y por último, el 72,1% consume menos de 3 productos de bollería comercial a la semana, el 72,1% consume ≥ 1 ración de frutos secos a la semana y, el 79,1% consume dos o más raciones de sofrito de verdura a la semana.

Por otro lado, los estados de ánimo influyen en la salud. Los estados de ánimo negativos se vinculan con quejas somáticas y depresión. Ya que los estados de ánimo negativos aparecen cuando no se hace frente a las emociones negativas. Las personas que padecen emociones negativas, duraderas en el tiempo, cambian de hábitos de vida a un estilo de vida menos saludable. Estos cambios pueden perjudicar la salud, provocando enfermedades o daños irreversibles en el organismo (Fernández Castro, 1993; Rieffe et al., 2009). Los estados de ánimo positivos son beneficiosos para la salud de las personas (Fernández Castro e Edo Izquierdo, 1994; Vecina, 2006). Del mismo modo, los estados de ánimo positivos motivan a las personas a

continuar a lo largo de cualquier línea de pensamiento o acción que se ha iniciado (Fredrickson, 2001).

Atendiendo a las diferencias según el grado de adhesión en las variables psicológicas (tabla 4.6), observamos que un grado de adhesión moderado a la DM en la variable *Felicidad* existen diferencias (A menudo=77,3%) en comparación con los participantes que presentan un bajo grado de adhesión con un (46,2%).

Si nos centramos ahora en los estados de *Felicidad, Enfado, Tristeza y Miedo*, vemos que no hay diferencias significativas ($p>0,05$), teniendo en cuenta la falta de representatividad por tratarse de una muestra pequeña ($N=43$), con la dificultad de hacer afirmaciones estadísticas sobre los resultados.

Era de esperar que un grado de adhesión alto a la DM se relacione con el estado de ánimo *Deprimido* con un (62,8%) que refieren no estar deprimidos. Por tanto, una mayor adhesión a la DM conlleva un mejor estado de salud físico y mental.

La variable *Sano* se correlaciona positivamente con un alto grado de adhesión a la DM.

En la variable *Cansado*, vemos que la mayoría están a menudo cansados independientemente de la adhesión

En la bibliografía estudiada, no se han encontrado artículos que combinen las tres variables (DM, estados de ánimo y quejas somáticas), por ello, se ha visto interesante crear este estudio. Para futuros trabajos se debería investigar sobre los hábitos alimentarios en la infancia de los participantes.

Los participantes encuestados son de la rama sanitaria, y poseen grandes conocimientos sobre todo lo estudiado, pero a pesar de conocer los beneficios que posee la DM en la salud y bienestar de las personas, ya que previene muchas enfermedades crónicas (Keys et al., 1986; Durá y Castroviejo, 2011; Ortiz-Moncada et al., 2012) con alta prevalencia de muerte en España, los participantes poseen una adherencia a la DM, moderada-alta. Se caracteriza por el consumo excesivo de alimentos cárnicos y por la baja ingesta de frutas y verduras, legumbres y pescado. Por tanto, los participantes deberían cambiar hacia patrones más saludables con el objetivo de conseguir una alta adhesión a la DM.

6. CONCLUSIÓN

6.1.) La mayoría de los participantes tienen una moderada-alta adhesión a la Dieta Mediterránea.

6.2.) Las mujeres tienen una media de adhesión a la DM superior a los hombres.

6.3) Los participantes que tienen un grado de adhesión moderado-alto a la Dieta Mediterránea tienen una media de peso inferior en comparación con los que tienen un grado bajo de adherencia.

6.4) En el análisis de datos se ha observado que un mayor grado de adhesión a la Dieta Mediterránea conlleva un mejor estado de ánimo y menos quejas somáticas.

6.5) La mayoría de los participantes tienen un Índice de masa corporal (IMC) de normopeso. Un mayor grado de adhesión a la Dieta Mediterránea lleva implicado un Índice de masa corporal (IMC) ligeramente inferior al existente en un grado bajo de adhesión

7. BIBLIOGRAFÍA

1-AECOSAN. Conferencia “Salus per cibum” España e Italia: dos países amigos, una filosofía sobre alimentos y salud [Internet]. Madrid 2014 [consultado 4 May 2016]. [aprox.10pantallas].[Disponible en:http://www.aesan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/noticias_y_actualizaciones/noticias/2014/salus_per_cibum.shtml].

2-Andrei F., Petrides KV. Trait emotional intelligence and somatic complaints with reference to positive and negative mood. *Psihologija*. 2013; 46(1): 5-15.

3-Bach-Faig A., Fuentes-Bol C., Ramos D., Carrasco J. L., Roman, B., Bertomeu, F. et al, editores. The Mediterranean diet in Spain: adherence trends during the past two decades using the Mediterranean Adequacy Index. *Public Health Nutr.* 2013;14(4):622-628.

4-Barona J. L., Bernabeu Mestre, J. Nutrición, salud y sociedad: España y Europa en los siglos XIX y XX. *Nutr.clín.* 2011; 32(1):67-70.

5-Bernabeu Mestre J. “La dieta mediterránea desde la perspectiva histórica y cultural”. En: Coord.Elena Alonso Aperte, Gregorio Varela Moreiras, Dolores Silvestre Castelló ¿Es posible la dieta mediterránea en el siglo XXI? Madrid: IMC, 2011. ISBN 978-84-7867-071-0, p. 19-27

6-Cardoso Louro A., Blasco T., Fernández-Castro J. Is there a relationship between positive affect and other dimensions of quality of life in colorectal cancer patients? *An Psicol.* 2015; 31(2):404-413.

7-Castro-Quezada I., Roman-Vinas B., Serra-Majem L. The Mediterranean Diet and Nutritional Adequacy: A Review. *Nutrients* 2014; 6(1): 231-248.

8-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki. 1964. Enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, 1975; por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, 1983; por la 41ª Asamblea Médica Mundial, 79 Hong Kong, 1989; por 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, 1996; 52ª Asamblea General, Edimburgo, 2000; nota de clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington, 2002; nota de clarificación del párrafo 30, por la Asamblea General de la AMM, Tokio, 2004 y por la

59ª Asamblea General, Seúl, 2008. [citado 10 May 2016]; [Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>].

9-Estruch R., Ros E., Salas-Salvado J., Covas M.-I., Corella D., Aros F., et al, editores. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *New Engl J Med*.2013; 368(14):1279-1290.

10-Fernández Castro J. Psicología básica y salud. *An Psicol*.1993; 9(2): 121-131.

11-Fernández Castro J., Edo Izquierdo S. ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?.*An Psicol*.1994; 10(2):127-133.

12-Ford A., Jaceldo-Siegl K., Lee J., Youngberg W. Tonstad S. Intake of Mediterranean foods associated with positive affect and low negative affect. *J Psychosom res*. 2013; 74(2):142-148.

13-Fredrickson B.L.The role of positive emotions in positive psychology - The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol*. 2001; 56(3):218-226.

14-González Barron R, Villanueva Badenes L. Las emociones y constructos afines. Ediciones Pirámide. Recursos para educar en emociones de la teoría a la acción.Madrid.2014 p.23-55.

15-Guasch-Ferre M., Hu F. B., Martínez-González M. A., Fito M., Bullo M., Estruch R.,et al, editors. Olive oil intake and risk of cardiovascular disease and mortality in the PREDIMED Study. *Bmc Med*. 2014; 12.

16-INE [Internet].Defunciones según la Causa de Muerte Año 2013. [consultado 6 Abr 2016]. [Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>].

17-Lee J., Pase M., Pipingas A., Raubenheimer J., Thurgood M., Villalon L.,et al, editors. Switching to a 10-day Mediterranean-style diet improves mood and cardiovascular function in a controlled crossover study. *Nutrition*. 2015; 31(5): 647-652.

18-López Férez, J.A. Hipócrates y los escritos hipocráticos: origen de la medicina científica.*Epos*.1986;(2):157-175.

19-López, D., Pardo, A., Salvador, G., González, A., Román, B., García, J., Cabezas, C..Cumplimiento de la dieta mediterránea y nivel de actividad física de los usuarios de la web PAFES (plan de actividad física, deporte y salud). Rev Esp Nutr Hum Diet.2012 ;16(4):123-129.

20-MAGRAMA: Ministerio de agricultura y medio ambiente [Internet].Informe del Consumo de Alimentación en España 2014. [consultado 8May 2016]; [Disponible en: http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/informeconsumoalimentacion2014_tcm7-382148.pdf].

21-Martinez-Gonzalez, M. A., Sanchez-Tainta, A., Corella, D., Salas-Salvado, J., Ros, E., Aros, F., Grp, P.A provegetarian food pattern and reduction in total mortality in the Prevencion con Dieta Mediterranea (PREDIMED) study. Am J Clin Nutr. 2014;100(1): 320S-328S.

22-Mikolajczyk, R. T., El Ansari, W., Maxwell, A. E. Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. J Nutr.2009;8 (1):134-142.

23-Misirli, G., Benetou, V., Lagiou, P., Bamia, C., Trichopoulos, D., & Trichopoulou, A. Relation of the Traditional Mediterranean Diet to Cerebrovascular Disease in a Mediterranean Population. Am J of Epidemiol.2012; 176(12):1185-1192.

24-Piqueras J., Ramos V., Martínez A., Oblitas L. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Suma Psicol.2009;16(2):254-262.

25-Real Academia Española [Internet] “Dieta” y “dieta mediterránea”. [consultado 3 Mar 2016]. [Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=DiU68a5|Did4M1I>].

26-Rieffe C., Villanueva L., Adrian J. E.,Gorritz A. B. Somatic complaints, mood states, and emotional awareness in adolescents. Psicothema. 2009; 21(3): 459-464.

27- Rogers P. J. A healthy body, a healthy mind: long-term impact of diet on mood and cognitive function. P Nutr Soc. 2001;60(1):135-143.

28-Serra R., Claustre Jané M., Bonillo A. Síntomas somáticos funcionales en una muestra española: Psicopatología y estilos educativos. An Pediatr. 2013;79(2):101-107.

29-Seven Countries Study [Internet]. About the study: The origin and its developments. [citado 8 May 2016]; [Disponible en: <http://sevendecountriesstudy.com/about-the-study>].

30-Scherer K. R. What are emotions? And how can they be measured?. Soc Sci Inform. 2005; 44(4):695-772.

31-Thayer R.E. El origen de los estados de ánimo cotidianos: El equilibrio entre la tensión, la energía y el estrés. Barcelona: Paidós Ibérica; 1998.

32-Van de Laar, R. J. J., Stehouwer, C. D. A., van Bussel, B. C. T., Prins, M. H., Twisk, J. W. R., & Ferreira, I. Adherence to a mediterranean dietary pattern in early life is associated with lower arterial stiffness in adulthood: The amsterdam growth and health longitudinal study. J Intern Med.2013; 273(1):79-93.

33-Varela-Moreiras, G., Ruiz, E., Valero, T., Avila, J. M., & del Pozo, S. The Spanish diet: an update. Nutr Hosp. 2013; 28:13-20.

34-Vecina Jiménez, M. Emociones positivas. P Psic. 2006; 27(1): 9-17.

35-OMS: Organización mundial de la salud [Internet].Salud mental: un estado de bienestar. [citado 6 Mar 2016];[Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/].

8. ANEXOS

Por último, se adjuntan las plantillas utilizadas con la información del trabajo y los distintos cuestionarios entregados a los participantes del estudio.

ANEXO 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIO Y CUESTIONARIO INICIAL



Estamos llevando a cabo una investigación sobre la dieta mediterránea y por ello, solicitamos tu colaboración.

Los cuestionarios se registran con un código, asegurando la confidencialidad, siendo empleados solamente para fines científicos.

Por favor, trata de responder con sinceridad a las cuestiones que se plantean y contesta a todas las preguntas.

En caso de duda, pregunta a la persona que suministra este Test.

CÓDIGO:

Fecha:...../...../.....

Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre Edad:.....

Fecha nacimiento:/...../.....

Talla.....Peso.....

Profesión:.....

ANEXO 2: CUESTIONARIO ADHESIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA

Adhesión a la dieta mediterránea

	Sí	No
1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	☐	☐
2. ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas?	☐	☐

Cuánto consume al día de:	Raciones				
	0	1	2	3	+ de 3
3. Cucharadas de aceite de oliva	☐	☐	☐	☐	☐
4. Verduras y hortalizas (las guarniciones o acompañamientos contabilizan como ½ ración)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Piezas de fruta (incluyendo zumo natural)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos (una ración equivale a 100-150 gr)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Mantequilla, margarina o nata (una ración equivale a 12 gr)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Bebidas carbonatadas y/o azucaradas	☐	☐	☐	☐	☐

Cuánto consume a la semana de:	Raciones				
	0	1	2	3	+ de 3
9. Copas de vino	☐	☐	☐	☐	☐
10. Legumbres (una ración o plato equivale a 150 gr)	☐	☐	☐	☐	☐
11. Pescado o mariscos (un plato o ración equivale a 100-150 gr de pescado ó 4-5 piezas de marisco)	☐	☐	☐	☐	☐
12. Repostería comercial (no casera como galletas, flanes, dulces o pasteles)	☐	☐	☐	☐	☐
13. Frutos secos (una ración equivale a 30 gr)	☐	☐	☐	☐	☐
14. Vegetales cocinados, pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro (sofrito)	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 3: CUESTIONARIO MOOD

¿Cómo te has sentido en las últimas 4 semanas?

En las páginas siguientes, **encontrarás algunas frases cortas. Cada frase es una afirmación sobre cómo te has sentido** en las últimas 4 semanas. **Puedes marcar** en cada frase si te has sentido así: **nunca, a veces o a menudo**. Elige la respuesta que mejor te describa. **No hay respuestas buenas o malas**, ¡porque es lo que tú piensas!

¿Cómo te has sentido en las últimas 4 semanas?

			Nunca	A veces	A menudo
1.	Me siento	Asustado	☐	☐	☐
2.	Me siento	Feliz	☐	☐	☐
3.	Me siento	Contento	☐	☐	☐
4.	Me siento	Enfadado	☐	☐	☐
5.	Me siento	Triste	☐	☐	☐
6.	Me siento	Satisfecho	☐	☐	☐
7.	Me siento	Malhumorado	☐	☐	☐
8.	Me siento	Desgraciado	☐	☐	☐
9.	Me siento	Animado	☐	☐	☐
10.	Me siento	Furioso	☐	☐	☐
11.	Me siento	Infeliz	☐	☐	☐
12.	Me siento	Aterrorizado	☐	☐	☐
13.	Me siento	Agradecido	☐	☐	☐
14.	Me siento	Cabreado	☐	☐	☐
15.	Me siento	Nervioso	☐	☐	☐
16.	Me siento	Deprimido	☐	☐	☐
17.	Siento	Miedo	☐	☐	☐
18.	Me siento	Alegre	☐	☐	☐
19.	Me siento	Ansioso	☐	☐	☐
20.	Me siento	Tranquilo	☐	☐	☐

ANEXO 4: CUESTIONARIO SCL

¿Cómo te has sentido en las últimas 4 semanas?

A continuación encontrarás unas frases sobre cosas que puedes sentir en tu cuerpo.

	Nunca	A veces	A menudo
1. Me siento cansado	☐	☐	☐
2. Tengo dolor de estómago	☐	☐	☐
3. Me siento sano y bien	☐	☐	☐
4. Siento dolor	☐	☐	☐
5. Me siento débil	☐	☐	☐
6. Estoy mareado	☐	☐	☐
7. Tengo dolor de cabeza	☐	☐	☐
8. Tengo ganas de vomitar	☐	☐	☐
9. Siento que me desmayo	☐	☐	☐
10. Me siento bien	☐	☐	☐
11. Tengo dolor en el pecho	☐	☐	☐

