



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Análisis de la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y las variables sociodemográficas de la población aragonesa.

Analysis of the relationship between the adherence to Mediterranean diet and sociodemographic factors of the Aragonese population.

Autora

Paula Ramos Sánchez

Director/es

Feliciano Ramos Fuentes

Rosa Magallón Botaya

Titulación del autor

Máster Universitario en Condicionantes Genéticos, nutricionales y ambientales del crecimiento y desarrollo - NUTRENVIGEN (G+D) *Factors*.

FACULTAD DE MEDICINA

2021-2022

Paula Ramos Sánchez
“Análisis de la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y las variables sociodemográficas de la población aragonesa”

“Análisis de la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y las variables sociodemográficas de la población aragonesa”.

“Analysis of the relationship between the adherence to Mediterranean diet and sociodemographic factors of the Aragonese population”.

Autora: Paula Ramos Sánchez

DNI: 73160103R

ORCID: 0000-0003-1486-3571

Tutor: Feliciano Ramos Fuentes

Tutora: Rosa Magallón Botaya

Línea de investigación 2: Nutrición y Metabolismo en el desarrollo humano

Centro: Centro de Salud Arrabal, Zaragoza.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
ABREVIATURAS.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. JUSTIFICACIÓN.....	6
3. OBJETIVOS.....	7
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
4.1. Diseño del estudio.....	8
4.2. Muestra.....	8
4.3. Metodología.....	9
4.4. Análisis estadístico.....	9
4.5. Aspectos éticos.....	10
5. RESULTADOS.....	11
6. DISCUSIÓN.....	24
7. CONCLUSIONES.....	27
BIBLIOGRAFÍA.....	28
ANEXOS.....	32

RESUMEN

La dieta mediterránea ha sido ampliamente estudiada en cuanto a efectos sobre la salud y prevención de enfermedades crónicas. Se hace importante saber qué factores personales influyen en una mejor adherencia a esta.

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y el grado de alfabetización en salud en población aragonesa de 35 a 74 años. También se estudian los factores sociodemográficos que puedan influir en el grado de adherencia a esta dieta.

Se llevó a cabo un estudio transversal de una muestra de 399 personas pertenecientes al proyecto multicéntrico de la cohorte DESVELA. Se recogieron variables sociodemográficas, grado de adherencia a la dieta mediterránea (escala PREDIMED) y nivel de alfabetización en salud (cuestionario HLS-EU-Q16).

Se observa una mayor puntuación en la escala PREDIMED en las personas con un nivel suficiente de alfabetización en salud. Las variables sociodemográficas que se asocian con una mayor puntuación total de PREDIMED son el sexo femenino, ser trabajador en activo, sin dificultades para llegar a final de mes y convivir con menos de 2 personas; además la puntuación en el cuestionario se relaciona de forma directamente proporcional con la edad de los sujetos.

Existe, por tanto, relación entre el nivel de alfabetización en salud y la adherencia a la dieta mediterránea en nuestra población. Promover una mejora en los conocimientos y capacidades de los individuos para tomar decisiones sobre su salud podría repercutir de manera positiva sobre su patrón dietético y, por tanto, su estado de salud.

Palabras clave: Dieta Mediterránea, Alfabetización en Salud, Factores Epidemiológicos.

ABSTRACT

Mediterranean diet has been widely studied regarding its effects on health as well as on preventing chronic diseases. It is important to know which personal factors influence a better adherence to this diet.

The aim of this study is to analyze the relationship between adherence to the Mediterranean diet and level of health literacy of a sample of aragonese population aged between 35 and 74. Influence of sociodemographic factors in diet adherence is also studied.

A cross-sectional study was conducted on 399 subjects included in the multicentric project DESVELA. Sociodemographic variables, adherence to Mediterranean diet (PREDIMED) and level of health literacy (HLS-EU-Q16) were collected.

Results show a higher PREDIMED score among people with a sufficient health literacy. Being female, actively working, not having financial issues and living with less than two people is associated with a higher PREDIMED total score. Furthermore, this score is directly linked to subjects' age.

Therefore, there is a relationship between health literacy and adherence to Mediterranean diet in our population. Promoting an improvement on people's knowledge and abilities to make decisions affecting their health could positively affect their dietary pattern and therefore their health.

Keywords: *Mediterranean Diet, Health Literacy, Epidemiologic Factors*

ABREVIATURAS

- **CEICA:** Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón
- **HLS-EU-Q16:** *European Health Literacy Survey Questionnaire*
- **IC:** Intervalo de confianza
- **OR:** *Odds ratio*
- **PREDIMED:** PREvención con Dieta MEDiterránea
- **RI:** Rango intercuartílico

1. INTRODUCCIÓN

La salud de las personas es el resultado de una compleja interacción entre la genética individual y un sinnúmero de factores ambientales, de entre los cuales la nutrición es un factor de suma importancia (1). Nuestra alimentación influye en nuestro estado de salud, es fuente de enfermedades y también de prevención de estas. En las últimas décadas ha aumentado de forma vertiginosa la carga global de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta. Es por ello importante conocer en profundidad la relación entre dieta y enfermedad y cómo se puede disminuir el riesgo de enfermedad crónica a través de modificaciones en la dieta (2).

Uno de los patrones dietéticos más estudiados en cuanto a efectos sobre la salud y prevención de enfermedades es el llamado mediterráneo. Si bien el término “dieta mediterránea” puede no considerarse el más acertado, ya que hay multitud de dietas a lo largo de los países que rodean el mar Mediterráneo en función de su religión, economía y cultura. Se ha asignado esta denominación a un patrón que consiste en: un consumo equilibrado de frutas, verduras, cereales, legumbres, pescado en mayor cantidad que carne (predominando la carne blanca), productos lácteos y frutos secos. La fuente principal de grasas es el aceite de oliva (1,3).

En múltiples estudios, que incluyen intervenciones experimentales y ensayos clínicos aleatorizados, se ha hallado asociación entre el patrón de dieta mediterráneo y una disminución del riesgo de muerte prematura y por todas las causas, de enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2, sobrepeso y obesidad, y varios tipos de cáncer (2).

En orden a poder realizar intervenciones dietéticas usando este patrón es interesante lograr identificar los factores que predigan la adherencia a este, ya que alcanzar modificaciones en hábitos a largo plazo puede ser difícil de conseguir (2). En este aspecto, son varios los estudios que han identificado cuáles son los predictores de adherencia a corto plazo a intervenciones dietéticas. Entre ellos se incluyen: sexo femenino, edad avanzada, ausencia de diabetes y depresión, peso normal, niveles más elevados de actividad física, ausencia de hábito tabáquico, etnia caucásica, estatus socioeconómico más elevado, y estar casado (2,4).

Sin embargo, no son tantos los estudios que se han centrado en los predictores de adherencia a la dieta mediterránea en particular. Realizándose esto por primera vez, en el estudio PREDIMED (PREvención con DIeta MEDiterránea, un ensayo sobre la relación de esta dieta en la prevención de enfermedad cardiovascular) se usó una muestra parcial del mismo para evaluar la adherencia a corto plazo a esta dieta de acuerdo con las características iniciales de los participantes (2,5). Como resultado se halló diferencia entre hombres y mujeres, siendo en ellos predictores de buen cumplimiento de la dieta mediterránea la ausencia de diabetes y la existencia de unos peores

hábitos alimenticios al inicio. En ellas fueron predictores más fuertes el estado civil (estar casada), y también la existencia de peores hábitos de alimentación al comienzo del estudio (5).

En estudios posteriores (6) se ha visto que la alta adherencia a esta dieta está directamente asociada con la educación, la ausencia de tabaquismo y la actividad física y, de manera inversa, con un elevado estatus ocupacional. Otros trabajos (7) han encontrado una asociación fuerte e independiente con la educación y los ingresos. Esto parece ser porque, por un lado, el mayor nivel de estudios proporciona un mayor conocimiento y por lo tanto mayor inclinación a seguir pautas de alimentación equilibradas y, por otro lado, el gasto económico asociado a este tipo de patrón alimentario puede considerarse mayor.

Yendo un paso más allá, otro de los factores sociodemográficos que se han hallado como predictores, en este caso, de mala adherencia a la dieta mediterránea específicamente, es el hecho de ser mujer joven en riesgo de exclusión social, presentando una peor adherencia en comparación con cualquier otra clase social (8). No parecen existir diferencias significativas entre sexos en cuanto a la adherencia en categoría social superiores (8,9).

Teniendo en cuenta estos factores estudiados en los últimos años, queda preguntarse cuáles son los que se presentan con más frecuencia y de forma significativa en nuestro medio. Conocer estas variables nos permitirá ser más efectivos a la hora de diseñar intervenciones dietéticas que maximicen la adherencia sobre poblaciones objetivo.

Por último, destacar el concepto de alfabetización en salud, la cual valora el conocimiento, la motivación y las capacidades individuales para entender y tomar decisiones relacionadas con la promoción y el mantenimiento de la salud (10). Una buena alfabetización en salud se ha asociado a comportamientos de estilos de vida saludables, como comer cinco porciones de fruta y verdura al día, o bien ser no fumador, independientemente de la edad, nivel educativo, sexo, etnia o ingresos económicos (11,12). Niveles no adecuados de alfabetización en salud pueden dificultar el autocuidado de la salud y estar relacionados con mayor incidencia de enfermedades crónicas (13).

Bajos niveles de alfabetización se han relacionado con peores resultados en salud física y mental, mayor uso de servicios (14–16) y mayor mortalidad por todas las causas (17,18), por lo que su mejora es un reto ineludible desde el punto de vista social y sanitario.

2. JUSTIFICACIÓN

El nivel de alfabetización en salud repercute sobre los estilos de vida, y son estos los que tienen una mayor contribución potencial en la reducción de la morbimortalidad de la población.

Los determinantes de salud guardan relación con la adopción de conductas de riesgo para la salud y de malos hábitos dietéticos.

El ámbito de la Atención Primaria, por su fácil accesibilidad, longitudinalidad de la atención e integralidad, es el entorno ideal para realizar educación para la salud.

Este estudio busca aumentar la evidencia en relación a los predictores de adherencia a la dieta mediterránea, de cara a sentar bases para realizar intervenciones de educación para la mejora de hábitos saludables y de la calidad de vida en poblaciones diana.

3. OBJETIVOS

- Analizar la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y el grado de alfabetización en salud en la población de Aragón.
- Analizar la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y los factores sociodemográficos de la población de Aragón.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño del estudio

Estudio transversal.

4.2. Muestra

Población perteneciente a la cohorte DESVELA, un proyecto multicéntrico formado por 10 equipos en el que se incluyeron 3.349 sujetos de 9 comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Baleares, Cataluña, Castilla y León, Castilla La Mancha, Galicia, Madrid y País Vasco). De ellos, 399 son población aragonesa, y es en la que se centra este trabajo, estratificada por edad y sexo.

Los criterios de inclusión fueron: Personas adscritas a los centros de salud con edades comprendidas entre los 35 y los 74 años, ambos incluidos.

Se consideraron criterios de exclusión: Dificultades idiomáticas, personas con discapacidad intelectual o deterioro cognitivo. Enfermedad en fase terminal o institucionalización en el momento de la cita. Personas en las que se previera un cambio de país de residencia en un periodo inferior a 5 años.

El tamaño muestral para la creación de la cohorte DESVELA, se computó con la calculadora de tamaño muestral GRANMO para la estimación de un riesgo relativo de un estudio de cohortes (se utilizó la aproximación de *Poisson*) con un seguimiento a 10 años y una tasa de pérdidas de seguimiento del 30%, aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral. Se ha considerado como variable independiente principal la alfabetización en salud, siendo un 58,3% de la población española con nivel de alfabetización en salud inadecuado o problemático, según el cuestionario HLS-EU. Teniendo en cuenta todos estos parámetros se precisa una muestra de 3.083 sujetos, 1.793 en el grupo de expuestos (alfabetización en salud inadecuada o problemática, puntuación entre 0 y 12 del HLS-EU-Q16) y 1.290 en el de no expuestos (puntuación entre 13 y 16 del mismo cuestionario). Cada grupo de investigación (9 en total) tuvo el objetivo de reclutar 343 participantes.

Para el reclutamiento se confeccionó en los centros de salud un listado de las personas que cumplían los criterios de inclusión en el estudio, realizando una selección aleatoria de la muestra. Dichas personas recibieron una carta con la hoja de información del estudio y la información de contacto con la unidad de investigación donde se realiza el proyecto. Cuando el participante se ponía en contacto con el centro, se les explicaba de nuevo el proyecto y se les invitó a participar en el estudio citando con día y hora en su centro de salud.

En la visita presencial, se invitó a la persona a firmar el consentimiento informado y se aclararon las dudas pertinentes. Se registraron en un documento confidencial y separado del resto de variables los datos personales y de contacto, y se asignó un número de identificación de caso. El resto de las variables se recogió en un cuestionario de recogida de datos (CRD) on-line con el número de identificación otorgado al documento confidencial. En este CRD no había ningún dato confidencial.

Se pasó a los participantes los cuestionarios administrados por el entrevistador y se realizó la exploración física (tensión arterial, frecuencia cardiaca, peso, talla, perímetro de cintura e índice tobillo-brazo). Al finalizar se les entregó los cuestionarios auto-administrados para su realización y paralelamente, se programó una analítica básica en ayunas en su centro de salud. El reclutamiento se llevó a cabo hasta el 1 de Julio de 2022.

4.3. Metodología

Para valorar la adherencia a la dieta mediterránea se empleó la escala PREDIMED PLUS (en español: PREvención con Dieta MEDiterránea). Esta escala consta de 17 preguntas sobre adhesión a una dieta mediterránea. (Anexo 1) (19).

Para evaluar el grado de alfabetización en salud de los participantes se utilizó el cuestionario HLS-EU-Q16 (por sus siglas en inglés, *European Health Literacy Survey Questionnaire*, en su versión de 16 items) (Anexo 2). Se considera una alfabetización en salud inadecuada o problemática la puntuación entre 0 y 12, y un nivel suficiente la puntuación entre 13 y 16 (20).

Variables sociodemográficas: se preguntó sobre fecha de nacimiento, sexo e identificación de género, estado civil, nivel de estudios, ocupación, situación laboral actual, convivientes en el domicilio, y nivel económico.

Toda la información recopilada se trató de acuerdo con la legislación vigente sobre protección de datos personales

4.4. Análisis estadístico

Para conocer la distribución de las variables estudiadas se empleó el test *de Kolmogorov-Smirnov* para contrastar normalidad, al tratarse de una muestra con “n” mayor a 50.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo. Con las variables categóricas se obtuvo una tabla de frecuencias. Con las variables continuas, cuando era posible asumir una distribución normal, se estimó la media y la desviación típica o, si no se pudo asumir, la mediana y el rango intercuartílico (RI). Se expresó mediante tablas y representaciones gráficas de datos obtenidos en

condiciones basales. Para variables cuantitativas continuas se emplearon histogramas y para cualitativas y cuantitativas discretas diagramas de sectores y barras.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis comparativo bivalente o contraste de hipótesis: Para el análisis en las variables cuantitativas se emplearon *T-Student* (test paramétrico) o *U-Mann Whitney* (no paramétrico). Para las variables cualitativas se empleó el test de chi-cuadrado, el método Montecarlo y la prueba de Fisher. Se estableció el nivel de significación estadística de $p < 0,05$ para todas las variables.

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el *software* Jamovi (versión 1.6) (*The jamovi project* 2021. Obtenido de <https://www.jamovi.org>).

4.5. Aspectos éticos

El actual estudio parte del estudio DESVELA que ha sido desarrollado siguiendo las normas nacionales e internacionales (Declaraciones de Helsinki y Tokio) y cuyo investigador principal ha recibido la aprobación por el Comité de Ética de Aragón (CEICA) (PI20/302), dicho documento queda recogido en el Anexo 3.

Los datos han sido analizados de forma anónima y es garantizada la confidencialidad de las personas incluidas en el estudio conforme las disposiciones del Reglamento General (UE) de protección de datos (GDPR 2016/679) y la legislación nacional aplicable, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales.

Los participantes fueron informados sobre las cuestiones y exploraciones que se les realizarían, se les entregó un documento informativo y se les solicitó la firma del consentimiento informado previo a la inclusión (Anexo 4).

5. RESULTADOS

Nuestra muestra cuenta con 399 participantes, de los cuales un (57,9%, (231/399) son mujeres. La media de edad es de 54,7 años, con una desviación típica de 10,7 años.

El estado civil de las personas entrevistadas se recoge en la Figura 1.

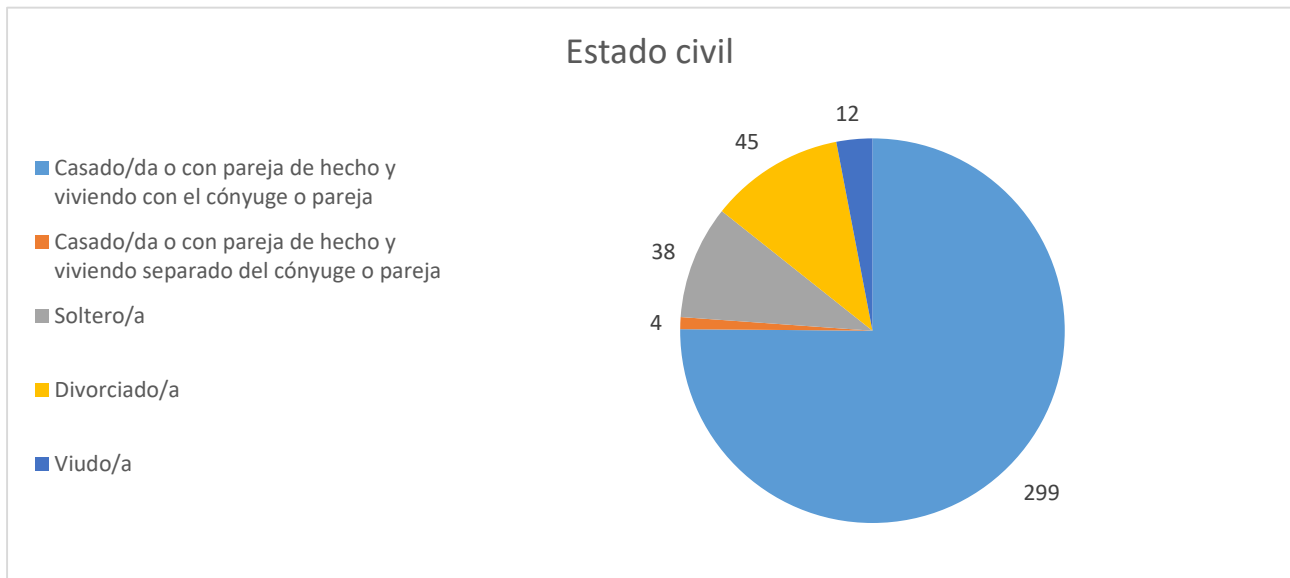


Figura 1. Estado civil

La distribución entre centros de salud en los que se reclutó a los participantes es la siguiente: un 63,2% (252/399) fue reclutado en el centro de salud Arrabal de Zaragoza, el cual es un centro urbano, y el resto en el centro de salud de Daroca, un centro rural. Esta distribución urbana/rural fue estratificada para ser la misma proporción que la distribución urbana /rural de la Comunidad Autónoma de Aragón en el año 2021.

En cuanto al nivel de estudios, un 74,2% (293/399) tienen estudios más allá de educación primaria (secundaria, universitaria o superior).

La situación laboral en el momento del estudio refleja un 60,9% (243/399) de trabajadores en activo. Un 22,1% de los participantes (88/399) están jubilados, ya sea por razón de edad o de forma anticipada.

Estas dos variables se reflejan en la Tabla 1.

Tabla 1. Nivel de estudios y situación laboral

Nivel de estudios	Total	%	% acumulado
Sin estudios, pero sabe leer y escribir	6	1,5%	1,5%
Educación primaria	97	24,3 %	25,8 %
Educación secundaria (ESO, FP, GM, GS, BUP, COU, Bach.)	168	42,1 %	67,9 %
Educación universitaria o superior	128	32,1 %	100,0 %
Situación laboral			
	Total	%	% acumulado
Estudiante	2	0,5 %	0,5 %
Trabaja	243	60,9 %	61,4 %
Trabaja pero tiene una baja laboral de más de 3 meses	6	1,5 %	62,9 %
Trabajo del hogar (en casa)	15	3,8 %	66,7 %
Incapacitado/da o con invalidez permanente	8	2,0 %	68,7 %
Parado/da sin subsidio/prestación	8	2,0 %	70,7 %
Parado/da con subsidio/prestación	14	3,5 %	74,2 %
Jubilado/a de forma anticipada	29	7,3 %	81,5 %
Jubilado/a por razón de edad	59	14,8 %	96,2 %
Otro	15	3,8 %	100,0 %

El número de convivientes en edad laboral (mayores de 16 años) en domicilio fue otra de las variables preguntadas. Contando a la persona entrevistada, un 57% de los domicilios cuentan con 2 personas mayores de 16 años. En un 29,1% de los casos conviven más de 2 personas mayores de esta edad en el mismo domicilio. El número de convivientes totales se refleja en la Figura 2.

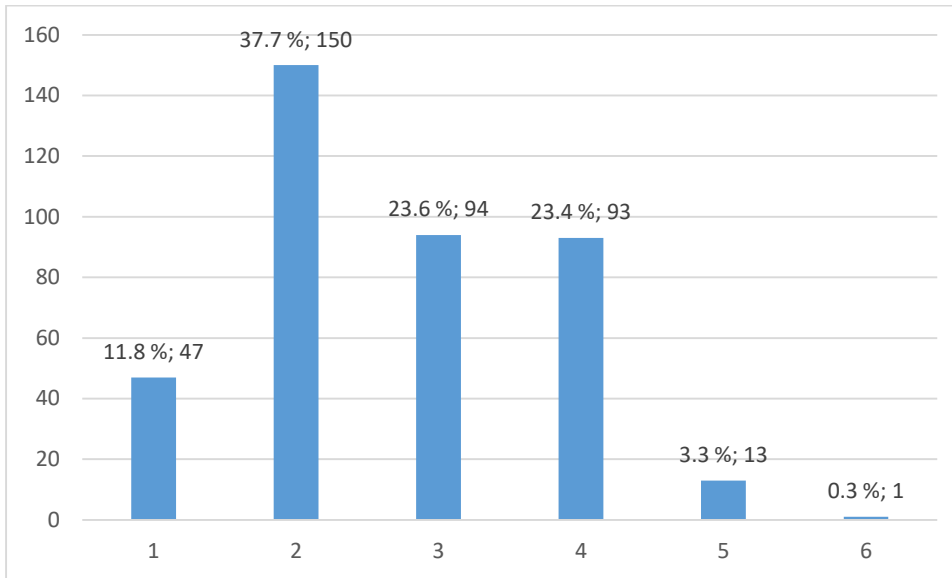


Figura 2. Número de convivientes habituales en el domicilio.

A fin de conocer el nivel económico se preguntó a los participantes por los ingresos mensuales aproximados de su hogar (incluyendo todos los salarios y/o ingresos de transferencia social), y por la dificultad o no para llegar a final de mes en relación a estos ingresos. Un 74,6% refiere ingresos mensuales superiores a 1.500€. Asimismo, un 84,1% manifiesta llegar a final de mes sin dificultad. Estos datos se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2. Nivel económico

Ingresos mensuales en el hogar	Total	%	IC 95%
No tuve ingresos	1	0,3 %	0,03-1,17
Menos de 500€	4	1,0 %	0,34-2,37
De 500 a 1.000€	19	4,8 %	2,99-7,19
De 1001 a 1.500€	52	13,0 %	10,00- 6,60
De 1501 a 2.000€	91	22,8 %	18,90-27,11
De 2001 a 3.000€	121	30,3 %	25,97-34,97
De 3001 a 4.000€	58	14,5 %	11,34-18,25
De 4001 a 5.000€	20	5,0 %	3,19-7,49
Más de 5.000€	8	2,0 %	0,95-3,75
No sabe	4	1,0 %	0,34-2,37
No contesta	21	5,3 %	3,39-7,78

Dificultad para llegar a final de mes en relación al total de ingresos mensuales del hogar			
	Total	%	IC 95%
Con mucha dificultad	19	4,8 %	3,00-7,22
Con dificultad	11	2,8 %	1,48-4,74
Con cierta dificultad	33	8,3 %	5,90-11,33
Con cierta facilidad	110	27,7 %	23,48-32,26
Con facilidad	152	38,3 %	33,60-43,14
Con mucha facilidad	72	18,1 %	14,58-22,15

Los resultados del cuestionario HLS-EU-Q16, para medir el grado de **alfabetización en salud**, en nuestra muestra fueron los siguientes:

Un 20,3% (81/399) de los participantes tienen un nivel inadecuado o problemático (puntuación total entre 0 y 12), mientras que el 79,7% (318/399) presentan un nivel suficiente (puntuación total entre 13 y 16).

La puntuación mínima obtenida en el cuestionario es de 5 puntos. La mediana es de 15 puntos (RI 13-16). La distribución de estos resultados se puede observar en la Figura 3.

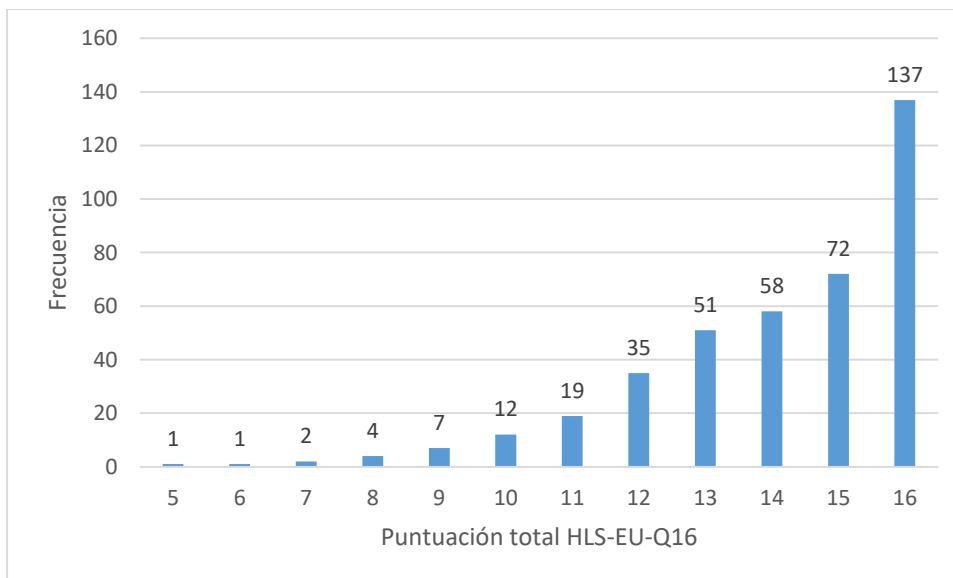


Figura 3. Distribución de la puntuación total obtenida en el cuestionario HLS-EU-Q16

Al analizar la relación entre el **grado de alfabetización en salud** (HLS-EU-Q16) y las **variables sociodemográficas** recogidas, se obtienen los siguientes resultados (Tabla 3):

Existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción de personas con un nivel adecuado de alfabetización entre hombres y mujeres, siendo mayor en estas últimas.

Tienen mayor edad las personas con un nivel inadecuado de alfabetización en salud que las personas con un nivel suficiente, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,005$)

También son estadísticamente significativas las diferencias en el ámbito de reclutamiento de los participantes (rural o urbano), pues se observa que las personas de centro de salud urbano presentan un nivel adecuado de alfabetización en mayor proporción que aquellas que pertenecen a uno rural.

Para el resto de variables, se presenta un nivel suficiente de alfabetización en salud en mayor proporción en: las personas que tienen o viven en pareja frente a las que no, las que poseen un nivel de estudios de al menos educación secundaria, las que son trabajadores en activo, aquellas cuyo nivel de ingresos mensual supera el salario mínimo, y las que no presentan dificultades para llegar a final de mes con sus ingresos.

Sin embargo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las personas en el nivel de alfabetización en función del número de convivientes habituales ni el número de personas mayores de 16 años que viven en el domicilio

Tabla 3. Relación entre la alfabetización en salud y características sociodemográficas

Variable	Nivel Inadecuado (N=81)					Nivel Adecuado o Suficiente (N=318)					p-valor
	N	%	IC 95%	Mediana/ Mediana	DE/ RI	N	%	IC 95%	Mediana/ Mediana	DE/ RI	
Sexo											
Hombre	49	29,17	22,69-36,35			119	70,83	63,65-77,31			<0,001***
Mujer	32	13,85	9,86-18,75			199	86,15	81,25-90,14			
Edad				58,5	48-70				53	46-63	0,008**
Centro de salud											
Urbano (Arrabal)	22	8,73	5,71-12,69			230	91,27	87,31-94,29			<0,001***
Rural (Daroca)	59	40,14	32,47-48,19			88	59,86	51,81-67,53			

“Análisis de la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y las variables sociodemográficas de la población aragonesa”

Vivir en pareja											
Sí	54	18,06	14,02-22,72			245	81,94	77,28-85,98			0,048*
No	27	27,27	19,24-36,61			72	72,73	63,39-80,76			
Tener pareja											
Sí	54	17,82	13,83-22,43			249	82,18	77,57-86,17			0,025*
No	27	28,42	20,10-38,04			68	71,58	61,96-79,90			
Nivel de estudios											
Hasta primarios	39	37,86	28,94-47,46			64	62,14	52,54-71,06			<,001***
Mayor que primarios	42	14,19	10,57-18,51			254	85,81	81,49-89,43			
Trabajador en activo											
Sí	39	16,05	11,85-21,05			204	83,95	78,95-88,15			0,008**
No	42	26,92	20,43-34,26			114	73,08	65,74-79,57			
Ingresos mensuales totales											
<1.000€	12	50,00	30,96-69,04			12	50,00	30,96-69,04			<,001***
>1.000€	65	18,57	14,77-22,89			285	81,43	77,11-85,23			
Ingresos mensuales totales											
<1.500€	25	32,89	23,12-43,94			51	67,11	56,06-76,88			0,003**
>1.500€	52	17,45	13,47-22,96			246	82,55	77,94-86,53			
Dificultad para llegar a final de mes											
Dificultad	24	38,10	26,84-50,40			39	61,90	49,60-73,14			<,001***
No dificultad	57	17,07	13,32-21,38			277	82,93	78,62-86,68			

Personas en domicilio >16 años											
2 ó menos	56	20,07	15,69-25,07			223	79,93	74,93-84,31			0,740
Más de 2	25	21,55	14,83-29,68			91	78,45	70,32-85,17			
Convivientes habituales totales											
2 ó menos	41	20,81	15,59-26,88			156	79,19	73,12-84,41			0,821
Más de 2	40	19,90	14,83-25,83			161	80,10	74,17-85,17			
N: Participantes; % Porcentaje; IC 95%: Intervalo de confianza; DE: Desviación estándar; RI: Rango intercuartilico * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001											

Los resultados del cuestionario **PREDIMED**, para medir el **grado de adherencia a la dieta mediterránea**, en nuestra muestra fueron los siguientes:

La puntuación mínima obtenida en el cuestionario es de 3 puntos. La mediana es de 10 puntos (RI 8-11 puntos). La distribución de estos resultados se puede observar en la Figura 4.

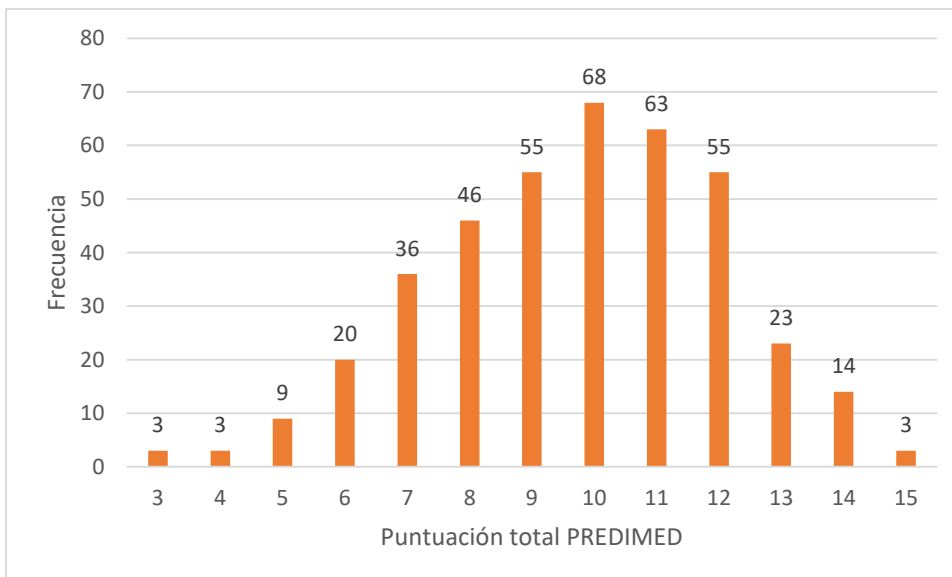


Figura 4. Distribución de la puntuación total obtenida en el cuestionario PREDIMED

Relacionando la **puntuación total** del cuestionario PREDIMED con las **variables sociodemográficas** estudiadas, se observa:

Hay variación en la puntuación total del cuestionario PREDIMED entre el sexo femenino y el masculino, siendo mayor en mujeres que en hombres, con una diferencia estadísticamente significativa ($p 0,014$).

Se observa que a mayor edad hay mayor adherencia a la dieta mediterránea en cuanto a que se obtienen puntuaciones superiores en el cuestionario PREDIMED, de manera estadísticamente significativa ($p 0,001$).

Lo mismo ocurre entre las personas que se encuentran trabajando en activo, respecto a las que no ($p 0,02$).

Las personas que no refieren dificultad para llegar a final de mes presentan asimismo mayor puntuación total respecto a las que sí ($p 0,013$).

Aquellos que conviven en el domicilio hasta 2 personas obtienen también mayor puntuación que quienes comparte la vivienda con más de 2 convivientes ($p 0,048$).

Sin embargo, no se observan diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del cuestionario PREDIMED en función de tener pareja o no, el nivel de estudios ni el nivel de ingresos.

Posteriormente se analizaron las **respuestas de cada ítem del cuestionario PREDIMED** de forma individual, en función de las características de la muestra, obteniendo los siguientes resultados:

Ante la pregunta sobre el empleo único de aceite de oliva para cocinar, aderezar y untar, la diferencia es estadísticamente significativa en aquellos con un nivel de ingresos mensual superior a 1000€ ($p <0,001$), en los que tienen pareja frente a los que no ($p 0,002$) y en quienes no manifiestan dificultad para llegar a final de mes ($p <0,001$).

Usan aceite de oliva exclusivamente como grasa para cocinar las personas que tienen ingresos mensuales de más de 1.000€, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p <0,001$), y no hallándose esta diferencia en el resto de factores sociodemográficos estudiados.

El número de cucharadas de aceite de oliva utilizadas es menor a 3 al día en mayor proporción en hombres que en mujeres ($p 0,046$), en personas con ingresos mensuales inferiores a

1.000€ (p 0,020), en quienes no tienen pareja (p 0,034) y en quienes presentan dificultad para llegar a final de mes (p <0,001).

Comen 2 o más raciones de verdura u hortalizas al día en mayor proporción las mujeres (p 0,026), las personas con estudios mayores a primarios (p 0,005), y aquellas que no tienen dificultad para llegar a fin de mes (p 0,037).

A la hora de ingerir hidratos de carbono, toman más de 1 ración de pan blanco al día en mayor proporción los hombres (p 0,002) y las personas con nivel de estudios hasta educación primaria (p 0,037), sin hallar diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables. El consumo de pasta no integral o arroz blanco es menor de 3 veces a la semana en mayor proporción entre las mujeres sobre los hombres (p 0,008) y en quienes presentan ingresos superiores a 1.000€ al mes (p 0,036)

Toman carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos menos de 1 vez al día de manera estadísticamente significativa las mujeres frente a los hombres (p 0,012), y las personas con ingresos mensuales de más de 1000€ frente a los que no llegan a esta cifra (p 0,005).

Este tipo de productos son consumidos más de 1 vez a la semana en mayor proporción en hombres que en mujeres (p 0,034)

En cuanto a la ingesta de bebidas carbonatadas y/o azucaradas al día, solo resulta estadísticamente significativo el consumo de menos de 1 al día en quienes tienen estudios superiores a los primarios (p 0,049). En el caso del consumo semanal, son las mujeres las que las consumen menos de 1 vez respecto a los hombres (p <0,001).

Respecto a la toma de legumbres destaca que tienen una ingesta semanal menor a 2 ocasiones las mujeres en mayor proporción que los hombres (p 0,006), y quienes superan los 1.000€ de ingresos mensuales frente a quienes no los alcanzan (p 0,037).

Toman 2 o menos raciones de pescado o mariscos a la semana de manera estadísticamente significativa aquellos con nivel de estudios mayor a primarios (p 0,017), y quienes no tienen pareja (0,041).

La única variable en la que se ven diferencias estadísticamente significativas respecto al consumo semanal de dulces o pasteles comerciales es la dificultad para llegar a final de mes, dado que las personas que no tienen dificultad las consumen predominantemente en menos de 2 ocasiones a la semana (p 0,004).

Las personas con un nivel de ingresos mayor a 1.000€ al mes son quienes en mayor proporción consumen platos sazonados con sofrito 1 o menos veces a la semana ($p < 0,008$), no encontrándose diferencias significativas en el resto de variables estudiadas.

En mayor proporción son las mujeres las que evitan añadir azúcar a las bebidas como café o té ($p < 0,001$), y lo mismo ocurre en quienes tienen pareja ($p < 0,044$).

Al estudiar las respuestas en cuanto al consumo semanal de vino, solo se hallan diferencias estadísticamente significativas en la variable sexo, donde se observa que la mayor proporción de personas que no consumen esta bebida son mujeres ($p < 0,001$).

El resto de los ítems del cuestionario PREDIMED (piezas de fruta al día; consumo semanal de cereales y pasta integrales; consumo diario y semanal de mantequilla, margarina o nata; consumo semanal de frutos secos; consumo predominante de carnes blancas, y número de vasos de vino al día) no muestran diferencias estadísticamente significativas al ser estudiadas sus respuestas en función de las variables sociodemográficas de la muestra.

Comparación HLS-EU-Q16 y PREDIMED:

Estudiamos la relación entre la puntuación del cuestionario PREDIMED y el nivel de alfabetización en salud de los sujetos según los resultados del HLS-EU-Q116. Observamos que la mediana de puntuación en el cuestionario PREDIMED es mayor en el grupo que tiene un nivel adecuado de alfabetización en salud (10 puntos) que en el que tiene un nivel inadecuado (9 puntos) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,02$).

Al realizar un análisis comparativo de cada una de las respuestas del cuestionario en función del grado de alfabetización en salud se observan diferencias estadísticamente significativas en las personas con un adecuado nivel en: el empleo exclusivo de aceite de oliva para cocinar, aliñar y untar; el consumo de 4 ó más cucharadas de aceite de oliva al día; tomar 2 ó más raciones de verduras u hortalizas al día; consumir 1 o menos raciones de pan blanco al día; las raciones de carne roja (hamburguesas, salchichas o embutidos a la semana; el consumo preferente de carne blanca (pollo, pavo o conejo); y la cantidad de vino ingerida a la semana (Tabla 4)

Tabla 4. Respuestas a cada ítem del PREDIMED según el nivel de alfabetización en salud

	Nivel Inadecuado (N=81)			Nivel Adecuado o suficiente (N=318)			p-valor
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	
Utiliza solo aceite de oliva							
No	23	30,67	21,11-41,68	52	69,33	69,33-58,32	0,013*
Sí	58	17,90	14,02-22,35	266	82,10	77,65-85,98	
Usa aceite de oliva para cocina							
No	7	20,59	9,71-36,23	27	79,41	63,77-90,29	0,965
Sí	74	20,27	16,39-24,62	291	79,73	75,38-83,61	
Cucharadas de aceite de oliva al día							
3 ó menos	58	26,48	20,98-32,61	161	73,52	67,39-79,02	<,001***
4 ó más	23	12,78	8,50-18,24	157	87,22	81,76-91,50	
Piezas de fruta al día							
2 ó menos	41	18,81	14,05-24,39	177	81,19	75,61-85,95	0,454
3 ó más	40	22,10	16,53-28,56	141	77,90	71,44-83,47	
Raciones de verdura u hortalizas al día							
1 ó menos	50	32,26	32,26-25,28	105	67,74	60,11-74,72	<,001***
2 o más	31	12,70	12,70-8,97	213	87,30	82,68-91,03	
Raciones de pan blanco al día							
Más de 1	55	27,36	27,36-21,55	146	72,64	66,18-78,45	<,001***
1 ó menos	26	13,13	13,13-8,97	172	86,87	81,64-91,03	
Pasta o cereales integrales por semana							
Menos de 5 veces	76	21,11	21,11-17,14	284	78,89	74,45-82,86	0,295
5 ó más veces	5	12,82	12,82-5,06	34	87,18	74,16-94,94	
Raciones de carne roja, hamburguesas, salchichas o embutidos al día							
1 ó más	19	22,89	22,89-14,88	64	77,11	67,24-85,12	0,540

Paula Ramos Sánchez

“Análisis de la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y las variables sociodemográficas de la población aragonesa”

Menos de 1	62	19,62	19,62-15,53	254	80,38	75,74-84,47	
Raciones de carne roja hamburguesas, salchichas o embutidos a la semana							
Más de 1	55	23,71	23,71-18,58	177	76,29	70,52-81,42	0,058
1 ó menos	26	15,57	15,57-10,68	141	84,43	78,36-89,32	
Raciones de mantequilla, margarina o nata al día							
1 ó más	3	11,11	11,11-3,23	24	88,89	73,23-96,77	0,321
Menos de 1	78	21,02	21,02-17,11	293	78,98	74,61-82,89	
Raciones de mantequilla, margarina o nata a la semana							
1 ó más	10	16,67	16,67-8,90	50	83,33	72,45-91,10	0,492
Menos de 1	71	20,94	20,94-16,87	268	79,06	74,49-83,13	
Bebidas carbonatadas y/o azucaradas al día							
1 ó más	11	25,00	25,00-14,07	33	75,00	60,90-85,93	0,429
Menos de 1	70	19,77	19,77-15,88	284	80,23	75,84-84,12	
Bebidas azucaradas o zumos de fruta azucarados por semana							
1 ó más	20	25,64	25,64-16,96	58	74,36	63,91-83,04	0,21
Menos de 1	61	19,00	19,00-15,00	260	81,00	76,44-85,00	
Raciones de legumbres a la semana							
2 ó menos	67	19,88	19,88-15,89	270	80,12	75,61-84,11	0,609
3 ó más	14	22,58	22,58-13,57	48	77,42	65,92-86,43	
Raciones de pescado-mariscos a la semana							
2 ó menos	49	20,33	20,33-15,62	192	79,67	74,25-84,38	1,000
3 ó más	32	20,25	20,25-14,56	126	79,75	72,97-85,44	
Dulces o pasteles comerciales a la semana							
2 ó más	34	24,29	24,29-17,76	106	75,71	68,14-82,24	0,153
Menos de 2	47	18,15	18,15-13,82	212	81,85	76,82-86,18	

Raciones de frutos secos a la semana								
2 ó menos	58	23,11	23,11-18,22	193	76,89	71,39-81,78	0,073	
3 ó más	23	15,54	15,54-10,39	125	84,46	77,98-89,61		
Consume preferentemente carne blanca (pollo, pavo o conejo)								
No	20	29,41	29,41-19,61	48	70,59	59,07-80,39	0,042*	
Sí	61	18,48	18,48-14,58	269	81,52	77,06-85,42		
Platos sazonados con sofrito a la semana								
1 ó menos	50	18,38	18,38-14,13	222	81,62	76,69-85,87	0,182	
2 ó más	31	24,41	24,41-17,57	96	75,59	67,60-82,43		
Evita añadir azúcar a las bebidas								
No	41	22,91	22,91-17,22	138	77,09	70,54-82,78	0,243	
Sí	40	18,18	18,18-13,52	180	81,82	76,32-86,48		
Pasta no integral o arroz blanco a la semana								
3 ó más	15	19,64	23,81-14,62	48	80,36	75,86-84,33	0,495	
Menos de 3	66	23,81	19,64-15,67	270	76,19	64,66-85,38		
Consumo de vino a la semana								
No consumo	54	23,18	28,90-18,11	179	76,82	81,89-71,10	0,019*	
6 vasos o menos	15	13,16	20,26-7,90	99	86,84	92,10-79,74		
7 vasos o más	12	23,08	35,78-13,28	40	76,92	86,72-64,22		
Vasos de vino al día (hombres)								
3 ó más	13	88,9	37,90-14,80	39	75	85,20-62,10	0,061	
2 ó menos	36	11,1	39,84-23,16	80	68,97	76,84-60,16		
Vasos de vino al día (mujeres)								
2 ó más	3	97,5	20,15-16,41	36	92,31	97,79-80,87	0,583	
1 ó menos	29	2,5	28,57-6,47	163	84,90	89,42-79,33		
N: Participantes; % Porcentaje; IC 95%: Intervalo de confianza; DE: Desviación estándar; RI: Rango intercuartílico * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001								

6. DISCUSIÓN

Este estudio busca examinar el grado de adherencia a la dieta mediterránea en función de factores sociodemográficos y del grado de alfabetización en salud de los individuos. Pese a que los países de la cuenca sur mediterránea (entre los que se incluye España) presentan una mayor adherencia a este patrón dietético en comparación con la media mundial (21), algunos estudios han confirmado que actualmente hay un descenso en el seguimiento de la dieta mediterránea, tanto en España como en otros países mediterráneos. Se tiende a una alimentación que se consideraría “más occidentalizada”: rica en productos cárnicos, cereales refinados, comida procesada, bebidas azucaradas y pobres ingesta de fruta (22).

En este aspecto, nuestros resultados muestran una puntuación mediana en el cuestionario PREDIMED de 10 puntos (RI 8-11). Analizando distintos estudios (23), en los que se categoriza la adherencia según la puntuación de forma aproximada en: baja (≤ 7), media (8-10) y alta (11-17), podemos considerar una adherencia a la dieta mediterránea media.

Nuestra muestra presenta una distribución similar en cuanto a hombres y mujeres. El perfil más prevalente sería el de una persona de mediana edad, casada o viviendo en pareja, trabajador en activo con estudios de al menos educación secundaria y con un nivel de ingresos superior al salario mínimo interprofesional.

La distribución entre centro de reclutamiento urbano (53,2%) y rural (46,8%) mantiene la similitud con la realidad demográfica de la población aragonesa. Esta distribución urbana/rural fue estratificada para ser la misma proporción que la distribución urbana /rural (57,7% / 42,3%) de la Comunidad Autónoma de Aragón según las cifras del año 2021 (24).

La edad media de los participantes es de 54,7 años (DE 10,7 años), comprendiendo la muestra personas desde los 35 a los 74 años, ambos incluidos. Comparando con otros estudios de similar metodología, en los que los individuos parten de los 18 años o bien de más de 50 años, nuestra muestra es una situación representativa de la población adulta en sus valores medios.

Al estudiar el nivel de adherencia a la dieta mediterránea en función de las características sociodemográficas, destaca:

Referente al sexo, se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa en el análisis bivariante, ya que ser mujer se asocia a una mayor adherencia a este tipo de dieta. Esto concuerda con los resultados de otros trabajos (3). Sin embargo, existen estudios realizados en población con características similares a la nuestra en las que el sexo femenino es un predictor de peor adherencia a la dieta mediterránea (2,4). En general, los estudios previos realizados en esta

dirección refieren resultados no concluyentes al analizar la asociación entre la adherencia a la dieta mediterránea y el sexo (25–29).

En cuanto a la edad, observamos que se asocia de manera directamente proporcional con el grado de adherencia a la dieta, siendo estadísticamente significativo. Esto es consistente con la literatura publicada (27,29), en la que las personas adultas de mayor edad presentan mayor adherencia a la dieta mediterránea comparando con aquellas menores de 34 años. Esto guarda relación con el descenso ya mencionado en el seguimiento de esta dieta en las últimas décadas.

Otra variable a destacar es el estado civil, pues numerosos estudios relacionan el estar casado con una mayor predominancia de hábitos dietéticos saludables, y el estar soltero, divorciado, separado, o ser viudo, con una peor adherencia específicamente a la dieta mediterránea (25–27). Sin embargo, estos resultados no se reproducen en nuestro estudio, pues no se hallan diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación total del cuestionario PREDIMED y el hecho de tener o no pareja.

Atendiendo al nivel de estudios, las diferencias en la puntuación global del cuestionario no son significativas entre quienes tienen estudios secundarios o superiores y quienes no los tienen. Esto contrasta con la literatura publicada al respecto, pues en diversos estudios se ha comprobado que un nivel educativo superior se asociaba a una mayor adherencia a la dieta mediterránea (26,29).

También se encuentran diferencias significativas a favor de aquellas personas que se encuentran trabajando en activo y las que no presentan dificultad para llegar a final de mes. Esto contrasta con el hecho de que no se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación al nivel de ingresos mensuales.

Al analizar cada ítem del cuestionario PREDIMED de manera individual en relación con las características sociodemográficas más destacadas se observan diferencias significativas incluso en las variables que no las presentaban al analizar la puntuación total del cuestionario. A destacar, el hecho de que los ítems que recogen un mayor consumo de aceite de oliva, menos productos cárnicos procesados (embutidos, salchichas), entre otros, son contestados de manera estadísticamente significativa en mayor proporción por las personas con nivel de ingresos más elevados y sin dificultad para llegar a final de mes, lo cual puede explicarse por el hecho de que estos comportamientos suponen un mayor gasto económico (7).

Al estudiar el nivel de alfabetización en salud en nuestra muestra comprobamos que la mayor parte de ellos (79,7%) presenta un nivel adecuado o suficiente, obteniéndose en general puntuaciones elevadas (mediana 15 puntos; RI 13-16). Cuando analizamos estas puntuaciones en función de las variables sociodemográficas vemos diferencias estadísticamente significativas en:

El sexo, pues hay mayor alfabetización en las mujeres respecto a los hombres. También se da mayor alfabetización en salud en la población perteneciente a centro de salud urbano.

Las personas con mayor edad en este caso presentan menor nivel de alfabetización en salud. Esto puede ser entendido en el contexto de que estas pueden tener menor manejo de las fuentes de información y menos recursos a la hora de buscar ayuda o instrucciones sobre temas sanitarios.

Concuerta también con lo esperado el nivel suficiente de alfabetización en salud que se presenta en mayor proporción en las personas con estudios superiores, ingresos mayores al salario mínimo interprofesional, las que no tienen dificultad para llegar a final de mes, quienes se encuentran activamente trabajando y aquellas que tienen pareja. Esto concuerda con la literatura examinada al respecto (30)

Por último, al relacionar la puntuación del PREDIMED con los resultados en cuanto a alfabetización en salud, el análisis bivariante revela que los individuos con mayor nivel de alfabetización en salud tenían una adherencia superior a la dieta mediterránea según su puntuación en el cuestionario PREDIMED.

Estudiado por ítems se observa que las diferencias estadísticamente significativas se dan en las preguntas sobre el consumo de aceite de oliva, frutas y verduras, menor consumo de carnes procesadas y de alcohol (vino). Esto concuerda con las respuestas que presentaban las personas con mayor nivel de ingresos y/o de estudios, variables que también se relacionaban con un mayor grado de alfabetización en salud por sí mismas.

Este estudio tiene fortalezas, así como limitaciones. Entre las fortalezas, la muestra destaca por su tamaño. Además, este estudio analiza la adherencia a la dieta mediterránea en relación a la alfabetización en salud, proporcionando evidencia sobre la conexión entre la alimentación y los factores personales del individuo.

El diseño del estudio puede considerarse una limitación puesto que la metodología de estudio transversal no establece relaciones de causalidad. Además, tener una muestra tan amplia implica que se pueden obtener diferencias significativas sin que se traduzcan en grandes diferencias a nivel clínico.). Otra limitación del estudio es el instrumento utilizado (cuestionario PREDIMED), ya que, aunque se ha utilizado su versión ampliada, es rápido y fácil de administrar y útil en la valoración de la adherencia a la dieta mediterránea, no permite discriminar entre tipos de pescado, vegetales, etc., es decir, el tipo de alimentos consumidos y su aporte nutricional. Además, este cuestionario no examina el comportamiento alimentario como tal, sino que solo mide la cantidad y frecuencia de consumo de alimentos.

7. CONCLUSIONES

Existe una relación directa entre tener un nivel suficiente de alfabetización en salud y presentar mayor grado de adherencia a la dieta mediterránea.

Son predictores de mejor adherencia a la dieta mediterránea el sexo femenino, la edad de forma directamente proporcional, tener trabajo y no presentar dificultades económicas. No se hallan diferencias estadísticamente significativas en el nivel de estudios ni el estado civil.

Promover una mejora en la alfabetización en salud de nuestros pacientes repercutirá de manera positiva sobre su grado de adherencia a la dieta mediterránea y, por tanto, su estado de salud global.

Conocer qué factores sociodemográficos se relacionan con una menor adherencia a la dieta mediterránea permitirá hacer mayor hincapié en intervenciones dietéticas sobre dichos grupos de población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Simopoulos AP. American Institute for Cancer Research 11th Annual Research Conference on Diet. Nutr Cancer [Internet]. 2001 [cited 2022 Jul 27]; Disponible en: <https://academic.oup.com/jn/article/131/11/3065S/4686723>
2. Downer MK, Gea A, Stampfer M, Sánchez-Tainta A, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. Predictors of short- and long-term adherence with a Mediterranean-type diet intervention: The PREDIMED randomized trial. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2016;13(1):1–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-016-0394-6>
3. Oliván-Blázquez B, Aguilar-Latorre A, Motrico E, Gómez-Gómez I, Zabaleta-del-Olmo E, Couso S, et al. The relationship between adherence to the mediterranean diet, intake of specific foods and depression in an adult population (45-75 Years) in primary health care. A cross-sectional descriptive study. *Nutrients*. 2021; 13(8):1–17.
4. Raparelli V, Romiti GF, Spugnardi V, Borgi M, Cangemi R, Basili S, et al. Gender-related determinants of adherence to the mediterranean diet in adults with ischemic heart disease. *Nutrients*. 2020 Mar 1;12(3).
5. Zazpe I, Estruch R, Toledo E, Sánchez-Taínta A, Corella D, Bulló M, et al. Predictors of adherence to a Mediterranean-type diet in the PREDIMED trial. *Eur J Nutr*. 2010 Mar;49(2):91–9.
6. Marventano S, Godos J, Platania A, Galvano F, Mistretta A, Grosso G. Mediterranean diet adherence in the Mediterranean healthy eating, aging and lifestyle (MEAL) study cohort. <https://doi.org/10.1080/0963748620171332170> [Internet]. 2017 Jan 2;69(1):100–7. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09637486.2017.1332170>
7. Cavaliere A, De Marchi E, Banterle A. Exploring the Adherence to the Mediterranean Diet and Its Relationship with Individual Lifestyle: The Role of Healthy Behaviors, Pro-Environmental Behaviors, Income, and Education. Disponible en: www.mdpi.com/journal/nutrients
8. Álvarez-Fernández C, Romero-Saldaña M, Álvarez-López Á, Molina-Luque R, Molina-Recio G, Vaquero-Abellán M. Adherence to the Mediterranean diet according to occupation-based social classifications and gender. <https://doi.org/10.1080/1933824420201825210> [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 23];76(5):275–81. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19338244.2020.1825210>

9. López-Moreno M, Garcés-Rimón M, Miguel M, Iglesias López MT. Adherence to Mediterranean Diet, Alcohol Consumption and Emotional Eating in Spanish University Students. 2021; Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu13093174>
10. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* [Internet]. 2015 Dec 1;25(6):1053. Disponible en: </pmc/articles/PMC4668324/>
11. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2004 Dec;19(12):1228. Disponible en: </pmc/articles/PMC1492599/>
12. Nancy Berkman ID, DeWalt DA, Pignone MP, Stacey Sheridan ML, Kathleen Lohr MN, Lux L, et al. Literacy and Health Outcomes: Evidence Report/Technology Assessment, No. 87. 2004; Disponible en: www.ahrq.gov
13. Dennis S, Williams A, Taggart J, Newall A, Denney-Wilson E, Zwar N, et al. Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: A systematic review and narrative synthesis. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2012 May 28;13(1):1–29. Disponible en: <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-13-44>
14. Le Reste J, Nabbe P, Lingner H, Kasuba Lazic D, Assenova R, Munoz M, et al. What research agenda could be generated from the European General Practice Research Network concept of Multimorbidity in Family Practice? *BMC Fam Pract* [Internet]. 2015 Sep 17;16(1):1–8. Disponible en: <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0337-3>
15. Baker DW, Parker RM, Williams M V., Clark WS. Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1998;13(12):791. Disponible en: </pmc/articles/PMC1497036/>
16. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA* [Internet]. 2002 Jul 24;288(4):475–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12132978/>
17. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med* [Internet]. 2005 Sep 26;165(17):1946–52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16186463/>
18. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97–107.

19. Martínez-González MA, Buil-Cosiales P, Corella D, Bulló M, Fitó M, Vioque J, et al. Cohort profile: Design and methods of the PREDIMED-Plus randomized trial. *Int J Epidemiol*. 2019;48(2):387-880.
20. Nolasco A, Barona C, Tamayo-Fonseca N, Irlés MÁ, Más R, Tuells J, et al. Health literacy: psychometric behaviour of the HLS-EU-Q16 questionnaire. *Gac Sanit [Internet]*. 2020;34(4):399–402. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.006>
21. Vilarnau C, Stracker DM, Funtikov A, da Silva R, Estruch R, Bach-Faig A. Worldwide adherence to Mediterranean Diet between 1960 and 2011. *Eur J Clin Nutr [Internet]*. 2019 Jul 1;72(Suppl 1):83–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30487566/>
22. León-Muñoz LM, Guallar-Castilló P, Graciani A, López-García E, Mesas AE, Teresa Aguilera M, et al. Adherence to the Mediterranean Diet Pattern Has Declined in Spanish Adults 1-3. *J Nutr Nutr Epidemiol J Nutr [Internet]*. 2012;142:1843–50. Disponible en: <http://jn.nutrition.org>.
23. Álvarez-Álvarez I, Martínez-González M, Sánchez-Tainta A, Corella D, Díaz-López A, Fitó M, et al. Adherence to an Energy-restricted Mediterranean Diet Score and Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in the PREDIMED-Plus: A Cross-sectional Study. *Rev Esp Cardiol*. 2019 Nov 1;72(11):925–34.
24. INEbase [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2022. Tablas de población por tamaño de municipios de la Comunidad Autónoma de Aragón a 1 de enero de 2021. [Aragón, Todos los tamaños de municipios, Año 2021]; [citado 03 Sept 2022]; [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2915>
25. Fernandez-Lazaro CI, Toledo E, Buil-Cosiales P, Salas-Salvadó J, Corella D, Fitó M, et al. Factors associated with successful dietary changes in an energy-reduced Mediterranean diet intervention: a longitudinal analysis in the PREDIMED-Plus trial. *Eur J Nutr [Internet]*. 2022 Apr 1;61(3):1457. Disponible en: </pmc/articles/PMC8921156/>
26. Hu EA, Toledo E, Diez-Espino J, Estruch R, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. Lifestyles and Risk Factors Associated with Adherence to the Mediterranean Diet: A Baseline Assessment of the PREDIMED Trial. *PLoS One [Internet]*. 2013 Apr 29;8(4). Disponible en: </pmc/articles/PMC3639284/>
27. Jurado D, Burgos-Garrido E, Diaz FJ, Martínez-Ortega JM, Gurpegui M. Adherence to the Mediterranean dietary pattern and personality in patients attending a primary health center. *J Acad Nutr Diet [Internet]*. 2012 Jun;112(6):887–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22709815/>

28. Toni G, Berioli MG, Cerquiglini L, Ceccarini G, Grohmann U, Principi N, et al. Eating Disorders and Disordered Eating Symptoms in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Nutrients* [Internet]. 2017 Aug 19;9(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28825608/>
29. Ruggiero E, Di Castelnuovo A, Costanzo S, Persichillo M, Bracone F, Cerletti C, et al. Socioeconomic and psychosocial determinants of adherence to the Mediterranean diet in a general adult Italian population. *Eur J Public Health* [Internet]. 2019 Apr 1;29(2):328–35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30020486/>
30. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, González-Mestre MA, Masachs-Fatjo E, et al. Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 Aug 16;19(1). Disponible en: </pmc/articles/PMC6698033/>

ANEXOS

Anexo 1. Escala PREDIMED

Las siguientes preguntas hacen referencia a su alimentación habitual. Por favor, responda el número de cucharadas, raciones, piezas, veces o vasos que representan más sus costumbres.

1. ¿Utiliza solo aceite de oliva virgen extra para cocinar, aderezar ensaladas y para untar?

Sí No

1-14. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?

Sí No

2-14. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc...)?

3 o menos cucharadas 4 o más cucharadas

2. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?

2 o menos al día 3 o más al día

3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (las guarniciones o acompañamientos = ½ ración; 1 ración = 200 g.)

1 o menos al día 2 o más al día o bien al menos una en ensalada o cruda

4. ¿Cuántas raciones de pan blanco consumes por día? (1 ración: 75 g)

Más de 1 al día 1 o menos al día

5. ¿Cuántas veces por semana consume cereales y pasta integrales?

Menos de 5 a la semana 5 o más a la semana

5-14. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (Ración: 100-150g.)

1 o más al día Menos de 1 al día

6. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume a la semana? (Ración: 100-150g.)

Más de 1 a la semana 1 o menos a la semana

6-14. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción: 12g.)

1 o más al día Menos de 1 al día

7. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume a la semana? (porción: 12g.)

1 o más a la semana Menos de 1 a la semana

7-14. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?

1 o más al día Menos de 1 al día

Anexo 1. Escala PREDIMED (continuación)

8. ¿Cuántas bebidas azucaradas o zumos de frutas azucarados bebes por semana?

1 o más a la semana Menos de 1 a la semana

9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 g.)

2 o menos a la semana 3 o más a la semana

10. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana? (1 plato pieza o ración: 100-150 g. de pescado o 4-5 piezas o 200 g. de marisco)

2 o menos a la semana 3 o más a la semana

11. ¿Cuántas veces por semana consume dulces o pasteles comerciales (no caseros), como pasteles, galletas, bizcocho o crema pastelera?

2 o más a la semana Menos de 2 a la semana

12. ¿Cuántas raciones de frutos secos (incluidos los cacahuetes) consume a la semana? (1 porción: 30 g)

2 o menos a la semana 3 o más a la semana

13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, hamburguesas de cerdo o salchichas?

Si No

14. ¿Cuántas veces a la semana consume verduras, pasta, arroz u otros platos sazonados con sofrito (salsa hecha con tomate y cebolla, puerro o ajo y cocidos a fuego lento en aceite de oliva)?

1 o menos a la semana 2 o más a la semana

15. ¿Evita añadir azúcar a las bebidas (café, té)?

Si No

16. ¿Cuántas veces a la semana consume pasta no integral o arroz blanco?

3 o más a la semana Menos de 3 a la semana

8-14. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana?

No consumo 6 o menos vasos a la semana 7 o más vasos a la semana

17. ¿Cuántos vasos de vino toma por día? (1 copa: 200 ml)

2 o menos al día 3 o más al día

17. ¿Cuántos vasos de vino toma por día? (1 copa: 200 ml)

1 o menos al día 2 o más al día

Martínez-González MA et al. (2019). International Journal of Epidemiology, Vol.48 (2): 387-8.

Anexo 2. Health Literacy (HLS-EU-Q16). 16 ítems

En una escala de “muy fácil” a “muy difícil”, indique cuál es el grado de dificultad que encontraría para realizar las siguientes actividades.

	Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil	NS
1. Encontrar información sobre los tratamientos asociados a las enfermedades que son de su interés	1	2	3	4	5
2. Averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo (p. ej., médico, farmacéutico o psicólogo)	1	2	3	4	5
3. Entender lo que le dice el médico	1	2	3	4	5
4. Entender las instrucciones del médico o farmacéutico sobre cómo tomar las medicinas recetadas	1	2	3	4	5
5. Valorar cuándo puede necesitar una segunda opinión de otro médico	1	2	3	4	5
6. Utilizar la información proporcionada por el médico para tomar decisiones sobre su enfermedad	1	2	3	4	5
7. Seguir las instrucciones de su médico o farmacéutico	1	2	3	4	5
8. Encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental, como el estrés o la depresión	1	2	3	4	5
9. Comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol	1	2	3	4	5
10. Comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades o chequeos médicos (p. ej., mamografía, prueba de azúcar en sangre y presión arterial)	1	2	3	4	5
11. Valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación (p. ej., televisión, Internet u otros medios de información)	1	2	3	4	5
12. Decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a la información que proporcionan los medios de comunicación (p. ej., periódicos, folletos, Internet u otros medios de información)	1	2	3	4	5
13. Encontrar actividades que sean buenas para su bienestar mental (p. ej., meditación, ejercicio, paseos, pilates, etc.)	1	2	3	4	5
14. Comprender los consejos sobre salud que dan la familia y los amigos	1	2	3	4	5
15. Comprender la información proporcionada por los medios de comunicación sobre cómo mejorar su salud (p. ej., Internet, periódicos, revistas)	1	2	3	4	5
16. Valorar cuáles de sus hábitos diarios afectan a su salud (p. ej., costumbres relacionadas con el consumo de alcohol, hábitos alimenticios, ejercicio, etc.)	1	2	3	4	5

Nolasco A, et al. Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16.

Gac Sanit. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.006>

Anexo 3. Dictamen favorable CEICA



Informe Dictamen Favorable

C.P. - C.I. PI20/302
24 de junio de 2020

Dña. María González Hincos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 24/06/2020, Acta Nº 14/2020 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: Cohorte DESVELA. Análisis del papel de las aptitudes personales como Determinantes de la incidencia de morbilidad, Estilos de vida, calidad de Vida, uso de Servicios y Mortalidad

Investigadora Principal: Rosa Mª Magallón Botaya

Versión protocolo: v2.0 18/06/2020

Versión documento de información y consentimiento: v 3.0 26/06/2020

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuada la utilización de los datos y los documentos elaborados para la obtención del consentimiento informado.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del estudio.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA
- DNI
03857456B
Firmado digitalmente
por GONZALEZ
HINJOS MARIA - DNI
03857456B
Fecha: 2020.06.29
09:26:40 +02'00'
María González Hincos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Anexo 4.1 Hoja de información



Universidad
Zaragoza



PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN DE SALUD

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Cohorte DESVELA. Análisis del papel de las aptitudes personales como determinantes de las conductas, la incidencia de morbilidad, la calidad de vida, el uso de servicios y la mortalidad.

Apreciado Sr./a,

Desde la Universidad de Zaragoza y el Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria (GAIAP), nos ponemos en contacto con usted para solicitar su colaboración en un Proyecto de Investigación. Antes de decidir si desea participar, nos gustaría explicarle bien los objetivos, la importancia de su participación y en qué consistirá, además de qué uso se dará a los datos recogidos y los posibles beneficios y riesgos.

Descripción del proceso de su participación

Este proyecto tiene como objetivo es analizar el papel de las aptitudes personales como determinantes de las conductas, la incidencia de morbilidad, la calidad de vida, el uso de servicios y la mortalidad para conocer mejor en qué aspectos hay que incidir para mejorar la salud de las personas. Si acepta participar, le haremos una entrevista en la que le preguntaremos sobre cuestiones como alimentación, actividad física, presencia de enfermedades, etc. Además de realizarle una pequeña exploración. Todo esto se realizará en su centro de salud, durará aproximadamente una hora y media y no le supondrá ninguna molestia. Además, pediremos cita a su centro de salud para la realización de un análisis de sangre.

Le pedimos también su autorización para la creación de una base de datos en la que todos los datos obtenidos serán anónimos y con fines exclusivos de investigación. En esta base de datos clínica se recogerá la información recogida en la entrevista y la exploración física (peso, talla, IMC). Además, se le pedirá autorización para introducir en esta base de datos información proveniente del programa de historia clínica electrónica y de atención primaria (OMI), que es el que utilizan los profesionales de su centro de salud para registrar la información relacionada con su salud, como por ejemplo (antecedentes previos, realización de pruebas, consultas de especialista, ingresos hospitalarios). Con toda la información recogida, se realizará un análisis estadístico, que nos permita comparar los datos de toda la población que acepta participar y observar que relación hay entre los datos y los estilos de vida, siguiendo el fin del estudio.

Ante cualquier duda antes, durante o después de la realización del estudio le responderemos a las dudas que usted pueda plantear. La participación en el estudio es totalmente voluntaria y con la total libertad de abandonar el estudio si su deseo no es continuar.

Además, se le podrá solicitar de manera voluntaria la participación en pequeños grupos de 8-12 personas se hará una exposición de ideas y opiniones siguiendo un guion de temas, pilotado previamente por un moderador. La actividad en grupos se grabará en audio y vídeo, previo consentimiento informado y se transcribirán literalmente, anonimizando los datos identificativos de los informantes en las transcripciones. Durará 1-2 sesiones de 30 min.

Anexo 4.1. Hoja de información (continuación)



Universidad
Zaragoza



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN DE SALUD

Su participación y retirada del estudio

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación de Aragón (PI20/302). Su participación en el mismo es voluntaria y en cualquier momento puede decidir abandonarlo, aunque haya firmado el consentimiento y el estudio esté en pleno desarrollo.

Su decisión no afectará la atención sanitaria que reciba posteriormente. Además, usted tiene derecho a solicitar a los investigadores del estudio, en cualquier momento, y sin necesidad de especificar el motivo, la eliminación de sus datos.

No está prevista ningún tipo de compensación económica por su participación en el estudio. Será necesario que algún investigador del estudio autorizado pueda acceder a su historia clínica para recoger datos relacionados con el estudio de forma confidencial y tratados posteriormente de forma totalmente anonimizada.

Para contactar con los responsables del estudio puede dirigirse a:

- Dra Fátima Méndez López de la Manzanara: Responsable del proyecto.
- Dra Rosa Magallón Botaya: Investigadora principal del Grupo de Investigación.

Teléfono: 622719759. Correo electrónico desvelaaragon@gmail.com

Dirección: Unidad de Investigación de Atención Primaria, Centro de Salud de Arrabal. C/ Gracia Gazulla 16, Zaragoza.

Tras su participación le enviaremos un informe con los resultados de algunas de las exploraciones realizadas y que pueden ser de interés para usted.

Confidencialidad

Todo el equipo investigador se compromete a realizar el proceso de recogida de datos, análisis y elaboración de los resultados de forma confidencial y anónima, de conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo de 27 de abril de Protección de Datos (RGPD) y la normativa nacional de aplicación. También se respetará la Ley de investigación biomédica (14/2007), además de la Ley 3/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y cualquier otra que resulte aplicable. Los datos se utilizarán exclusivamente para las finalidades de este estudio.

Destino de los datos

Los datos recogidos se almacenarán en un fichero de datos de investigación en la sede del IIS Aragón. Con estos datos, los investigadores del estudio realizarán los análisis correspondientes para responder a los objetivos del estudio. Para llevar a término el proyecto que le hemos expuesto y atendiendo a las disposiciones legales vigentes le solicitamos su autorización. Antes y después de firmar este consentimiento, del cual se quedará usted una copia, puede preguntar todo lo que crea conveniente a los médicos o personal sanitario responsable del estudio.

Anexo 4.2. Consentimiento informado



Universidad
Zaragoza



PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN DE SALUD

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaración del participante

He sido informado por el profesional de salud abajo mencionado:

- ✓ De las finalidades e implicaciones del presente estudio;
- ✓ Sobre el proceso de obtención, almacenamiento y proceso de los datos personales;
- ✓ Que puede ser necesario consultar la información relacionada con este estudio de mi historial médico;
- ✓ Que está garantizado el cumplimiento de la ley de protección de datos. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo de 27 de abril de Protección de Datos (RGPD);
- ✓ Que los datos obtenidos tienen como objetivo la investigación biomédica y que se respetará la ley a tal efecto (14/2007);
- ✓ Que los datos obtenidos serán protegidos respetando la ley Ley 3/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales;
- ✓ Que la participación es voluntaria y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y solicitar la eliminación de mis datos personales y mis muestras sin ninguna repercusión en la atención sanitaria posterior;
- ✓ Además, he podido hacer las preguntas que he considerado oportunas.

Después de recibir esta información:

SI NO

- ✓ Acepto participar de forma voluntaria en el estudio: Cohorte DESVELA. Análisis del papel de las aptitudes personales como determinantes de las conductas, la incidencia de morbilidad, la calidad de vida, el uso de servicios y la mortalidad.
- ✓ Autorizo que personal relacionado con el estudio se ponga en contacto conmigo en el futuro para conocer mi estado de salud.
- ✓ Me interesaría que se pusieran en contacto conmigo para participar en un grupo de discusión en relación con este proyecto.
- ✓ Que mis datos puedan ser cruzadas con una plataforma de información clínica anonimizada, para actualizar los datos sobre la aparición de enfermedades crónicas (cardiovasculares, cánceres, diabetes, enfermedad pulmonar ...).
- ✓ Que mis datos puedan ser cedidos, de forma totalmente anónima, a Insignia Health con el objetivo de que esta empresa, propietaria del cuestionario Patient Activation Measure (PAM®), pueda mejorar la calidad de este.
- ✓ Autorizo a los investigadores del proyecto a para que puedan compartir los datos con otros investigadores, siempre garantizando la confidencialidad y las normativas legales y éticas vigentes y el objetivo esté relacionado con el presente estudio.

Anexo 4.2. Consentimiento informado (continuación)



**Universidad
Zaragoza**



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



**PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN DE SALUD**

Declaración del participante

Nombre y apellidos del participante:.....

Firma.....

Fecha.....

Declaración del profesional ha informado debidamente al participante

Nombre y apellidos del profesional:.....

Firma.....

Fecha.....

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,, revoco el consentimiento de participación en el estudio DESVELA.

Firma.....

Fecha.....

Para contactar con los responsables del estudio puede dirigirse a:

- Dra Fátima Méndez López de la Manzanara: Responsable del proyecto.
- Dra Rosa Magallón Botaya: Investigadora principal del Grupo de Investigación.

Teléfono: 622719759. Correo electrónico desvelaaragon@gmail.com

Dirección: Unidad de Investigación de Atención Primaria, Centro de Salud de Arrabal. C/ Gracia Gazulla 16, Zaragoza.