

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS DE ELCHE
GRADO EN SEGURIDAD PÚBLICA Y PRIVADA
TRABAJO DE FIN DE GRADO
CURSO 2024/2025



**ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA DE
TRABAJADORES DEL CUERPO POLICIAL: ESTUDIO
TRANSVERSAL**

ALUMNO: MANUEL ROSA DOLZ

TUTORA: LAURA MARIA COMPAÑ GABUCIO

COTUTORA: LAURA TORRES COLLADO

Convocatoria: ORDINARIA JUNIO 2025

Dto./área: Patología y Cirugía, Radiología y Medicina Física. Salud Pública, Medicina Preventiva y Salud Pública.

COIR: TFG.GSP.LMCG.MRD.250326

INDICE:

1. INTRODUCCIÓN.....	Página 7
1.1-Historia de la Dieta Mediterránea.....	Página 7
1.2- La Dieta Mediterránea como modelo de alimentación.....	Página 11
1.3-Situación actual de alimentación en España.....	Página 13
1.4.-Situación actual de alimentación en la Comunidad Valenciana	Página 15
1.5-Estilo de vida y hábitos alimentarios de las FCS.....	Página 17
1.6-Justificación del tema.....	Página 19
1.7-Legislación aplicable.....	Página 19
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	Página 20
2.1.-Objetivos.....	Página 20
2.2.-Hipótesis.....	Página 21
2.2.1 Hipótesis General.....	Página 21
2.2.2 Hipótesis Específica.....	Página 21
3. METODOLOGÍA.....	Página 21
3.1.-Tipo de estudio.....	Página 21
3.2.-Población de estudio.....	Página 21
3.3-Donde se ha realizado la investigación y durante que periodo..	Página 22
3.4-Tamaño muestral.....	Página 22
3.5-Criterios de inclusión y exclusión.....	Página 22
3.5.1 Criterios de inclusión.....	Página 22
3.5.2 Criterios de exclusión.....	Página 22
3.6-Instrumentos de recogida de datos.....	Página 22
3.6.1 Datos sociodemográficos.....	Página 23
3.6.2 Estilos de vida.....	Página 23
3.6.3 Hábitos alimentarios.....	Página 23
3.6.4 Estado de salud general.....	Página 23
3.6.5 Estrés percibido.....	Página 24
3.6.6 Evaluación de ansiedad y depresión.....	Página 24
3.6.7 Equilibrio emocional.....	Página 24
3.7-Variables de Estudio.....	Página 24
3.7.1. Dieta Mediterránea.....	Página 24
3.7.2 Otras variables de interés.....	Página 26
4 RESULTADOS.....	Página 28
4.1.-Características de la muestra.....	Página 28
5. DICUSIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	Página 33
5.1-Discusión.....	Página 33
5.2-Propuesta de intervención.....	Página 38
5.3-Limitaciones y fortalezas del estudio.....	Página 39
5.3.1-Limitaciones.....	Página 39
5.3.2-Fortalezas.....	Página 40
6. CONCLUSIONES.....	Página 41
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Página 42
8. ANEXOS.....	Página 50
8.1.-Anexo 1. Información al participante y consentimiento informado.....	Página 50
8.2.-Anexo 2. Encuesta y Tablas.....	Página 55
8.3.-Anexo 3. Campaña de la Asociación Española Contra el Cáncer.....	Página 65

RESUMEN

Introducción: La Dieta Mediterránea (DM), está considerada una de las dietas más saludables del mundo, caracterizándose por una ingesta con rica influencia hacia alimentos frescos y naturales como frutas, verduras, legumbres, pescado o aceite de oliva, que le lleva a ser asociada con una disminución del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, diabetes y otros trastornos relacionados con el actual estilo de vida. Estudios previos han mostrado que la DM influye significativamente en el rendimiento físico, mental y en la salud general de la población general, sin embargo, la evidencia científica disponible sobre su efecto en agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad es escasa, a pesar de que desempeñan tareas de alta demanda física y psicológica. Por ello, es necesario realizar más estudios que pueden servir para determinar estados de vulnerabilidad nutricional e identificar patologías asociadas como pueden ser trastornos alimenticios o psicológicos.

Objetivo: Determinar el nivel de adherencia a la DM total y diferenciando entre mujeres y hombres, que presentan los trabajadores del cuerpo policial de la provincia de Alicante.

Metodología: Estudio transversal mediante una encuesta realizada a través de Google Forms durante los meses de enero a abril de 2025. Se obtuvo información para 150 miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad de la provincia de Alicante. Realizaron un cuestionario en el que se ha analizado variables en relación a su adherencia a la DM. La adherencia a la DM, se midió a través del Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea "MEDAS" que cuenta con 14 ítems. A partir de este cuestionario, clasificamos en tres niveles: adherencia baja, media y alta. Para evaluar la adherencia a la DM y las diferencias por sexos, realizamos análisis descriptivos y bivariantes.

Resultados: Respondieron 150 agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad de la provincia de Alicante, de los cuales 76% son hombres (n=114) y el 24% mujeres (n=36). El 53% de los encuestados, ha obtenido como resultado una adherencia alta a la DM, frente al 47% que ha mostrado una baja adherencia a la misma. La puntuación total de la adherencia a la DM, ha sido de 9 puntos (mediana (RI) = 9 (7-10), habiendo

obtenido los hombres una Mediana (RI) = 9 (7-9.25), y las mujeres una Mediana (RI) = 9 (7-11).

Conclusiones: Este estudio sugiere que los agentes de la provincia de Alicante tienen una alta adherencia a la DM. De manera similar, ocurre en cuanto a la diferenciación entre hombres y mujeres, presentando ambos la misma adherencia a la DM. Sin embargo, son necesarios más estudios en esta población que confirmen estos resultados.

Palabras Clave: Dieta Mediterránea, adherencia, cuerpo policial, salud.



ABSTRACT

Introduction: The Mediterranean Diet (MD), is considered one of the healthiest diets in the world, characterized by an intake with a rich influence towards fresh and natural foods such as fruits, vegetables, legumes, fish, or olive oil, which leads it to be associated with a decreased risk of suffering cardiovascular diseases, diabetes and other disorders related to the current lifestyle. Previous studies have shown that DM significantly influences physical and mental performance and general health in the general population, however, the available scientific evidence on its effect on law enforcement officers is scarce, despite the fact that they perform physically and psychologically demanding tasks. Therefore, it is necessary to carry out more studies that can be used to determine states of nutritional vulnerability and identify associated pathologies such as eating or psychological disorders.

Objective: To determine the level of adherence to total DM, differentiating between women and men, among police workers in the province of Alicante.

Methodology: Cross-sectional study by means of a survey carried out through Google Forms during the months of January to April 2025. Information was obtained for 150 members of the Security Forces and Corps in the province of Alicante. They completed a questionnaire in which variables were analysed in relation to their adherence to DM. Adherence to DM was measured by means of the Mediterranean Diet Adherence Questionnaire 'MEDAS', which has 14 items. Based on this questionnaire, we classified into three levels: low, medium and high adherence. To assess adherence to the DM and differences by sex, we performed descriptive and bivariate analyses.

Results: 150 agents from the Security Forces and Corps of the province of Alicante responded, 76% of whom were men (n=114) and 24% women (n=36). Of the respondents, 53% scored high adherence to the MD, compared to 47% who scored low adherence to the MD. The total score for adherence to DM, has been 9 points (median (RI) = 9 (7-10)), with men having obtained a Median (RI) = 9 (7-9.25), and women a Median (RI) = 9 (7-11).

Conclusions: This study suggests that agents in the province of Alicante have a high adherence to DM. Similarly, there is a similar differentiation between men and women, with both presenting the same adherence to DM. However, more studies are needed in this population to confirm these results.

Keywords: Mediterranean diet, adherence, police force, health.



1. INTRODUCCIÓN

La Dieta Mediterránea (DM) es considerada a nivel global como uno de los modelos de alimentación más relevantes y saludables debido a sus beneficios para la salud. Este patrón dietético se distingue por una alta ingesta de alimentos frescos y naturales como frutas, verduras, granos integrales, legumbres, frutos secos y aceite de oliva como grasa principal, junto con un consumo moderado de pescado y limitado de carnes rojas y procesadas (Davis, Bryan, Hodgson, & Murphy, 2015). Diversas investigaciones han vinculado la DM con una menor probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas, incluyendo problemas cardiovasculares, metabólicos y neurodegenerativos (Estruch, Ros, & Salas Salvadó, 2018)

1.1-Historia de la Dieta Mediterránea.

Según (Araneda, 2023), la DM no es un modelo alimentario aislado, sino el resultado de una interacción milenaria entre diversas culturas y regiones geográficas. La **Tabla 1** ilustra la procedencia geográfica de alimentos que hoy forman parte de esta dieta o de la alimentación saludable en general, reforzando el concepto de que la nutrición está profundamente enraizada en la historia y la geografía. Según este artículo, el origen e historia de la DM, sería el siguiente:

La agricultura tuvo sus inicios en el cultivo de cereales y leguminosas en la zona del Mediterráneo oriental, que hoy comprende Israel, Palestina, Líbano, Siria, Jordania e Irak. Posteriormente, los fenicios, griegos y romanos impulsaron el cultivo de los tres pilares de la DM: el olivo para obtener aceitunas y aceite, el trigo para la elaboración de pan y la vid para la producción de vino. Estos pueblos colonizadores del Mediterráneo difundieron el cultivo de la aceituna y la uva hacia el Mediterráneo occidental. Diversas culturas (íberos, celtas, romanos, griegos, bárbaros y árabes) contribuyeron al

establecimiento de la "trilogía mediterránea" de pan, aceite y vino. Curiosamente, estos tres elementos fundamentales de la DM también eran centrales en la liturgia cristiana y fueron llevados a otras regiones de Europa continental por comunidades religiosas que buscaban evangelizar.

Tabla 1: Origen de los alimentos que componen la DM. (Araneda, 2023)

ZONA GEOGRÁFICA	ALIMENTOS
Próximo y Medio Oriente	Cereales y legumbres, zanahoria, cebolla, ajos y frutas, como ciruela, melocotón, cerezo. Albaricoque, manzano, pera, fruto secos, como nueces, avellanas, castañas
Europa	Remolacha, achicoria, col y espárragos
Lejano Oriente	Garbanzos, sésamo, pepino, berenjena, mostaza, albahaca, cítricos y otros
Sudeste asiático y Oceanía	Arroz, romero, pimienta, sésamo, cardamomo, jengibre, albahaca, pepino, la sidra y la caña de azúcar
África	Melón, sandía, dátiles
América	Maíz, judía, patata, tomate, pimiento, calabacín y calabaza

El concepto de "Dieta Mediterránea" comenzó a utilizarse en la década de 1950 para referirse a los diversos patrones de alimentación observados en la región mediterránea. Específicamente, en 1948, el gobierno griego encargó un extenso estudio para mejorar las condiciones económicas, sociales y de salud tras la guerra. Los resultados de este estudio se publicaron en una monografía titulada *"Creta: un estudio de caso de una zona subdesarrollada"* (Allbaugh, 1953). Más tarde, se publicó *"El Estudio de los Siete Países"* (Keys, 1980) (Grecia, Estados Unidos, Japón, Yugoslavia, Italia, Finlandia y Holanda), que se había iniciado en 1958 y que siguió a 12.763 hombres durante 25 años para investigar la relación entre la dieta, el estilo de vida, los factores de riesgo y las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. Este estudio pionero reveló la importancia de la alimentación y los hábitos de vida en la salud del corazón y los vasos sanguíneos, resaltando la conexión entre las dietas ricas en grasas saturadas y un mayor riesgo de enfermedad coronaria.

En 1993, durante la Conferencia Internacional sobre Dietas del Mediterráneo, se definió la DM como el patrón alimentario predominante en las regiones productoras de aceite de oliva alrededor del Mar Mediterráneo (Oldways Preservation Trust, Harvard School of Public Health, & Organización Mundial de la Salud, 1993).

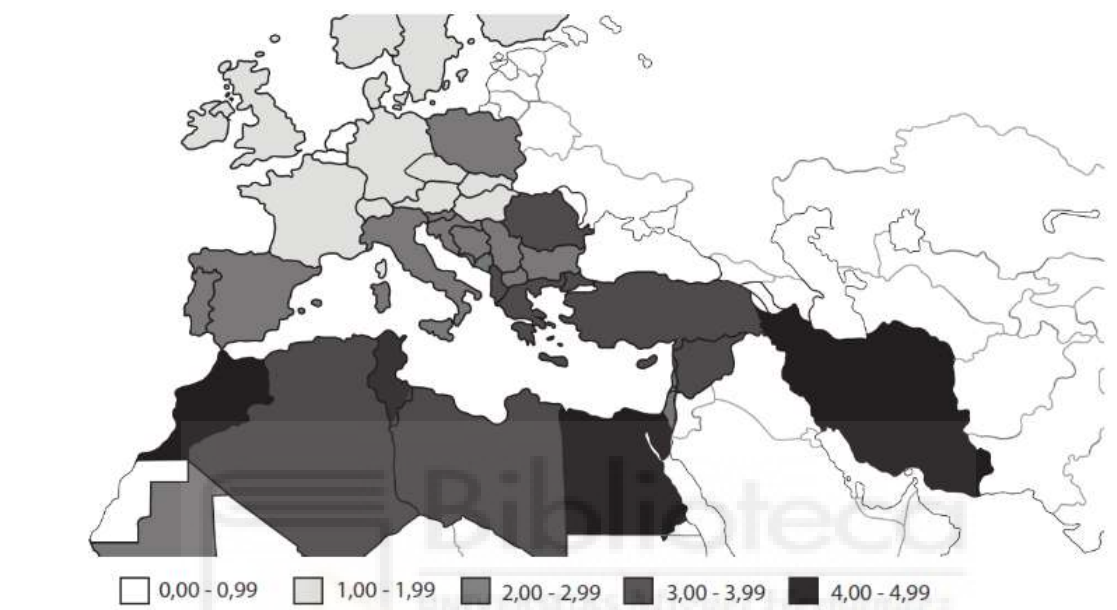
En 2003, se inició el estudio PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea), para evaluar los efectos de la DM en la prevención de enfermedades crónicas. Este estudio incluyó a 7.447 participantes con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares. Los resultados del estudio PREDIMED, que se publicaron en 2013, mostraron que la DM, especialmente cuando se acompaña de aceite de oliva virgen extra o frutos secos, puede reducir significativamente el riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y mortalidad cardiovascular (Estruch, Salas Salvadó, & Martínez González, Estudio PREDIMED, 2013).

En 2010, la UNESCO reconoció la importancia global de la DM al inscribirla como uno de los elementos de la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad.

En resumen, la DM representa las diversas culturas alimentarias de la zona del Mediterráneo, abarcando un conjunto de prácticas, expresiones, conocimientos, habilidades, espacios y otras características asociadas, que las poblaciones han construido y recreado históricamente en su interacción con el entorno natural. Esta cultura alimentaria no puede entenderse como un modelo único para todos los países que abarca, ya que presenta variaciones influenciadas por la herencia cultural y las tradiciones religiosas de cada lugar, las cuales han afectado la disponibilidad y elección de ciertos alimentos. En esencia, la DM constituye un modelo dietético saludable y sostenible que se ha transmitido de generación en generación.

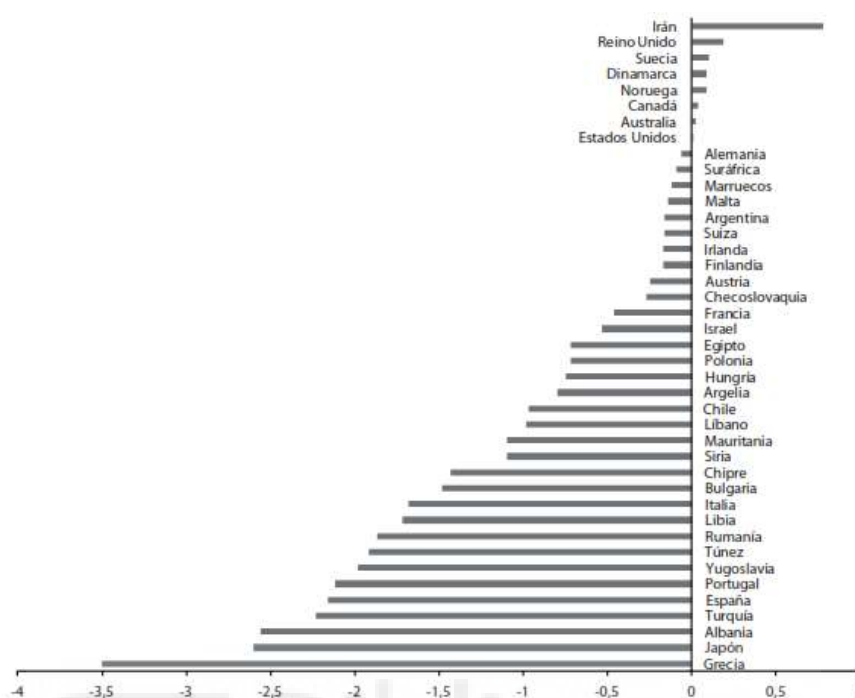
Tanto la **Figura 1** como la **Figura 2**, proporcionan datos relevantes para analizar la evolución de la adherencia a la DM en distintas regiones y países a lo largo del tiempo. (Da Silva, y otros, 2009)

Figura 1: Adherencia al patrón de Dieta Mediterránea de los años 2000/2003. Fuente: (Da Silva, y otros, 2009)



La **Figura 1** muestra la adherencia al patrón de DM en los países circundantes al mar Mediterráneo y algunas regiones vecinas. Los valores se representan en una escala de 0 a 5: 0,0–0,99 (blanco): muy baja adherencia. 4,0–4,99 (gris oscuro/negro): alta adherencia. Mayor adherencia (valores 4,0–4,99): se observa principalmente en países como Grecia, Turquía, Marruecos, Egipto e Irán. Menor adherencia (valores 0,0–0,99): en países del norte y centro de Europa. Esta figura pone en evidencia que la adherencia más fuerte no siempre se da en los países mediterráneos europeos más industrializados, lo cual sugiere un abandono del patrón alimentario tradicional a favor de modelos más occidentales o globalizados.

Figura 2: Variación del índice de adecuación a la Dieta Mediterránea entre los periodos 1961/65 y 2000/03. Fuente: (Da Silva, y otros, 2009)



La **Figura 2** muestra el cambio en la adecuación a la DM en distintos países en un período de más de 40 años. Valores negativos indican una disminución en la adherencia, mientras que valores positivos reflejan un aumento. Grecia, Japón, Albania y Turquía presentan las mayores disminuciones en su adherencia a la DM, lo cual es alarmante dado que algunos de estos países fueron pilares del modelo tradicional. Países no mediterráneos como Irán, Reino Unido y algunos nórdicos muestran aumentos modestos en la adherencia. Esto sugiere una globalización de los patrones alimentarios, con un abandono del modelo mediterráneo en sus lugares de origen, y una leve adopción en otras latitudes.

1.2- La Dieta Mediterránea como modelo de alimentación.

En la última década, la DM ha sido ampliamente reconocida por la comunidad científica como un patrón alimentario equilibrado, con efectos beneficiosos comprobados para la

salud humana. Este modelo dietético se caracteriza por un consumo predominante de alimentos tradicionales de las regiones mediterráneas: cereales integrales, legumbres, pescado, aceite de oliva virgen extra, frutas frescas, frutos secos, verduras, hortalizas y un consumo moderado de vino tinto durante las comidas. No obstante, más allá de su valor nutricional, la DM constituye también un estilo de vida que incluye prácticas como la actividad física regular, el descanso adecuado y la convivencia social en torno a la alimentación (Anna , y otros, 2011).

Diversos estudios han demostrado que seguir este patrón alimentario puede prevenir y mejorar el manejo de enfermedades crónicas frecuentes en los países industrializados. La adherencia a la DM se ha vinculado con una mejor regulación de la glucosa en sangre, un perfil lipídico más saludable, niveles de presión arterial más bajos, y una disminución significativa en la morbilidad por enfermedades cardiovasculares, así como en la incidencia de ciertos tipos de cáncer (Estruch, Ros, & Salas Salvadó, Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts, 2018) (Sofi, Macchi, Abbate , Gesini, & Casini, 2010). Además, cuando se combina con otros hábitos saludables como la práctica de ejercicio físico, el abandono del tabaco y el consumo moderado de alcohol, el riesgo de mortalidad total se reduce notablemente (Trichopoulou, Costacou, Bamia, & Trichopoulos, 2003).

Los efectos positivos de esta dieta se deben, en gran parte, a la presencia de compuestos bioactivos como los antioxidantes, la fibra dietética, los fitoesteroles, los ácidos grasos monoinsaturados (principalmente procedentes del aceite de oliva) y los ácidos grasos omega-3 (abundantes en pescados azules). Asimismo, el limitado uso de sal en la cocina mediterránea contribuye a un menor consumo de sodio. Esta reducción, combinada con un alto aporte de potasio y magnesio provenientes de frutas y verduras frescas, favorece

la salud cardiovascular al mejorar la función endotelial y reducir la tensión arterial (Widmer, Flammer, O'Lerman, & Lerman, 2015)

En resumen, la DM no sólo representa un patrón alimentario saludable, sino también un modelo cultural que promueve la longevidad y el bienestar general, respaldado por una amplia base de evidencia científica.

1.3-Situación actual de alimentación en España.

Las directrices nutricionales orientadas a promover una alimentación saludable en la población española están basadas principalmente en las distintas Guías alimentarias para la población española, elaboradas por instituciones como la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (Aranceta & Serra Majem, 2001) (SENC, 2020). Estas recomendaciones ponen de manifiesto un patrón de consumo en España caracterizado por una ingesta elevada de carnes, pescados y productos lácteos, un consumo moderado de huevos y una ingesta insuficiente de cereales integrales, frutas y hortalizas, respecto a lo que sería deseable para una dieta equilibrada.

Esta desviación del modelo tradicional se ha visto favorecida por las transformaciones del sistema agroalimentario nacional en las últimas décadas. Entre los factores responsables se encuentra la creciente globalización del mercado alimentario, que ha permitido la incorporación masiva de productos exógenos a la dieta habitual. Este fenómeno, conocido como globalización alimentaria, ha impactado significativamente en toda la cadena de valor, desde la producción hasta el consumo, afectando tanto a los hábitos de compra como a los patrones alimentarios cotidianos (Popkin, 2020) (Blandford, 1984).

Como consecuencia, aunque hoy en día existe una mayor disponibilidad y diversidad de productos alimentarios, también se ha producido una transición nutricional, en la cual

las dietas tradicionales, como la mediterránea, están siendo desplazadas progresivamente por modelos dietéticos más globalizados y desequilibrados, ricos en productos procesados y pobres en alimentos frescos y mínimamente procesados (Popkin, 2020).

Los datos actuales recogidos por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), a través de la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética (ENIDE), indican que el consumo de carnes y productos derivados, así como de alimentos ultraprocesados con alto contenido en grasas saturadas, azúcares simples y sal, es considerablemente alto. Paralelamente, se observa un consumo insuficiente de frutas, verduras y cereales integrales (AESAN, 2022). Esta tendencia también se refleja en otros estudios oficiales, como la Encuesta de Presupuestos Familiares del INE y el Panel de Consumo Alimentario del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (MAPA), que documentan el aumento sostenido en la compra de productos azucarados, precocinados y bebidas con alto contenido calórico (INE, 2023) (MAPA, 2023).

Asimismo, el informe Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas publicado por el Ministerio de Sanidad en 2013, ya advertía que un 28,6% de la población adulta española no consumía suficientes frutas y verduras, con una incidencia aún mayor entre los jóvenes de 16 a 24 años. Este déficit nutricional es especialmente preocupante en un contexto en el que se incrementan los factores de riesgo metabólicos y cardiovasculares desde edades tempranas (MSSSI, 2013).

A pesar de estas señales de alerta, desde el Ministerio de Agricultura se ha destacado que la DM aún conserva cierta relevancia en los hábitos de los ciudadanos. En junio de 2024, el ministro Luis Planas subrayó, con base en el Informe del Consumo Alimentario en España 2023, que los españoles siguen mostrando preferencia por recetas más

saludables y basadas en productos frescos, tanto en el hogar como en el consumo fuera de casa (MAPA, 2024).

No obstante, a este patrón alimentario deben sumarse otras variables preocupantes del estilo de vida actual. Más del 40% de los adultos en España reconocen no realizar actividad física durante su tiempo libre (INE , 2023). Esta inactividad es calificada como uno de los principales factores de riesgo para la salud por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), ocupando el cuarto lugar entre las causas de mortalidad global. La combinación de una dieta desequilibrada con un estilo de vida sedentario ha dado lugar al aumento de patologías crónicas propias de las sociedades de alto consumo, como las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, la diabetes tipo 2 y los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia (OMS, 2021) (Aranceta-Bartrina, 2020).

En consecuencia, el panorama nutricional actual en España se caracteriza por una paradoja, la coexistencia de diferentes formas de malnutrición, tanto por exceso como por defecto, lo que representa un importante reto en términos de salud pública.

1.4.-Situación actual de alimentación en la Comunidad Valenciana

Los resultados obtenidos en la única Encuesta de Nutrición de la Comunidad Valenciana, realizada en el periodo 2010-2011, ponen de manifiesto diversas desviaciones respecto a las recomendaciones nutricionales internacionales. Según este estudio, la ingesta energética media en la Comunidad Valenciana superaba la registrada a nivel nacional, siendo especialmente elevada entre los hombres. Asimismo, se detectó un descenso progresivo de la ingesta energética conforme aumentaba la edad, patrón común en otras regiones del país (Generalitat Valenciana, 2012).

En cuanto a la composición de la dieta, se identificó una baja proporción de hidratos de carbono en comparación con los niveles recomendados, junto con un consumo elevado de proteínas y grasas totales. La distribución de los ácidos grasos se aleja de los objetivos nutricionales establecidos, destacando el bajo aporte de ácidos grasos poliinsaturados y una presencia excesiva de grasas saturadas, lo cual representa un factor de riesgo cardiovascular relevante (OMS, 2021) (Rodríguez-Artalejo, 2013).

Asimismo, el consumo medio de fibra dietética se encuentra por debajo de los valores aconsejados por la OMS, lo que podría incidir negativamente en la salud digestiva y metabólica de la población (OMS, 2020). Desde el punto de vista de los micronutrientes, las estimaciones indican deficiencias notables en vitamina D y ácido pantoténico entre mujeres de todas las edades y hombres mayores de 24 años. También se observaron ingestas inadecuadas de ácido fólico, vitamina E, niacina y biotina en ambos sexos, lo que puede tener implicaciones sobre el metabolismo celular y el sistema inmunológico (Brown, y otros, 2011).

El análisis también reveló niveles preocupantemente bajos de yodo en toda la población, así como deficiencias de hierro en mujeres en edad fértil y de calcio en varios grupos específicos: hombres menores de 44 años, niños y adolescentes menores de 16, y mujeres entre los 25 y 64 años. Estas carencias representan un riesgo importante para el desarrollo óseo, el rendimiento cognitivo y la salud reproductiva (Gibney, Lanham New, Cassidy, & Vorster, 2017) (EFSA, 2021).

Por otro lado, se evidenció que la ingesta media de sodio casi duplicaba las recomendaciones máximas establecidas por la OMS, lo que incrementa significativamente el riesgo de hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares. Además, se constató una escasa adherencia a las recomendaciones sobre el consumo diario de frutas, verduras y hortalizas: apenas el 10,5% de la población infantil y

juvenil, y el 10,9% de la población adulta, alcanzaban la meta de cinco raciones diarias, como recomienda la OMS y otras guías internacionales (OMS, 2020) (AESAN, 2022).

Un hallazgo especialmente preocupante es la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad entre la población adulta, afectando de forma similar a hombres y mujeres. En conjunto, cerca de dos tercios de los adultos presentan exceso de peso, mientras que en la población infantil de entre 6 y 15 años, esta problemática también se manifiesta con elevada frecuencia. A esto se suma un estilo de vida marcadamente sedentario, con bajos niveles de actividad física registrados tanto en niños como en adultos, lo cual agrava los riesgos asociados a los malos hábitos alimentarios (Aranceta-Bartrina, 2020) (OMS, 2022).

En definitiva, los datos disponibles describen un patrón alimentario y de estilo de vida que se aparta del ideal nutricional, contribuyendo a una creciente carga de enfermedades crónicas prevenibles en la Comunidad Valenciana.

1.5-Estilo de vida y hábitos alimentarios de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

El personal que forma parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FCS) se encuentra expuesto a altos niveles de exigencia física y mental, junto con jornadas laborales prolongadas, trabajo por turnos y situaciones frecuentes de estrés. Estas condiciones laborales pueden tener un impacto negativo en sus hábitos de vida, especialmente en su alimentación, dificultando la adherencia a modelos dietéticos saludables como la DM (Olmedilla Zafra, Martínez, & Moreno, 2014).

Un gran número de estos profesionales accede a sus plazas a edades tempranas, lo que les proporciona independencia económica y, a menudo, implica trasladarse lejos de su entorno familiar para residir en nuevas ciudades. Esta nueva etapa, en la que deben asumir por primera vez la responsabilidad total de su alimentación, suele coincidir con

hábitos alimentarios poco estructurados. A ello se suma la irregularidad de los turnos, que favorece la elección de comidas rápidas o precocinadas, el consumo excesivo de bebidas azucaradas o estimulantes como el café y las bebidas energéticas, y la omisión de comidas importantes como el desayuno o el almuerzo (García Rodríguez, Esteban Gonzalo, & Veiga, 2018).

Asimismo, es común observar entre los agentes un consumo elevado de alcohol, y en menor medida de tabaco. Diversos estudios han identificado factores psicológicos que podrían estar asociados al consumo de tabaco en este colectivo, tales como la búsqueda de seguridad personal, la necesidad de socialización, el afrontamiento del aburrimiento durante tareas repetitivas o vigilancias estáticas, y el intento de reducir la ansiedad (Navarro Jiménez, Pérez Gómez, & Romero Pérez, 2019).

Por otro lado, los policías de mayor edad tienden a adoptar estilos de vida sedentarios, debido en gran parte al incremento de las responsabilidades laborales y familiares, que limitan el tiempo disponible para la práctica de ejercicio físico. Además, sus actividades de ocio suelen tener una naturaleza pasiva, lo cual contribuye aún más a la inactividad. En cuanto al descanso, se ha documentado que gran parte del personal policial duerme menos horas de las recomendadas, lo que repercute negativamente en su salud general, en su capacidad de recuperación y en el rendimiento profesional (Silva, Rodríguez, & Torres, 2021).

En conjunto, el estilo de vida y el patrón alimentario predominante entre los miembros de las FCS se caracteriza por conductas poco saludables: sedentarismo, una dieta hipercalórica con bajo valor nutricional, y la presencia de hábitos tóxicos. Esta combinación de factores favorece la aparición de patologías crónicas y contribuye al deterioro del estado de salud, con efectos acumulativos desde edades tempranas (Delgado Rodriguez, Guzman Castillo, & Ruiz Montero, 2018) (OMS, 2022).

1.6-Justificación del tema.

Es fundamental corregir los hábitos alimentarios y el estilo de vida para prevenir sus consecuencias negativas y optimizar el estado de salud de la población. En este sentido, las FCS representan un grupo especialmente vulnerable y con un elevado riesgo nutricional, lo que refuerza la necesidad de conocer en profundidad sus hábitos alimentarios. Esta información resulta clave para detectar de forma precoz posibles alteraciones nutricionales y diseñar estrategias eficaces de prevención y promoción de la salud.

1.7-Legislación aplicable.

En cuanto al marco legal que respalda estas intervenciones en el ámbito laboral, las actividades sanitarias, incluyendo la promoción de hábitos saludables dirigidas a los trabajadores en sus lugares de trabajo, están contempladas en los artículos 22 y 31 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, así como en los capítulos VI y VII del Reglamento de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en las empresas.

La legislación aplicable al presente trabajo, será:

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, 1995; Núm. 269. Disponible en: https://noticias.juridicas.com/base_datos/Laboral/I31-1995.html Noticias Jurídicas+1 Noticias Jurídicas+1
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. Boletín Oficial del Estado, 1997; Núm. 17. Disponible en: <https://www.insst.es/normativa/gestion-de-la-prevencion/servicios-de-prevencion/general> Portal INSST+4 Portal INSST+4 Portal INSST+4

- Real Decreto 2/2006, de 16 de enero, por el que se establecen normas sobre prevención de riesgos laborales en la actividad de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía. Boletín Oficial del Estado, 2006; Núm. 17. Disponible en: [https://www.insst.es/normativa/gestion-de-la-prevencion/servicios-de-prevencion/especificaPortal INSST+1Portal INSST+1](https://www.insst.es/normativa/gestion-de-la-prevencion/servicios-de-prevencion/especificaPortal%20INSST+1Portal%20INSST+1)
- Real Decreto 179/2005, de 18 de febrero, sobre prevención de riesgos laborales en la Guardia Civil. Boletín Oficial del Estado, 2005; Núm. 44. Disponible en: [https://www.insst.es/normativa/gestion-de-la-prevencion/servicios-de-prevencion/especificaPortal INSST+4Portal INSST+4Portal INSST+4](https://www.insst.es/normativa/gestion-de-la-prevencion/servicios-de-prevencion/especificaPortal%20INSST+4Portal%20INSST+4Portal%20INSST+4)
- Ministerio de Trabajo y Economía Social. Reforma de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales: Atención a la salud mental y adaptación al cambio climático. El País, 2025. Disponible en: <https://elpais.com/economia/2025-03-27/trabajo-redobla-la-atencion-a-la-salud-mental-y-a-la-crisis-climatica-en-su-reforma-de-la-prevencion-de-riesgos-laborales.html>El País
- Del Collado MJ. El suicidio es la principal causa de muerte entre las fuerzas y cuerpos de seguridad. Cadena SER Navarra, 2025. Disponible en: <https://cadenaser.com/navarra/2025/04/29/el-suicidio-es-la-principal-causa-de-muerte-entre-las-fuerzas-y-cuerpos-de-seguridad-segun-policia-nacional-de-navarra-radio-pamplona/>

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1-Objetivos.

Determinar el nivel de adherencia a la DM total y diferenciando entre mujeres y hombres, que presentan los trabajadores del cuerpo policial (FCS) de la provincia de Alicante.

2.2-Hipótesis.

2.2.1 Hipótesis General: Los componentes de las FCS de la provincia de Alicante presentan una baja adherencia a la DM.

2.2.2 Hipótesis Específica: Las mujeres del cuerpo policial presentan un mayor nivel de adherencia a la DM en comparación con los hombres.

3. METODOLOGÍA

3.1-Tipo de estudio.

Este TFG, se engloba dentro del proyecto de Estudio Transversal sobre Estado de salud, estrés y equilibrio ocupacional de trabajadores del cuerpo policial en el que se pretende analizar determinadas variables relacionadas con la adherencia a la DM en las FCS.

La información se recogió con una encuesta “on-line” de unos 10 minutos de cumplimentación a través de la plataforma “Google Forms”. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de ética de la Universidad Miguel Hernández de elche (DSP.LTC.241022), y el presente trabajo también cuenta con su aprobación (COIR TFG.GSP.LMCG.MRD.250326).

3.2.-Población de estudio

El cuestionario ha recogido la información de los hábitos y alimentación de 150 miembros de las FCS pertenecientes a las diferentes Policías Locales, Comisarías de Policía Nacional y Cuarteles de la Guardia Civil, todos ellos situados en la provincia de Alicante, siendo estos participantes, 114 hombres y 36 mujeres, de entre 25 y 64 años. Todos los participantes de la encuesta han recibido información escrita del estudio y han participado de manera voluntaria, prestando su consentimiento informado por escrito antes de realizarla.

3.3-Dónde se ha realizado la investigación y durante qué periodo.

La investigación se ha realizado desde la Universidad Miguel Hernández de Elche. El cuestionario se difundió a través de redes sociales principalmente a miembros de las FCS de la provincia de Alicante en el periodo comprendido entre los meses de enero y abril de 2025.

3.4-Tamaño muestral.

Se realizó un muestro no probabilístico, muestro por conveniencia para acceder fácilmente a la muestra de estudio durante los meses de enero y abril de 2025.

3.5-Criterios de inclusión y exclusión.

La encuesta va dirigida a los miembros de las FCS de la provincia de Alicante.

3.5.1 Criterios de inclusión:

- Que hayan dado su consentimiento para la participación.
- Que estén actualmente trabajando.

3.5.2 Criterios de exclusión:

- Que no sean miembros de las FCS de la provincia de Alicante.

3.6-Instrumentos de recogida de datos.

Como se puede observar en el **Anexo 2**, el instrumento utilizado en el estudio adopta un formato de respuesta cerrada y se organiza en siete secciones principales, cada una diseñada para recopilar información específica y relevante sobre la población encuestada, siguiendo un enfoque multidimensional recomendado en estudios de salud pública y bienestar (Pérez Llantada, Calatayud, & Escrivá, 2021).

3.6.1 Datos sociodemográficos:

La primera sección se orienta a recabar información básica sobre las características personales de los participantes. Entre las variables recogidas se incluyen: sexo, edad, categoría profesional o rango, estado civil, número de personas con las que convive en su domicilio habitual y la duración media de su jornada laboral diaria. Este tipo de datos permite contextualizar el análisis en función de factores sociales y económicos, frecuentemente asociados al estilo de vida y estado de salud (INE, 2022).

3.6.2 Estilos de vida:

La segunda parte de la encuesta aborda aspectos relacionados con los hábitos cotidianos de los encuestados, como el peso y la altura, necesarios para calcular el índice de masa corporal (IMC), consumo de tabaco, tiempo diario frente a pantallas, total de horas sentado al día, duración del sueño y nivel de actividad física. Estos parámetros se consideran determinantes clave del estado de salud general, tal como lo indican estudios previos sobre conductas saludables (OMS, 2022).

3.6.3 Hábitos alimentarios:

En la tercera sección se evalúan patrones dietéticos a través de 14 ítems relacionados con la adherencia a la DM. Se incluyen preguntas sobre el uso habitual de aceite de oliva, frecuencia en el consumo de frutas, verduras, legumbres, frutos secos, pescado, carnes rojas y procesadas, alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas, así como el uso de sofrito casero. Esta sección sigue criterios validados en el cuestionario de adherencia a la DM propuesto por (Martínez González, y otros, 2012), ampliamente utilizado en investigaciones epidemiológicas.

3.6.4 Estado de salud general:

El cuarto apartado explora la percepción subjetiva del estado de salud física, mental y emocional de los participantes, así como su nivel de satisfacción vital. Esta

autoevaluación constituye una herramienta predictiva importante del bienestar general, según los modelos biopsicosociales de salud (Diener, Oishi, & Tay, 2018).

3.6.5 Estrés percibido:

En la quinta sección se aplica la Escala de Estrés Percibido (PSS-14), diseñada por (Cohen, Kamark, & Mermelstein, 1983), que consta de 14 ítems con 5 posibles respuestas que van desde “nunca” (0) hasta “muy a menudo” (4). Esta escala permite identificar la percepción subjetiva de estrés durante el último mes, siendo ampliamente utilizada por su validez y fiabilidad en poblaciones adultas.

3.6.6 Evaluación de ansiedad y depresión:

La sexta sección emplea dos instrumentos clínicos reconocidos: la Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD) y la Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS). Ambos cuestionarios permiten medir la intensidad de síntomas afectivos como tristeza, insomnio, culpa, ideación suicida, tensión o miedos, proporcionando indicadores útiles para el diagnóstico y seguimiento en contextos clínicos (Hamilton, 1960).

3.6.7 Equilibrio emocional:

Finalmente, el séptimo bloque aborda el equilibrio emocional de los encuestados a través de 13 afirmaciones con las que deben manifestar su grado de acuerdo o desacuerdo. Este enfoque permite valorar la estabilidad afectiva y la resiliencia emocional, aspectos clave del bienestar psicológico (Gross & Thompson, 2007).

3.7-Variables de Estudio:

3.7.1. Dieta Mediterránea:

La variable dependiente del presente estudio se refiere al patrón alimentario seguido por los participantes, específicamente en relación con la DM. Esta variable se

operacionaliza mediante la evaluación de la frecuencia y cantidad de consumo de alimentos típicos de este modelo dietético, considerado uno de los más saludables por su asociación con beneficios en la prevención de enfermedades crónicas (Bach Faig, y otros, 2011).

Para medir dicha adherencia, se utilizó el cuestionario MEDAS (Mediterranean Diet Adherence Screener), una herramienta validada para la población española y ampliamente utilizada en estudios epidemiológicos (Schröder, y otros, 2011). Este instrumento, como se puede observar en la **Figura 3** y el **Anexo 2**, consta de 14 ítems que exploran hábitos relacionados con la elección de grasas (como el uso del aceite de oliva), el consumo habitual de frutas, verduras, legumbres, frutos secos, pescado y mariscos, carnes blancas frente a rojas o procesadas, repostería industrial, bebidas azucaradas, vino, y la preparación culinaria mediante sofritos.

Cada pregunta se califica con un valor de 0 o 1, según el cumplimiento o no del criterio saludable, permitiendo obtener una puntuación final cuantitativa que varía entre 0 y 14. Los puntos de corte para interpretar el nivel de adherencia se establecen como sigue: puntuaciones entre 0 y 8 indican una baja adherencia, mientras que puntuaciones iguales o superiores a 9 reflejan una alta adherencia al patrón alimentario mediterráneo (Martínez González, y otros, 2012). Esta escala permite categorizar de manera fiable la calidad de la dieta de los encuestados en función de los principios fundamentales de la DM.

Figura 3: La escala MEDAS, validada en población española, es un instrumento de 14 preguntas que evalúa la adherencia a la DM (Junta de Andalucía. Consejería de Salud).

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

PUNTUACIÓN TOTAL:
 < 9 baja adherencia
 ≥ 9 buena adherencia

3.7.2 Otras variables de interés:

Además de la variable dependiente, este estudio contempla otras variables relevantes para comprender el estado de salud global y los hábitos de vida de los miembros de las FCS de la provincia de Alicante. Como se puede observar en el **Anexo 2**, la estimación del porcentaje de adherencia a este patrón alimentario se evaluará en función de los 7 bloques temáticos incluidos en el cuestionario, lo que permitirá realizar un análisis integral de las conductas relacionadas con la salud.

- **Variables sociodemográficas:** Se recogen datos sobre el sexo, la edad, el rango o puesto laboral, el estado civil, el número de convivientes en el domicilio y la duración de la jornada laboral diaria.

- **Variable de estilos de vida:** Se incluye información sobre el peso y la altura de los participantes (para calcular el índice de masa corporal), si son fumadores o no, el tiempo que permanecen sentados frente a una pantalla, el tiempo total de sedentarismo diario, las horas dedicadas a la actividad física y las horas promedio de sueño por noche.

- **Variable de hábitos alimentarios:** Se evalúan patrones dietéticos a través de 14 ítems relacionados con la adherencia a la DM.

- **Variable estado de salud:** Se analiza la percepción del estado de salud general, física y mental, así como el grado de satisfacción con la vida.

- **Variable del estrés:** El estrés, entendido como una respuesta fisiológica natural ante situaciones percibidas como amenazantes, puede convertirse en un factor de riesgo para la salud si se prolonga en el tiempo.

- **Variable de la depresión y la ansiedad:** La variable dependiente más común es la presencia o ausencia de los trastornos, y la severidad de los síntomas. También se utilizan variables como el nivel de funcionamiento, el estilo de afrontamiento, y factores de riesgo como el historial familiar, eventos traumáticos, y características de personalidad.

- **Variable de equilibrio ocupacional:** Esta variable hace referencia a la percepción subjetiva de tener una distribución adecuada y satisfactoria del tiempo entre las distintas ocupaciones diarias, como el trabajo, el ocio y el descanso. Se considera un elemento esencial para mantener una buena salud y calidad de vida, ya que un desequilibrio puede generar malestar físico o psicológico (Wagman, Hakansson, & Björklund, 2012).

4. RESULTADOS

4.1- Características de la muestra

Han participado un total de 150 miembros pertenecientes a las FCS de la provincia de Alicante cuyas características sociodemográficas se muestran en la **Figura 4**. El 76% de los encuestados eran hombres y el 24% restante, mujeres. Los porcentajes de los rangos de edad de los participantes, fueron un 13,3% (de 25 a 34 años), 33,3% (de 35 a 44 años), 37,3% (de 45 a 54 años) y 16% (de 55 a 64 años). Por lo que respecta al nivel de estudios de los participantes, el 50,7% presenta estudios universitarios, un 24% estudios de formación profesional, un 22% solamente Bachillerato, y un 3,3% otros estudios. Y por último, se hace referencia al estado civil de los encuestados, encontrándose casados el 58%, viviendo en pareja el 16,7%, solteros el 15,3%, y en otros estados el 10%.

Figura 4. Características sociodemográficas de los participantes (n=150).

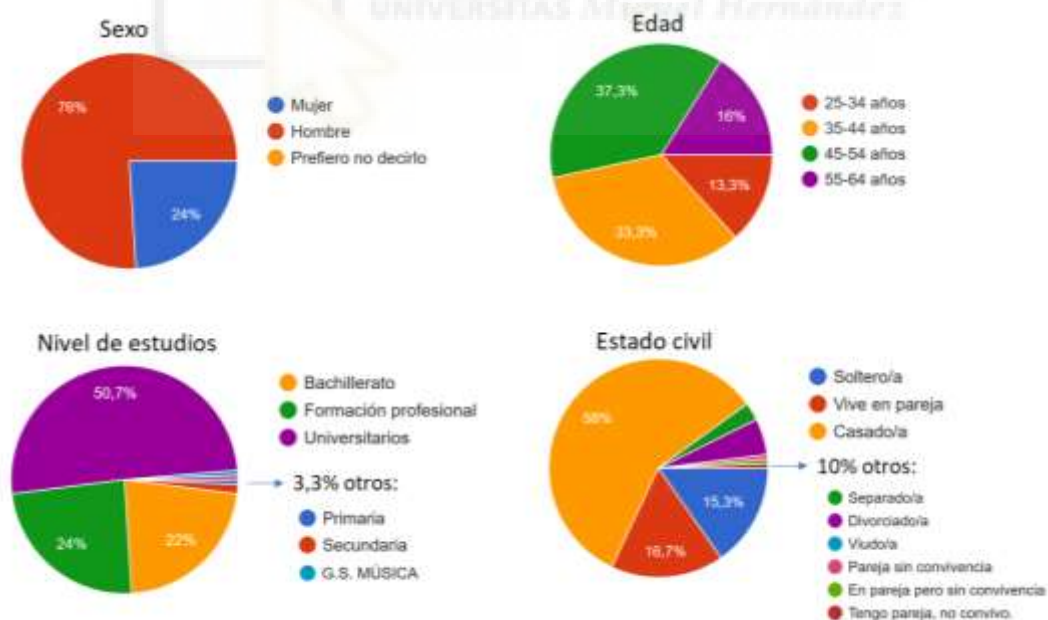
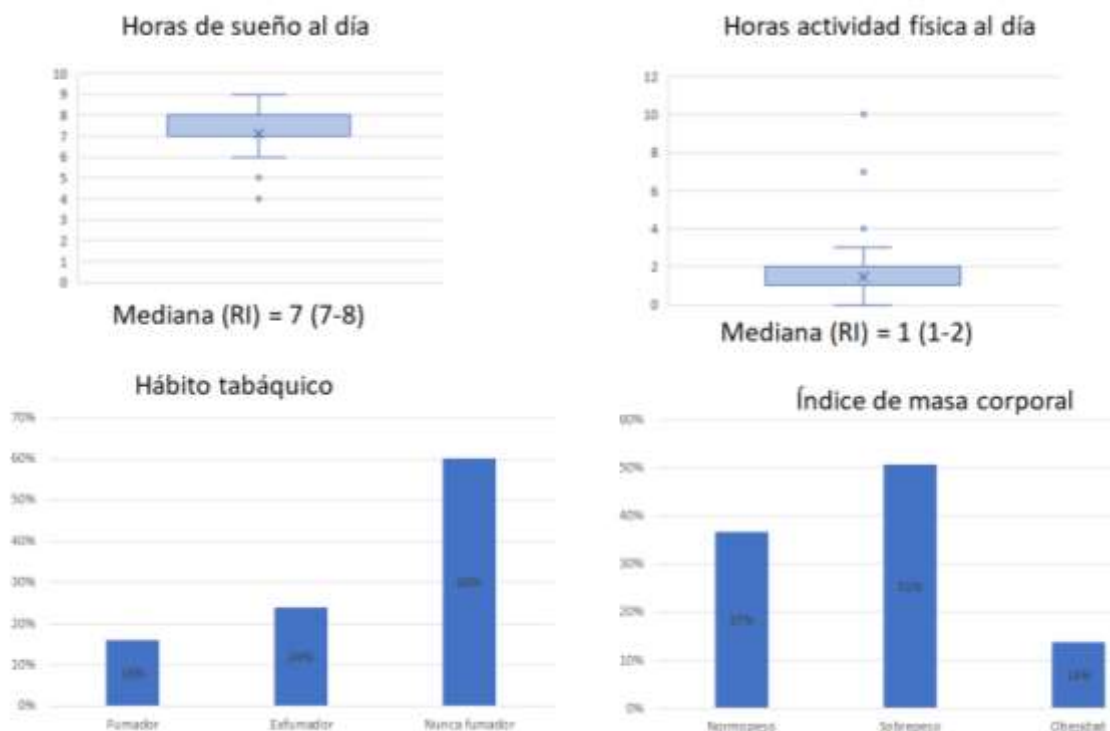


Figura 5. Características antropométricas y de estilos de vida de los participantes (n=150).



La **Figura 5**, nos muestra las características antropométricas y de estilos de vida de los participantes, haciendo referencia a que estos, duermen de mediana 7 horas y destinan a practicar deporte de mediana 1 hora al día. Por lo que respecta al hábito del tabaquismo, el 60% nunca ha fumado, el 24% es exfumador, y solamente el 16% sigue fumando. Por último, sobre el Índice de Masa Corporal (IMC), el 51% presenta sobrepeso, llegando el porcentaje de obesidad al 14%, y quedando en un peso normal el 37% de los encuestados.

Figura 6. Respuestas positivas a cada pregunta del cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (n=150)

Preguntas	N respuestas "sí"
¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	140
¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día? Incluye freír, ensaladas, fuera de casa.	75
¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume?	89
¿Cuántas piezas de fruta consume al día?	53
¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos come?	111
¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume?	128
¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas consume al día? Entre las bebidas de este tipo se consideran los refrescos, colas, tónicas o similares.	123
¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana?	13
¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana?	85
¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana?	70
¿Cuántas veces come repostería comercial como galletas, flanes, dulce o pasteles?	75
¿Cuántas veces consume frutos secos?	111
¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas?	122
¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	52

La **Figura 6**, refleja los resultados obtenidos a partir de las 150 encuestas realizadas, se observa que un 93,3% de los participantes utiliza el aceite de oliva como grasa principal para cocinar, lo que constituye uno de los pilares fundamentales de la DM. Sin embargo, solo el 50% de los encuestados afirma consumir 4 o más cucharadas de aceite de oliva al día, lo que sugiere que, aunque se emplea habitualmente, su consumo no siempre alcanza las cantidades recomendadas.

En cuanto al consumo de verduras u hortalizas, el 59,3% de los participantes declaró ingerir al menos 2 raciones diarias, mientras que solo el 35,3% indicó consumir 3 o más piezas de fruta al día, lo que revela un bajo cumplimiento de las recomendaciones de ingesta de frutas.

Respecto a los alimentos no recomendados o que deben moderarse en la dieta, el 74% manifestó consumir carnes rojas y procesadas con frecuencia, y el 85,3% declaró ingerir mantequilla, margarina o nata, lo que sugiere una alta presencia de grasas saturadas en

la dieta habitual. Asimismo, un 82% reconoció consumir bebidas azucaradas o carbonatadas diariamente, lo cual representa un factor de riesgo asociado a enfermedades metabólicas.

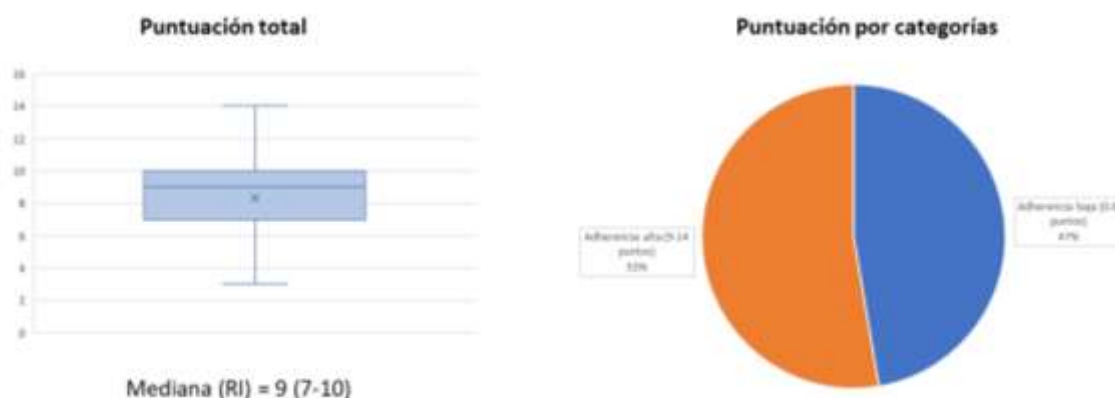
En contraste, solo el 8,7% afirmó consumir vino de forma regular (7 o más vasos por semana), lo que refleja un bajo cumplimiento de esta recomendación tradicional del patrón mediterráneo, aunque cabe considerar que su consumo debe ser moderado y contextualizado.

Por otro lado, el consumo de alimentos beneficiosos como las legumbres fue reportado por el 56,7% de los encuestados, mientras que el 46,7% declaró ingerir pescado o mariscos al menos 3 veces por semana. En cuanto a la repostería industrial, el 50% la consume al menos 2 veces a la semana, lo cual representa un dato preocupante debido al alto contenido en azúcares y grasas no saludables de estos productos.

Un aspecto positivo es que el 74% de los participantes indicó consumir frutos secos con frecuencia, y el 81,3% declaró preferir carnes blancas (como pollo, pavo o conejo) sobre carnes rojas o procesadas. No obstante, solo el 34,7% refirió utilizar sofritos caseros (elaborados con aceite de oliva, tomate, ajo, cebolla o puerro) al menos dos veces a la semana, lo cual evidencia una pérdida de ciertas prácticas culinarias tradicionales.

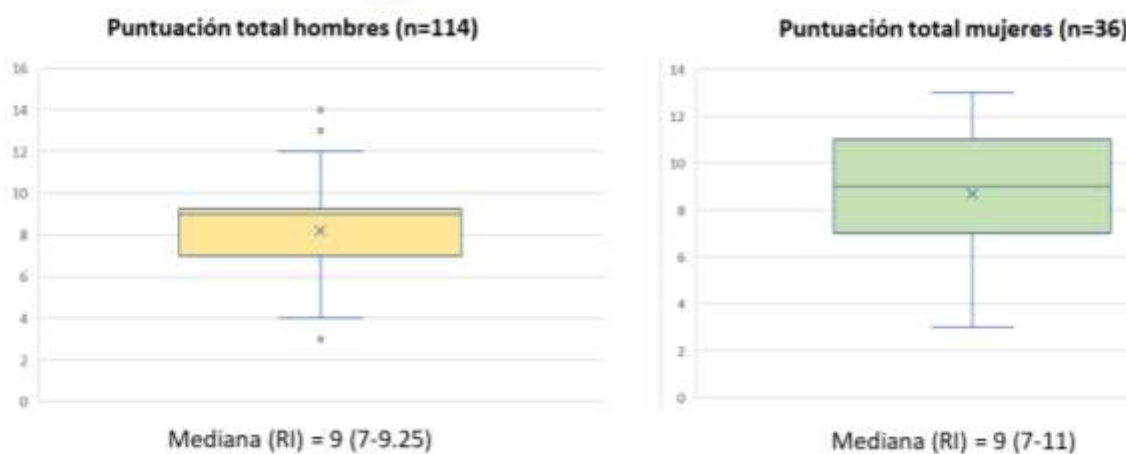
En conjunto, estos datos sugieren una adhesión parcial al patrón de DM entre los encuestados, con una mayor inclinación hacia los alimentos saludables en algunos aspectos, pero con hábitos preocupantes en cuanto al consumo de productos procesados, bebidas azucaradas y bajo consumo de frutas y sofritos.

Figura 7. Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (n=150)



La **Figura 7**, nos muestra el resultado porcentual del cuestionario de adherencia a la DM, presentando un 53% de los encuestados una adherencia alta, y el restante 47%, una adherencia baja. Además, estableciendo una puntuación a la adherencia a la DM de 0 a 14 puntos, en la que 0 sería el mínimo y 14 el máximo, los encuestados habrían obtenido 9 puntos de media.

Figura 8. Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea en hombres y mujeres (n=150).



La **Figura 8**, muestra la misma puntuación si se establece una puntuación diferenciada por sexos, obteniendo los hombres (114 participantes) y las mujeres (36 participantes) la misma media de 9 puntos de 14 de adherencia a la DM.

5. DISCUSIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1-Discusión

El presente estudio tuvo por objetivo determinar el nivel de adherencia a la DM total y diferenciando entre mujeres y hombres, que presentan los trabajadores del cuerpo policial (FCS) de la provincia de Alicante. Observamos que el 53% de los participantes, presenta una alta adherencia a la DM, mientras que el 47% muestra una adherencia baja, obteniéndose una mediana de puntuación de 9 con un rango intercuartílico (RI) de 7 a 10, según el cuestionario MEDAS. Este hallazgo resulta especialmente relevante si se compara con datos de población general en España, donde las puntuaciones de adherencia suelen ser considerablemente más bajas, además, también sugieren un nivel de adherencia favorable en comparación con otros estudios en población general, como se expone a continuación. Por ejemplo, en el estudio RECREA-DIET, llevado a cabo con una muestra de 4.302 personas en distintas comunidades autónomas de España, se observó una puntuación media de adherencia a la dieta mediterránea de 6,34 puntos, lo que reflejó una baja adherencia en la mayoría de los participantes (Morales Suarez-Varela, Llopis Morales, Llopis González, & Gil Guillén, 2022). En contraste, investigaciones en colectivos profesionales sanitarios han reportado niveles más elevados. Un estudio en tutores y residentes de una unidad docente en Tenerife halló que el 70,6% de los profesionales encuestados presentaba una alta adherencia a la dieta mediterránea, con una media de 9,46 puntos (Ramos Sepúlveda, Cabrera Mederos, & Rodríguez Pérez, 2020). De forma similar, un estudio realizado en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria registró que el 17,8% mostraba una alta adherencia, el 68,2% una adherencia moderada y el 14% una baja adherencia, con una puntuación media de 8,7 puntos en la escala MEDAS (González Porras, Ramírez Vélez, & García Hermoso, 2021). En conjunto, los datos de nuestro estudio reflejan una

tendencia más positiva que la observada en estudios poblacionales amplios, aunque inferior a la de grupos profesionales del ámbito sanitario. Este hallazgo subraya la importancia de continuar promoviendo la educación nutricional y los hábitos alimentarios saludables, especialmente en colectivos profesionales con elevada exigencia física y psicológica.

Los resultados de este estudio, también evidencian que no existen diferencias significativas en la adherencia a la DM entre sexos. Tanto los 114 hombres como las 36 mujeres obtuvieron una mediana de 9 puntos sobre un máximo de 14 en la escala MEDAS, lo que sugiere una adherencia moderadamente alta, independientemente del sexo. Estos hallazgos coinciden con los de otros estudios previos en los que tampoco se encontraron diferencias significativas en función del sexo. Por ejemplo, el estudio de (Sayón Orea, Bes Rastrollo, Martínez González, & Martín Calvo, 2014), basado en la cohorte SUN (Seguimiento Universidad de Navarra), encontró una adherencia media similar entre hombres y mujeres jóvenes universitarios, con puntuaciones que oscilaron entre 8 y 9 puntos, sin diferencias estadísticamente significativas. Del mismo modo, en la investigación de (Martínez Lapiscina, y otros, 2015), realizada en adultos mayores del estudio PREDIMED, se observó que las diferencias por sexo en la adherencia a la DM no eran clínicamente relevantes, aunque las mujeres tendían a tener una mayor frecuencia de consumo de frutas y verduras, mientras que los hombres presentaban mayor consumo de vino y carne. Sin embargo, algunos estudios sí han encontrado ligeras diferencias. Por ejemplo, en un estudio reciente realizado en profesionales sanitarios en Andalucía, las mujeres obtuvieron una puntuación media de 9,8 frente a 8,9 en los hombres, diferencia que fue estadísticamente significativa (García Fernández, López García, Torres Collado, & Álvarez Bueno, 2021). Esta discrepancia podría

explicarse por factores socioculturales o de educación alimentaria más desarrollada en mujeres dentro de ciertas profesiones. En general, los resultados de nuestro estudio se alinean con la mayoría, que apunta a una tendencia de adherencia similar entre sexos en contextos profesionales estructurados, como el de las FCS, donde existen rutinas alimentarias más homogéneas.

La incorporación de la DM en la rutina diaria resulta fundamental para prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, como la obesidad, la diabetes tipo 2 y las patologías cardiovasculares. Diversos estudios han demostrado que una baja adherencia a este patrón alimentario se asocia no solo con un mayor riesgo de estas afecciones físicas, sino también con el incremento de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión (Grosso, Marventano, Galvano, Buscemi, & Mistretta, 2014). Por ello, resulta esencial que los beneficios de este modelo dietético sean reconocidos e incluidos de manera sistemática en los programas de formación del personal de las FCS, especialmente en aquellos que acceden por primera vez al cuerpo. Los profesionales más jóvenes, al encontrarse en una etapa especialmente sensible a las influencias del entorno, deben recibir formación específica que les permita adquirir una conciencia alimentaria crítica y saludable. El conocimiento en esta etapa inicial de la carrera profesional puede constituirse como una herramienta estratégica para establecer y mantener hábitos de vida saludables. La adherencia a la DM no solo favorece el bienestar físico, sino que también potencia la salud mental, contribuyendo así al rendimiento profesional y a una mejor calidad de vida a lo largo del ciclo vital de estos trabajadores (Sofi et al., 2010; Sánchez-Villegas & Martínez-González, 2013). A medida que avanza la edad y se incrementan las responsabilidades laborales y personales, el riesgo de adoptar hábitos alimentarios menos saludables aumenta. Por

ello, es esencial que los miembros de los FCS interioricen desde etapas tempranas de su carrera la importancia de mantener un estilo de vida saludable y adaptado a sus necesidades cambiantes. La adherencia continuada a la DM actúa como un factor protector frente al deterioro funcional, las enfermedades crónicas y el desgaste psicológico, contribuyendo al envejecimiento activo y a una jubilación con mejor calidad de vida (Martínez Gonzalez, Hershey, Zazpe, & Trichopoulou, 2019).

En cuanto al nivel de estudios, los resultados obtenidos muestran que el 96,7% de los encuestados de las FCS posee estudios superiores. Esta cifra contrasta ampliamente con la media nacional española, donde solo el 37,7% de la población de entre 16 y 64 años alcanza este nivel educativo (INE, 2024). Esta diferencia sugiere que los miembros de los FCS están altamente formados, lo cual podría influir positivamente en su capacidad para adquirir conocimientos y establecer hábitos saludables, incluidos los alimentarios y de actividad física.

Respecto al consumo de tabaco, el estudio revela que solo el 16% de los participantes son fumadores, mientras que el 24% se identifican como exfumadores y el 60% nunca ha fumado. Esta distribución es significativamente más favorable que los datos nacionales, donde el 25,8% de los adultos españoles eran fumadores en 2024, aunque dicho porcentaje representa la tasa más baja en los últimos 30 años (Sanidad, 2024). Además, estos datos se encuentran por debajo del promedio global, estimado en alrededor del 20% según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024). El menor índice de tabaquismo en los miembros de los FCS puede estar asociado a una mayor conciencia sobre los efectos del tabaco, aunque se sigue señalando que el entorno

laboral y el estrés podrían influir en la iniciación al hábito, especialmente en jóvenes (Martínez , López, & Díaz, 2021).

En relación con la actividad física, los participantes de la investigación reportan realizar una mediana de 1 (1-2) horas diarias de ejercicio. Aunque no se especifica la intensidad, este dato es relevante si se compara con los estándares actuales. La OMS recomienda al menos 150-300 minutos de actividad aeróbica moderada o 75-150 minutos de actividad intensa semanalmente para adultos (OMS, 2020). Frente a esto, en el último Eurobarómetro, el 58% de los españoles admitía hacer ejercicio de forma esporádica o nula, y el 45% de los adultos europeos declaraba no practicar deporte nunca (Comisión Europea, 2022). Por tanto, los resultados de la muestra resultan notablemente positivos en términos de frecuencia de actividad física.

En cuanto al sueño, los datos del estudio muestran una mediana de 7 (7–8) horas de descanso diario entre los encuestados, lo cual se encuentra en línea con la media nacional, establecida en 7 horas y 13 minutos diarios (CIS, 2023). A pesar de que más del 50% de la población española duerme menos de 7 horas, según informes recientes, el patrón de descanso observado en los FCS evaluados no se presenta como preocupante. No obstante, sería interesante analizar en profundidad la calidad del sueño, ya que esta influye directamente sobre el rendimiento cognitivo, la salud mental y el riesgo de enfermedades crónicas.

En términos de estado nutricional, se observó que el 51% de los participantes presenta sobrepeso, superando en más de 16 puntos la media nacional (34,3%). Asimismo, el 14% de los encuestados padece obesidad, cifra prácticamente igual a la media nacional

(14,1%), y el 37% tiene un peso dentro del rango normal, siendo esta proporción menor que la observada en la población general (44,3%) (Ministerio de Sanidad, 2023). Estos datos, permiten identificar que más de la mitad de la muestra (65%) presenta un IMC por encima del rango saludable.

5.2-Propuesta de intervención.

En las últimas décadas, el fenómeno de la globalización ha tenido un fuerte impacto en los patrones alimentarios tradicionales, especialmente en las regiones donde predominaba la DM. La transformación de los estilos de vida, marcada por la rapidez de los cambios sociales y económicos, ha provocado un progresivo alejamiento del modelo dietético mediterráneo, caracterizado por su equilibrio nutricional y beneficios para la salud (Bach Faig, y otros, 2011). Esta pérdida de adherencia se relaciona directamente con el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, como el sobrepeso, la obesidad, la diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares (Castro Quezada, Román Viñas, & Serra Majem, 2014).

Frente a esta situación, se plantea la necesidad urgente de recuperar la DM como referencia de alimentación saludable. Esta recuperación debe comenzar desde la infancia, ya que instaurar hábitos alimentarios equilibrados desde edades tempranas favorece su consolidación a lo largo del ciclo vital (Schröder, y otros, 2011). Además, no solo se trata de fomentar un patrón alimentario, sino de promover un estilo de vida integral, que incluya actividad física regular y el rechazo de hábitos sedentarios.

Para lograr este objetivo, es imprescindible el desarrollo de políticas públicas orientadas a facilitar el acceso a alimentos propios de la DM, impulsar campañas de educación nutricional y promover entornos saludables que favorezcan elecciones alimentarias conscientes y sostenibles (Dernini & Berry, 2015), así como implementar programas

que contemplen la DM como un modelo alimentario de referencia, dada su reconocida eficacia en la prevención de enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales (Sofi, Abbate, Gensini, & Casini, 2010) (Sánchez Villegas & Martínez González, 2013).

Además, sería importante reforzar el acceso a alimentos saludables en los entornos laborales y promover políticas institucionales que favorezcan la actividad física regular y un descanso adecuado, con el fin de garantizar un enfoque integral del bienestar. De este modo, se contribuirá no solo a mejorar la salud y calidad de vida de los miembros de las FCS, sino también a preservar su operatividad y rendimiento profesional a lo largo del tiempo.

5.3-Limitaciones y fortalezas del estudio

5.3.1 Limitaciones

Este estudio presenta una serie de limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. En primer lugar, debemos destacar que tenemos un tamaño de la muestra relativamente pequeño, ya que la encuesta ha sido cumplimentada por 150 miembros pertenecientes a las FCS de la provincia de Alicante, y en la provincia de Alicante, trabajan aproximadamente 2.300 Policías Nacionales, 4.258 Guardias Civiles y 3.847 Policías Locales, lo que hace un total aproximado de 10.405 miembros de las FCS trabajando en la provincia de Alicante. A pesar de ello, la muestra incluye participantes de diferentes cuerpos y centros, lo que aporta diversidad a los datos obtenidos y permite vislumbrar ciertos patrones alimentarios en una población sobre la cual existe aún escasa literatura científica (Hernández, Rodríguez, & García , 2018).

Adicionalmente, cabe señalar que los participantes ocupan diversas categorías dentro de las FCS, con diferencias estructurales significativas en relación con los turnos de trabajo, la edad de acceso al cuerpo, la formación inicial, el nivel educativo requerido y

los criterios de promoción. Estas características heterogéneas pueden influir en los hábitos alimentarios y dificultan la extrapolación general de los hallazgos, por lo que se recomienda interpretar los resultados con precaución, teniendo en cuenta las particularidades organizativas de cada cuerpo (Ortega , Pérez Rodrigo, & López Sobaler, 2020).

Por último, al tratarse de un estudio de tipo transversal, no es posible evaluar la evolución de los hábitos alimentarios a lo largo del tiempo, ni establecer relaciones causales. No obstante, investigaciones previas han sugerido que la dieta, especialmente en personas adultas, tiende a mantenerse relativamente estable con el paso del tiempo, lo que podría minimizar esta limitación (González & Sánchez Villegas, 2016).

5.3.2 Fortalezas

A pesar de sus limitaciones, este estudio presenta importantes fortalezas que deben destacarse. En primer lugar, uno de los principales aportes es que aborda una temática poco explorada dentro del contexto específico de las FCS en la provincia de Alicante. La literatura disponible sobre los hábitos alimentarios y la adherencia a la DM en este colectivo profesional es escasa, lo cual convierte este trabajo en una valiosa fuente de información preliminar y una base sólida para futuras investigaciones más amplias (Martínez González & Martín Calvo, The major European dietary patterns and their associations with health, 2019).

En segundo lugar, la utilización de un cuestionario validado para medir la adherencia a la DM, como es el caso del cuestionario MEDAS (Mediterranean Diet Adherence Screener), refuerza la solidez metodológica del estudio. Esta herramienta ha sido ampliamente reconocida y utilizada en estudios previos en población española, mostrando una adecuada fiabilidad y validez para evaluar patrones dietéticos acordes

con el modelo mediterráneo (Schröder, y otros, 2011). La aplicación de este instrumento permite obtener datos fiables y comparables con otros trabajos similares, lo que proporciona robustez a las conclusiones obtenidas sobre el nivel de adherencia entre los participantes.

En conjunto, estos elementos fortalecen la calidad del estudio y subrayan su relevancia en el ámbito de la salud pública, al ofrecer una visión inicial del comportamiento alimentario de un grupo profesional clave, cuya salud es esencial tanto para su rendimiento laboral como para el bienestar social.

6. CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio evidencian que más de la mitad de los miembros de las FCS de la provincia de Alicante presentan una alta adherencia a la DM, con una mediana de puntuación de 9 en el cuestionario validado MEDAS. Asimismo, se confirma la tendencia de adherencia homogénea entre sexos y una alta prevalencia de estudios superiores, factores que pueden estar vinculados a una mayor conciencia y responsabilidad sobre la salud. No obstante, persiste un elevado porcentaje de sobrepeso y obesidad en este colectivo, lo cual, unido a la exigencia física inherente a su labor, subraya la importancia de implementar estrategias preventivas y de promoción de la salud. En este sentido, se recomienda incorporar programas de formación en nutrición y estilo de vida saludable durante las etapas iniciales de ingreso a las FCS.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESAN. (2022). *Informe del consumo de frutas y hortalizas en España*. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.
- AESAN. (2022). *Informe sobre recomendaciones dietéticas sostenibles y recomendaciones de actividad física para la población española*. Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.
- Allbaugh, L. (1953). Crete: A case study an underdeveloped area. *Princeton University Press*.
- Anna , B., Berry, E., Denis, L., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dermeni, S., . . . Grupo de expertos Fundación Dieta Mediterranea. (2011). Mediterranean diet pyraid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*, 2274-2284.
- Aranceta , J., & Serra Majem, L. (2001). ietary guidelines for the Spanish population. *Public Health Nutrition*, 1403-1408.
- Aranceta-Bartrina, J. P.-R.-M. (2020). Prevalencia de obesidad en España: Estudio ENPE 2015. *Revista Española de Cardiología*, 290-299.
- Araneda, M. (1 de Septiembre de 2023). *Educación Alimentaria Nutricional*. Obtenido de EDUALIMENTARIA: <https://edualimentaria.com/alimentacion-saludable-dieta-mediterranea/estudio-siete-paises?view=category&id=62&start=10>
- Bach Faig, A., Berry, E., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., . . . Serra Majem, L. (2011). Mediterranean diet pyramid today. *Public Health Nutrition*, 2274-2284.
- Blandford, D. (1984). Changes in food consumption patterns in the OECD Area. *Revista Europea de Economía Agrícola*, 43-64.
- Brown, J., Isaacs, J., Krinke, B., Lechtenberg, E., Murtaugh, M., Sharbaugh, C., & Splett, P. (2011). *Nutrition Through the Life Cycle*. Cengage Learning.

- Castro Quezada, I., Román Viñas, B., & Serra Majem, L. (2014). The Mediterranean diet and nutritional adequacy: A review. *Nutrients*, 231-248.
- CIS. (2023). *Informe sobre hábitos de descanso en la población española*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Cohen, S., Kamark, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 385-396.
- Comisión Europea. (2022). *Eurobarómetro especial 525: Deporte y actividad física en la Unión Europea*. EU.
- Da Silva, R., Bach Faig, A., Raidó Quintana, B., Buckland, G., Vaz de Almeida, M., & Serra Majem, L. (2009). Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet. *Public Health Nutrition*, 1676-1684.
- Davis, C., Bryan, J., Hodgson, J., & Murphy, K. (2015). Definición of the Mediterranean diet; a literature review. *Nutrients*, 9139-9153.
- Delgado Rodriguez, M., Guzman Castillo, M., & Ruiz Montero, P. (2018). Hábitos alimentarios, actividad física y estado de salud en policías locales. *Revista Española de Salud Pública*, e1-e12.
- Dernini, S., & Berry, E. (2015). Mediterranean diet: From a healthy diet to a sustainable dietary pattern. *Frontiers in Nutrition*, 15.
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*, 253-260.
- DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL Y EMERGENCIAS. (2020). Obtenido de <https://www.proteccioncivil.es/coordinacion/gestion-de-riesgos/autoproteccion#:~:text=La%20autoprotecci%C3%B3n%20corporativa%20es%20el,sistema%20p%C3%ABlico%20de%20Protecci%C3%B3n%20Civil>.

- EFSA. (2021). *Dietary Reference Values for nutrients*. European Food Safety Authority.
- Estruch, R. (2018). Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *Estruch, R. (2018). "Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet SuNew England Journal of Medicine*, Estruch, R. (2018). "Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with E2441-2452.
- Estruch, R., Ros, E., & Salas Salvadó, J. (2018). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *The New England Journal of Medicine*, 2441-2452.
- Estruch, R., Salas Salvadó, J., & Martínez González, M. (2013). Estudio PREDIMED. *The New England Journal of Medicine*, 1279-1290.
- García Fernández, E., López García, E., Torres Collado, L., & Álvarez Bueno, C. (2021). Adherencia a la dieta mediterránea en profesionales sanitarios andaluces: Estudio transversal. *Revista Española de Salud Pública*, e1-e10.
- García Rodríguez, S., Esteban Gonzalo, S., & Veiga, O. (2018). Influencia del trabajo por turnos en el comportamiento alimentario y el estado nutricional de los trabajadores. *Nutrición Hospitalaria*, 590-596.
- Generalitat Valenciana. (2012). *Encuesta de Nutrición de la Comunidad Valenciana 2010-2011*. Dirección General de Salud Pública.
- Gibney, M., Lanham New, S., Cassidy, A., & Vorster, H. (2017). *Introduction to Human Nutrition*. Wiley-Blackwell.

- González Porras, J., Ramírez Vélez, R., & García Hermoso, A. (2021). Adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 139-144.
- González, M., & Sánchez Villegas, A. (2016). The Mediterranean diet and health: a comprehensive overview. *Journal of Nutrition*, 593S–599S.
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. *Handbook of emotion regulation*, 3-24.
- Grosso, G., Marventano, S., Galvano, F., Buscemi, S., & Mistretta, A. (2014). The Mediterranean diet and cardiovascular risk: a review of current evidence. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 773-783.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 56-62.
- Hernández, M., Rodríguez, E., & García, M. (2018). Limitaciones en estudios de salud pública con muestras reducidas: implicaciones y recomendaciones. *Revista Española de Salud Pública*, e201812082.
- INE . (2023). *Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF)*. Instituto Nacional de Estadística.
- INE. (2022). *Encuesta de condiciones de vida*. Instituto Nacional de Estadística.
- INE. (2024). *Nivel de formación de la población activa*. Instituto Nacional de Estadística.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. (s.f.). Obtenido de https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95872a79e2_adherencia_dieta_mediterranea.pdf
- Keys, A. (1980). El Estudio de los Siete Países. *Circulation*.

- MAPA. (2023). *Informe de consumo alimentario en España*. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.
- MAPA. (2024). *Análisis del consumo alimentario*. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.
- Martínez , J., López, M., & Díaz, R. (2021). Factores laborales y estrés como predisponentes al inicio del consumo de tabaco. *Revista Española de Salud Pública*, e202101045.
- Martínez González, M., & Martín Calvo, N. (2019). The major European dietary patterns and their associations with health. *Advances in Nutrition*, S131–S144.
- Martínez González, M., García Arellano, A., Toledo, E., Salas Salvadó, J., Buil Cosiales, P., Corella, D., & Estruch, R. (2012). A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: The PREDIMED trial. *PloS One*, e43134.
- Martínez Gonzalez, M., Hershey, M., Zazpe, I., & Trichopoulou, A. (2019). Transferability of the Mediterranean Diet to Non-Mediterranean Countries. *Nutrients*, 1225.
- Martínez Lapiscina, E., Clavero, P., Toledo, E., Estruch, R., Salas Salvadó, J., San Julián, B., & Martínez González, M. (2015). Adherence to a Mediterranean diet improves cognition: The PREDIMED-NAVARRA randomised trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 585-592.
- Ministerio de Sanidad. (2023). *Informe de salud pública: obesidad y sobrepeso en España*. Gobierno de España.
- Morales Suarez-Varela, M., Llopis Morales, A., Llopis González, A., & Gil Guillén, V. (2022). Adherencia a la dieta mediterránea en población general española:

- Estudio RECREA-DIET. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 281-290.
- MSSSI. (2013). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad.
- Navarro Jiménez, T., Pérez Gómez, J., & Romero Pérez, E. (2019). El tabaquismo en el cuerpo policial: variables cognitivas relacionadas. *Adicciones*, 47-56.
- Oldways Preservation Trust, Harvard School of Public Health, & Organización Mundial de la Salud. (1993). *Primera Conferencia Internacional sobre las Dietas del Mediterráneo*. Cambridge.
- Olmedilla Zafra, M., Martínez, M., & Moreno, C. (2014). Influencia de la dieta y el estrés en la salud de los policías locales. *Nutrición Clínica y Dieta Hospitalaria*, 43-50.
- OMS. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2020). *Directrices sobre actividad física y comportamiento sedentario*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2020). *Healthy diet factsheet*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2021). *Guideline: Saturated fatty acid and trans-fatty acid intake for adults and children*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2021). *World Obesity Report*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2022). *Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- OMS. (2022). *Global status report on physical activity 2022*. Organización Mundial de la Salud.

- OMS. (2024). *Global report on trends in prevalence of tobacco use 2024*. Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. (s.f.). Obtenido de <https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/lang-es/index.htm>
- Ortega , R., Pérez Rodrigo, C., & López Sobaler, A. (2020). Importancia del contexto profesional y social en los estudios nutricionales: desafíos en colectivos con turnicidad. *Nutrición Hospitalaria*, 12-18.
- Pérez Llantada, R., Calatayud, M., & Escrivá, C. (2021). Diseño de encuestas en estudios de salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, e202101023.
- Popkin, B. M.-S. (2020). Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *The Lancet*, 65-74.
- Ramos Sepúlveda, J., Cabrera Mederos, D., & Rodríguez Pérez, M. (2020). Adherencia a la dieta mediterránea en profesionales sanitarios: Estudio en tutores y residentes. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 44-51.
- Rodríguez-Artalejo, F. &.-G. (2013). Patterns of food consumption in Spain. *Public Health Nutrition*, 436-444.
- Sánchez Villegas, A., & Martínez González, M. (2013). Diet, a new target to prevent depression? *BMC Medicine*, 3.
- Sanidad, M. d. (2024). *Encuesta nacional sobre el consumo de tabaco*. Gobierno de España.
- Sayón Orea, C., Bes Rastrollo, M., Martínez González, M., & Martín Calvo, N. (2014). Association between adherence to the Mediterranean dietary pattern and body composition in a Spanish cohort. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 509-517.

- Schröder, H., Fitó, M., Estruch, R., Martínez González, M., Corella, D., Salas Salvadó, J., & Covas, M. (2011). A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *The Journal of Nutrition*, 1140-1145.
- SENC. (2020). *Guías alimentarias para la población española*. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.
- Silva, R., Rodríguez, J., & Torres, P. (2021). Alteraciones del sueño y consecuencias sobre el estado de salud en policías. *Archivos de Medicina del Deporte*, 118-124.
- Sofi, F., Abbate, R., Gensini, G., & Casini, A. (2010). Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: An updated systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 1189–1196.
- Sofi, F., Macchi, C., Abbate, R., Gesini, G., & Casini, A. (2010). Adherence to Mediterranean Diet and Health Status: Meta-Analysis. *Nutrients*, pp. a 1344.
- Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C., & Trichopoulos, D. (2003). Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population. *New England Journal of Medicine*, 2599-2608.
- Wagman, P., Hakansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 322-327.
- Widmer, R., Flammer, A., O'Lerman, L., & Lerman, A. (2015). The Mediterranean diet, its components, and cardiovascular disease. *The American Journal of Medicine*, 229-238.

8. ANEXOS

8.1-Anexo 1. Información al participante y consentimiento informado.

INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Nos dirigimos a usted para solicitar su consentimiento para participar en el proyecto de investigación titulado: Estado de salud, estrés y equilibrio ocupacional de trabajadores del cuerpo policial: Estudio transversal. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética (Órgano Evaluador de Proyectos) de la Universidad Miguel Hernández (UMH). El proyecto se llevará a cabo de acuerdo a todas las normas y códigos éticos de conducta aplicables a esta investigación con seres humanos y al Código de Buenas Prácticas Científicas de la UMH.

Lea la información proporcionada y no dude en consultarnos las dudas que le puedan surgir. Cuando haya comprendido el proyecto se le solicitará que firme el consentimiento informado si desea participar en él.

Si decide participar en este estudio debe saber que lo hace voluntariamente y que podrá, así mismo, abandonarlo en cualquier momento. En el caso en que decida suspender su participación, ello no va a suponer ningún tipo de penalización ni pérdida o perjuicio en sus derechos y/o relación con los investigadores.

EQUIPO INVESTIGADOR DEL PROYECTO:

Laura Torres Collado email: l.torres@umh.es

Laura María Compañ Gabucio email: lcompan@umh.es

¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE PROYECTO?

Este proyecto se lleva a cabo para comprender mejor la compleja interacción entre la salud, el estrés, el equilibrio ocupacional y los hábitos alimenticios (específicamente

la adherencia a la dieta mediterránea) en un grupo profesional específico y de alto riesgo como los trabajadores del cuerpo policial. Se evalúa el estado de salud de un sector vulnerable como es el de los trabajadores del cuerpo policial, que a menudo enfrentan situaciones estresantes, turnos irregulares y demandas físicas y emocionales importantes, situaciones que pueden impactar negativamente en su salud física y mental. Por lo tanto, este estudio busca cuantificar y comprender mejor su estado de salud general, investigar sus niveles de estrés y su impacto en los Agentes y analizar cómo se relacionan con su salud y otros factores como el equilibrio ocupacional.

En el caso que nos ocupa, es importante determinar la adherencia a la dieta mediterránea de los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad de la provincia de Alicante, ya que esta es conocida por sus beneficios para la salud, por lo que en este estudio se evalúa en qué medida los trabajadores del cuerpo policial siguen este patrón dietético, considerando que sus horarios y condiciones laborales dificultan una alimentación saludable.

En resumen, este proyecto probablemente busca obtener una comprensión integral de los factores que influyen en la salud y el bienestar de los trabajadores del cuerpo policial, con el objetivo final de mejorar su calidad de vida y su desempeño profesional.

¿EN QUÉ CONSISTE MI PARTICIPACIÓN?

Para participar solo debe aportar su consentimiento, haciendo click en "sí" al final de esta pantalla y rellenar la encuesta que aparecerá a continuación de la forma más sincera posible. La duración de la encuesta es de unos 10 minutos.

¿QUÉ BENEFICIOS PUEDO OBTENER POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Participar en este estudio no solo te ofrece una oportunidad para reflexionar sobre tu propio bienestar y obtener información sobre tu estado de salud, sino que también te permite contribuir de manera significativa a la mejora de las condiciones de vida y laborales de tus compañeros y futuras generaciones de policías. Tu experiencia y tus respuestas son valiosas para construir un futuro más saludable para el cuerpo policial.

¿QUÉ RIESGOS PUEDO SUFRIR POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?

No existe ningún riesgo por participar.

¿QUÉ DATOS SE VAN A RECOGER?

Las preguntas de la encuesta son sobre datos sociodemográficos, de estilos de vida, de alimentación, de estado de salud, nivel de estrés, depresión y ansiedad, y equilibrio ocupacional.

¿CÓMO SE TRATARÁN MIS DATOS PERSONALES Y CÓMO SE PRESERVARÁ LA CONFIDENCIALIDAD?

La recogida, tratamiento y uso de los datos requeridos por este estudio se hará de acuerdo a lo estipulado en Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a lo estipulado en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD)

El acceso a su información personal quedará restringido a los investigadores del estudio, cuando se precise, para comprobar los datos y procedimientos del estudio,

pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. El Investigador, cuando procese y trate sus datos tomará las medidas oportunas para protegerlos y evitar el acceso a los mismos de terceros no autorizados.

Tanto el centro como el investigador principal son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir con la normativa de protección de datos en vigor. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código (seudonimización), de manera que no se incluya información que pueda identificarle, y sólo el investigador responsable del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a ninguna otra persona salvo a las autoridades, cuando así lo requiera una situación de riesgo recogida por la normativa vigente.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES:

* Responsable del tratamiento: Universidad Miguel Hernández de Elche; CIF: Q-5350015-C

* Responsable interno del tratamiento: Laura Torres Collado

* Contacto: Además de poder contactar con el investigador principal, puede contactar con la delegada de protección de datos de la UMH: dpd@umh.es

* Legitimación: El interés público

* Medidas de seguridad: Las medidas de seguridad implantadas se corresponden con las previstas en el Anexo II (Medidas de seguridad) del Real Decreto 3/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad en el ámbito de la Administración.

- * Finalidad: Cumplir con los objetivos del proyecto previamente descritos
- * Destinatarios: No se cederán los datos a terceros
- * Conservación de los datos: Se conservarán durante el tiempo que sea necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Una vez transcurrido el tiempo necesario se procederá a la eliminación de todos los datos.
- * Derechos: El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento, así como, a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, para ello se deberá dirigir mediante solicitud dirigida a la atención de Secretaria General de la UMH, Edificio Rectorado y Consejo Social, Avda. de la Universidad S/N, 03202, Elche-Alicante, o bien a través de sede electrónica <https://sede.umh.es/>. Para cualquier consideración adicional se puede poner en contacto con la delegada de protección de datos: dpd@umh.es. Asimismo, el interesado tiene derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

He leído la información al participante y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.

Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

Cuando quiera

Sin tener que dar explicaciones.

Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado,

declaro que mi decisión es la siguiente:

1. ¿Da su consentimiento para la participación en el presente proyecto de investigación? Además, ¿se da por informado de la utilización de sus datos personales en las condiciones detalladas en la hoja de información?

Sí

No

8.2-Anexo 2. Encuesta y Tablas.

A-Datos sociodemográficos:

1. ¿Es usted hombre o mujer?

Mujer

Hombre

Prefiero no decirlo

2. ¿Cuántos años tiene?

18-24 años

25-34 años

35-44 años

45-54 años

55-64 años

65 o más años

3. ¿Cuál es su profesión/rango?

4. ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltero/a

Vive en pareja

Casado/a

Separado/a

Divorciado/a

Viudo/a

Otro:

5. ¿Con cuántas personas comparte el hogar sin contarse a usted?

6. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha finalizado?

Primaria

Secundaria

Bachillerato

Formación profesional

Universitarios

Otro:

7. En un día "típico" de trabajo, ¿cuántas horas trabaja?

B-Estilos de vida:

1. ¿Cuánto pesa aproximadamente? (en kg)

2. ¿Cuánto mide aproximadamente? (en centímetros)

3. En relación al consumo de tabaco, usted es:

Fumador

Ex-fumador desde hace 2 o más años

Ex-fumador desde hace menos de 2 años

Nunca fumador

Otro:

4. En un día típico, ¿cuántas horas pasa sentado/a delante de una pantalla? En sus cálculos, tenga en cuenta el tiempo empleado en el uso del móvil, TV, netflix, ordenador, videojuegos, tablet.

5. En un día típico, ¿cuántas horas pasa sentado/a en total? En sus cálculos, tenga en cuenta el tiempo sentado en transportes, comiendo, leyendo, ocio sentado, TV, ordenador...

6. En un día típico, ¿cuántas horas dedica a realizar actividad física?

7. En un día típico, ¿cuántas horas suele dormir? En sus cálculos, tenga en cuenta el tiempo de siesta.

C-Alimentación:

Adherencia a la dieta mediterránea

1. ¿Utilizas aceite de oliva como principal grasa para cocinar? *Sí/No*
2. ¿Consumes 4 o más cucharadas de aceite de oliva al día? *Sí/No*
3. ¿Consumes 2 o más raciones de verduras/hortalizas al día? *Sí/No*
4. ¿Consumes 3 o más piezas de fruta al día? *Sí/No*
5. ¿Consumes menos de una ración de carne roja/procesada al día? *Sí/No*
6. ¿Consumes menos de una ración de mantequilla, nata, margarina al día?
Sí/No
7. ¿Consumes menos de una bebida carbonatada o azucarada al día? *Sí/No*
8. ¿Consumes 7 o más vasos de vino a la semana? *Sí/No*

9. ¿Consumes 3 o más raciones de legumbres a la semana? Sí/No
10. ¿Consumes 3 o más raciones de pescados/mariscos a la semana? Sí/No
11. ¿Consumes menos de 2 raciones de galletas/dulces/pasteles/repostería (no casera) a la semana? Sí/No
12. ¿Consumes 3 o más raciones de frutos secos a la semana? Sí/No
13. ¿Consumes preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? Sí/No
14. ¿Consumes sofrito casero 2 o más veces a la semana? Sí/No

D-Estado de salud:

1. ¿Tiene prescrita medicación de forma crónica? Sí/No
2. En general, ¿cómo diría que es su salud mental?
Muy buena/Buena/Regular/Mala/Muy mala
¿Cómo diría que es su salud física? Muy buena/Buena/Regular/Mala/Muy mala
¿Cómo diría que es su salud? Muy buena/Buena/Regular/Mala/Muy mala
3. ¿Cómo diría que es su satisfacción con la vida? Por favor, indique su grado de acuerdo con cada una de estas cinco frases.

1 (Muy en desacuerdo)

2

3

4

5 (Muy de acuerdo)

-En la mayoría de los aspectos, mi vida es como quiero que sea ____

- Hasta ahora, he conseguido en la vida las cosas que considero importantes ____
- Estoy satisfecha con mi vida ____
- Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido ____
- Las circunstancias de mi vida son buenas ____

E-Escala de estrés percibido:

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el ÚLTIMO MES. Marque en cada caso, cómo se ha sentido o ha pensado.

Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo

1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente? Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida? Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado? Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo
4. ¿Con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida? Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida? Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo

6. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales? Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo

7. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo

8. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer? Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo

9. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida? Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo

10. ¿Con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control? Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo

11. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control? Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo

12. ¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer? Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo

13. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo? Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo

14. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas? Nunca/Casi nunca/De vez en cuando/A menudo/Muy a menudo

F-Escala Hamilton de depresión y ansiedad:

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)

Casi todo el día
Gran parte del día
De vez en cuando
Nunca

2.- Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

Nunca
Igual que antes
No tanto como antes
Solamente un poco

3.- Tengo una gran sensación de miedo, como si algo malo me fuera a suceder

Totalmente, y es muy fuerte
Sí, pero no es muy fuerte
Un poco, pero no me preocupa
Nada

4.- Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

Igual que siempre
Actualmente, algo menos
Actualmente, mucho menos
Actualmente, en absoluto

5.- Tengo la cabeza llena de preocupaciones

Casi todo el día
Gran parte del día
De vez en cuando
Nunca

6.- Me siento alegre

Gran parte del día

En algunas ocasiones

Muy pocas veces

Nunca

7.- Puedo estar sentado/a tranquilamente y sentirme relajado/a

Siempre

A menudo

Raras veces

Nunca

8.- Me siento lento/a y torpe

Gran parte del día

En algunas ocasiones

Muy pocas veces

Nunca

9.- Tengo una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estómago

Nunca

Solo en algunas ocasiones

A menudo

Muy a menudo

10.- He perdido el interés por mi aspecto personal

Completamente

No me cuido como debiera hacerlo

Es posible que no me cuide como debiera

Me cuido igual que siempre

11.- Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme

Mucho

Bastante

No mucho

En absoluto

12.- Tengo ilusión por las cosas

Como siempre

Algo menos que antes

Mucho menos que antes

En absoluto

13.- Me asaltan sentimientos repentinos de gran angustia o temor

Muy frecuente

Bastante a menudo

No muy a menudo

Nada

14.- Me divierto con un buen libro, o un buen programa de radio o TV

Muy frecuente

Bastante a menudo

No muy a menudo

Nada

G-Equilibrio ocupacional:

1. Tengo equilibrio entre las cosas que hago para los demás y las que hago para mí mismo/a: Completamente en desacuerdo/Muy en desacuerdo/Algo en desacuerdo/Algo de acuerdo/Muy de acuerdo/Completamente de acuerdo

2. Las actividades que hago en mi vida cotidiana tienen sentido para mí:

Completamente en desacuerdo/Muy en desacuerdo/Algo en desacuerdo/Algo de acuerdo/Muy de acuerdo/Completamente de acuerdo

3. Me aseguro de hacer las cosas que realmente quiero hacer: Completamente en desacuerdo/Muy en desacuerdo/Algo en desacuerdo/Algo de acuerdo/Muy de acuerdo/Completamente de acuerdo

4. Mantengo el equilibrio entre las diferentes actividades de mi vida cotidiana (trabajo, estudio, ocio, descanso, sueño y tareas del hogar): Completamente en desacuerdo/Muy en desacuerdo/Algo en desacuerdo/Algo de acuerdo/Muy de acuerdo/Completamente de acuerdo

5. Tengo suficiente variedad entre las actividades que hago solo/a y las que hago con los demás: Completamente en desacuerdo/Muy en desacuerdo/Algo en desacuerdo/Algo de acuerdo/Muy de acuerdo/Completamente de acuerdo

6. Si pienso en una semana normal, tengo suficientes cosas que hacer: Completamente en desacuerdo/Muy en desacuerdo/Algo en desacuerdo/Algo de acuerdo/Muy de acuerdo/Completamente de acuerdo

7. Tengo tiempo suficiente para hacer las cosas que debo hacer: Completamente en desacuerdo/Muy en desacuerdo/Algo en desacuerdo/Algo de acuerdo/Muy de acuerdo/Completamente de acuerdo

8. Mantengo el equilibrio entre actividades físicas, sociales, intelectuales y de descanso: Completamente en desacuerdo/Muy en desacuerdo/Algo en desacuerdo/Algo de acuerdo/Muy de acuerdo/Completamente de acuerdo

9. Estoy satisfecho/a con el tiempo que dedico a las distintas actividades en mi vida diaria: Completamente en desacuerdo/Muy en desacuerdo/Algo en desacuerdo/Algo de acuerdo/Muy de acuerdo/Completamente de acuerdo

10. Si pienso en una semana normal estoy satisfecho/a con la cantidad de actividades a las que me dedico: Completamente en desacuerdo/Muy en desacuerdo/Algo en desacuerdo/Algo de acuerdo/Muy de acuerdo/ Completamente de acuerdo

11. Tengo suficiente variedad entre las cosas que debo hacer y las que quiero hacer: Completamente en desacuerdo/Muy en desacuerdo/Algo en desacuerdo/Algo de acuerdo/Muy de acuerdo/Completamente de acuerdo

12. Tengo equilibrio entre las actividades que dan energía y las actividades que quitan energía: Completamente en desacuerdo/Muy en desacuerdo/Algo en desacuerdo/Algo de acuerdo/Muy de acuerdo/Completamente de acuerdo

13. Estoy satisfecho con el tiempo que dedico al descanso, la recuperación y el sueño: Completamente en desacuerdo/Muy en desacuerdo/Algo en desacuerdo/Algo de acuerdo/Muy de acuerdo/Completamente de acuerdo

8.3-Anexo 3. Campaña de la Asociación Española Contra el Cáncer.

La DM puede contribuir a la reducción del riesgo de desarrollar cáncer a través de diversos mecanismos, entre los que destacan su elevado contenido en fibra, antioxidantes y compuestos bioactivos con capacidad para reparar el ADN y neutralizar sustancias químicas potencialmente carcinógenas. Aunque sus beneficios se extienden a una disminución general del riesgo oncológico, la evidencia científica señala que una alta adherencia a este patrón alimentario está especialmente asociada con una menor incidencia de ciertos tipos de tumores. En particular, diversos estudios indican que el seguimiento de la dieta mediterránea puede reducir entre un 20 % y un 30 % el riesgo de padecer cáncer de mama. Asimismo, se ha observado un efecto

protector frente al cáncer colorrectal, de próstata, de cabeza y cuello, así como el gástrico.

Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/.../alim.../dieta-mediterranea>



ALIMENTOS PRINCIPALES

- ✓ Frutas y verduras frescas, de temporada y proximidad
- ✓ Legumbres: lentejas, garbanzos, judías, guisantes
- ✓ Cereales integrales: pan, arroz, pasta
- ✓ Aceite de oliva como base para cocinar
- ✓ Frutos secos y pescado azul

EVITA ESTOS ALIMENTOS

- ✗ Carnes rojas y procesadas (hamburguesas, salchichas)
- ✗ Azúcares refinados y ultraprocesados (bollería, refrescos)
- ✗ Alcohol: La cantidad segura es ninguna

CLAVES PARA SEGUIR LA DIETA MEDITERRÁNEA

- ✓ Usa especias y limón en lugar de sal
- ✓ Añade verduras a cada comida y elige fruta de postre
- ✓ Prioriza el pescado y las legumbres sobre la carne
- ✓ Bebe agua y evita las bebidas azucaradas o energéticas

¡CUIDA TU ALIMENTACIÓN, CUIDA TU SALUD!

