

Montserrat Bermejo González

**ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA DE LOS ESTUDIANTES DE
ENFERMERÍA DE LA UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI (TARRAGONA)**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. Mireia Llauredó Serra

Grado de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria

El Vendrell, 2016

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT	3
1.1. Resumen.....	3
1.2. Abstract	4
2. TRABAJO.....	5
2.1. Marco teórico.....	5
2.1.1. <i>Beneficios de la dieta mediterránea</i>	8
2.2. Hipótesis y objetivos.....	11
2.2.1. <i>Hipótesis</i>	11
2.2.2. <i>Objetivos</i>	11
2.3. Metodología.....	12
2.3.1. <i>Diseño de estudio</i>	12
2.3.2. <i>Población y muestra</i>	12
2.3.3. <i>Procedimientos de estudio</i>	13
2.3.4. <i>Variables</i>	14
2.3.5. <i>Aspectos éticos</i>	15
2.3.6. <i>Análisis de datos</i>	15
2.4. Resultados.....	16
2.4.1. <i>Descripción de la muestra</i>	16
2.4.2. <i>Descripción de los resultados del test KidMed</i>	18
2.4.3. <i>Índice KidMed según las características de los participantes</i>	20
2.4.4. <i>Póster para promocionar los resultados obtenidos</i>	27
2.5. Discusión.....	28
2.6. Conclusiones	35
2.7. Bibliografía.....	36
2.8. Agradecimientos	41
2.9. Difusión de los resultados.....	42
3. ARTÍCULO	43
3.1. Resumen.....	44
3.2. Introducción	45
3.3. Material y métodos	47
3.3.1. <i>Diseño y ámbito de estudio</i>	47

3.3.2. Métodos de muestreo y estrategias de reclutamiento	47
3.3.3. Instrumentos de medida	47
3.3.4. Procedimientos para la recogida de datos	48
3.3.5. Aspectos éticos	48
3.3.6. Análisis estadístico	48
3.4. Resultados	49
3.5. Discusión.....	51
3.6. Conclusiones e implicaciones	55
3.7. Bibliografía.....	56
3.8. Tablas.....	59
4. ANEXOS	62
Anexo 1: Pirámide de la dieta mediterránea.....	62
Anexo 2: Cuestionario enviado a los estudiantes de Enfermería	63
Anexo 3: Test KidMed.....	66
Anexo 4: Cronograma.....	67
Anexo 5: Normas de publicación “Journal of Nursing Scholarship”	68
Anexo 6: Carta de presentación del artículo.....	78

1. RESUMEN/ABSTRACT

1.1. Resumen

Objetivo: determinar la adherencia a la dieta mediterránea de los estudiantes de Enfermería de una universidad española.

Metodología: estudio descriptivo transversal, realizado en dos campus universitarios de Enfermería. Se envió un cuestionario vía correo electrónico, que contenía variables sociodemográficas y el test KidMed. Se incluyeron a alumnos de 1º a 4º curso de Enfermería, a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se realizó un análisis descriptivo y bivalente a través del χ^2 , Test de Fisher y Kruskal-Wallis, adoptando un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados: se obtuvieron 313 encuestas (tasa de respuesta: 55,9%). La muestra estaba formada por 277 mujeres (88,5%) y 36 hombres (11,5%). El 62% estudiaba en el Campus 2 y el 38% lo hacía en el Campus 1. La edad mediana fue de 21,0 (20,0-24,0) años. La puntuación mediana del test KidMed fue 7,0 (5,0-8,0) puntos, presentando una adherencia media. Se observaron frecuencias de consumo diferentes según el sexo, campus universitario, lugar de residencia durante el curso, estado de la asignatura de nutrición y grado de adhesión a este patrón alimentario.

Conclusiones: los estudiantes de Enfermería presentaban una adherencia media, requiriendo de modificaciones en su patrón alimentario. Se necesitan intervenciones centradas en este colectivo, como replantear la asignatura de nutrición.

Palabras clave: dieta mediterránea, estudiantes de enfermería, conducta alimentaria.

1.2. Abstract

Objective: to determine nursing students' adherence to Mediterranean diet in a Spanish university.

Methods: a descriptive, cross-sectional study was realized in two university Campuses with nursing students. A questionnaire was sent by electronic mail, which contained socio-demographic variables and KidMed test. Nursing students from 1st and 4th degree were included through a non-probabilistic sampling by convenience. A descriptive and bivariate analysis was done with χ^2 , Fisher's test and Kruskal-Wallis. A signification of $p < 0.05$ was assumed.

Results: 313 valid questionnaires were obtained (55.9% response rate). The sample was formed by 277 women (88.5%) and 36 men (11.5%). The 62% studied in Campus 2 and the 38% were formed in Campus 1. The average age was 21.0 (20.0-24.0). The average KidMed test punctuation was 7.0 (5.0-8.0), meaning a median adherence. Different consumption frequencies were observed depending on gender, university campus, place of residence during school year, state of nutrition's subject and adhesion's degree to this food pattern.

Conclusions: nursing students presented a median adherence, meaning the necessity of changes into their food pattern. It is needed interventions focused into this group, for example, to redesign nutrition subject.

Keywords: Mediterranean diet, nursing students, feeding behaviour.

2. TRABAJO

2.1. Marco teórico

La dieta mediterránea es un estilo de vida heredado a través de las generaciones, que engloba realidad cultural, social, territorial y medioambiental y en el que no es importante sólo lo que se come, sino cómo se come. Se basa en los términos de convivencia, actividad física diaria, descanso adecuado, biodiversidad y estacionalidad, productos tradicionales, locales y respetuosos con el medio ambiente y actividades culinarias [1]. En el año 2010, fue reconocida como Patrimonio Inmaterial de la Humanidad por la UNESCO, debido a que se considera una dieta saludable [2] por su efecto protector frente a enfermedades crónicas y por su asociación a una mayor esperanza de vida [3].

Este patrón alimentario se atribuye históricamente a los países europeos bañados por el mar Mediterráneo, que son Turquía, Albania, la antigua Yugoslavia (Bosnia y Herzegovina, Croacia, Eslovenia, Macedonia, Serbia y Montenegro), Grecia, Italia, Francia y España. Actualmente, se han añadido algunos países del norte de África y de Oriente Próximo, como Marruecos, Argelia, Túnez, Libia, Egipto, Israel, Jordania y Siria. Tampoco hay que olvidar a otros países más pequeños que tienen hábitos destacados y que, por lo tanto, se deberían incluir: Malta, Andorra, San Marino, Mónaco y Chipre [4]. Cabe destacar que existen diferencias importantes entre los hábitos alimentarios de estos países “mediterráneos”, en función de su cultura y nivel socio-económico [3], pero también según la disponibilidad (ciclos estacionales, implantación local, etc.), religión, clima y grado de aceptación de cambios en los gustos tradicionales [5]. Son claros ejemplos las distintas regiones de Francia y España y, por otro lado, Portugal, un país que hace una dieta siguiendo el patrón alimentario mediterráneo sin estar bañado por dicho mar [4].

Por lo que refiere a la historia de este tipo de alimentación, hay que destacar que la civilización griega estableció la base de lo que hoy conocemos como dieta mediterránea. Introdujeron el arroz, a pesar de que no se extendió demasiado, promovieron el consumo de pescado y extendieron el empleo del aceite de oliva y del vino. Con la extensión de estos dos últimos productos, fue cómo surgió la triada de la alimentación mediterránea, cuyo sustento básico lo constituyen el trigo (cereales y legumbres), el aceite de oliva y el vino. Más adelante, el mundo romano (trajeron desde Oriente el melón, los limones, etc.), la expansión del mundo árabe en los siglos VII y VIII (favorecieron el consumo de naranjas y berenjenas, la caña de azúcar, etc.) y la importación de diferentes productos procedentes de América (tomate, patata, etc.) acabaron de establecer la pirámide de la dieta mediterránea, que fue popularizada por William Willett (Figura 1)

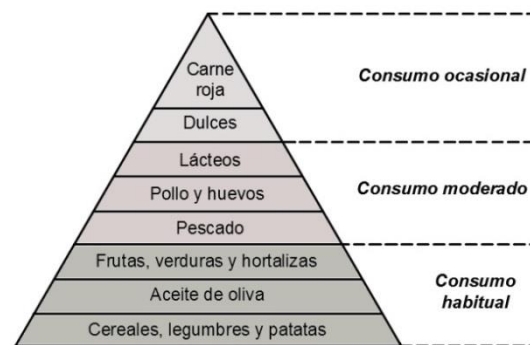


Figura 1. Pirámide de la dieta mediterránea

[6]. No fue hasta el año 1938 cuando se empezó a hablar del concepto de “dieta mediterránea” tal y como lo conocemos hoy en día, gracias a Leland Allbaugh, quien estudió los hábitos alimentarios de los habitantes de la isla de Creta [7]. Posteriormente, en el año 1959, Ancel Keys desarrolló el concepto de “dieta mediterránea” a través del “Estudio de los Siete Países”. Se puede comprobar que el término que propuso no difiere mucho al que actualmente está establecido. Según este autor, este patrón alimentario se basa en los siguientes principios [1]:

- Mantener el peso adecuado.
- Reducir el consumo de grasa saturada.

- Usar preferentemente aceites vegetales y mantener el aporte calórico de las grasas por debajo del 30%.
- Consumir verduras, frutas y lácteos descremados.
- No abusar de la sal ni del azúcar refinado.
- Realizar regularmente ejercicio físico.
- Evitar el tabaco, alcohol y excitantes.
- Visitar al médico con regularidad y evitar preocuparse en exceso.

Estos principios básicos llevan a que haya una serie de alimentos que sean consumidos más comúnmente. Por lo tanto, se puede decir que los alimentos que componen este patrón alimentario son víveres ricos en glúcidos basados en cereales (como el pan, la pasta, el arroz, etc.), legumbres (principalmente lentejas, garbanzos, judías, habas, etc.), frutas y verduras (su consumo es variable, ya que depende del ciclo estacional y de la disponibilidad), pescado y marisco (su consumo depende de la distancia al mar y del coste económico), productos lácteos elaborados con leche de cabra, oveja y vaca (como son el queso, el yogur, etc.), carnes (principalmente de aves, cerdo y cordero), aceites de origen vegetal (principalmente de oliva) y frutos secos (como por ejemplo, almendras, avellanas y nueces). Cabe destacar que la mayor parte de la fruta se consume fresca. En cambio, los lácteos y las carnes, principalmente la de cerdo, se suelen tomar en forma de productos conservados o tratados. Por lo que refiere a los cereales, se suelen ingerir como pan, acompañados de levadura. Es muy frecuente el uso de la fritura con aceite, junto con otros métodos de cocción que permiten ahorrar combustible [5].

Una vez conocidos los alimentos más frecuentemente consumidos y observados los rasgos comunes de este patrón alimentario entre la población de los diferentes países

que lo siguen, se aceptaron las características básicas de la dieta mediterránea [7,8,9,10], estableciendo así unas frecuencias de consumo (Anexo 1) [11].

2.1.1. Beneficios de la dieta mediterránea

Las características de la dieta mediterránea le confieren una serie de beneficios, que han quedado demostrados en diversos estudios [5,8,9,10,12]. Varios autores expusieron que este tipo de patrón alimentario se asocia con una mayor esperanza de vida, tiene un efecto protector para diferentes localizaciones tumorales y contribuye en la prevención de enfermedades cardiovasculares, como son la cardiopatía isquémica, la obesidad y la hiperlipidemia [5,8,12]. También propusieron que ayuda en la prevención de diabetes mellitus tipo II y enfermedades degenerativas, entre otras, y que disminuye la concentración plasmática de marcadores inflamatorios. Cabe destacar que se le atribuyen efectos beneficiosos sobre el asma y otras alteraciones inmunitarias y para la depresión [5]. El estudio PREDIMED (PREvención con Dieta MEDiterránea) [9,10] confirmó que los efectos antiinflamatorios y el reducido estrés oxidativo que caracterizan a la dieta mediterránea le conferían un papel protector frente a las enfermedades cardiovasculares, tal y como se ha mencionado anteriormente.

A pesar de los múltiples beneficios de la dieta mediterránea, se ha detectado que la adherencia está disminuyendo en los países del sur de Europa, ya que se están adoptando patrones alimentarios menos saludables [13,14,15]. Varela Moreiras G [1] observó que, en los últimos 40 años, la dieta de los españoles ha sufrido un empeoramiento progresivo muy preocupante, alejándose del estilo de vida mediterráneo. Un estudio realizado en Cataluña entre los años 1992 y 2003 [16] confirmó este alejamiento de la dieta mediterránea, objetivando un descenso en el consumo de patatas, carne, pescado, vísceras, fruta y verdura; y un aumento del consumo de zumos de fruta, leche y derivados, bollería industrial, frutos secos y aceite

de oliva. Julián Viñals R et al. [17] justificaron esta situación exponiendo que puede ser que la población no siga la dieta mediterránea porque en realidad no conoce en qué consiste. Por otro lado, Fernández-Vergel R et al. [18] y Patino-Alonso MC et al. [19] propusieron que estos cambios son consecuencia de la mejora en las vías de comunicación, las técnicas de conservación alimentaria y la incorporación de la mujer al mercado laboral. Otros autores, como Bonnacio M et al. [20] atribuyeron estas modificaciones a la globalización y a la crisis económica que empezó en el año 2007. Un estudio del año 2008 situó la adherencia a la dieta mediterránea en Cataluña alrededor del 53% [21], siendo menos prevalente entre los grupos de población más jóvenes. Este hecho se confirmó en los estudios realizados por Hu EA et al. [22] y por Van Diepen S et al. [23], donde se comprobó que los jóvenes españoles están dejando de lado la dieta mediterránea por hábitos alimentarios poco saludables.

La etapa universitaria es un periodo importante en la vida de una persona, ya que conlleva cambios importantes como son vivir fuera de casa o tener que asumir la responsabilidad de comprar y cocinar [24]. En este momento, los hábitos familiares se suelen abandonar debido a cambios en la organización de la vida, a recursos económicos limitados, a la gran oferta de comidas preparadas, a la comodidad o falta de tiempo o la inexperiencia en la compra, la planificación y la preparación de los alimentos [25]. Esto hace que, en muchos casos, los estudiantes universitarios sigan una dieta hipocalórica, omitan el desayuno, abusen de alimentos precocinados, refrescos y bollería industrial, conllevando deficiencias de micronutrientes [26]. También existe una importante influencia de la publicidad, del comportamiento alimentario de los compañeros de piso o residencia [27], de los patrones estéticos actuales y de las transformaciones emocionales y fisiológicas propias de la juventud en los cambios de hábitos alimentarios en esta etapa, convirtiéndola en una dieta rica en proteínas y asociada a una elevada ingesta de colesterol y grasa saturada [3].

Por lo que se refiere al colectivo de estudiantes universitarios del grado de Enfermería, diversos estudios [10,28] señalan que tienen un buen nivel de conocimientos sobre la dieta mediterránea, a pesar de que existe una baja adherencia a este patrón alimentario. Rodrigo Vega M et al. [28] realizaron un estudio sobre la adherencia de los estudiantes de enfermería en La Rioja y en la Comunidad de Madrid durante el curso académico 2011 – 2012, concluyendo que cursar una asignatura de nutrición mejoraba sus conocimientos sobre este tipo de dieta pero no su adhesión, ya que un 84,3% de este alumnado todavía podría mejorar sus hábitos alimentarios (el 66,2% de los estudiantes tenían una adherencia media y el 18,1% se encontraban en una situación de adhesión baja a este patrón alimentario). Por otro lado, Navarro-González I et al. [10] llegaron a unas conclusiones parecidas al realizar su estudio entre los alumnos de Enfermería de 1º y 4º curso de la Universidad de Murcia durante el año 2014, determinando que sólo el 43,4% de este grupo poblacional tenía una buena adherencia a la dieta mediterránea. Cabe destacar que en ambos estudios se utilizó el test KidMed [29] para determinar la adherencia a la dieta mediterránea entre este colectivo de estudiantes.

Debido a los resultados obtenidos por estudios realizados anteriormente, se cree importante centrar la investigación del patrón alimentario en los estudiantes universitarios del grado de Enfermería, ya que, en un futuro, tendrán un papel muy importante en la educación para la salud y, por lo tanto, en la promoción de la dieta mediterránea, uno de los estilos de vida más saludables que existen actualmente. También es interesante conocer su adhesión porque, aparte de poseer conocimientos sobre este tipo de dieta, tener unos buenos hábitos alimentarios influirá en la transmisión de dicha información y, por lo tanto, ganará congruencia el hecho de fomentar este patrón alimentario, ya que sabrán adaptar los conceptos teóricos a las características personales de cada paciente o usuario con el que trabajen.

2.2. Hipótesis y objetivos

2.2.1. Hipótesis

La hipótesis de este estudio es que la adherencia a la dieta mediterránea de los estudiantes de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili es baja, por lo que tienen una dieta de muy baja calidad.

2.2.2. Objetivos

El objetivo principal del estudio es determinar la adherencia a la dieta mediterránea en los estudiantes de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili.

Por lo que refiere a los objetivos específicos, son los siguientes:

- Conocer los hábitos alimentarios de los estudiantes de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili.
- Analizar la relación que tiene la edad, el sexo, el lugar de residencia, el Índice de Masa Corporal (IMC) y la realización de la asignatura de nutrición en el grado de adherencia de los estudiantes de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili.
- Hacer conscientes a los estudiantes de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili de su grado de adherencia a la dieta mediterránea, mediante la confección de un póster que incluya los resultados del estudio.

2.3. Metodología

2.3.1. Diseño de estudio

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal. Los datos se han obtenido mediante un cuestionario, el test KidMed, previamente utilizado en estudios de características similares a éste [10,12,28] y que se encuentra validado en español [29].

2.3.2. Población y muestra

El estudio se ha realizado en los estudiantes de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili (560 alumnos matriculados en el curso académico 2015 – 2016), pertenecientes a la Seu del Baix Penedès (Coma-Ruga) (184 alumnos) y al Campus Catalunya (Tarragona) (376 alumnos). Se han considerado todos los alumnos de primer a cuarto curso y fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Los criterios de inclusión de los sujetos de estudio fueron los siguientes:

- Estar matriculado en el grado de Enfermería en la Seu del Baix Penedès (Coma-Ruga) o en el Campus Catalunya (Tarragona) de la Universitat Rovira i Virgili.
- Completar el cuestionario facilitado vía correo electrónico a dicho grupo poblacional.

Por lo que refiere a los criterios de exclusión de los sujetos de estudio, se excluyó a:

- Personas que presentasen una barrera idiomática que dificultase la comunicación (no entender el español).
- No completar el cuestionario facilitado vía correo electrónico.

2.3.3. Procedimientos de estudio

Para realizar este estudio, se ha elaborado un cuestionario (Anexo 2), mediante la herramienta Google Forms, que incluye 9 preguntas sobre variables sociodemográficas y el test KidMed (16 preguntas). Todas las preguntas fueron de respuesta obligada para asegurar la correcta compleción del instrumento. Esta encuesta se ha enviado a los estudiantes del grado de Enfermería de la Seu del Baix Penedès (Coma-Ruga) (Campus 1) y del Campus Catalunya (Tarragona) (Campus 2) de la Universitat Rovira i Virgili a través del correo electrónico institucional. Se mantuvo el cuestionario activo desde el 19 de octubre de 2015 (fecha en la que se envió por primera vez) hasta el 20 de diciembre de 2015 (al día siguiente tenía lugar el inicio del período vacacional correspondiente a la festividad de Navidad de dichos estudiantes), enviándose recordatorios en 4 ocasiones durante este tiempo con la finalidad de captar el mayor número de encuestas cumplimentadas.

Finalmente, se ha confeccionado un póster con los resultados y las conclusiones a las que se han llegado en este estudio, que será expuesto en las diferentes ubicaciones de la universidad que frecuentan los estudiantes de Enfermería (pasillos de la Facultad y aulas, principalmente). Para su elaboración, se tuvieron en cuenta las recomendaciones propuestas por el International Committee of Medical Journal Editors [30]. De esta manera, se optó por un diseño atractivo y fácil de leer. Además, se incluyeron los siguientes apartados: título, autores, introducción y objetivos, material y métodos, resultados, conclusión y bibliografía. Se utilizó el programa Microsoft PowerPoint 2010 para su diseño.

2.3.4. Variables

Las variables del estudio se han medido a través de un cuestionario compuesto por diversas preguntas de contenido sociodemográfico y el test KidMed. Las variables sociodemográficas a recoger fueron la edad, el sexo, el lugar de origen, la residencia durante el curso académico, el peso, la altura, el campus dónde se realiza el grado de Enfermería, el curso y el estado en el que se encuentra la asignatura de nutrición (Anexo 2).

El test KidMed (Anexo 3) es un cuestionario basado en los principios básicos de la dieta mediterránea, que consta de 16 preguntas a las que se debe responder de manera afirmativa/negativa, es decir, mediante sí/no. Existen 12 preguntas que representan un aspecto positivo en relación a este patrón alimentario y que deben responderse de manera afirmativa (sí), sumando 1 punto cada una. El resto de preguntas representan una connotación negativa en relación a la dieta mediterránea. Por lo tanto, las respuestas afirmativas en estas 4 preguntas restan 1 punto cada una. La puntuación total obtenida, que puede tener un valor máximo de 12 puntos, da lugar al índice KidMed y puede clasificarse en 3 categorías **[12,29]**:

- ≤ 3 : adherencia baja (dieta de muy baja calidad).
- De 4 a 7: adherencia media (se requieren modificaciones en el patrón alimentario con la finalidad de adecuarlo al modelo mediterráneo).
- ≥ 8 : adherencia alta (dieta mediterránea óptima).

Este test tiene la finalidad de determinar el grado de adherencia a la dieta mediterránea. Por lo tanto, las preguntas están relacionadas con la obtención de datos sobre la frecuencia de consumo de determinados productos y algunos hábitos alimentarios.

2.3.5. Aspectos éticos

Se obtuvo la autorización de la universidad para la realización de este estudio. Toda persona que participó en este estudio lo hizo de manera voluntaria y fue informada por escrito, vía correo electrónico, de los objetivos de dicho estudio. Así mismo, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos a través del cuestionario a cumplimentar, tal y como expone la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999, y se respetó la Declaración de Helsinki.

2.3.6. Análisis de datos

La población de estudio se describió mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, mientras que la media y la desviación estándar (DE) se utilizaron para describir las variables cuantitativas continuas. Las variables cuantitativas discretas se describieron a través de la mediana y los percentiles 25 y 75 (p_{25} - p_{75}). Se comprobó la distribución de las variables cuantitativas mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. En caso de tener una distribución normal se describieron con la media y DE, mientras que en caso de tener una distribución no normal se describieron mediante mediana y p_{25} - p_{75} .

Para comparar variables cualitativas se utilizó la prueba del χ^2 o el Test de Fisher en caso de no reunir las condiciones necesarias para aplicar el χ^2 . Por lo que refiere a las variables cualitativas y cuantitativas, la comparación se realizó mediante la prueba de Kruskal-Wallis y la prueba U Mann – Whitney. Por último, para realizar comparaciones entre variables cuantitativas se usó la correlación de Pearson o Spearman según fuera conveniente. Las diferencias se consideraron significativas cuando la $p < 0,05$.

Para llevar a cabo el análisis estadístico, se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 23.0 para Windows.

2.4. Resultados

2.4.1. Descripción de la muestra

Se obtuvieron un total de 313 encuestas. La tasa de respuesta en el Campus 1 fue del 64,7% y en el Campus 2, del 51,6%. La muestra obtenida estaba formada por 277 mujeres (88,5%) y 36 hombres (11,5%), en la cual el 62% de los participantes cursaban el grado de Enfermería en el Campus 2 y el 38% lo hacía en el Campus 1. Las edades de dichos estudiantes estaban comprendidas entre 17 y 50 años, con una edad mediana de 21,0 (20,0-24,0) años. Cabe destacar que la mayoría de los participantes provenían de una ciudad (61,5%) y que, durante el curso académico, el 71,6% de la muestra vivían en el domicilio familiar.

Por lo que refiere al curso en el cual se encontraban, había alumnos de primero a cuarto de Enfermería, distribuidos de manera homogénea. De modo similar, en el caso del estado de la asignatura de nutrición, el 55% de la muestra refirieron que ya la habían terminado, mientras que el resto de participantes respondieron que todavía no la habían iniciado o bien que la estaban llevando a cabo en el momento en el que respondieron a la encuesta. En relación al grado de IMC, se observó que el 68,5% de participantes presentaban normopeso, con un IMC mediano de 21,7 (20,2-24,3) kg/m².

En la tabla I se muestran las características sociodemográficas de los participantes según el campus donde realizan el grado de Enfermería. Se puede ver que se evidenciaron diferencias significativas en la edad de los estudiantes según el Campus [Campus 1: 22,0 (20,0-26,0) años vs Campus 2: 21,0 (19,0-23,0) años; $p<0,001$].

Por otro lado, también se observó una mayor proporción de alumnos procedentes de la ciudad en el Campus 2 respecto al Campus 1 (Campus 1: 52,9% vs Campus 2: 66,8%; $p=0,017$). Cabe destacar que no se encontraron diferencias significativas por lo que refiere al lugar de residencia durante el curso académico, al grado de IMC y al

estado de la asignatura de nutrición entre los dos campus donde se distribuyó el cuestionario.

Tabla I

Características sociodemográficas de los estudiantes según el campus de realización del grado de Enfermería

	Total [n (%)] (n=313)	Campus 1 [n (%)] (n=119)	Campus 2 [n (%)] (n=194)	p
Edad: [mediana (p ₂₅ -p ₇₅)]	21,0 (20,0-24,0)	22,0 (20,0-26,0)	21,0 (19,0-23,0)	<0,001
Distribución por edades:				0,046
17 a 22 años	209 (66,8)	70 (58,8)	139 (71,6)	
23 a 29 años	74 (23,6)	33 (27,7)	41 (21,1)	
≥ 30 años	30 (9,6)	16 (13,4)	14 (7,2)	
Sexo:				0,178
Femenino	277 (88,5)	109 (91,6)	168 (86,6)	
Masculino	36 (11,5)	10 (8,4)	26 (13,4)	
Curso:				0,356
Primero	88 (28,1)	29 (24,4)	59 (30,4)	
Segundo	64 (20,4)	28 (23,5)	36 (18,6)	
Tercero	69 (22,0)	23 (19,3)	46 (23,7)	
Cuarto	92 (29,4)	39 (32,8)	53 (27,3)	
Lugar de origen:				0,017
Ciudad	192 (61,5)	63 (52,9)	129 (66,8)	
Pueblo	120 (38,5)	56 (47,1)	64 (33,2)	
Residencia durante el curso académico:				0,246
Domicilio familiar	224 (71,6)	90 (75,6)	134 (69,1)	
Piso de estudiantes	89 (28,4)	29 (24,4)	60 (30,9)	
IMC (kg/m²)*: [mediana (p ₂₅ -p ₇₅)]	21,7 (20,2-24,3)	21,7 (20,0-24,9)	21,7 (20,3-23,8)	0,837
Grado de IMC*:				0,305
Bajo peso	33 (10,7)	16 (14,0)	17 (8,8)	
Normopeso	211 (68,5)	71 (62,3)	140 (72,2)	
Sobrepeso	50 (16,2)	21 (18,4)	29 (14,9)	
Obesidad	14 (4,5)	6 (5,3)	8 (4,1)	
Estado de la asignatura de nutrición:				0,543
No iniciada	90 (28,8)	30 (25,2)	60 (30,9)	
En curso	51 (16,3)	21 (17,6)	30 (15,5)	
Acabada	172 (55,0)	68 (57,1)	104 (53,6)	

*Se obtuvieron 308 valores del total de la muestra, 114 del Campus 1 y 194 del Campus 2.

2.4.2. Descripción de los resultados del test KidMed

En la tabla II se exponen y comparan los resultados del test KidMed entre los estudiantes de Enfermería del Campus 1 y del Campus 2. Se observó que una baja proporción de la muestra (34,8%) consumía una segunda fruta todos los días, sucediendo de igual manera en el caso de la ingesta de más de una ración de verdura diaria (30,0%). Cabe destacar que tan sólo el 12,8% de los estudiantes de dicho grado acudían con regularidad a restaurantes de comida rápida, mientras que el 15,7% refirieron que no desayunan todos los días. Respecto al consumo de frutos secos, el 38,0% respondieron que lo hace de manera regular. El 21,4% de los participantes afirmaron tomar dulces varias veces al día, teniendo este tipo de alimento una baja frecuencia de consumo. Una frecuencia de consumo todavía menor fue la que obtuvo la bollería industrial en el desayuno, estando representada por el 11,2% de la muestra. Es importante señalar el uso de aceite de oliva para cocinar y preparar los alimentos, ya que el 99,7% de la muestra expusieron que lo utilizaban en sus hogares, y el consumo de legumbres con regularidad, que también resultó ser elevado (71,2%).

Respecto a la comparación de respuestas del test KidMed entre los campus, se pudo apreciar que existían diferencias significativas en el consumo de fruta entre ambos campus, encontrándose una mayor ingesta diaria en el Campus 2 (75,3% vs 61,3%; $p=0,009$). De igual manera sucedió en el caso del consumo de verdura, debido a que su ingesta fue mayor en el Campus 2 al tomar más de una ración al día (34,5% vs 22,7%; $p=0,026$). Por lo que refiere a la ingesta de productos lácteos como la leche o el yogur en el desayuno, cabe destacar que el consumo de estos alimentos se encontró más elevado en el Campus 1 (89,1% vs 78,4%; $p=0,016$). En referencia al resto de las preguntas que componen el test KidMed, no se encontraron diferencias significativas.

La puntuación mediana del test KidMed fue de 7,0 (5,0-8,0) puntos, lo que significa que los estudiantes de Enfermería presentaban una adherencia media a la dieta mediterránea. La distribución por grupos fue la siguiente: el 8,3% tenía una adherencia baja a la dieta mediterránea, mientras que el 49,5% presentaba una adherencia media. El 42,2% restante mostraba una alta adherencia a dicho patrón alimentario. No se observaron diferencias significativas entre los campus.

Tabla II*Test de calidad de la dieta mediterránea en los estudiantes por campus de realización del grado de Enfermería*

<i>Test KidMed</i>	Total [n (%)] (n=313)	Campus 1 [n (%)] (n=119)	Campus 2 [n (%)] (n=194)	p
1) Toma una fruta/zumo todos los días	219 (70,0)	73 (61,3)	146 (75,3)	0,009
2) Toma una segunda fruta todos los días	109 (34,8)	34 (28,6)	75 (38,7)	0,069
3) Toma verduras una vez al día	220 (70,3)	79 (66,4)	141 (72,7)	0,237
4) Toma verdura más de una vez al día	94 (30,0)	27 (22,7)	67 (34,5)	0,026
5) Toma pescado con regularidad	206 (65,8)	76 (63,9)	130 (67,0)	0,569
6) Acude con frecuencia a restaurantes de comida rápida	40 (12,8)	18 (15,1)	22 (11,3)	0,330
7) Toma legumbres con regularidad	223 (71,2)	85 (71,4)	138 (71,1)	0,955
8) Toma pasta o arroz casi a diario	163 (52,1)	70 (58,8)	93 (47,9)	0,061
9) Desayuna un cereal o derivado	235 (75,1)	87 (73,1)	148 (76,3)	0,528
10) Toma frutos secos con regularidad	119 (38,0)	46 (38,7)	73 (37,6)	0,856
11) En casa utilizan aceite de oliva	312 (99,7)	118 (99,2)	194 (100,0)	0,380
12) No desayuna todos los días	49 (15,7)	16 (13,4)	33 (17,0)	0,399
13) Desayuna un lácteo (leche, yogur...)	258 (82,4)	106 (89,1)	152 (78,4)	0,016
14) Desayuna bollería industrial	35 (11,2)	16 (13,4)	19 (9,8)	0,320
15) Toma 2 yogures y/o queso cada día	143 (45,7)	55 (46,2)	88 (45,4)	0,882
16) Toma dulces varias veces al día	67 (21,4)	28 (23,5)	39 (20,1)	0,473
<i>Índice KidMed</i>				
Puntuación total [mediana (p ₂₅ -p ₇₅)]	7,0 (5,0-8,0)	7,0 (5,0-8,0)	7,0 (5,0-8,0)	0,232
≤ 3 (adherencia baja)	26 (8,3)	12 (10,1)	14 (7,2)	0,494
4-7 (adherencia media)	155 (49,5)	61 (51,3)	94 (48,5)	
≥ 8 (adherencia alta)	132 (42,2)	46 (38,7)	86 (44,3)	

2.4.3. Índice KidMed según las características de los participantes

En la tabla III se expone y compara el grado de adherencia a la dieta mediterránea de los estudiantes de Enfermería en relación al lugar de residencia durante el curso académico, el grado de IMC, el campus donde se realizan dichos estudios y el estado en el que se encuentra la asignatura de nutrición.

Se evidenció que la mayor proporción de participantes tenían una adherencia media-alta independientemente de su lugar de residencia, de su grado de IMC y del estado de la asignatura de nutrición. No se encontraron diferencias significativas entre el índice KidMed y el lugar de residencia durante el curso académico, el grado de IMC, el campus de realización del grado de Enfermería y el estado de la asignatura de nutrición. Así mismo, no se observó ninguna relación entre el IMC y el grado de adherencia a este patrón alimentario, no pudiéndose evidenciar que, cuanto mayor era el IMC, peor puntuación tenían los estudiantes en el test KidMed ($p=0,687$).

Tabla III

Grado de adherencia a la dieta mediterránea (índice KidMed) en relación al lugar de residencia durante el curso académico, grado de IMC, campus de realización del grado de Enfermería y estado de la asignatura de nutrición

Índice KidMed	Bajo [n (%)]	Medio [n (%)]	Alto [n (%)]	p
<i>Residencia durante el curso académico:</i>				0,668
Domicilio familiar	18 (8,0)	108 (48,2)	98 (43,8)	
Piso de estudiantes	8 (9,0)	47 (52,8)	34 (38,2)	
<i>Grado de IMC:</i>				0,307
Bajo peso	4 (12,1)	15 (45,5)	14 (42,4)	
Normopeso	19 (9,0)	105 (49,8)	87 (41,2)	
Sobrepeso	3 (6,0)	22 (44,0)	25 (50,0)	
Obesidad	0 (0,0)	11 (78,6)	3 (21,4)	
<i>Campus de realización del grado de Enfermería:</i>				0,494
Campus 1	12 (10,1)	61 (51,3)	46 (38,7)	
Campus 2	14 (7,2)	94 (48,5)	86 (44,3)	
<i>Estado de la asignatura de nutrición:</i>				0,427
No iniciada	9 (10,0)	46 (51,1)	35 (38,9)	
En curso	2 (3,9)	30 (58,8)	19 (37,3)	
Acabada	15 (8,7)	79 (45,9)	78 (45,3)	

En las tablas IV, V, VI, VII y VIII se exponen y comparan los resultados del test KidMed según la edad, el sexo, el lugar de residencia, el grado de IMC y el estado de la asignatura de nutrición.

No se encontraron diferencias significativas en lo que refiere a las respuestas del test KidMed y la edad de los participantes, teniendo unas frecuencias de consumo similares (tabla IV).

Tabla IV				
<i>Test de calidad de la dieta mediterránea en los estudiantes de Enfermería según su edad</i>				
<i>Test KidMed</i>	17 a 22 años [n (%)] (n=209)	23 a 29 años [n (%)] (n=74)	≥ 30 años [n (%)] (n=30)	p
1) Toma una fruta/zumo todos los días	147 (70,3)	50 (67,6)	22 (73,3)	0,828
2) Toma una segunda fruta todos los días	71 (34,0)	23 (31,1)	15 (50,0)	0,168
3) Toma verduras una vez al día	144 (68,9)	56 (75,7)	20 (66,7)	0,494
4) Toma verdura más de una vez al día	63 (30,1)	23 (31,1)	8 (26,7)	0,904
5) Toma pescado con regularidad	140 (67,0)	49 (66,2)	17 (56,7)	0,536
6) Acude con frecuencia a restaurantes de comida rápida	26 (12,4)	11 (14,9)	3 (10,0)	0,772
7) Toma legumbres con regularidad	147 (70,3)	52 (70,3)	24 (80,0)	0,538
8) Toma pasta o arroz casi a diario	114 (54,5)	37 (50,0)	12 (40,0)	0,302
9) Desayuna un cereal o derivado	159 (76,1)	56 (75,7)	20 (66,7)	0,533
10) Toma frutos secos con regularidad	75 (35,9)	28 (37,8)	16 (53,3)	0,184
11) En casa utilizan aceite de oliva	209 (100,0)	73 (98,6)	30 (100,0)	0,198
12) No desayuna todos los días	32 (15,3)	13 (17,6)	4 (13,3)	0,841
13) Desayuna un lácteo (leche, yogur...)	174 (83,3)	58 (78,4)	26 (86,7)	0,520
14) Desayuna bollería industrial	26 (12,4)	6 (8,1)	3 (10,0)	0,583
15) Toma 2 yogures y/o queso cada día	95 (45,5)	33 (44,6)	15 (50,0)	0,876
16) Toma dulces varias veces al día	47 (22,5)	15 (20,3)	5 (16,7)	0,740
<i>Índice KidMed</i>				
Puntuación total [mediana (p ₂₅ -p ₇₅)]	7,0 (5,0-9,0)	7,0 (5,0-8,0)	8,0 (5,8-8,0)	0,851
≤ 3 (adherencia baja)	17 (8,1)	8 (10,8)	1 (3,3)	0,458
4-7 (adherencia media)	109 (52,2)	33 (44,6)	13 (43,3)	
≥ 8 (adherencia alta)	83 (39,7)	33 (44,6)	16 (53,3)	

Tal y como se aprecia en la tabla V, se encontraron diferencias significativas entre el sexo y el consumo de fruta a diario, ya que se evidenció que el 50% de los hombres tomaban una segunda fruta cada día, mientras que en el caso de las mujeres, tan sólo el 32,9% lo hacía (p=0,042). De manera similar sucedía en el consumo de pasta o

arroz casi a diario (69,4% vs 49,8%; $p=0,027$) y en la toma de 2 yogures y/o queso cada día (63,9% vs 43,3%; $p=0,020$), ya que el sexo masculino presentaba una ingesta más elevada de estos alimentos. Por lo que se refiere al desayuno, el 27,8% de los hombres expusieron que no desayunaban todos los días, siendo menor esta proporción en el caso de las mujeres (14,1%; $p=0,033$).

Tabla V
Test de calidad de la dieta mediterránea en los estudiantes de Enfermería según su sexo

Test KidMed	Femenino [n (%)] (n=277)	Masculino [n (%)] (n=36)	p
1) Toma una fruta/zumo todos los días	192 (69,3)	27 (75,0)	0,484
2) Toma una segunda fruta todos los días	91 (32,9)	18 (50,0)	0,042
3) Toma verduras una vez al día	195 (70,4)	25 (69,4)	0,906
4) Toma verdura más de una vez al día	84 (30,3)	10 (27,8)	0,754
5) Toma pescado con regularidad	180 (65,0)	26 (72,2)	0,389
6) Acude con frecuencia a restaurantes de comida rápida	35 (12,6)	5 (13,9)	0,832
7) Toma legumbres con regularidad	193 (69,7)	30 (83,3)	0,089
8) Toma pasta o arroz casi a diario	138 (49,8)	25 (69,4)	0,027
9) Desayuna un cereal o derivado	210 (75,8)	25 (69,4)	0,406
10) Toma frutos secos con regularidad	100 (36,1)	19 (52,8)	0,052
11) En casa utilizan aceite de oliva	276 (99,6)	36 (100,0)	1,000
12) No desayuna todos los días	39 (14,1)	10 (27,8)	0,033
13) Desayuna un lácteo (leche, yogur...)	230 (83,0)	28 (77,8)	0,436
14) Desayuna bollería industrial	29 (10,5)	6 (16,7)	0,267
15) Toma 2 yogures y/o queso cada día	120 (43,3)	23 (63,9)	0,020
16) Toma dulces varias veces al día	60 (21,7)	7 (19,4)	0,760
<i>Índice KidMed</i>			
Puntuación total [mediana (p ₂₅ -p ₇₅)]	7,0 (5,0-8,0)	8,0 (5,0-9,0)	0,121
≤ 3 (adherencia baja)	24 (8,7)	2 (5,6)	0,220
4-7 (adherencia media)	141 (50,9)	14 (38,9)	
≥ 8 (adherencia alta)	112 (40,4)	20 (55,6)	

En la tabla VI se aprecia que los alumnos que residían en el domicilio familiar presentaban un mayor consumo de pescado con regularidad respecto aquellos que vivían en un piso de estudiantes (69,6% vs 56,2%; $p=0,023$). En el caso de la toma de bollería industrial en el desayuno, el 14,7% de los que habitaban en el domicilio familiar afirmaron su consumo en esta comida, mientras que tan sólo el 2,2% de los que estaban establecidos en un piso de estudiantes expusieron su ingesta ($p=0,002$).

Tabla VI
Test de calidad de la dieta mediterránea en los estudiantes según su lugar de residencia

<i>Test KidMed</i>	Domicilio familiar [n (%)] (n=224)	Piso de estudiantes [n (%)] (n=89)	p
1) Toma una fruta/zumo todos los días	153 (68,3)	66 (74,2)	0,308
2) Toma una segunda fruta todos los días	81 (36,2)	28 (31,5)	0,431
3) Toma verduras una vez al día	157 (70,1)	63 (70,8)	0,903
4) Toma verdura más de una vez al día	69 (30,8)	25 (28,1)	0,637
5) Toma pescado con regularidad	156 (69,6)	50 (56,2)	0,023
6) Acude con frecuencia a restaurantes de comida rápida	33 (14,7)	7 (7,9)	0,101
7) Toma legumbres con regularidad	164 (73,2)	59 (66,3)	0,222
8) Toma pasta o arroz casi a diario	113 (50,4)	50 (56,2)	0,360
9) Desayuna un cereal o derivado	173 (77,2)	62 (69,7)	0,163
10) Toma frutos secos con regularidad	86 (38,4)	33 (37,1)	0,829
11) En casa utilizan aceite de oliva	223 (99,6)	89 (100,0)	1,000
12) No desayuna todos los días	32 (14,3)	17 (19,1)	0,290
13) Desayuna un lácteo (leche, yogur...)	183 (81,7)	75 (84,3)	0,589
14) Desayuna bollería industrial	33 (14,7)	2 (2,2)	0,002
15) Toma 2 yogures y/o queso cada día	105 (46,9)	38 (42,7)	0,503
16) Toma dulces varias veces al día	50 (22,3)	17 (19,1)	0,531
Índice KidMed			
Puntuación total [mediana (p ₂₅ -p ₇₅)]	7,0 (5,0-9,0)	7,0 (5,0-8,0)	0,614
≤ 3 (adherencia baja)	18 (8,0)	8 (9,0)	0,668
4-7 (adherencia media)	108 (48,2)	47 (52,8)	
≥ 8 (adherencia alta)	98 (43,8)	34 (38,2)	

Tal y como se observa en la tabla VII, la mayoría de alumnos que presentaban bajo peso o sobrepeso u obesidad tenían una mayor tendencia a no desayunar todos los días en comparación a los estudiantes con normopeso (30,3% y 26,6% vs 10,0%, respectivamente; $p < 0,001$). En lo que se refiere al resto de frecuencias de consumo, no se encontraron diferencias significativas.

Tabla VII

Test de calidad de la dieta mediterránea en los estudiantes según el grado de IMC

Test KidMed	Bajo peso [n (%)] (n=33)	Normopeso [n (%)] (n=211)	Sobrepeso u obesidad [n (%)] (n=64)	p
1) Toma una fruta/zumo todos los días	22 (66,7)	147 (69,7)	47 (73,4)	0,762
2) Toma una segunda fruta todos los días	11 (33,3)	70 (33,2)	27 (42,2)	0,407
3) Toma verduras una vez al día	23 (69,7)	148 (70,1)	44 (68,8)	0,978
4) Toma verdura más de una vez al día	11 (33,3)	63 (29,9)	17 (26,6)	0,775
5) Toma pescado con regularidad	25 (75,8)	135 (64,0)	42 (65,6)	0,416
6) Acude con frecuencia a restaurantes de comida rápida	3 (9,1)	28 (13,3)	9 (14,1)	0,770
7) Toma legumbres con regularidad	23 (69,7)	150 (71,1)	46 (71,9)	0,975
8) Toma pasta o arroz casi a diario	20 (60,6)	108 (51,2)	33 (51,6)	0,597
9) Desayuna un cereal o derivado	25 (75,8)	154 (73,0)	53 (82,8)	0,279
10) Toma frutos secos con regularidad	14 (42,4)	81 (38,4)	23 (35,9)	0,823
11) En casa utilizan aceite de oliva	33 (100,0)	211 (100,0)	63 (98,4)	0,148
12) No desayuna todos los días	10 (30,3)	21 (10,0)	17 (26,6)	<0,001
13) Desayuna un lácteo (leche, yogur...)	27 (81,8)	175 (82,9)	52 (81,3)	0,948
14) Desayuna bollería industrial	7 (21,2)	24 (11,4)	4 (6,3)	0,089
15) Toma 2 yogures y/o queso cada día	16 (48,5)	94 (44,5)	30 (46,9)	0,885
16) Toma dulces varias veces al día	9 (27,3)	43 (20,4)	14 (21,9)	0,665
Índice KidMed				
Puntuación total [mediana (p ₂₅ -p ₇₅)]	7,0 (5,0-9,0)	7,0 (5,0-8,0)	7,0 (5,0-8,0)	0,972
≤ 3 (adherencia baja)	4 (12,1)	19 (9,0)	3 (4,7)	0,751
4-7 (adherencia media)	15 (45,5)	105 (49,8)	33 (51,6)	
≥ 8 (adherencia alta)	14 (42,4)	87 (41,2)	28 (43,8)	

En lo que respecta al estado de la asignatura de nutrición y las respuestas del test KidMed, sólo se encontraron diferencias significativas en el consumo de un cereal o derivado en el desayuno, siendo mayor la ingesta de este grupo de alimentos en el caso de los alumnos que estaban cursando o ya habían finalizado dicha asignatura (80,4% y 79,7% vs 63,3%, respectivamente; p=0,009) (tabla VIII).

Tabla VIII

Test de calidad de la dieta mediterránea en los estudiantes según el estado de la asignatura de nutrición

Test KidMed	No iniciada [n (%)] (n=90)	En curso [n (%)] (n=51)	Acabada [n (%)] (n=172)	p
1) Toma una fruta/zumo todos los días	66 (73,3)	31 (60,8)	122 (70,9)	0,271
2) Toma una segunda fruta todos los días	33 (36,7)	13 (25,5)	63 (36,6)	0,311
3) Toma verduras una vez al día	59 (65,6)	34 (66,7)	127 (73,8)	0,313
4) Toma verdura más de una vez al día	28 (31,1)	11 (21,6)	55 (32,0)	0,350
5) Toma pescado con regularidad	64 (71,1)	32 (62,7)	110 (64,0)	0,449
6) Acude con frecuencia a restaurantes de comida rápida	10 (11,1)	7 (13,7)	23 (13,4)	0,852
7) Toma legumbres con regularidad	59 (65,6)	40 (78,4)	124 (72,1)	0,251
8) Toma pasta o arroz casi a diario	46 (51,1)	30 (58,8)	87 (50,6)	0,572
9) Desayuna un cereal o derivado	57 (63,3)	41 (80,4)	137 (79,7)	0,009
10) Toma frutos secos con regularidad	37 (41,1)	17 (33,3)	65 (37,8)	0,656
11) En casa utilizan aceite de oliva	90 (100,0)	51 (100,0)	171 (99,4)	0,663
12) No desayuna todos los días	12 (13,3)	9 (17,6)	28 (16,3)	0,751
13) Desayuna un lácteo (leche, yogur...)	69 (76,7)	46 (90,2)	143 (83,1)	0,120
14) Desayuna bollería industrial	8 (8,9)	7 (13,7)	20 (11,6)	0,656
15) Toma 2 yogures y/o queso cada día	44 (48,9)	28 (54,9)	71 (41,3)	0,177
16) Toma dulces varias veces al día	24 (26,7)	11 (21,6)	32 (18,6)	0,319
<i>Índice KidMed</i>				
Puntuación total [mediana (p ₂₅ -p ₇₅)]	7,0 (5,0-8,3)	6,0 (5,0-8,0)	7,0 (5,0-8,0)	0,828
≤ 3 (adherencia baja)	9 (10,0)	2 (3,9)	15 (8,7)	0,427
4-7 (adherencia media)	46 (51,1)	30 (58,8)	79 (45,9)	
≥ 8 (adherencia alta)	35 (38,9)	19 (37,3)	78 (45,3)	

En la tabla IX se exponen y comparan los resultados del test KidMed según el grado de adherencia a la dieta mediterránea.

Se evidenciaron diferencias significativas en las respuestas del test KidMed y el grado de adherencia a este patrón alimentario. Por lo tanto, los alumnos que presentaban una baja adhesión tenían un escaso consumo de frutas y verduras, pescado, legumbres, frutos secos y lácteos, mientras que acudían frecuentemente a restaurantes de comida rápida, solían consumir bollería industrial y no desayunaban todos los días, todo lo contrario a las frecuencias de consumo que tenían los estudiantes con una adherencia alta. En relación a los que presentaban una adhesión media, cabe destacar que tan sólo el 19,4% y el 15,5% tomaban más de una ración de fruta y verdura al día, respectivamente.

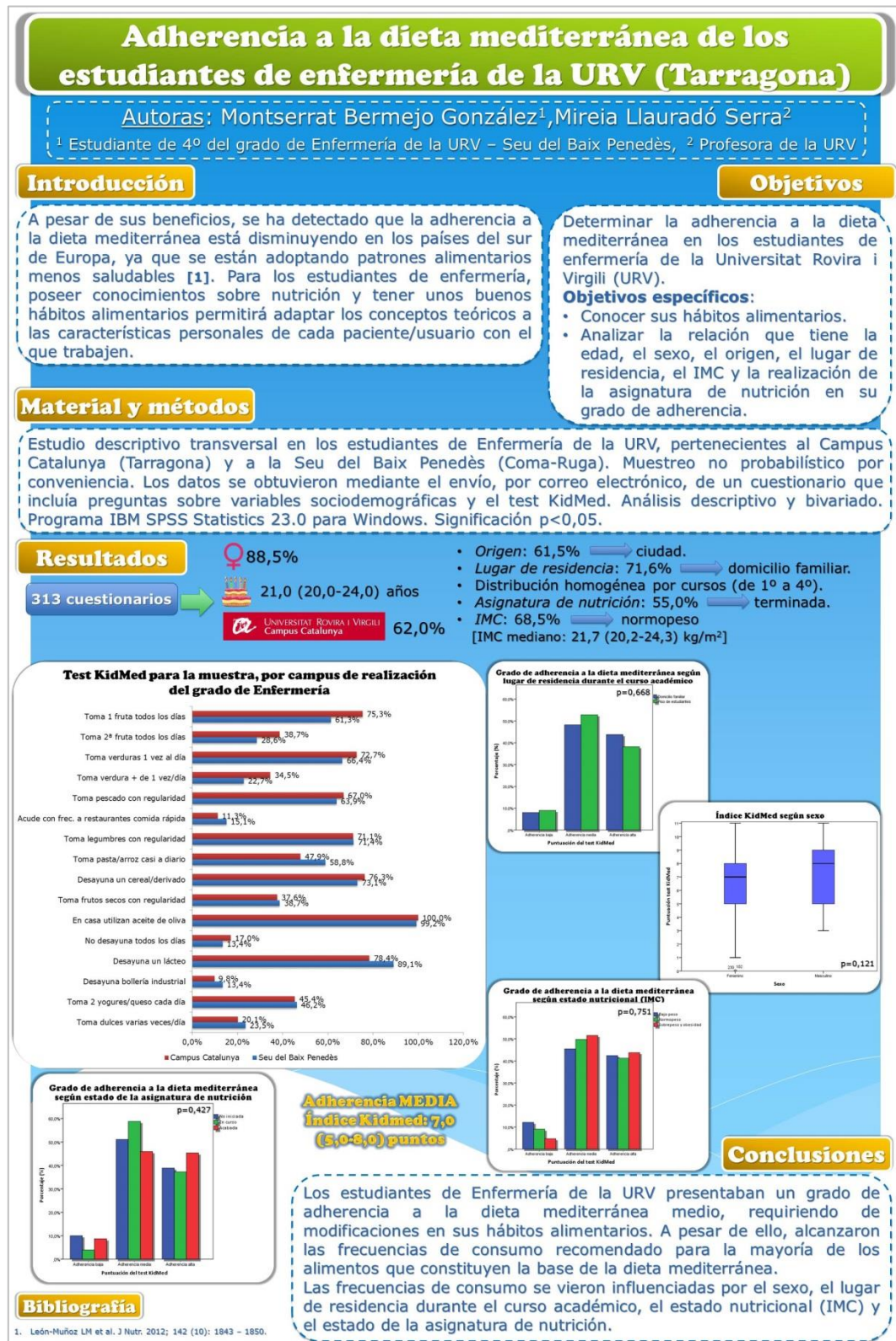
En referencia al consumo de pasta y arroz casi a diario, no se encontraron diferencias significativas según el grado de adherencia a la dieta mediterránea (bajo, medio y alto) y la frecuencia de consumo de dichos alimentos (46,2%, 53,5% y 51,5%, respectivamente; $p=0,772$).

Tabla IX

Test de calidad de la dieta mediterránea en los estudiantes según el grado de adherencia a la dieta mediterránea (Índice KidMed)

<i>Test KidMed</i>	Adherencia baja [n (%)] (n=26)	Adherencia media [n (%)] (n=155)	Adherencia alta [n (%)] (n=132)	p
1) Toma una fruta/zumo todos los días	8 (30,8)	89 (57,4)	122 (92,4)	<0,001
2) Toma una segunda fruta todos los días	0 (0,0)	30 (19,4)	79 (59,8)	<0,001
3) Toma verduras una vez al día	10 (38,5)	89 (57,4)	121 (91,7)	<0,001
4) Toma verdura más de una vez al día	1 (3,8)	24 (15,5)	69 (52,3)	<0,001
5) Toma pescado con regularidad	6 (23,1)	94 (60,6)	106 (80,3)	<0,001
6) Acude con frecuencia a restaurantes de comida rápida	12 (46,2)	27 (17,4)	1 (0,8)	<0,001
7) Toma legumbres con regularidad	7 (26,9)	103 (66,5)	113 (85,6)	<0,001
8) Toma pasta o arroz casi a diario	12 (46,2)	83 (53,5)	68 (51,5)	0,772
9) Desayuna un cereal o derivado	13 (50,0)	103 (66,5)	119 (90,2)	<0,001
10) Toma frutos secos con regularidad	4 (15,4)	36 (23,2)	79 (59,8)	<0,001
11) En casa utilizan aceite de oliva	25 (96,2)	155 (100,0)	132 (100,0)	0,004
12) No desayuna todos los días	11 (42,3)	30 (19,4)	8 (6,1)	<0,001
13) Desayuna un lácteo (leche, yogur...)	17 (65,4)	126 (81,3)	115 (87,1)	0,025
14) Desayuna bollería industrial	10 (38,5)	23 (14,8)	2 (1,5)	<0,001
15) Toma 2 yogures y/o queso cada día	2 (7,7)	63 (40,6)	78 (59,1)	<0,001
16) Toma dulces varias veces al día	18 (69,2)	33 (21,3)	16 (12,1)	<0,001

2.4.4. Póster para promocionar los resultados obtenidos



2.5. Discusión

El principal resultado del presente trabajo es que los estudiantes de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili presentaban una adherencia media a dicho patrón. Ante este dato, se puede decir que requieren de modificaciones en su patrón alimentario para poder adecuarlo al modelo mediterráneo. El valor mediano del índice KidMed de esta muestra fue muy similar al que obtuvieron Pérez-Gallardo L et al. [24], para los alumnos de grados en Ciencias de la Salud (Enfermería y Fisioterapia) de Soria, y Navarro-González I et al. [10], en el caso de los estudiantes de Enfermería de Murcia. En cambio, resultó ser ligeramente superior al de Durá Travé T et al. [12], en los estudiantes navarros de Ciencias de la Salud, y 2 puntos mayor al de Rodrigo Vega M et al. [28], en los alumnos madrileños de dicho grado. Cabe señalar que, en el caso de alumnos que cursan grados no relacionados con las Ciencias de la Salud, la puntuación media del test KidMed fue muy similar a la de los estudiantes de Enfermería y Fisioterapia, pero Pérez-Gallardo L et al. [24] observaron que existe una cierta tendencia a que los estudiantes de Ciencias de la Salud tengan una mayor adhesión a este patrón alimentario. A pesar de los datos obtenidos en estudios realizados previamente, se pone de manifiesto la necesidad de intervenciones para mejorar la adhesión a la dieta mediterránea de este colectivo de estudiantes universitarios, dada la importancia que tendrán a la hora de promover este patrón alimentario durante su práctica profesional. Por lo que se refiere al panorama europeo, Van Diepen S et al. [23] observaron que el grado de adherencia a la dieta mediterránea de los estudiantes universitarios holandeses era superior en comparación al de los griegos, poniendo de manifiesto que los países no mediterráneos tienen una mayor adhesión a este patrón alimentario en comparación a los de la región mediterránea y, que, por lo tanto, estos últimos la están dejando de seguir. Este dato se confirma en el estudio de Fiore M et al. [31] realizado en un grupo

de estudiantes de Medicina italianos, ya que presentaron un índice KidMed 2 puntos menor al de este estudio y, por lo tanto, una adherencia baja. A pesar del interés que están mostrando países no europeos por la dieta mediterránea, su adhesión no mejora, tal y como muestran los estudios de Rodríguez R. F et al. [32] en los estudiantes universitarios de Chile y Strawson C et al. [33], en el caso de los estudiantes de Nutrición de Canadá, teniendo en cuenta que presentaban una baja adherencia a este patrón alimentario. Dada la situación actual, sería conveniente conocer los motivos por los cuales este grupo poblacional no sigue este tipo de dieta, ya que permitiría orientar las intervenciones y actividades a realizar para que se lograra su principal objetivo: mejorar sus hábitos alimentarios y, por lo tanto, aumentar el grado de adhesión a la dieta mediterránea. Van Diepen S et al. [23] señalaron, como principal motivo, la adopción de patrones dietéticos “occidentalizados”, es decir, menos saludables durante la infancia y la adolescencia, teniendo como consecuencia una baja adherencia a la dieta mediterránea durante la etapa universitaria. Otras causas podrían ser los cambios producidos en las técnicas de conservación de los alimentos [19], la crisis económica iniciada en el año 2007 [20] o el hecho de no conocer realmente en qué consiste este patrón alimentario [17]. En el caso de los estudiantes universitarios, se puede añadir la inexperiencia en términos de compra y preparación de los alimentos [25], la influencia de la publicidad, del comportamiento alimentario de los compañeros [27] y de los patrones estéticos actuales y, finalmente, las transformaciones emocionales y fisiológicas propias de la juventud [3].

Por lo que se refiere a las características de los alumnos de la universidad de estudio, cabe destacar que tienen un perfil sociodemográfico similar en lo que se refiere a sexo, edad e IMC en comparación a otras universidades españolas [10,12,24,25,27] y europeas [23,31], a excepción de los estudiantes madrileños [28], ya que presentaban una edad media superior. No fue el caso del lugar de residencia durante el curso

académico, debido a que la mayoría de los estudiantes universitarios del norte de España vivían en un piso de estudiantes [12,24], mientras que gran parte de los que se encontraban en áreas geográficas más al sur permanecían en el domicilio familiar durante el curso [10,27], encontrándose en este último grupo la universidad de estudio.

Además de determinar el grado de adherencia a la dieta mediterránea, el test KidMed también permite apreciar cuáles son las frecuencias de consumo de los encuestados. En comparación con el estudio realizado por Pérez-Gallardo L et al. [24] en Valladolid, se puede decir que los alumnos de la universidad de estudio sí que alcanzaron las frecuencias de consumo recomendado para la mayoría de los alimentos que constituyen la base de la dieta mediterránea, como son la fruta y la verdura, las legumbres y los cereales. No fue el caso de los estudiantes madrileños [28], ya que presentaron ingestas de frutas, verduras y lácteos y/o sus derivados muy inferiores a las de la muestra de este estudio. En cambio, refirieron tener un menor consumo de dulces durante el día. Este bajo consumo de frutas y verduras podría tener consecuencias en lo que se refiere a la salud de los alumnos, ya que Barrios-Vicedo R et al. [34] asociaron una pobre ingesta de estos alimentos con un peor estado de salud. Por lo que se refiere a los universitarios navarros, Durá Travé T et al. [12] obtuvieron un dato sorprendente en el uso del aceite de oliva para cocinar, ya que el 73,2% de la muestra expusieron su consumo, una cifra muy baja en comparación a la del presente estudio y, por ejemplo, a la de los estudiantes murcianos [10]. En este último centro, Navarro-González I et al. [10] observaron que los participantes tenían un consumo muy elevado de legumbres, todo lo contrario en el caso del arroz y la pasta, teniendo una ingesta inferior a la de los alumnos de este estudio. Ante este hecho, se puede concluir que, dependiendo de la zona geográfica en la que residan los estudiantes universitarios, las frecuencias de consumo de determinados alimentos

varían. En comparación con otros países europeos, los participantes de este estudio mostraron frecuencias de consumo similares a la de los universitarios de otros países mediterráneos, como son Grecia [23] e Italia [31]. A pesar de las semejanzas, Van Diepen S et al. [23] observaron una mayor ingesta de legumbres en el caso de los alumnos griegos. En cambio, los estudiantes italianos presentaban un consumo superior de bollería industrial y una ingesta de frutos secos muy inferior a la de este estudio [31]. Ante estos datos, se puede decir que la cultura y las costumbres de cada país mediterráneo hacen que los alimentos se ingieran en distinta proporción, teniendo el concepto de dieta mediterránea diferentes matices. Por lo que hace referencia a países europeos no mediterráneos, las frecuencias de consumo ya no muestran tantas similitudes. A modo de ejemplo, se puede apreciar que, en el caso de los universitarios holandeses, los alimentos que ingerían en mayor proporción fueron las patatas, los cereales no refinados, las verduras y el aceite de oliva [23]. En el estudio realizado por Strawson C et al. [33] en estudiantes canadienses que residieron durante 6 semanas en Italia, observaron cambios en sus hábitos alimentarios que influenciaron en su grado de adherencia a la dieta mediterránea: a pesar de que aumentó su consumo de dulces, se incrementó su ingesta de pescado y aceite de oliva, mejorando su adhesión a este patrón alimentario. Estos hechos revelan la importancia que se le está dando fuera de los países de la que es propia, a causa de los múltiples beneficios que comporta para las personas que la siguen.

En la universidad de estudio, se encontraron diferencias significativas en los hábitos alimentarios de los alumnos de Enfermería según su sexo, hecho que también observaron De la Montaña J et al. [25] y Navarro-González I et al. [10]. En este último estudio, los futuros enfermeros murcianos presentaron una ingesta superior de pasta, arroz y frutos secos y acudían a restaurantes de comida rápida con mayor frecuencia. En cambio, refirieron consumir menos verdura que las mujeres. A pesar de que no

encontraron diferencias significativas, diversos estudios [12,31] también apreciaron las frecuencias de consumo anteriores. Durá Travé T et al. [12] añadieron que los varones navarros ingerían, en mayor proporción, legumbres y bollería industrial en el desayuno. Sólo Fiore M et al. [31] y este estudio detectaron que el sexo masculino tenía una mayor tendencia a omitir el desayuno.

El lugar de residencia durante el curso académico también influencia en los hábitos alimentarios de los universitarios, tal y como se ha demostrado en este estudio y en el de Navarro-González I et al. [10], donde se observó que los alumnos murcianos que residían en el domicilio familiar presentaban un mayor consumo de dulces varias veces al día y de bollería industrial en el desayuno. Este hecho no deja de ser sorprendente, debido a que existe una cierta tendencia a creer que los universitarios que viven en un piso de estudiantes son los que más abusan de este tipo de alimentos, a causa de que tienen que prepararse la comida ellos mismos, sin contar con la ayuda de los padres u otro tipo de soporte, como por ejemplo, un comedor. Contrariamente a lo que se imagina, este hábito puede tener una explicación: los universitarios que viven en el domicilio familiar no tienen que preocuparse por el dinero que gastan en la adquisición de comida, ya que sus padres tienen asumida esta función. En cambio, los que residen en un piso de estudiantes tienen que llevar un control más estricto de los gastos y, muy probablemente, no pueden permitirse el consumo de estos productos de manera regular.

En lo que se refiere al IMC y las frecuencias de consumo de los diferentes alimentos que componen la pirámide de la dieta mediterránea, cabe señalar que se mostró cierta relación entre el grado de IMC y los hábitos alimentarios de los alumnos de la universidad de estudio. Este hecho fue confirmado en el estudio de Navarro-González I et al. [10], donde apreciaron que los estudiantes del grado de Enfermería con un IMC $>25 \text{ kg/m}^2$ tendían a seguir unas frecuencias de consumo más parecidas a las

estipuladas por este patrón alimentario. Así mismo, también observaron que los alumnos con sobrepeso y obesidad solían omitir el desayuno. De la Montaña J et al. [25] también experimentaron variaciones en lo que respecta a las frecuencias de consumo entre los universitarios gallegos. La mayoría de mujeres con sobrepeso tenían cierta predisposición a acudir frecuentemente a restaurantes de comida rápida y a no desayunar. En cambio, las mujeres con bajo peso mostraron un consumo más elevado de bollería industrial y dulces. En el caso de los hombres, sorprende que los que presentaban normopeso tenían una mayor ingesta de dulces respecto a los varones con sobrepeso.

En la universidad de estudio, los alumnos de Enfermería cursan una asignatura de nutrición de carácter obligatorio de 3 créditos ECTS (75 horas) durante el segundo año del grado. A pesar de su realización, no se observó una mejora del índice KidMed, concordando con el estudio de Rodrigo Vega M et al. [28] y de Montero Bravo A et al. [35]. A pesar de ello, sí que se apreciaron cambios en las frecuencias de consumo de algunos alimentos, como son los cereales y la pasta. Así mismo, disminuyó ligeramente el porcentaje de alumnos que no desayunaban y la ingesta de dulces y bollería industrial, pero continuó manteniéndose elevado. En comparación con estudiantes de otros grados, los cambios producidos después de la docencia se sitúan en niveles algo bajos, haciendo sospechar que los métodos utilizados no permiten la incorporación de los conocimientos adquiridos en la práctica diaria, tal y como pudo comprobar Strawson C et al. [33]. En su estudio, apreciaron un cambio de hábitos alimentarios en los estudiantes del grado de Nutrición de la Universidad de Alberta (Canadá), después de realizar dos cursos con oportunidades de aprendizaje experimental en una estancia de 6 semanas en Italia, donde se trabajaban el concepto de dieta mediterránea y la cultura alimentaria de este país. A pesar de estos cambios, concluyeron que el tiempo fue insuficiente, ya que la formación en términos

nutricionales requiere de una continuidad en el tiempo para que sea efectiva a largo plazo.

El presente estudio presenta diversas limitaciones. En primer lugar, no se pudo garantizar la sinceridad de los encuestados, que es imprescindible para obtener resultados fiables. La cumplimentación del test KidMed pudo hacerles pensar que estaban realizando un cuestionario para evaluar sus conocimientos sobre la dieta mediterránea, obteniendo respuestas que no se asemejasen a sus hábitos alimentarios habituales. Tampoco se diferenció a los estudiantes del grado de Enfermería según su comunidad autónoma de origen o bien su nacionalidad, pudiendo dar lugar a variaciones en las frecuencias de consumo de diferentes tipos de alimentos según su procedencia, tal y como se ha demostrado anteriormente. Así mismo, es importante destacar que las tasas de respuesta se situaron alrededor del 55,9%, quedando fuera del estudio un porcentaje muy elevado de alumnos que podrían presentar características sociodemográficas y hábitos alimentarios diferentes a los que se han observado.

2.6. Conclusiones

Los estudiantes de Enfermería de la universidad de estudio presentaron una adherencia media a la dieta mediterránea. Por lo tanto, se puso de manifiesto la necesidad de realizar modificaciones en su patrón alimentario para adecuarlo al modelo mediterráneo.

Los participantes alcanzaron las frecuencias de consumo recomendado para la mayoría de los alimentos que constituyen la base de la dieta mediterránea. A pesar de ello, comen poco frecuentemente una segunda pieza de fruta al día, más de una ración de verdura o frutos secos de modo regular.

No se encontraron diferencias significativas en el grado de adherencia a la dieta mediterránea según la edad, el sexo, el lugar de residencia durante el curso académico, el grado de IMC, el campus de realización del grado de Enfermería y el estado de la asignatura de nutrición de los alumnos de la universidad de estudio.

Tal y como se ha puesto de manifiesto en este estudio y la literatura, se requieren de intervenciones efectivas y centradas en este colectivo universitario para mejorar sus hábitos alimentarios y, por lo tanto, acercar su patrón alimentario a la dieta mediterránea. Una manera de hacer que sean conscientes de su grado de adhesión a esta dieta sería mediante la confección de un póster que incluyera los resultados del estudio, con la finalidad de concienciarlos sobre los hábitos alimentarios que siguen en su día a día.

2.7. Bibliografía

1. Varela Moreiras G. La Dieta Mediterránea en la España actual. *Nutr Hosp.* 2014; 30 (supl. 2): 21 – 28.
2. Cervera Burriel F, Serrano Urrea R, Daouas T, Delicado Soria A, García Meseguer MJ. Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria tunecina. *Nutr Hosp.* 2014; 30 (6): 1350 – 1358.
3. Ortiz-Moncada R, Norte Navarro AI, Zaragoza Marti A, Fernández Sáez J, Davó Blanes MC. ¿Siguen patrones de dieta mediterránea los universitarios españoles?. *Nutr Hosp.* 2012; 27 (6): 1952 – 1959.
4. Cervera P. Comer con inteligencia. *Revista Rol de Enfermería.* 2004; 27 (2): 6 – 10.
5. Alemany M. Concepto de dieta mediterránea: ¿un grupo de alimentos saludables, una dieta o una panacea publicitaria?. *Med Clin (Barc.).* 2011; 136 (13): 594 – 599.
6. Rodríguez Roca GC, López Abuin JM. La dieta mediterránea: una forma de nutrición saludable. *SEMERGEN.* 2003; 29 (6): 301 – 307.
7. Olmedo-Requena R, Gómez Fernández J, Amezcua Prieto C, Mozas Moreno J, Bueno-Cavanillas A, Jiménez-Moleón JJ. Factors associated with a low adherence to a Mediterranean diet pattern in healthy Spanish women before pregnancy. *Public Health Nutr.* 2014; 17 (3): 648 – 656.
8. González CA, Argilaga S, Agudo A, Amiano P, Barricarte A, Beguiristain JM et al. Diferencias sociodemográficas en la adhesión al patrón de dieta mediterránea en poblaciones de España. *Gac Sanit.* 2002; 16 (3): 214 – 221.
9. Martínez-González MA, Salas-Salvadó J, Estruch R, Corella D, Fitó M, Ros E. Benefits of the Mediterranean Diet: Insights from the PREDIMED study. *Progress in Cardiovascular Diseases.* 2015; 58 (1): 50 – 60.

10. Navarro-González I, López-Nicolás R, Rodríguez-Tadeo A, Ros-Berruezo G, Martínez-Marín M, Doménech-Asensi G. Adherence to the Mediterranean diet by nursing students of Murcia (Spain). *Nutr Hosp.* 2014; 30 (1): 165 – 172.
11. Fundación Dieta Mediterránea [sede Web]. Barcelona: Fundación Dieta Mediterránea; 2010 [acceso el 17 de octubre de 2015]. ¿Qué es la dieta mediterránea?. Disponible en: <http://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/>
12. Durá Travé T, Castroviejo Gandarias A. Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutr Hosp.* 2011; 26 (3): 602 – 608.
13. Grosso G, Marventano S, Giorgianni G, Raciti T, Galvano F, Mistretta A. Mediterranean diet adherence rates in Sicily, southern Italy. *Public Health Nutr.* 2014; 17 (9): 2001 – 2009.
14. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Costanzo S, De Lucia F, Olivieri M, Donati MB et al. Nutrition knowledge is associated with higher adherence to Mediterranean diet and lower prevalence obesity. Results from the Moli-sani study. *Appetite.* 2013; 68: 139 – 146.
15. León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Mesas AE, Aguilera MT et al. Adherence to the Mediterranean diet has declined in Spanish adults. *J Nutr.* 2012; 142 (10): 1843 – 1850.
16. Serra Majem L, Ribas Barba L, Salvador Castell G, Román Viñas B, Castell Abat C, Cabezas Peña C et al. Tendencias del estado nutricional de la población española: resultados del sistema de monitorización nutricional de Cataluña (1992 – 2003). *Rev Esp Salud Pública.* 2007; 81 (5): 559 – 570.
17. Julián Viñals R, Gómez Lumbreras A, Melgar Borrego AB, Martín Méndez L. Los españoles no seguimos la dieta mediterránea. *Aten Primaria.* 2006; 37 (5): 307.

18. Fernández-Vergel R, Peñarrubia-María MT, Rispau-Falgàs A, Espín-Martínez A, Gonzalo-Miguel L. ¿Seguimos realmente una dieta mediterránea?. *Aten Primaria*. 2006; 37 (3): 148 – 153.
19. Patino-Alonso MC, Recio-Rodríguez JI, Magdalena-Belio JF, Colominas-Garrido R, Lema-Bartolomé J, Gómez-Arranz A. Factors associated with adherence to the Mediterranean diet in the adult population. *J Acad Nutr Diet*. 2014; 114 (4): 583 – 589.
20. Bonnacio M, Di Castelnuovo A, Bonnani A, Costanzo S, De Lucia F, Persichillo M et al. Decline of the Mediterranean diet at a time of economic crisis. Results from the Moli-sani study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2014; 24 (8): 853 – 860.
21. Bondia-Pons I, Mayneris-Perxachs J, Serra-Majem L, Castellote AI, Mariné A, López-Sabater MC. Diet quality of a population sample from coastal north-east Spain evaluated by a Mediterranean adaptation of the Diet Quality Index (DQI). *Public Health Nutr*. 2010; 13 (1): 12 – 24.
22. Hu EA, Toledo E, Diez-Espino J, Estruch R, Corella D, Salas-Salvado J et al. Lifestyles and risk factors associated with adherence to the Mediterranean diet: a baseline assessment of the PREDIMED trial. *PLoS One*. 2013; 8 (4): 1 – 9.
23. Van Diepen S, Scholten AM, Korobili C, Kyril D, Tsigga M, Van Diejen T et al. Greater Mediterranean diet adherence is observed in Dutch compared with Greek university students. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2011; 21 (7): 534 – 540.
24. Pérez-Gallardo L, Mingo Gómez T, Bayona Marzo I, Ferrer Pascual MA, Márquez Calle E, Ramírez Domínguez R et al. Calidad de la dieta en estudiantes universitarios con distinto perfil académico. *Nutr Hosp*. 2015; 31 (5): 2230 – 2239.
25. De la Montaña J, Castro L, Cobas N, Rodríguez M, Míguez M. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia. *Nutr clín diet hosp*. 2012; 32 (3): 72 – 80.

26. García-Meseguer MJ, Cervera Burriel F, Vico García C, Serrano-Urrea R. Adherence to Mediterranean diet in a Spanish university population. *Appetite*. 2014; 78: 156 – 164.
27. Cervera Burriel F, Serrano Urrea R, Vico García C, Milla Tobarra M, García Meseguer MJ. Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutr Hosp*. 2013; 28 (2): 438 – 446.
28. Rodrigo Vega M, Ejeda Manzanera JM, González Panero MP, Mijancos Gurruchaga TM. Cambios en la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes de los Grados de Enfermería y de Magisterio tras cursar una asignatura de Nutrición. *Nutr Hosp*. 2014; 30 (5): 1173 – 1180.
29. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, García A, Pérez-Rodrigo C, Aranceta J. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr*. 2004; 7 (7): 931 – 5.
30. ICMJE. International Committee of Medical Journal Editors [sede Web]. ICMJE [acceso el 2 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.icmje.org/>
31. Fiore M, Ledda C, Rapisarda V, Sentina E, Mauceri C, D'Agati P et al. Medical school fails to improve Mediterranean diet adherence among medical students. *European Journal of Public Health*. 2015; 25 (6): 1019 – 1023.
32. Rodríguez R. F, Palma L. X, Romo B. A, Escobar B. D, Aragón G. B, Espinoza O. L et al. Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. *Nutr Hosp*. 2013; 28 (2): 447 – 455.
33. Strawson C, C. Bell R, Farmer A, M. Downs S, L. Olstad D, D. Willows N. Changing Dietary Habits of Alberta Nutrition Students Enrolled in a Travel Study Program in Italy. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. 2015; 76 (2): 93 – 96.

34. Barrios-Vicedo R, Navarrete-Muñoz EM, García de la Hera M, González-Palacios S, Valera-Gran D, Checa-Sevilla JF et al. Una menor adherencia a la dieta mediterránea se asocia a una peor salud auto-percibida en población universitaria. *Nutr Hosp.* 2015; 31 (2): 785 – 792.
35. Montero Bravo A, Úbeda Martín N, García González A. Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutr. Hosp.* 2006; 21 (4): 466 – 473.

2.8. Agradecimientos

Una vez terminado este estudio, quiero finalizar el trabajo dando las gracias a todas las personas que han colaborado en él directa o indirectamente, ya que sin su ayuda no hubiera sido posible su realización.

En primer lugar, agradecer a la Dra. Roser Ricomà, decana de la Facultat d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili, por concederme la autorización para la realización de este estudio. Así mismo, quiero dar las gracias a todos los estudiantes de Enfermería de la Universidad que decidieron voluntariamente dedicar unos minutos a responder el cuestionario que se les envió, ya que sin su colaboración no se hubiera podido llevar a cabo este estudio ni haber obtenido estos resultados.

Finalmente, agradecer de todo corazón la dedicación y paciencia de la persona que me ha acompañado durante la realización de este trabajo, mi tutora del trabajo de fin de grado, la Dra. Mireia Llauredó. Quiero darle las gracias por sus consejos, su disponibilidad y su apoyo incondicional, ya que han sido vitales para lograr la culminación de este estudio.

2.9. Difusión de los resultados

El presente estudio fue presentado durante la “II Jornada d’estudiants d’Infermeria de l’ADEIC” celebrada el día 18 de mayo de 2016 en la Escola Superior d’Infermeria del Mar (ESIM, Barcelona), en formato comunicació oral.

3. ARTÍCULO

ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE UNA UNIVERSIDAD SITUADA EN EL NORESTE DE ESPAÑA

Título corto: *Adherencia a la dieta mediterránea de los estudiantes de Enfermería de España.*

Bermejo-González Montserrat, RN¹, Llauredó-Serra Mireia, RN, MSc, PhD²

1. Estudiante de 4º de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili – Seu del Baix Penedès. El Vendrell, España.
2. Departamento de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, España.

Nº palabras resumen: 202

Nº palabras manuscrito: 2569

Autor para correspondencia:

Montserrat Bermejo-González

C/ Ortigós, 4. 43717 – La Bisbal del Penedès (Tarragona, Spain)

683407981

montbergonzal@yahoo.es

Llauredó-Serra, M e-mail: mireia.laurado@urv.cat

Agradecimientos: agradecemos a todos los estudiantes de Enfermería que cumplieron voluntariamente los cuestionarios y a la universidad, por autorizar la elaboración del estudio.

3.1. Resumen

Objetivo: determinar la adherencia a la dieta mediterránea de los estudiantes de Enfermería de una universidad española.

Diseño y ámbito: estudio descriptivo transversal, realizado en dos campus universitarios de Enfermería. Se incluyeron todos los alumnos de 1º a 4º curso de Enfermería, a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Metodología: se envió el cuestionario KidMed, a través del correo electrónico, a todos los alumnos en cuatro ocasiones durante dos meses. Se realizó un análisis descriptivo y bivalente de las variables sociodemográficas y del test KidMed a través del χ^2 , Test de Fisher y Kruskal-Wallis. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: se obtuvieron 313 encuestas (tasa de respuesta: 55,9%). La muestra estaba formada por 277 mujeres (88,5%) y 36 hombres (11,5%). El 62% estudiaba en el Campus 2 y el 38% lo hacía en el Campus 1. La edad mediana fue de 21,0 (20,0-24,0) años. La puntuación mediana del test KidMed fue de 7,0 (5,0-8,0) puntos, presentando una adherencia media. Se observaron frecuencias de consumo diferentes según el sexo, campus universitario, lugar de residencia durante el curso, estado de la asignatura de nutrición y grado de adhesión a este patrón alimentario.

Conclusiones: los estudiantes de Enfermería presentaban una adherencia media, requiriendo de modificaciones en su patrón alimentario.

Implicaciones para la práctica clínica: se necesitan intervenciones centradas en este colectivo, como replantear la asignatura de nutrición.

Palabras clave: dieta mediterránea, estudiantes de enfermería, conducta alimentaria.

3.2. Introducción

La dieta mediterránea es un estilo de vida que fue reconocida como Patrimonio Inmaterial de la Humanidad por la UNESCO en el año 2010, debido a que se considera una dieta saludable (Cervera Burriel, Serrano Urrea, Daouas, Delicado Soria & García Meseguer, 2014) por su efecto protector frente a enfermedades crónicas y por su asociación a una mayor esperanza de vida (Ortiz-Moncada, Norte Navarro, Zaragoza Marti, Fernández Sáez & Davó Blanes, 2012). A pesar de ello, se ha detectado que la adherencia está disminuyendo en los países del sur de Europa, debido a la adopción de patrones alimentarios menos saludables (Grosso et al., 2014; Bonaccio et al., 2013; León-Muñoz et al., 2012). Hu et al. (2013) y Van Diepen et al. (2011) comprobaron este hecho en el caso de los jóvenes universitarios de la región mediterránea en comparación con los de otros países de Europa Occidental.

La etapa universitaria es un periodo importante en la vida de una persona, ya que conlleva cambios importantes como vivir fuera de casa o tener que asumir la responsabilidad de comprar y cocinar (Pérez-Gallardo et al., 2015). En ese momento, los hábitos familiares se suelen abandonar debido a cambios en la organización de la vida, recursos económicos limitados, una gran oferta de comidas preparadas, la comodidad o falta de tiempo o bien por la inexperiencia en la realización de la compra, planificación y preparación de los alimentos (De la Montaña, Castro, Cobas, Rodríguez & Míguez, 2012). A consecuencia, siguen una dieta rica en proteínas y asociada a una elevada ingesta de colesterol y grasa saturada, viéndose influenciada por los patrones estéticos actuales, las transformaciones emocionales y fisiológicas propias de la juventud (Ortiz-Moncada et al., 2012), la publicidad y el comportamiento alimentario de los compañeros de piso (Cervera Burriel, Serrano Urrea, Vico García, Milla Tobarra & García Meseguer, 2013).

Por lo que se refiere al colectivo de estudiantes universitarios de Enfermería, diversos estudios señalan que tienen un buen nivel de conocimientos sobre la dieta mediterránea, a pesar de que existe una baja adherencia a este patrón alimentario (Navarro-González et al., 2014; Rodrigo Vega, Ejeda Manzanera, González Panero & Mijancos Gurruchaga, 2014). Rodrigo Vega et al. (2014) concluyeron que cursar una asignatura de nutrición mejoraba sus conocimientos sobre este tipo de dieta pero no su adhesión, ya que un 84,3% de este alumnado todavía podría mejorar sus hábitos alimentarios. Por otro lado, Navarro-González et al. (2014) llegaron a unas conclusiones parecidas, determinando que tan sólo el 43,4% tenía una buena adherencia a la dieta mediterránea, concordando con un estudio realizado en los estudiantes de Medicina italianos (Fiore et al., 2015).

Debido a los resultados obtenidos por estudios realizados anteriormente, se cree importante centrar la investigación del patrón alimentario en los estudiantes universitarios del grado de Enfermería, ya que poseer conocimientos sobre nutrición y tener unos buenos hábitos alimentarios les permitirá adaptar los conceptos teóricos a las características personales de cada paciente/usuario con el que trabajen. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es determinar la adherencia a la dieta mediterránea en los estudiantes de Enfermería de una universidad situada en el noreste de España.

3.3. Material y métodos

3.3.1. Diseño y ámbito de estudio

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal en los estudiantes de Enfermería de una universidad situada en el noreste de España, entre octubre de 2015 y mayo de 2016.

3.3.2. Métodos de muestreo y estrategias de reclutamiento

Se han incluido a todos los alumnos de primer a cuarto curso que quisieran participar y fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. En el periodo de estudio había 560 alumnos matriculados, repartidos en dos Campus ubicados en distintos municipios (Campus 1: 184 alumnos; Campus 2: 376 alumnos).

3.3.3. Instrumentos de medida

Se distribuyó un cuestionario en el que se incluían variables de carácter sociodemográfico (edad, sexo, lugar de origen, lugar de residencia durante el curso académico, peso, altura, campus de realización del grado de Enfermería, curso y estado de la asignatura de nutrición) y el test KidMed, que ha sido previamente utilizado en estudios de características similares a éste (Navarro-González et al., 2014; Rodrigo Vega et al., 2014; Durá Travé & Castroviejo Gandarias, 2011) y que se encuentra validado en español (Serra-Majem et al., 2004).

El test KidMed es un cuestionario que tiene la finalidad de determinar el grado de adherencia a la dieta mediterránea. Consta de 16 preguntas a las que se debe responder de manera afirmativa/negativa. Existen 12 preguntas que representan un aspecto positivo en relación a este patrón alimentario y que deben responderse de manera afirmativa, sumando 1 punto cada una. El resto de preguntas representan una connotación negativa en relación a la dieta mediterránea, restando un punto cada una. La puntuación total obtenida puede tener un valor máximo de 12 puntos y mínimo de

0, dando lugar al índice KidMed, que puede clasificarse en 3 categorías (Durá Travé & Castroviejo Gandarias, 2011; Serra-Majem et al., 2004):

- ≤ 3 : adherencia baja.
- De 4 a 7: adherencia media.
- ≥ 8 : adherencia alta.

3.3.4. Procedimientos para la recogida de datos

Se envió el cuestionario a los estudiantes de Enfermería a través del correo electrónico institucional. Se mantuvo activo desde el 19 de octubre hasta el 20 de diciembre, enviándose recordatorios en 4 ocasiones durante este tiempo con una periodicidad quincenal.

3.3.5. Aspectos éticos

Se obtuvo la autorización de la universidad para la realización de este estudio. Toda persona que participó lo hizo de manera voluntaria, otorgando su consentimiento al contestar el cuestionario. Así mismo, se garantizaron el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos, tal y como expone la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999, y se respetó la Declaración de Helsinki.

3.3.6. Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo a través de frecuencias absolutas y relativas o de la mediana y los percentiles 25 y 75 (p_{25} - p_{75}), según fuera apropiado. Se realizó el análisis bivariado mediante las pruebas de χ^2 , Test de Fisher y Kruskal-Wallis, según correspondiera. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 23.0 para Windows y se asumió un nivel de significación de $p < 0,05$.

3.4. Resultados

Se obtuvieron un total de 313 cuestionarios. La tasa de respuesta en el Campus 1 fue del 64,7% y en el Campus 2, del 51,6%. Las características sociodemográficas de la muestra se pueden apreciar en la tabla 1. Se evidenció que los alumnos del Campus 1 tenían una edad significativamente mayor ($p<0,001$) y procedían más frecuentemente de pueblos que los del Campus 2 ($p=0,017$), aunque no se observaron diferencias significativas en el lugar de residencia durante el curso académico.

Se observaron diferencias significativas en las respuestas del test KidMed entre los campus. Los alumnos del Campus 2 comían más frecuentemente todos los días fruta y más de una ración de verdura al día que los alumnos del Campus 1 ($p<0,05$). Por lo que refiere a la ingesta de productos lácteos en el desayuno, se encontró más elevada en el Campus 1 (89,1% vs 78,4%; $p=0,016$). En referencia al resto de las preguntas que componen el test KidMed, no se encontraron diferencias significativas. La puntuación mediana del test KidMed fue de 7,0 (5,0-8,0) puntos, lo que significa que los estudiantes de Enfermería presentaban una adherencia media a la dieta mediterránea, no encontrándose diferencias significativas entre los campus (tabla 2).

Se observaron frecuencias de consumo diferentes según el sexo. Se evidenció que los varones presentaban un consumo superior de fruta a diario (50,0% vs 32,9%; $p=0,042$), pasta o arroz casi a diario (69,4% vs 49,8%; $p=0,027$) y de 2 yogures y/o queso cada día (63,9% vs 43,3%; $p=0,020$) respecto a las mujeres. Por lo que se refiere al desayuno, el 27,8% de los hombres expusieron que no desayunaban todos los días, siendo menor esta proporción en el caso de las mujeres (14,1%; $p=0,033$) (tabla 3).

En referencia al lugar de residencia durante el curso académico, se apreció que los alumnos residentes en el domicilio familiar presentaban un mayor consumo de

pescado con regularidad respecto aquellos que vivían en un piso de estudiantes (69,6% vs 56,2%; $p=0,023$). Además, también tomaban más bollería industrial en el desayuno (14,7% vs 2,2%; $p=0,002$).

En lo que respecta al estado de la asignatura de nutrición y las respuestas del test KidMed, sólo se encontraron diferencias significativas en el consumo de un cereal o derivado en el desayuno, siendo mayor la ingesta de este grupo de alimentos en el caso de los alumnos que estaban cursando o ya habían finalizado dicha asignatura (80,4% y 79,7% vs 63,3%, respectivamente; $p=0,009$) (tabla 3).

Por último, como se muestra en la tabla 3, se evidencia que un mayor índice del test KidMed fue debido a una mejor alimentación en todos los aspectos contemplados en el cuestionario, excepto por el consumo de pasta y arroz que se mostró similar en los diferentes grupos ($p=0,772$).

3.5. Discusión

El principal resultado de este estudio es que los estudiantes de Enfermería de la universidad de estudio presentaron una adherencia media a la dieta mediterránea, requiriendo de modificaciones en su patrón alimentario. El valor mediano del índice KidMed de esta muestra fue muy similar al que obtuvieron Pérez-Gallardo et al. (2015) y Navarro-González et al. (2014) para estudiantes de Ciencias de la Salud de otras universidades españolas. No fue el caso de Fiore et al. (2015), que obtuvo un índice KidMed menor en los estudiantes de Medicina italianos. Cabe señalar que la puntuación media del test KidMed fue muy similar a la de los alumnos que cursan grados no relacionados con las Ciencias de la Salud, a pesar de observarse cierta tendencia a que los estudiantes de Ciencias de la Salud tengan una mayor adhesión a este patrón alimentario (Pérez-Gallardo et al., 2015). A pesar de ello, se requieren intervenciones para mejorar su adherencia, dada la importancia que tendrán a la hora de promover este patrón alimentario durante su práctica profesional. Estas actividades serían más eficaces si se conocieran los motivos por los cuales este grupo poblacional no la sigue.

Además de determinar el grado de adherencia a la dieta mediterránea, el test KidMed también permite apreciar cuáles son las frecuencias de consumo de los encuestados. En comparación con otros estudios del ámbito nacional (Pérez-Gallardo et al., 2015; Navarro-González et al., 2014; Rodrigo Vega et al., 2014; Durá Travé & Castroviejo Gandarias, 2011), se evidenciaron diferencias en la ingesta de determinados alimentos según la zona geográfica en la que residían los universitarios. Los alumnos de la vertiente mediterránea y del sur de España alcanzaban las frecuencias de consumo recomendado para la mayoría de los alimentos que constituyen la base de la dieta mediterránea, no sucediendo lo mismo en el caso de los del norte. Es importante destacar el dato que obtuvieron Durá Travé & Castroviejo Gandarias (2011) sobre el

uso del aceite de oliva para cocinar, ya que el 73,2% de la muestra expusieron su consumo, una cifra muy baja en comparación a la del presente estudio. Por otro lado, cabe señalar que los participantes de este estudio mostraron frecuencias de consumo similares a la de los universitarios de otros países mediterráneos, como son Grecia (Van Diepen et al., 2011) e Italia (Fiore et al. 2015).

Se encontraron diferencias significativas en los hábitos alimentarios de los alumnos de Enfermería según su sexo, hecho que también observaron De la Montaña et al. (2012) y Navarro-González et al. (2014). Tan sólo Fiore et al. (2015) y este estudio detectaron que el sexo masculino tenía una mayor tendencia a omitir el desayuno.

El lugar de residencia durante el curso académico también influye en los hábitos alimentarios de los universitarios, tal y como se ha demostrado en este estudio y en el de Navarro-González et al. (2014), donde también observaron un mayor consumo de dulces y bollería industrial en los estudiantes de Enfermería que residían en el domicilio familiar. Este hecho no deja de ser sorprendente, debido a la existencia de una tendencia a creer que los universitarios que viven en un piso de estudiantes son los que más abusan de este tipo de alimentos, debido a que tienen que prepararse la comida ellos mismos. Contrariamente a lo que se imagina, este hábito puede tener una explicación: los universitarios que viven en el domicilio familiar no tienen que preocuparse por el dinero que gastan en la adquisición de comida, ya que sus padres tienen asumida esta función. En cambio, los que residen en un piso de estudiantes tienen que llevar un control más estricto de los gastos y, muy probablemente, no pueden permitirse el consumo de estos productos de manera regular.

En la universidad de estudio, los alumnos de Enfermería cursan una asignatura de nutrición de carácter obligatorio de 3 créditos ECTS (75 horas) durante el segundo año del grado. A pesar de su realización, no se observó una mejora del índice KidMed,

concordando resultados previos (Rodrigo Vega et al., 2014). A pesar de ello, sí que se apreciaron cambios en las frecuencias de consumo de algunos alimentos, como son los cereales y la pasta. En comparación con estudiantes de otros grados, los cambios producidos después de la docencia se sitúan en niveles algo bajos, haciendo sospechar que los métodos utilizados no permiten la incorporación de los conocimientos adquiridos en la práctica diaria, tal y como pudo comprobar Strawson et al. (2015). En su estudio, apreciaron un cambio de hábitos alimentarios en los estudiantes de Nutrición de una universidad de Canadá, después de realizar dos cursos con oportunidades de aprendizaje experimental durante 6 semanas en Italia. A pesar de estos cambios, concluyeron que el tiempo fue insuficiente, ya que la formación en términos nutricionales requiere de una continuidad en el tiempo para que sea efectiva a largo plazo.

El presente estudio presenta diversas limitaciones. En primer lugar, no se pudo garantizar la sinceridad de los encuestados, que es imprescindible para obtener resultados fiables. La cumplimentación del test KidMed pudo hacerles pensar que se estaba realizando un cuestionario para evaluar sus conocimientos sobre la dieta mediterránea a pesar de hacer hincapié en la necesidad de responder sinceramente, obteniendo respuestas que no se asemejasen a sus hábitos alimentarios habituales. Tampoco se diferenció a los estudiantes del grado de Enfermería según su comunidad autónoma o nacionalidad de origen, pudiendo dar lugar a variaciones en las frecuencias de consumo de diferentes tipos de alimentos según su procedencia, tal y como se ha demostrado anteriormente (Van Diepen et al., 2011; Pérez-Gallardo et al., 2015; Navarro-González et al., 2014; Rodrigo Vega et al., 2014; Fiore et al., 2015; Durá Travé & Castroviejo Gandarias, 2011; Strawson et al., 2015). Así mismo, es importante destacar que las tasas de respuesta se situaron en el 55,9%, quedando

fuera del estudio un porcentaje muy elevado de alumnos que podrían presentar hábitos alimentarios diferentes a los que se han observado.

3.6. Conclusiones e implicaciones

En conclusión, se puede decir que, a pesar de haber alcanzado las frecuencias de consumo recomendado para la mayoría de los alimentos que constituyen la base de la dieta mediterránea, los estudiantes de Enfermería requieren de modificaciones en su patrón alimentario.

Se deberían explorar de manera exhaustiva los motivos que llevan a este colectivo a abandonar este tipo de dieta para orientar las actividades a realizar con el objetivo de mejorar sus hábitos alimentarios y, a consecuencia, mejorar su grado de adhesión. Así mismo, se debería replantear la docencia en términos de nutrición, haciéndola más práctica y que tenga una continuidad en el tiempo para que sus contenidos puedan aplicarse a la vida real.

3.7. Bibliografía

1. Bonaccio, M., Di Castelnuovo, A., Costanzo, S., De Lucia, F., Olivieri, M., Donati, M.B. ... & Bonanni, A. (2013). Nutrition knowledge is associated with higher adherence to Mediterranean diet and lower prevalence obesity. Results from the Moli-sani study. *Appetite*, 68, 139 – 146.
2. Cervera Burriel, F., Serrano Urrea, R., Daouas, T., Delicado Soria, A. & García Meseguer, M.J. (2014). Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria tunecina. *Nutr Hosp*, 30 (6), 1350 – 1358.
3. Cervera Burriel, F., Serrano Urrea, R., Vico García, C., Milla Tobarra, M. & García Meseguer, M.J. (2013). Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutr Hosp*, 28 (2), 438 – 446.
4. De la Montaña, J., Castro, L., Cobas, N., Rodríguez, M. & Míguez, M. (2012). Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia. *Nutr clín diet hosp*, 32 (3), 72 – 80.
5. Durá Travé, T. & Castroviejo Gandarias, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutr Hosp*, 26 (3), 602 – 608.
6. Fiore, M., Ledda, C., Rapisarda, V., Sentina, E., Mauceri, C., D'Agati, P. ... & Ferrante, M. (2015). Medical school fails to improve Mediterranean diet adherence among medical students. *European Journal of Public Health*, 25 (6), 1019 – 1023.
7. Grosso, G., Marventano, S., Giorgianni, G., Raciti, T., Galvano, F. & Mistretta, A (2014). Mediterranean diet adherence rates in Sicily, southern Italy. *Public Health Nutr*, 17 (9), 2001 – 2009.
8. Hu, E.A., Toledo, E., Diez-Espino, J., Estruch, R., Corella, D., Salas-Salvado, J. ... & Martinez-Gonzalez, M.A. (2013). Lifestyles and risk factors associated with

- adherence to the Mediterranean diet: a baseline assessment of the PREDIMED trial. *PLoS One*, 8 (4), 1 – 9.
9. León-Muñoz, L.M., Guallar-Castillón, P., Graciani, A., López-García, E., Mesas, A.E., Aguilera, M.T. ... & Rodríguez-Artalejo, F. (2012). Adherence to the Mediterranean diet has declined in Spanish adults. *J Nutr*, 142 (10), 1843 – 1850.
 10. Navarro-González, I., López-Nicolás, R., Rodríguez-Tadeo, A., Ros-Berruezo, G., Martínez-Marín, M. & Doménech-Asensi, G. (2014). Adherence to the Mediterranean diet by nursing students of Murcia (Spain). *Nutr Hosp*, 30 (1), 165 – 172.
 11. Ortiz-Moncada, R., Norte Navarro, A.I., Zaragoza Marti, A., Fernández Sáez, J. & Davó Blanes, M.C. (2012). ¿Siguen patrones de dieta mediterránea los universitarios españoles?. *Nutr Hosp*, 27 (6), 1952 – 1959.
 12. Pérez-Gallardo, L., Mingo Gómez, T., Bayona Marzo, I., Ferrer Pascual, M.A., Márquez Calle, E., Ramírez Domínguez, R. ... & Navas Cámara, F. (2015). Calidad de la dieta en estudiantes universitarios con distinto perfil académico. *Nutr Hosp*, 31 (5), 2230 – 2239.
 13. Rodrigo Vega, M., Ejeda Manzanera, J.M., González Panero, M.P. & Mijancos Gurruchaga, T.M. (2014). Cambios en la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes de los Grados de Enfermería y de Magisterio tras cursar una asignatura de Nutrición. *Nutr Hosp*, 30 (5), 1173 – 1180.
 14. Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R.M., García, A., Pérez-Rodrigo, C. & Aranceta, J. (2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr*, 7 (7), 931 – 5.
 15. Strawson, C., C. Bell, R., Farmer, A., M. Downs, S., L. Olstad, D. & D. Willows, N. (2015). Changing Dietary Habits of Alberta Nutrition Students Enrolled in a

Travel Study Program in Italy. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 76 (2), 93 – 96.

16. Van Diepen, S., Scholten, A.M., Korobili, C., Kyril, D., Tsigga, M., Van Diejen, T. ... & Grammatikopoulou, M.G. (2011). Greater Mediterranean diet adherence is observed in Dutch compared with Greek university students. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 21 (7), 534 – 540.

3.8. Tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas de los estudiantes según el campus de realización del grado de Enfermería

	Total [n (%)] (n=313)	Campus 1 [n (%)] (n=119)	Campus 2 [n (%)] (n=194)	p
<i>Edad:</i> [mediana (p ₂₅ -p ₇₅)]	21,0 (20,0-24,0)	22,0 (20,0-26,0)	21,0 (19,0-23,0)	<0,001
<i>Sexo:</i>				0,178
Femenino	277 (88,5)	109 (91,6)	168 (86,6)	
Masculino	36 (11,5)	10 (8,4)	26 (13,4)	
<i>Curso:</i>				0,356
Primero	88 (28,1)	29 (24,4)	59 (30,4)	
Segundo	64 (20,4)	28 (23,5)	36 (18,6)	
Tercero	69 (22,0)	23 (19,3)	46 (23,7)	
Cuarto	92 (29,4)	39 (32,8)	53 (27,3)	
<i>Lugar de origen:</i>				0,017
Ciudad	192 (61,5)	63 (52,9)	129 (66,8)	
Pueblo	120 (38,5)	56 (47,1)	64 (33,2)	
<i>Residencia durante el curso académico:</i>				0,246
Domicilio familiar	224 (71,6)	90 (75,6)	134 (69,1)	
Piso de estudiantes	89 (28,4)	29 (24,4)	60 (30,9)	
<i>IMC (kg/m²)*:</i> [mediana (p ₂₅ -p ₇₅)]	21,7 (20,2-24,3)	21,7 (20,0-24,9)	21,7 (20,3-23,8)	0,837
<i>Estado de la asignatura de nutrición:</i>				0,543
No iniciada	90 (28,8)	30 (25,2)	60 (30,9)	
En curso	51 (16,3)	21 (17,6)	30 (15,5)	
Acabada	172 (55,0)	68 (57,1)	104 (53,6)	

*Se obtuvieron 308 valores del total de la muestra, 114 del Campus 1 y 194 del Campus 2.

Tabla 2: Test de calidad de la dieta mediterránea en los estudiantes por campus de realización del grado de Enfermería

<i>Test KidMed</i>	Total [n (%)] (n=313)	Campus 1 [n (%)] (n=119)	Campus 2 [n (%)] (n=194)	p
1) Toma una fruta/zumo todos los días	219 (70,0)	73 (61,3)	146 (75,3)	0,009
2) Toma una segunda fruta todos los días	109 (34,8)	34 (28,6)	75 (38,7)	0,069
3) Toma verduras una vez al día	220 (70,3)	79 (66,4)	141 (72,7)	0,237
4) Toma verdura más de una vez al día	94 (30,0)	27 (22,7)	67 (34,5)	0,026
5) Toma pescado con regularidad	206 (65,8)	76 (63,9)	130 (67,0)	0,569
6) Acude con frecuencia a restaurantes de comida rápida	40 (12,8)	18 (15,1)	22 (11,3)	0,330
7) Toma legumbres con regularidad	223 (71,2)	85 (71,4)	138 (71,1)	0,955
8) Toma pasta o arroz casi a diario	163 (52,1)	70 (58,8)	93 (47,9)	0,061
9) Desayuna un cereal o derivado	235 (75,1)	87 (73,1)	148 (76,3)	0,528
10) Toma frutos secos con regularidad	119 (38,0)	46 (38,7)	73 (37,6)	0,856
11) En casa utilizan aceite de oliva	312 (99,7)	118 (99,2)	194 (100,0)	0,380
12) No desayuna todos los días	49 (15,7)	16 (13,4)	33 (17,0)	0,399
13) Desayuna un lácteo (leche, yogur...)	258 (82,4)	106 (89,1)	152 (78,4)	0,016
14) Desayuna bollería industrial	35 (11,2)	16 (13,4)	19 (9,8)	0,320
15) Toma 2 yogures y/o queso cada día	143 (45,7)	55 (46,2)	88 (45,4)	0,882
16) Toma dulces varias veces al día	67 (21,4)	28 (23,5)	39 (20,1)	0,473
<i>Índice KidMed</i>				
Puntuación total [mediana (p ₂₅ -p ₇₅)]	7,0 (5,0-8,0)	7,0 (5,0-8,0)	7,0 (5,0-8,0)	0,232
≤ 3 (adherencia baja)	26 (8,3)	12 (10,1)	14 (7,2)	0,494
4-7 (adherencia media)	155 (49,5)	61 (51,3)	94 (48,5)	
≥ 8 (adherencia alta)	132 (42,2)	46 (38,7)	86 (44,3)	

Tabla 3: Resultados del test KidMed de los estudiantes según su sexo, estado de la asignatura de nutrición y grado de adherencia a la dieta mediterránea (índice KidMed)

Test KidMed	Sexo		Estado de la asignatura de nutrición			Grado de adherencia a la dieta mediterránea		
	Femenino [n (%)] (n=277)	Masculino [n (%)] (n=36)	No iniciada [n (%)] (n=90)	En curso [n (%)] (n=51)	Acabada [n (%)] (n=172)	Adherencia baja [n (%)] (n=26)	Adherencia media [n (%)] (n=155)	Adherencia alta [n (%)] (n=132)
1) Toma una fruta/zumo todos los días	192 (69,3)	27 (75,0)	66 (73,3)	31 (60,8)	122 (70,9)	8 (30,8) *	89 (57,4) *	122 (92,4) *
2) Toma una segunda fruta todos los días	91 (32,9) *	18 (50,0) *	33 (36,7)	13 (25,5)	63 (36,6)	0 (0,0) *	30 (19,4) *	79 (59,8) *
3) Toma verduras una vez al día	195 (70,4)	25 (69,4)	59 (65,6)	34 (66,7)	127 (73,8)	10 (38,5) *	89 (57,4) *	121 (91,7) *
4) Toma verdura más de una vez al día	84 (30,3)	10 (27,8)	28 (31,1)	11 (21,6)	55 (32,0)	1 (3,8) *	24 (15,5) *	69 (52,3) *
5) Toma pescado con regularidad	180 (65,0)	26 (72,2)	64 (71,1)	32 (62,7)	110 (64,0)	6 (23,1) *	94 (60,6) *	106 (80,3) *
6) Acude con frecuencia a restaurantes de comida rápida	35 (12,6)	5 (13,9)	10 (11,1)	7 (13,7)	23 (13,4)	12 (46,2) *	27 (17,4) *	1 (0,8) *
7) Toma legumbres con regularidad	193 (69,7)	30 (83,3)	59 (65,6)	40 (78,4)	124 (72,1)	7 (26,9) *	103 (66,5) *	113 (85,6) *
8) Toma pasta o arroz casi a diario	138 (49,8) *	25 (69,4) *	46 (51,1)	30 (58,8)	87 (50,6)	12 (46,2)	83 (53,5)	68 (51,5)
9) Desayuna un cereal o derivado	210 (75,8)	25 (69,4)	57 (63,3) *	41 (80,4) *	137 (79,7) *	13 (50,0) *	103 (66,5) *	119 (90,2) *
10) Toma frutos secos con regularidad	100 (36,1)	19 (52,8)	37 (41,1)	17 (33,3)	65 (37,8)	4 (15,4) *	36 (23,2) *	79 (59,8) *
11) En casa utilizan aceite de oliva	276 (99,6)	36 (100,0)	90 (100,0)	51 (100,0)	171 (99,4)	25 (96,2) *	155 (100,0) *	132 (100,0) *
12) No desayuna todos los días	39 (14,1) *	10 (27,8) *	12 (13,3)	9 (17,6)	28 (16,3)	11 (42,3) *	30 (19,4) *	8 (6,1) *
13) Desayuna un lácteo (leche, yogur...)	230 (83,0)	28 (77,8)	69 (76,7)	46 (90,2)	143 (83,1)	17 (65,4) *	126 (81,3) *	115 (87,1) *
14) Desayuna bollería industrial	29 (10,5)	6 (16,7)	8 (8,9)	7 (13,7)	20 (11,6)	10 (38,5) *	23 (14,8) *	2 (1,5) *
15) Toma 2 yogures y/o queso cada día	120 (43,3) *	23 (63,9) *	44 (48,9)	28 (54,9)	71 (41,3)	2 (7,7) *	63 (40,6) *	78 (59,1) *
16) Toma dulces varias veces al día	60 (21,7)	7 (19,4)	24 (26,7)	11 (21,6)	32 (18,6)	18 (69,2) *	33 (21,3) *	16 (12,1) *
Índice KidMed								
Puntuación total [mediana (p ₂₅ -p ₇₅)]	7,0 (5,0-8,0)	8,0 (5,0-9,0)	7,0 (5,0-8,3)	6,0 (5,0-8,0)	7,0 (5,0-8,0)	-	-	-
≤ 3 (adherencia baja)	24 (8,7)	2 (5,6)	9 (10,0)	2 (3,9)	15 (8,7)	-	-	-
4-7 (adherencia media)	141 (50,9)	14 (38,9)	46 (51,1)	30 (58,8)	79 (45,9)	-	-	-
≥ 8 (adherencia alta)	112 (40,4)	20 (55,6)	35 (38,9)	19 (37,3)	78 (45,3)	-	-	-

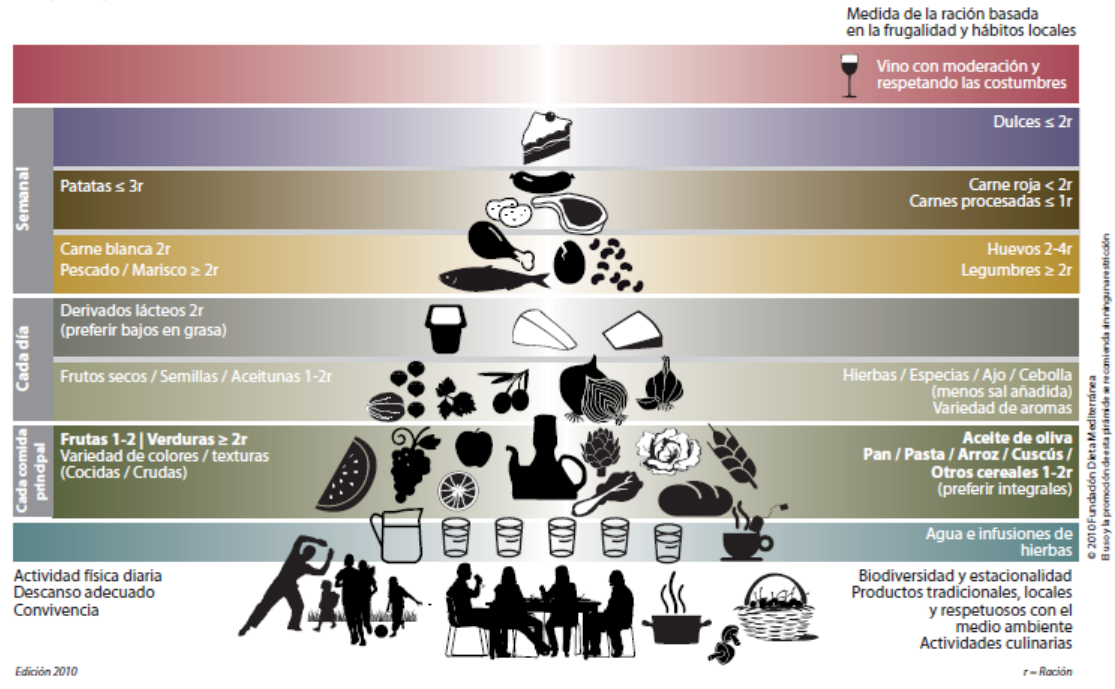
* p<0,05

4. ANEXOS

Anexo 1: Pirámide de la dieta mediterránea

Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual

Guía para la población adulta



ICAF
International Commission on the
Anthropology of Food and Nutrition



Predimed
Asociación con Dieta Mediterránea



Ciisam
Mediterranean Diet
Mediterranean Diet
Mediterranean Diet



Figura 2. Pirámide de la dieta mediterránea: características comunes y frecuencias de consumo (Extraído de Fundación Dieta Mediterránea, 2010) [11].

Anexo 2: Cuestionario enviado a los estudiantes de Enfermería

Adherencia a la dieta mediterránea en los estudiantes de enfermería de la

URV

Me llamo Montserrat Bermejo y soy estudiante de 4º de Enfermería de la URV - Seu del Baix Penedès. Actualmente, me encuentro realizando el Trabajo de Fin de Grado y me gustaría conocer la adherencia a la dieta mediterránea en los estudiantes de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili. Es por este motivo que le pido que me conteste este cuestionario, que sólo tardará en cumplimentar unos 5 minutos. Le garantizo la confidencialidad de los datos proporcionados y que no serán utilizados para otros objetivos. En caso de dudas o querer conocer los resultados del estudio, le dejo mi correo electrónico: montserrat.bermejo@estudiants.urv.cat. Gracias de antemano.

- Edad:
- Sexo:
 - Femenino.
 - Masculino.
- Origen:
 - Ciudad.
 - Otro (especificar).
 - Pueblo.
- ¿Dónde reside durante el curso?:
 - Domicilio familiar.
 - Otro (especificar).
 - Piso de estudiantes.
- Peso:
- Talla (altura):

- Campus dónde realiza el grado de Enfermería:
 - Seu del Baix Penedès (Coma-Ruga).
 - Campus Catalunya (Tarragona).
- Curso:
 - 1º.
 - 2º.
 - 3º.
 - 4º.
- Respecto a la asignatura de nutrición, ¿en qué estado se encuentra?:
 - No iniciada.
 - Acabada.
 - En curso.

Test KidMed

1. ¿Toma una fruta o zumo todos los días?: sí/no.
2. ¿Toma una segunda fruta todos los días?: sí/no.
3. ¿Toma verduras una vez al día?: sí/no.
4. ¿Toma verdura más de una vez al día?: sí/no.
5. ¿Toma pescado con regularidad?: sí/no.
6. ¿Acude con frecuencia a restaurantes de comida rápida?: sí/no.
7. ¿Toma legumbres con regularidad?: sí/no.
8. ¿Toma pasta o arroz casi a diario?: sí/no.
9. ¿Desayuna un cereal o derivado?: sí/no.
10. ¿Toma frutos secos con regularidad?: sí/no.
11. ¿En casa utilizan aceite de oliva?: sí/no.
12. ¿Desayuna todos los días?: sí/no.
13. ¿Desayuna un lácteo (leche, yogur, etc.)?: sí/no.
14. ¿Desayuna bollería industrial?: sí/no.
15. ¿Toma 2 yogures y/o queso cada día?: sí/no.

16. ¿Toma dulces varias veces al día?: sí/no.

Este cuestionario también se encuentra disponible en el siguiente enlace:

<http://goo.gl/forms/Gle7BWKuSv>

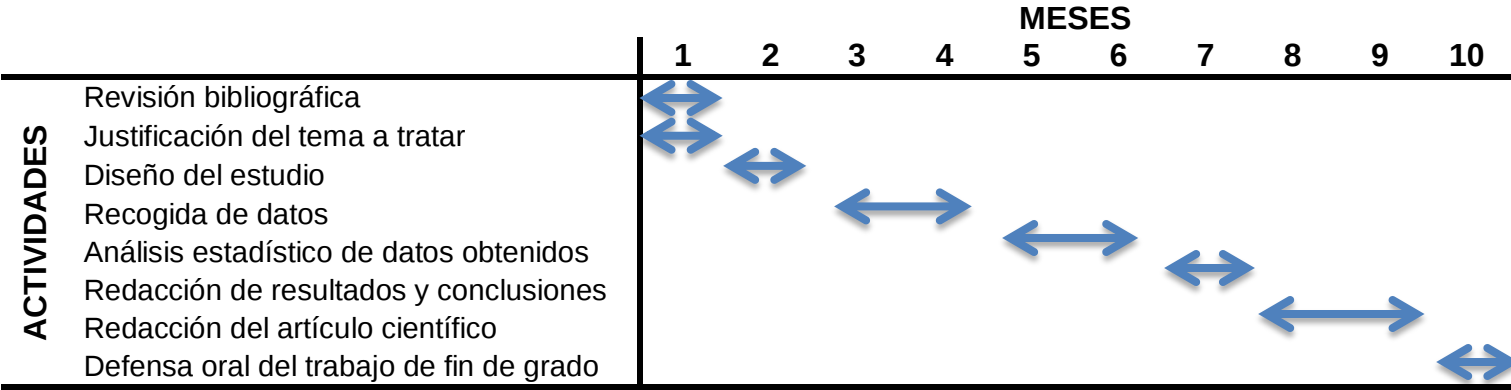
Anexo 3: Test KidMed

Test KidMed	
Puntuación	
+ 1	1.- Toma una fruta o zumo todos los días
+ 1	2.- Toma una segunda fruta todos los días
+ 1	3.- Toma verduras una vez al día
+ 1	4.- Toma verdura más de una vez al día
+ 1	5.- Toma pescado con regularidad
- 1	6.- Acude con frecuencia a restaurantes de comida rápida
+ 1	7.- Toma legumbres con regularidad
+ 1	8.- Toma pasta o arroz casi a diario
+ 1	9.- Desayuna un cereal o derivado
+ 1	10.- Toma frutos secos con regularidad
+ 1	11.- En casa utilizan aceite de oliva
- 1	12.- No desayuna todos los días
+ 1	13.- Desayuna un lácteo (leche, yogur, etc.)
- 1	14.- Desayuna bollería industrial
+ 1	15.- Toma 2 yogures y/o queso cada día
- 1	16.- Toma dulces varias veces al día

Valores del índice KidMed:

- Adherencia baja: ≤ 3 puntos.
- Adherencia media: de 4 a 7 puntos.
- Adherencia alta: ≥ 8 puntos.

Anexo 4: Cronograma



Anexo 5: Normas de publicación “Journal of Nursing Scholarship”

Author Guidelines:

The Journal of Nursing Scholarship (JNS) is a peer-reviewed journal, published quarterly for subscribers and members of the honor society of nursing, Sigma Theta Tau International. Scholarly works are invited in the areas of clinical scholarship, health policy and systems, profession and society and world health. The mission of JNS is to advance knowledge to improve the health of the world's people. We are, therefore, most interested in receiving manuscripts that provide new knowledge designed to improve nursing practice globally. If you are interested in submitting a manuscript for possible publication, please review submission requirements below.

Copyright Information:

If your paper is accepted, the author identified as the formal corresponding author for the paper will receive an email prompting them to login into Author Services; where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be able to complete the license agreement on behalf of all authors on the paper.

For authors signing the copyright transfer agreement:

If the OnlineOpen option is not selected the corresponding author will be presented with the copyright transfer agreement (CTA) to sign. The terms and conditions of the CTA can be previewed in the samples associated with the Copyright FAQs below: CTA Terms and Conditions http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp

For authors choosing OnlineOpen:

If the OnlineOpen option is selected the corresponding author will have a choice of the following Creative Commons License Open Access Agreements (OAA):

- Creative Commons Attribution License OAA
- Creative Commons Attribution Non-Commercial License OAA
- Creative Commons Attribution Non-Commercial -NoDerivs License OAA

To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author Services

http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp and visit

<http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>

If you select the OnlineOpen option and your research is funded by The Wellcome Trust and members of the Research Councils UK (RCUK) you will be given the opportunity to publish your article under a CC-BY license supporting you in complying with Wellcome Trust and Research Councils UK requirements. For more information on this policy and the Journal's compliant self- archiving policy please visit:

<http://www.wiley.com/go/funderstatement>

MANUSCRIPTS

Manuscripts are voluntary contributions submitted for exclusive review for publication in JNS. Manuscripts containing original material are accepted for consideration if neither the article nor any part of its essential substance, tables, or figures has been or will be published or submitted elsewhere before appearing in JNS. The journal employs a plagiarism detection system. By submitting your manuscript to this journal you accept

that your manuscript may be screened for plagiarism against previously published works.

Manuscript Submission

Original submissions should be uploaded to: <http://mc.manuscriptcentral.com/jnu>

Getting Started

1. Launch your web browser (Internet Explorer 5 or higher, Netscape 7 or higher, Firefox 1.0.4 or Safari 1.2.4) and go to the *Journal of Nursing Scholarship's* ScholarOne Manuscripts login screen (<http://mc.manuscriptcentral.com/jnu>).
2. Log-in or click the "Create Account" option if you are a first-time user of Manuscript Central.
3. If you are creating a new account:
 - After clicking on "Create Account", enter your name and e-mail information and click "Next". Your e-mail information is very important.
 - Enter your institution and address information as appropriate, and then click "Next."
 - Enter a user ID and password of your choice (we recommend using your e-mail address as your user ID), and then select your area of expertise. Click "Finish".
4. If you have an account but have forgotten your log in details, go to "Password Help" on the *Journal of Nursing Scholarship's* ScholarOne Manuscripts login screen and enter your email address. The system will send you an automatic user ID and password reminder.
5. Log-in and select "Author Center."

Submitting Your Manuscript

1. After you have logged in, click the “Submit a Manuscript” link in the menu bar.
2. Enter data and answer questions as appropriate.
3. Click the “Next” button on each screen to save your work and advance to the next screen.
4. You are required to upload your files.
 - Click on the “Browse” button and locate the file on your computer.
 - Select the designation of each file in the drop down next to the Browse button.
 - When you have selected all files you wish to upload, click the “Upload Files” button.
5. Review your submission (in both PDF and HTML formats) before sending to the Journal. Click the “Submit” button when you are finished reviewing.

You may suspend a submission at any phase before clicking the “Submit” button and save it to submit later. After submission, you will receive a confirmation e-mail. You can also access ScholarOne Manuscript any time to check the status of your manuscript. The Journal will inform you by e-mail once a decision has been made.

Getting Help With Your Submission

Each page of the ScholarOne Manuscripts website has a ‘Get Help Now’ link connecting directly to the online support system at <http://mcv3support.custhelp.com> and telephone support is available through the US ScholarOne support office on: 888-503-1050.

For general information about manuscripts, please contact Melody Jones:

- E-mail: melody@sti.iupui.edu

- Phone: 1-317-634-8171
- Fax: 1-317-634-8188

For queries about submitting manuscripts, please contact the editor by E-mail:

JNS@stti.org

Subsequent communication with the editor will be done via E-mail as much as possible. The information below indicates the required presentation of manuscripts.

FORMAT AND STYLE

The Publication Manual of the American Psychological Association (APA), 5th Edition, *(beginning 1 January 2011, use the 6th Edition)* has the format for references, headings, and other matters. Check here for additional information about APA style: <http://www.apastyle.org/faqs.html>. Note below that JNS guidelines differ slightly from APA guidelines, for example, the JNS requirements of structured abstract and additional information about authors differ.

Manuscripts should be in a 12-point font, double-spaced, in either Times New Roman or Courier and as a Word document or as Rich Text (this includes all tables and figures) with standard margins (about 1 inch). Fancy typefaces, italics, underlining, and bolding should not be used except as prescribed in the APA guidelines.

Manuscripts must not exceed 20 pages, including abstract, text, references, tables, and figures. The author is responsible for compliance with APA format and for the accuracy of all information, including citations and verification of all references with citations in the text. Spelling may be in either English (American or British).

CONTENT

We are most interested in content that provides new knowledge that is clinically relevant to nurses around the world. We do publish reports of instrument development but these are limited to 1,500 word briefs. We occasionally publish content analyses but these are not a priority for publication.

The content of a typical manuscript includes:

- Title Page
- Abstract and Key Words including statement of Clinical Relevance
- Text
- Clinical Resources
- References
- Tables and Figures

Title page — uploaded separately from body of the manuscript

Title: The title should indicate the focus of the article in as few words as possible. It should not contain a colon or other complex structure. Titles should not exceed about 10 words.

Running head: The running head is an abbreviated wording of the title; it usually is not more than four or five words.

Author information: Indicate for each author: (a) name; (b) degrees and certifications; (c) Sigma Theta Tau International chapter, if applicable; (d) title or position, institution, and location; and (e) to whom correspondence should be sent, with full address, phone and fax numbers, and E-mail address; provide E-mail addresses for all coauthors.

Acknowledgements: If any acknowledgements are to be included, they should be briefly stated, such as name of funding source and grant number.

Abstract

A structured abstract with headings should be included as part of the manuscript. The abstract denotes: (a) purpose of the article, without detailed background; (b) design, including type of study, sample, setting, dates of data collection if applicable; (c) methods, such as interventions, measures, types of analysis; (d) findings; (e) conclusions. If the manuscript is focused on review or theoretical analysis instead of an empirical study, a structured abstract still is required, but the organizing construct may be stated instead of a design.

Clinical Relevance: A one or two sentence statement on clinical relevance of the study follows the structured abstract.

Key words

A few key words that are recommended for use in indexing should be listed at the end of the abstract.

Text

Successful articles have clear, succinct, and logical organization and flow of content.

International literature: JNS is an international scholarly journal, distributed in over 100 countries. Thus the context of a study or analysis is important. The text should indicate the characteristics of the setting in which a study was conducted. Whenever possible, the review of literature and the discussion, interpretation, and comparison of findings should include reference to relevant works published in other countries, contexts, and populations.

Clinical resources: Web sites that are related to the topic of the article are provided to aid readers in incorporating new knowledge into their practice and should proceed the references.

References: The list of references should include only those references that are important to the text. Long lists of references are not desirable because they consume too much space. All citations in the text must be listed in the references, and all references should be cited in the text. References should be the most current available on the topic.

Tables and Figures: Each table and figure should be presented and submitted separately. Addenda and appendices are not used in JNS.

Permission to quote: The author is responsible for securing written permission of first author and publisher for quotation or reproduction of any materials that require such permission. This documentation of permission should be included with the manuscript at the time of submission as a separate upload.

TIME FOR REVIEW, DECISION, AND PRODUCTION

The average time from manuscript submission to the author's receipt of the editor's decision about publication is 2-3 months. During that time, each manuscript undergoes a rigorous double-blind peer review. Many excellent manuscripts are accepted, some pending minor revisions. Many other excellent manuscripts receive a 'revise and resubmit' decision and their authors are encouraged to follow the suggestions made by reviewers to make changes, and to then resubmit with a detailed letter to the editor outlining the changes made following the reviewer suggestions. Authors who are responsive to the suggestions of the reviewers are well placed to have their manuscripts accepted for publication.

Once your manuscript is accepted for publication, we are proud to be able to have it published online (Early View) prior to appearing in the print journal. Having Early View capability assures that your important work is disseminated as widely and as quickly as possible. You will receive proofs of your article prior to publishing in Early View and that is your opportunity to make any needed corrections. *IMPORTANT:* Please review proofs carefully as changes cannot be made once the manuscript is published online in Early View.

NEW: Authors for whom English is a second language may choose to have their manuscript professionally edited before submission to improve the English. A list of independent suppliers of editing services can be found at http://authorservices.wiley.com/bauthor/english_language.asp. All services are paid for and arranged by the author, and use of one of these services does not guarantee acceptance or preference for publication.

Publishing guidelines for inexperienced or non-English authors

Inexperienced authors or authors for whom English is not their first language may also find the following resource useful.

EASE (European Association of Science Editors) have compiled some basic guidelines for inexperienced authors or authors whose first language is not English, in order to help them get published. They have also translated them into various languages (please find them here <http://www.ease.org.uk/guidelines/index.shtml>).

AUTHOR SERVICES

Free access to the final PDF offprint of your article will be available via author services. Please sign up for author services if you would like to access your article PDF offprint

upon publication of your paper, and enjoy the many other benefits the service offers. Visit <http://authorservices.wiley.com/bauthor/> to sign up for author services.

Online production tracking is also available for your article through Wiley-Blackwell's Author Services. Author Services enables authors to track their article - once it has been accepted - through the production process to publication online and in print. Authors can check the status of their articles online and choose to receive automated e-mails at key stages of production. The author will receive an e-mail with a unique link that enables them to register and have their article automatically added to the system. Please ensure that a complete e-mail address is provided when submitting the manuscript. Visit <http://authorservices.wiley.com/bauthor/> for more details on online production tracking and for a wealth of resources including FAQs and tips on article preparation, submission and more.

Note to NIH Grantees

Pursuant to NIH mandate, Wiley-Blackwell will post the accepted version of contributions authored by NIH grant-holders to PubMedCentral upon acceptance. This accepted version will be made publicly available 12 months after publication. For further information, see www.wiley.com/go/nihmandate. Frequently asked questions are answered here:

https://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_FundingBodyRequirements.asp

Anexo 6: Carta de presentación del artículo

RE: Adherencia a la dieta mediterránea de los estudiantes de Enfermería de una universidad situada en el noreste de España.

Dra. Susan Gennaro

Editora de la Revista Journal of Nursing Scholarship

Apreciada Dra. Gennaro,

Es un placer enviarle el presente manuscrito sobre la adherencia a la dieta mediterránea de los estudiantes de Enfermería de una universidad situada en el noreste de España para que lo considere para publicar como artículo original en la revista Journal of Nursing Scholarship. Creemos que este manuscrito puede ser de interés para los lectores de Journal of Nursing Scholarship, mostrando nuevos datos relacionados con la adherencia a la dieta mediterránea de los futuros profesionales de la salud y permitiendo posibles mejoras en su formación académica.

El presente manuscrito describe el perfil de los universitarios de la región mediterránea y sus hábitos alimentarios, mediante el envío de un cuestionario que evalúa sus características sociodemográficas y el grado de adherencia a la dieta mediterránea (test KidMed) a los estudiantes de Enfermería de una universidad del noreste de España. Asimismo, presenta los resultados sobre la influencia de las distintas variables sociodemográficas en el grado de adhesión a este patrón alimentario y, en consecuencia, en las frecuencias de consumo para los diferentes alimentos incluidos en la pirámide de la dieta mediterránea. Sobre este tema, cabe destacar que no existen estudios realizados en esta región de España y la literatura existente es

antigua, quedando desfasada respecto a la situación actual. Por tanto, creemos que este manuscrito podría ayudar a este colectivo a concienciarse respecto a sus hábitos alimentarios y, por otro lado, a realizar modificaciones en la docencia en términos de nutrición para que sea más efectiva.

Garantizo que todos los autores han visto y aprueban la versión final del manuscrito y que están de acuerdo en su publicación en la revista Journal of Nursing Scholarship. Así mismo, confirmo que el manuscrito no ha sido publicado ni está siendo considerado en otra revista.

Garantizo que todos los autores han leído las instrucciones para los autores y están de acuerdo con sus contenidos y que ningún autor tiene conflictos de interés que declarar.

Sin más, gracias por considerar esta petición,

Atentamente,

Montserrat Bermejo-González

Universitat Rovira i Virgili – Seu del Baix Penedès

Av. Palfuriana, s/n. 43880 – El Vendrell (Tarragona, Spain)

montbergonzal@yahoo.es

Número de teléfono: 683407981