

# Adherencia a la dieta mediterránea y mitos en alimentación: un estudio transversal

---

Carolina, del Reguero Muñiz<sup>1</sup> (CdRM); Lucia, Rodríguez Velasco<sup>2</sup> (LRV); Laura Villanueva del Campo (LVdC)<sup>3</sup>; Cristina, de Pablo Morante<sup>4</sup> (CdPM); Julián, Diaz Alonso<sup>5</sup> (JDA)

<sup>1</sup>Enfermera, Centro de Salud El Cristo, C. Álvaro Flórez Estrada 21, 33006, Oviedo, Asturias | <sup>2</sup>Enfermera, Centro de Salud Lugones, C. Puerto Pajares, 6, 33420 Lugones, Asturias | <sup>3</sup>Enfermera, Centro de Salud V Centenario, C.Real, 91, 28703, San Sebastián de los Reyes, Madrid | <sup>4</sup>Enfermera, Centro de Salud General Ricardos, C. General Ricardos, 131, 28019, Carabanchel, Madrid | <sup>5</sup>Enfermero, Centro de Salud El Cristo, C. Álvaro Flórez estrada 21, 33006, Oviedo, Asturias

**AUTOR DE CORRESPONDENCIA:** [carolinadelreguero@gmail.com](mailto:carolinadelreguero@gmail.com)

---

Manuscrito recibido: 19/01/2023

Manuscrito aceptado: 25/11/2025

## Cómo citar este documento

del Reguero Muñiz, C., Rodríguez Velasco, L., Villanueva del Campo, L., de Pablo Morante, C., & Diaz Alonso, J. (2025). Adherencia a la dieta mediterránea y mitos en alimentación: un estudio transversal. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2025 Diciembre; 13(3): 79-92

---

**Declaración de conflicto de intereses:** No existe conflicto de intereses. **Fuentes de financiación:** No ha existido financiación interna/externa alguna para el desarrollo del mismo. **Contribuciones de autoría:** La redacción y elaboración del estudio ha sido conjunta por todos los integrantes del estudio.

Original

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el porcentaje de pacientes que presentan buena adherencia a la dieta mediterránea en la población adscrita a 3 centros de salud del área sanitaria de Madrid-España, pertenecientes a la Dirección Asistencial Noroeste.

**Metodología:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional transversal en una muestra de 378 personas, entre julio de 2019 y enero de 2020, en 3 centros de salud de Madrid (Consultorio La Marazuela-Las Rozas, Consultorio de Brunete, Centro de Salud Segovia), mediante dos cuestionarios: uno derivado de un cuestionario de dieta mediterránea adaptado para Madrid-AP y otro ad hoc en base a informes previos sobre alimentación.

**Resultados:** Un 65% del total encuestado mostró buena adherencia a la dieta mediterránea, siendo la mayor parte mujeres ( $n= 203$  (64.2%). La edad media de los encuestados fue de 49,6 años, siendo la mayoría de origen español (81.7%) El mito "La fruta se debe tomar fuera de las comidas" fue el que mayor número de respuestas erróneas obtuvo. El mayor número de respuestas correctas se obtuvo para los mitos "Si realicé ejercicio físico puedo comer y beber lo que quiera" y "El pan es un alimento NO saludable".

**Conclusión:** No se encontró asociación entre la adherencia a la dieta mediterránea y las variables sociodemográficas exploradas. Los resultados obtenidos respecto al consumo de frutas, verduras y vino no se asemejaban a los reflejados en otros estudios. No se encontró relación entre adherencia y mitos.

## Palabras clave

Dieta, Dieta mediterránea, Dieta saludable, Conducta alimentaria.

# Adherence to the mediterranean diet and feeding myths: observational descriptive study

## Abstract

**Objective:** Determine the percentage of patients who present good adherence to the Mediterranean diet in the population assigned to 3 health centers in the health area of Madrid-Spain, belonging to the north-west health care department.

**Methodology:** A cross-sectional observational descriptive study was carried out in a sample of 378 people, between July 2019 and January 2020, in 3 health centers in Madrid (La Marazuela-Las Rozas Clinic, Brunete Clinic, Segovia Health Center), using two questionnaires: one derived from a Mediterranean diet questionnaire adapted for Madrid-AP and another ad hoc based on previous reports on food.

## Key words

Dieta, Dieta mediterránea, Dieta saludable, Conducta alimentaria.

**Results:** 65% of the total surveyed showed good adherence to the Mediterranean diet, the majority being women (n= 203 (64.2%). The mean age of those surveyed was 49.6 years, with most of the Spanish origin (81.7%). The myth "Fruit should be eaten between meals" received the most incorrect answers. The most correct answers were for the myths "If I exercise, I can eat and drink whatever I want" and "Bread is an unhealthy food."

**Conclusions:** No association was found between adherence to the Mediterranean diet and the sociodemographic variables examined. The results obtained regarding the consumption of fruits, vegetables, and wine were not similar to those reflected in other studies. No relationship was found between adherence and myths.

## Introducción:

España ha sido tradicionalmente un país con una alimentación basada en la dieta mediterránea que constituye un elemento de identidad cultural, fuente de riqueza, y un pilar de bienestar social y estilos de vida saludables en nuestro país. Una mayor esperanza de vida y beneficios protectores sobre diversas enfermedades crónicas se han asociado a esta dieta (1,2).

Desde 1975 los datos globales de obesidad se han visto triplicados; cerca de un 16% presentaban obesidad en 2022 y alrededor de un 44% padecían sobrepeso (3). En España, según los datos obtenidos en el ensayo PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea), realizado por el Instituto de Salud Carlos III en el año 2013, las personas con alto riesgo cardiovascular reducen significativamente el riesgo de sufrir un evento cardiovascular adverso siguiendo una dieta mediterránea (4). Así mismo, el empleo de aceite de oliva virgen extra como grasa principal, junto con las demás directrices de esta dieta, ha demostrado eficacia a la hora de la reducción de peso en pacientes sin eventos cardiovasculares previos (5).

Este patrón dietético surgió en las regiones de cultivo de olivos, situadas en la cuenca mediterránea, desde mediados de 1960 (6). Las diversas dificultades que la población iba encontrando (creencias religiosas, costumbres, modas, nivel socio económico) fueron determinantes clave que han limitado la importación y/o consumo de alimentos de elevado coste en ese momento como, por ejemplo, la carne (7). La base fundamental de esta dieta incluye el abundante consumo de verduras, hortalizas, legumbres, cereales de grano entero, frutos secos y la utilización de aceite de oliva como grasa principal. También se caracteriza por un consumo moderado de productos lácteos, pescados, huevos y un bajo consumo de carnes y sus derivados (4).

La dieta en la región mediterránea ha empeorado con el tiempo y su adherencia ha disminuido. Como consecuencia directa se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos procesados (8), productos adelgazantes y dietas milagro (9,10). Esto se debe a la falta de tiempo y/o conocimientos deficientes tanto en habilidades de compra como en competencias culinarias (11,12,13); no menospreciando el efecto que la globalización y la sobrecarga publicitaria ejerce sobre el patrón alimentario.

La falsa información y el engaño al que se ve sometido la población en terreno de nutrición deriva en falsos mitos alimentarios que crecen a diario pudiendo ser refutados muchas veces con lógica científica o simples contradicciones (8). Todo esto constituye un reto para los profesionales sanitarios que tratan de argumentar consejos nutricionales en base a explicaciones científicas disipando así mitos y fomentando conductas saludables (11).

A pesar de los numerosos estudios que avalan la idoneidad nutricional de la dieta mediterránea (4, 7,14) y la disminución gradual de su adherencia (15,16), son escasos aquellos que identifican grupos etarios de mayor riesgo en la población que acude a las consultas, exploran los grados de adherencia a la dieta mediterránea y mitos con relación a la alimentación actual, entre otros aspectos, que pueden influir en la adherencia a esta dieta (10,17).

## Objetivo principal:

Determinar el porcentaje de pacientes que presentan buena adherencia a la dieta mediterránea en la población adscrita a los centros de salud de La Marzuela (Las Rozas), Brunete y Segovia (Madrid) durante el periodo de estudio (julio de 2019 y enero de 2020).

## Objetivos específicos:

- Describir el perfil de los pacientes que presentan buena adherencia a la dieta mediterránea según sexo, grupo de edad, nivel de estudios y país de origen.
- Explorar creencias de la población sobre falsos mitos en alimentación.
- Determinar la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y creencias en falsos mitos en alimentación.

## Metodología

**Diseño:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, realizado entre julio de 2019 y enero de 2020, en 3 centros de salud del área sanitaria de Madrid-España, adscritos a la Dirección Asistencial Noroeste de atención primaria (Consultorio La Marazuela-Las Rozas, Consultorio de Brunete, Centro de Salud Segovia-Madrid).

**Participantes:** Del total de la población adscrita a los centros de salud seleccionados, 20.522 pacientes (Segovia: 11.060, Brunete: 4047, Marazuela: 5415), para un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y asumiendo una proporción de pérdidas del 5%; el tamaño muestral calculado para la realización del estudio fue de 378 pacientes.

Los criterios de inclusión en la población a estudio fueron individuos mayores de 18 años, pertenecientes a los centros de salud anteriormente mencionados; que acudieron a consulta de medicina o enfermería por cualquier motivo, durante el periodo de estudio, en el turno de trabajo de las investigadoras. Se excluyó a pacientes que por sus características no pudieran responder al cuestionario (desconocían el idioma/dificultades en comprensión oral y escrita). Se obtuvieron 347 cuestionarios. El número de pérdidas fue de un 8,2%.

**Recogida de datos:** Mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia, se entregó por parte de las investigadoras, cuestionarios autoadministrados en las salas de espera durante el periodo de tiempo señalado. Previamente a la cumplimentación de este se explicó que debían leer un anexo en el cual se especificaban las condiciones de participación voluntaria y anónima, así como los objetivos del estudio. La cumplimentación del cuestionario implicó por tanto el consentimiento tácito. Se indicó que al finalizar lo entregaran al profesional con el que habían concertado cita (se solicitó colaboración a los profesionales del centro para la recepción de los cuestionarios). Una vez recogido el cuestionario cumplimentado, se les entregó una hoja de consejos y recomendaciones saludables sobre alimentación.

La información se recogió mediante dos cuestionarios: un cuestionario de 14 ítems, modificado y validado para Atención Primaria ("AP") Madrid, de adherencia a la dieta mediterránea y supervivencia en población griega (Anexo 1)(17); y un cuestionario con 12 ítems, sobre mitos y creencias en alimentación (Anexo 2) basado en el estudio realizado por Murillo-Godínez G, Pérez-Escamilla LM, "Los mitos alimentarios y su efecto en la salud Humana" (7) y las referencias de la página web del Ministerio de Sanidad (14); abordando aquellas creencias/mitos que más relevantes establecieron las investigadoras.

Las variables sociodemográficas reflejadas en el estudio fueron: sexo, edad, nivel de estudios, centro de salud, país de origen.

Basándose en el objetivo general del estudio, la variable de resultado que se utilizó fue "*la adherencia a la dieta mediterránea*", considerando buena adherencia una puntuación  $\geq$  a 9 puntos y baja adherencia  $<9$  (corte indicado en el cuestionario modificado de 14 preguntas para AP Madrid de Adherencia a la dieta mediterránea y

supervivencia en población griega, cada punto se obtiene contestando "SI", en el cuestionario) (Anexo 1).

Otra variable a estudio fue: "*creencias en falsos mitos en alimentación*". Las posibles opciones de respuesta fueron "SI, NO o NS/NC". La respuesta adecuada a todos los mitos debía ser un "NO" (no existió puntuación o corte, se realizó una descripción de las respuestas obtenidas).

**Análisis estadístico:** Se realizó un análisis estadístico a partir de una base de datos creada en el programa SPSS v.22 dentro del entorno de Windows. Posteriormente, se procedió a una descripción de los datos, a partir de todas las variables cuantitativas y cualitativas del estudio, según los objetivos, para detectar valores anómalos u otras inconsistencias. Las variables cualitativas se presentaron con su distribución de frecuencias y porcentaje. Las variables cuantitativas se resumieron con su media, desviación estándar (DE), e intervalo de confianza al 95%, siempre y cuando siguieran una distribución normal. En caso de mostrar una distribución asimétrica, se presentaron con mediana y rango intercuartílico (P25-75).

La asociación entre variables cualitativas se realizó con el test de Chi-cuadrado o prueba exacta de FISHER (en el caso de que más de un 25% de los casos esperados fueran menores de 5). Las comparaciones de medias se realizaron mediante la prueba de la t de Student, previa realización de la prueba de homogeneidad de varianzas de Levene, en las variables que siguieron una distribución normal en los grupos comparados. Para las variables asimétricas, se utilizó la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney.

**Aspectos éticos:** No se incluyó información que pudiera identificar directa o indirectamente a los participantes implicados, y en ningún momento se accedió a la historia clínica para recoger datos.

Se respetaron las normas internacionales de protección de datos, así como la Legislación Española vigente (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, BOE 294 de 6/12/2018). Para la realización del estudio se obtuvo el permiso de la comisión local de investigación de la Dirección Asistencial Noroeste perteneciente a la Gerencia de Atención Primaria de Madrid y la autorización por parte de la Unidad Docente correspondiente, por lo que no requirió de pasar un comité de ética específico. Las investigadoras responsables garantizaron la seguridad de la base de datos, no pudiendo ser utilizada para otro fin.

## Resultados

La edad media de los participantes fue de 49,6 años (IC 95% 47,4 - 51,7), siendo en mujeres de 49 años y en hombres 49,8 años. La mediana fue 49 años. Analizada la edad de los participantes un 25% tuvieron menos de 36 años; un 50% entre 36 y 62 años; y el resto fueron mayores de 62 años. En función de la media global obtenida, para un análisis y distribución homogénea, se dividió la muestra en 2 grupos; de tal modo que el grupo 1 incluyó a los individuos <40 años y el grupo 2 a ≥40 años. En la Tabla 1 se representa la distribución, tras el análisis de la población, según sexo, centro de salud, país de origen y nivel de estudios.

De toda la población estudiada (n=347), un 65,1% (n=226) presentó buena adherencia a la dieta mediterránea (puntuación ≥9 puntos en el cuestionario). En la Figura 1 se reflejan los porcentajes de los resultados de los ítems del cuestionario que valoraron la adherencia a la dieta mediterránea.

**Tabla 1. Porcentajes de resultado de las variables sociodemográficas**

	% (n)
<b>SEXO</b>	
Hombre	35,8 (113)
Mujer	64,2 (203)
<b>CENTRO DE SALUD</b>	
Segovia	48,1 (167)
Brunete	26,8 (93)
La Marazuela	25,1 (87)
<b>PAÍS DE ORIGEN</b>	
España	81,7 (273)
América Sur y Central	9,3 (31)
Europa Occidental	5,7 (19)
Otros	3,3 (11)
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>	
Universitarios	55,3 (188)
Nivel secundario	28,5 (97)
Estudios primarios	15 (51)
Sin estudios	1,2 (4)

En la pregunta nº1 ("¿Uso el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?") se obtuvo el mayor porcentaje de respuestas positivas, 96%. Sin embargo, fue la pregunta nº8 ("¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?") la que menor respuestas afirmativas arrojó, 23,9%.

Posteriormente se analizó el perfil de la muestra relacionando las variables socio-demográficas y el nivel de adherencia a la dieta mediterránea (tabla 2). Se observó que la variable sexo y país de origen obtuvieron resultados similares con relación a la adherencia a la dieta.

**Tabla 2. Tabla comparativa de adherencia de la dieta mediterránea con variables universales**

	Buena adherencia % (n)	Baja adherencia % (n)	p-valor
<b>SEXO</b>			
Hombres	68 (138)	32 (65)	0,354
Mujeres	62,8 (71)	37,2 (42)	
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>			
Primarios	64,7 (33)	35,3 (18)	
Secundarios	59,8 (58)	40,2 (39)	0,45
Sin estudios	50 (2)	50 (2)	
Universitarios	68,6 (129)	31,4 (59)	
<b>PAÍS DE ORIGEN</b>			
España	65,6 (179)	34,4 (94)	
América Central -Sur	61,3 (19)	38,7 (12)	0,903
Europa Occidental	68,4 (13)	31,6 (6)	
Otros	72,7 (8)	27,3 (3)	
<b>EDAD</b>			
Grupo 1	66,1 (76)	33,9 (39)	0,89
Grupo 2	65,3 (145)	34,7 (77)	

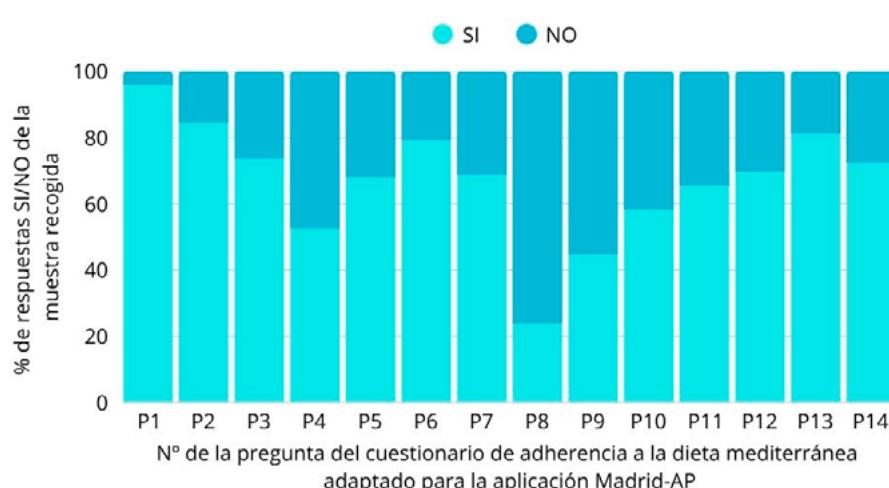


Figura 1. Porcentaje de respuestas del cuestionario de adherencia mediterránea por items

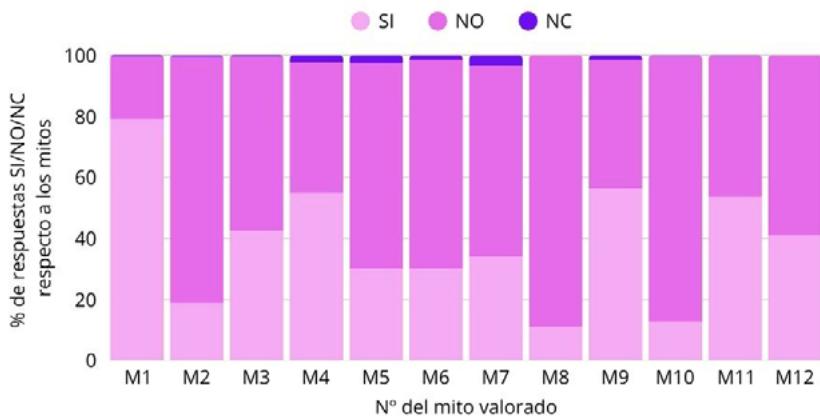


Figura 2. Reflejo de las respuestas obtenidas en referencia a las creencias en 12 mitos sobre alimentación

Se exploraron también las creencias de la población sobre doce falsos mitos en alimentación. En la Figura 2 se presentan las respuestas de cada uno de los mitos.

De los mitos expuestos en este documento, el nº1 ("la fruta se debe tomar fuera de las comidas") fue el que más respuestas erróneas obtuvo (menor porcentaje de "NO"). El mito nº5 ("La naranja y la leche no deben consumirse juntas porque se corta la leche") y el nº7 ("Suplementos dietéticos y vi-

tamínicos son buenos para mejorar la salud) han sido dos de las cuestiones que mayor porcentaje de NS/NC han tenido. El mito nº8 ("Si realizo ejercicio físico puedo comer y beber lo que quiera") y el mito nº10 ("El pan es un alimento NO saludable"), obtuvieron el mayor número de respuestas correctas.

No se han observado diferencias en cuanto a las creencias en falsos mitos en función del grado de adherencia a la dieta mediterránea (ver Tabla 3).

Tabla 3. Tabla comparativa adherencia a dieta mediterránea con mitos

	Buena adherencia % (n)			Baja adherencia % (n)			p-valor
	SÍ	NO	NS/NC	SÍ	NO	NS/NC	
<b>Mito 1</b>	79,6 (180)	19,5 (44)	0,9 (2)	77,7 (94)	22,3 (27)		0,491
<b>Mito 2</b>	20,8 (47)	78,3 (177)	0,9 (2)	14,9 (18)	85,1 (103)		0,223
<b>Mito 3</b>	42,9 (97)	56,2 (127)	0,9 (2)	41,3 (50)	58,7 (71)		0,548
<b>Mito 4</b>	51,8 (117)	45,6 (103)	2,7 (6)	60,3 (73)	38 (46)	1,7 (2)	0,294
<b>Mito 5</b>	26,5 (60)	69,9 (158)	3,5 (8)	36,4 (44)	62,8 (76)	0,8 (1)	0,069
<b>Mito 6</b>	24,8 (56)	73 (165)	2,2 (5)	39,7 (48)	60,3 (73)		0,006
<b>Mito 7</b>	34,5 (78)	62,8 (142)	2,7 (6)	33,1 (40)	62 (75)	5 (6)	0,531
<b>Mito 8</b>	11,5 (26)	88,5 (200)		9,9 (12)	90,1 (109)		0,652
<b>Mito 9</b>	56,6 (128)	42 (95)	1,3 (3)	55,4 (67)	43 (52)	1,7 (2)	0,953
<b>Mito 10</b>	11,1 (25)	88,5 (200)	0,4 (1)	15,7 (19)	84,3 (102)		0,362
<b>Mito 11</b>	54,4 (123)	45,6 (103)		52,1 (63)	47,1 (57)	0,8 (1)	0,370
<b>Mito 12</b>	39,4 (89)	60,6 (137)		43,8 (53)	56,2 (68)		0,425

## Discusión

Más de la mitad de los encuestados, presentaron buena adherencia a la dieta mediterránea. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ( $p<0,05$ ) al analizar la adherencia según las variables sociodemográficas (sexo, nivel de estudios, país de origen y edad).

Un número relevante de pacientes dejaron sin contestar el apartado "Sexo" del cuestionario, sobre lo que no pudimos realizar ninguna explicación de porqué esto tuvo lugar. Dentro de esta muestra, hubo una mayor proporción de encuestados de sexo femenino, tal vez debido a que la frecuentación o demanda de las consultas sea más elevada para este sexo (5,16,19,21).

Se ha visto que el consumo de aceite de oliva como grasa principal para cocinar presentó una gran prevalencia, ya que casi la totalidad de la muestra del estudio respondió positivamente a dicho mito (18). Un porcentaje muy elevado de encuestados afirmaron consumir 2 o más cucharadas diarias; pero un consumo abusivo de esta sustancia oleosa puede ser uno de los factores que contribuyan a un aumento del IMC-Obesidad (16).

Los resultados obtenidos con referencia al consumo de aceite se asemejan con el informe de consumo estatal realizado por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (2024), aunque cabe destacar el descenso de compra y consumo de este en los últimos años debido al incremento de precio del mismo (9).

Respecto al ítem de nuestro cuestionario referente al consumo de vino, fue la pregunta que menor porcentaje de respuestas afirmativas recibió, resultado el cual se asemeja más a las últimas respuestas reflejadas por el Ministerio de Sanidad, con una tendencia ligeramente a la baja (20).

En el consumo de frutas tan solo un 52,4% alcanzó las raciones diarias recomen-

dadas, frente al 73,5% que indicó llegar al mínimo establecido de verduras. Estas cifras poco tienen que ver con la encuesta nacional de salud en la que los resultados obtenidos estarían invertidos totalmente, lo cual puede deberse al empleo de distintos instrumentos de recogida de datos ya que en la encuesta nacional de salud se valoraba el consumo específico de cada fruta y verdura mientras que en nuestro cuestionario recogía la frecuencia de consumo de manera global sin especificar cada una de ellas, lo que pudo generar confusión entre los grupos alimentarios (9,15).

En cuanto a los resultados obtenidos en el análisis de los falsos mitos, la gran proporción de resultados afirmativos en el mito nº1 y nº4, ha demostrado que son creencias muy extendidas y fuertemente arraigadas (referenciadas por el Ministerio de Sanidad como algunos de los mitos más presentes) (9), independientemente del grado de adherencia. Sin embargo, en los mitos nº6 y nº8, considerados también como una de las mayores creencias populares (15), se pudo observar que no estaban tan implementados como se creía a priori. A raíz de estos datos se encontró la primera limitación del estudio, relacionada con la elaboración del 2º cuestionario (Anexo 2), donde pudo haber dificultades en la comprensión para contestar "correctamente" al llevar implícito en ocasiones dobles negaciones o afirmaciones.

Este estudio presenta como fortaleza la descripción de las zonas básicas de salud, lo que permite a los profesionales conocer las características de alimentación de la población a la que atienden, este estudio podría ser replicado en las mismas condiciones en otros centros sanitarios.

También se presentaron una serie de limitaciones. El tipo de muestreo llevado a cabo para la realización del estudio condicionó una distribución no homogénea en los centros, lo que puede condicionar los resultados.

Además, el tamaño muestral obtenido fue inferior al previsto inicialmente con un porcentaje de pérdidas mayor al 5% como consecuencia de errores de cumplimentación del cuestionario. El resto de las limitaciones que se presentaron en el estudio fueron: captación de pacientes que empleaban métodos de cocinado y alimentación basados en costumbres y cultura propia de su país de origen. Por último, un mayor porcentaje de pacientes fue captado en el centro de Salud Segovia, ya que dos de las investigadoras pertenecían a dicho centro.

Los resultados obtenidos pueden facilitar a todos los profesionales sanitarios un mayor conocimiento respecto a las características de la población y alimentación en su zona básica de salud y poder así inculcar y mejorar hábitos saludables que conlleven a reducir y/o retrasar la aparición de patologías crónicas. Todo ello puede dar lugar a la creación de diversos escenarios sobre los que trabajar en un futuro.

## Referencias bibliográficas

1. Martínez-González MA, Bes-Rastrollo M, Serra-Majem L, Lairon D, Estruch R, Trichopoulou A. Mediterranean food pattern and the primary prevention of chronic disease: recent developments. *Nutr Rev.* 2009;67 (Suppl 1): S111 - 6. DOI: 10.1111/j.1753-4887.2009.00172.x
2. Sofi F. The Mediterranean diet revisited: evidence of its effectiveness grows. *Curr Opin Cardiol.* 2009; 24 (5): 442-6. DOI:10.1097/HCO.0b013e32832f056e
3. World Health Organization. Over-weight and Obesity [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2014 [Consultado el 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
4. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et. al. Primary prevention of cardiovascular disease with a mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *N Engl J Med.* 2018 Jun 21; 378 (25): e34. DOI: 10.1056/NEJMoa1800389.
5. Zaragoza Martí A, Ferrer Cascales R, Cabañero Martínez MJ, Hurtado Sánchez JA, Laguna Pérez A. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el estado nutricional en personas mayores. *Nutr Hosp.* 2015; 31 (4):1667-74. DOI: 10.3305/nh.2015.31.4.8553.
6. Martínez-González MA, Hershey MS, Zazpe I, Trichopolou A. Transferability of the Mediterranean Diet to Non-Mediterranean Countries. What Is and What Is Not the Mediterranean Diet. *Nutrients.* 2017; 9(11): 1226. DOI: [10.3390/nu9111226](https://doi.org/10.3390/nu9111226)
7. Trichopolou A, Martínez-González MA, Tong TYN, Forouhi NG, Khandelwal S, Prabhakaran D et al. Definitions and potential health benefits of the mediterranean diet: views from experts around the world. *BMC Med.* 2014; 12: 112. DOI:[10.1186/1741-7015-12-112](https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-112)

8. López D, Pardo A, Salvador G, González A, Román B, García J, et al. Cumplimiento de la dieta mediterránea y nivel de actividad física de los usuarios de la web PAFES (Plan de Actividad Física, Deporte y Salud). Rev Esp Nutr Hum Diet. 2012; 16 (4): 123-9. DOI: [10.1016/S2173-1292\(12\)70086-8](https://doi.org/10.1016/S2173-1292(12)70086-8)
9. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Informe del consumo de alimentos en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. 2021 [Consultado el 24 noviembre 2025]. Disponible en: <https://www.mapa.gob.es/va/alimentacion/temas/consumo-tendencias/panel-de-consumo-alimentario/ultimos-datos/default.aspx>
10. Lesser L, Mazza M C, Lucan S C. Nutrition myths and healthy dietary advice in clinical practice. Am Fam Physician. 2015; 91 (9): 634-8.
11. Murillo-Godínez G, Pérez-Escamilla LM. Los mitos alimentarios y su efecto en la salud Humana. Medicina Interna de México. 2017; 33 (3): 392-402.
12. Sainz García P, Ferrer Svoboda MC, Sánchez Ruiz E. Competencias culinarias y consumo de alimentos procesados o preparados en estudiantes universitarios de Barcelona. Rev. Esp. Salud Pública. 2016; 90: e40017.
13. Zamora Navarro S, Pérez-Llamas F. Errors and myths in feeding and nutrition: impact on the problems of obesity. Nutr. Hosp. 2013; 28 (Suppl 5): 81-8. DOI: 10.3305/nh.2013.28.sup5.6922
14. Mente A, de Koning L, Shannon HS, Anand SS. A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. Arch Intern Med. 2009;169 (7):659-69. DOI: 10.1001/archinternmed.2009.38
15. AESAN. Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española. España: AESAN. [Internet]. 2011. [Consultado el 2 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/indicadores.htm>
16. León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Mesas AE, Aguilera MT, et al. Adherence to the mediterranean diet pattern has declined in spanish adults. *The Journal of Nutrition*. 2012; 142 (10): 1843-50. DOI: 10.3945/jn.112.164616.
17. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherent to a mediterranean diet and survival in a greek population. N Engl J Med. 2003; 348: 2.599-608. DOI: [10.1056/NEJMoa025039](https://doi.org/10.1056/NEJMoa025039)
18. Zaragoza Martí A, Ferrer Cascales R, Cabañero Martínez MJ, Hurtado Sánchez JA, Laguna Pérez A. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el estado nutricional en personas mayores. Nutr. Hosp. 2015; 31 (4): 1667-74. DOI: 10.3305/nh.2015.31.4.8553
19. Ortiz-Moncada R, Norte Navarro AI, Zaragoza Martí A, Fernández Sáez J, Davó Blanes MC. ¿Siguen patrones de dieta mediterránea los universitarios españoles? Nutr. Hosp.. 2012; 27 (6): 1952-59. DOI: 10.3305/nh.2012.27.6.6091.

20. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2020 [Consultado el 25 de noviembre 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentos-Tecnicos/limiteConsumoBajoRiesgo.htm>
21. Instituto Nacional de Estadística. Uso de servicios sanitarios (consulta +, hospitalización, mamografía, citología, consulta ginecológica) [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. 2020 [Consultado el 20 junio 2021]. Disponible en: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926695829&p=%-5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926695829&p=%-5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888)

## Anexo 1. Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea

A continuación va a encontrar una serie de enunciados sobre las diferentes opciones de estilos de alimentación. Lea cada una de ellas y marque con una X en el cuadrado según su opinión.

PREGUNTA	VALORACIÓN	SI	NO
1. ¿Uso el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día? (Incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)	2 o más cucharadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día? (1 ración = 200 g Las guarniciones o acompañamientos = ½ ración)	2 o más (al menos 1 de ellas en ensalada o crudas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cuántas piezas de fruta (Incluyendo zumos de fruta natural) consume al día?	3 o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (1 ración = 100-150 g)	Menos de 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual = 12 g)	Menos de 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas consume al día? (refrescos, tónicas, colas, bitter).	Menos de 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?	3 o más vasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración = 150g)	3 o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Cuántas raciones de pescado/mariscos consume a la semana? (1 plato, pieza o ración = 100-150 g de pescado ó 4-5 piezas ó 200 g de marisco)	3 o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial a la semana? (no casera, como: galletas, flanes, dulces, bollería, pasteles)	Menos de 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (1 ración = 30 g)	1 o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Consumes preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo, pavo o conejo: 1 pieza o ración de 100-150 g)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Cuántas veces a la semana consumes los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate (sofrito), ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva?	2 o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo 2. Mitos y creencias en alimentación

A continuación, marque con una "X" según esté de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones:	SI	NO
1. La fruta se debe tomar fuera de las comidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Comer fruta después de la comida engorda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El zumo de naranja pierde vitaminas si no lo bebemos rápido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es mejor beber agua fuera de las comidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La naranja y la leche no deben consumirse juntas porque se corta la leche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. El huevo es malo para el colesterol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Los suplementos dietéticos y vitamínicos son buenos para mejorar la salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si realizo ejercicio físico puedo comer y beber lo que quiera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los alimentos que llevan grasas vegetales son siempre más saludables que los que contienen grasas animales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. El pan es un alimento no saludable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Si se come menos, el estómago reduce su tamaño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Los alimentos congelados son menos nutritivos que los frescos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>