

Originales

- » Immunomodulatory activity of *Bauhinia Racemosa* Lam.
Shaikh SA, Ghaisas MM, Deshpande DD
- » Dissolution behaviour of aceclofenac-PVP coprecipitates.
Dua K, Pabreja K, Gorajana A
- » Formulation and in vitro characterization of metoprolol tartrate loaded chitosan microspheres.
Adi BD, Raj KK, Anil KS, Rajesh KK, Gulam HM
- » La Oficina de Farmacia: una herramienta para conocer el grado de adherencia a la dieta mediterránea de la población
Villalón M, Cutillas L, Martínez-Martínez F, López-García de la Serrana H, Oliveras-López MJ, Samaniego-Sánchez C.

Revisión

- » Fabrication and in vitro evaluation of subgingival strips of calcium alginate for controlled delivery of ofloxacin and metronidazole
Prakash K, Awen BZ, Rao CB, Kumari AS

Artículo Especial

- » El jardín botánico y la botánica farmacéutica en La Habana del siglo XIX
González de la Peña Puerta JM, Ramos Carrillo A, Moreno Toral E.

La Oficina de Farmacia: una herramienta para conocer el grado de adherencia a la dieta mediterránea de la población

Villalón M¹, Cutillas L¹, Martínez-Martínez F², López-García de la Serrana H¹, Oliveras-López MJ³, Samaniego-Sánchez C¹.

1. Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada, Granada (España); 2. Departamento de Físicoquímica. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada, Granada (España); 3. Departamento de Biología Molecular e Ingeniería Bioquímica. Universidad Pablo Olavide, Sevilla (España)

Original Paper Artículo Original

Correspondence/Correspondencia:
Cristina Samaniego-Sánchez
Departamento de Nutrición y Bromatología.
Facultad de Farmacia. Universidad de Granada.
Campus de Cartuja s/n
18071- Granada -España
e-mail: csama@ugr.es

Competing interest / Conflicto de intereses:
Los autores declaran que no hay ningún conflicto de interés.

Fundings / Financiación:
El estudio se ha realizado con los medios habituales de que dispone el Departamento de Nutrición y Bromatología y a través de los recursos aportados por el Máster Universitario en Atención Farmacéutica (EuropharmNES) de la Universidad de Granada.

Received: 30/03/2012
Accepted: 18/06/2012

RESUMEN

Objetivos: Evaluar el grado de adherencia a la dieta mediterránea y el IMC de individuos mayores de 40 años a través de las Oficinas de Farmacia y ver la influencia que tienen la edad, status socioeconómico y estado civil sobre el mismo.

Métodos: 291 personas (130 hombres y 161 mujeres) distribuidos por intervalo de edad, en tres etapas de transición madura: 40-50 años (inicial), 50-60 años (media) y 60-70 años (avanzada). Los datos fueron recolectados en unas oficinas de farmacia por medio de tres encuestas: aspectos sociodemográficos, variables antropométricas y valoración de la adherencia.

Resultados: De acuerdo al IMC, el 62,4% de las personas encuestadas se clasificaron en situación de sobrepeso y el 37,6% en situación de normopeso. Las personas entre 40-50 años presentaban un valor medio de adherencia al patrón de dieta mediterránea de 7,8 (IC95%:7,7-7,9); los de 50-60 años de 8,3 (IC95%: 8,1-8,5) y los de 60-70 años de 11,4 (IC95%: 11,7-11,1).

Conclusiones: No existen diferencias estadísticas significativas entre las condiciones socioeconómicas y estado civil en cuanto al IMC y grado de adherencia al patrón de dieta mediterránea. No sucede lo mismo en cuanto a la edad, entre 40-60 años no alcanzan las recomendaciones de consumo de la mayoría de los alimentos que constituyen la base de la alimentación mediterránea. El mayor grado de adherencia está en la población entre 60-70 años. El farmacéutico mediante unas sencillas encuestas puede detectar estas desviaciones y dar los consejos nutricionales adecuados para restablecer el patrón mediterráneo.

PALABRAS CLAVE: Oficina de Farmacia; Dieta Mediterránea; Grado de adherencia.

ABSTRACT

Aim: To assess Mediterranean diet adherence and BMI in people over 40 years of age using a community pharmacy, and the influences of age, socioeconomic status and marital status.

Methods: 291 people (130 men and 161 women) distributed in three age group: 40-50 years, 50-60 years and 60-70 years. The data were collected in several community pharmacies through three questionnaires about sociodemographic factors, anthropometric measurements and adherence to Mediterranean diet.

Results: According to BMI, 62.4% of people were overweight and 37.6% normal weight. The mean Mediterranean diet adherence levels were 7.8 (95% CI :7,7-7,9) in the 40-50 year range, 8.3 (95% CI : 8,1-8,5) in the 50-60 year range and 11.4 (95% CI : 11,7-11,1) in the 60-70 year range.

Conclusions: There are no statistically significant differences between socioeconomic status and marital status regarding BMI or Mediterranean diet adherence. However, this is not the case when the age variable is taken into account, as people in the 40-60 year range do not follow the recommendations of food consumption for the Mediterranean diet. The highest level of adherence is in people aged 60-70 years. Using simple questionnaires community pharmacists could reveal this low adherence and give adequate nutritional advice to reinforce Mediterranean diet adherence.

KEY WORDS: Community Pharmacy; Mediterranean Diet; Level of Adherence.

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población ha provocado en países como España un incremento promedio de un año adicional de esperanza de vida por cada periodo temporal de 5 años y 7,6 años adicionales en el conjunto del periodo. En consecuencia cada vez vivimos más años, pero evidentemente, habrá que vivirlos mejor y con una calidad de vida adecuada. Entre los 40 y los 60 años (edad madura) se producen cambios fisiológicos importantes que son comunes en hombres y mujeres siendo el cambio fisiológico más sobresaliente en muchas personas durante esta época el aumento de peso, que conduce a obesidad en numerosos casos¹. El parámetro objetivo que permite definir la existencia de obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC) y las personas con un IMC superior a 30 tienen un riesgo mayor de padecer ciertas enfermedades. Estos cambios fisiológicos que resultan del aumento de peso tienen consecuencias importantes para la salud y este aumento de peso está condicionado en gran medida por el tipo de alimentación del individuo y por la actividad física realizada².

Por otro lado, las personas a partir de una cierta edad que podríamos fijar en la barrera de los 50 años, se enfrentan a problemas físicos, psíquicos y sociales que derivan de cambios biológicos propios de la edad, y que condicionan, en ocasiones, la capacidad para llevar a cabo un acto tan natural como es “el comer diariamente”³. A partir de la edad madura, es necesario modificar nuestros hábitos alimentarios y la dieta mediterránea sería la más adecuada ya que no solo aporta los nutrientes en cantidades suficientes, con tamaños de ración y proporciones adecuadas, sino que además contribuye a la prevención de enfermedades que empiezan a aparecer a partir de estas edades como son las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades degenerativas y en general proporcionar una mayor esperanza de vida y con mejor calidad^{4,5}. Esto se debe a que esta dieta está basada en el consumo abundante de legumbres, hortalizas, verduras, frutas, cereales, (como arroz, pastas,...), frutos secos y especialmente aceite de oliva junto con un consumo moderado de pescados, huevos y productos lácteos y un menor consumo de carnes y grasas animales⁶.

En la actualidad nadie discute que para mantener un correcto estado de salud se debe seguir una alimentación variada, completa y equilibrada, pero la realidad nos demuestra que en España cada vez se están abandonando más los patrones dietéticos basados en la dieta mediterránea, lo que ha provocado un aumento de enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabetes, entre otras, que están relacionadas directamente con los hábitos de vida practicados y entre

ellos con los hábitos alimentarios^{7,8}. Por ello es necesario realizar campañas de educación nutricional en las diferentes etapas de la vida a fin de promover hábitos de consumo saludables que permitan llegar a la llamada tercera edad con la mejor calidad posible de vida y siempre teniendo presente que el mejor medicamento es la prevención.

Los estilos de vida no se reducen a decisiones individuales, sino que dependen de los límites impuestos por el entorno físico, socio-cultural y están influenciados directamente por sus medios económicos. El individuo se encuentra influenciado por condicionamientos que van desde los puramente biológicos, hasta los sociológicos, económicos, culturales e ideológicos, y es por ello que el planteamiento de cualquier campaña de educación nutricional supone tener en cuenta los mismos^{9,10}. Hoy existen diversos estados civiles o modelos sociales para los adultos españoles: soltería, en pareja, sin niños o con ellos, casados, padre o madre solteros, estos estados o modelos sociales influyen en la compra de alimentos, su preparación y la frecuencia y tipo de las comidas realizadas en un ambiente familiar.

Esto está llevando a las autoridades sanitarias españolas a conocer y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y a empezar a aplicar políticas de prevención y de atención sanitaria¹¹, entre ellas políticas de atención farmacéutica a través de las oficinas de farmacia. Dentro de estas actividades y mediante el trabajo en común con otros profesionales sanitarios, el farmacéutico puede en su oficina de farmacia mejorar la calidad de vida de la población a través de la alimentación y, por su relación con la salud, reducir la prevalencia de posibles patologías realizando políticas de educación nutricional a través del consejo y educación para el desarrollo de hábitos nutritivos saludables.

En este contexto, y según las competencias recogidas en la Orden CIN/2137/2008, el farmacéutico, en la oficina de farmacia, es un profesional sanitario que puede asesorar a sus clientes en temas de nutrición y alimentación, y que puede actuar de puente entre la sociedad y otros profesionales sanitarios a la hora de conocer y valorar el estado nutricional de los pacientes que acuden a su oficina de farmacia y hacer educación nutricional tanto en grupos de población de riesgo (ancianos, niños adolescentes, embarazadas...), como en cualquier otra etapa de la vida de una persona¹².

El objetivo de este trabajo ha sido evaluar el grado de adherencia a la dieta mediterránea y el estado nutricional mediante el IMC de individuos en edad madura y mayores de 40 años, residentes en un municipio de la cuenca mediterránea y ver cómo puede influir en su estado nutricional el intervalo de edad, status socioeconómico

y estado civil en el que se encuentran. Este trabajo se ha realizado en diversas oficinas de farmacia y dentro de ese contexto de la nutrición y dietética desde la perspectiva de la atención farmacéutica. Las oficinas de farmacia y con este trabajo pretendemos ponerlo de manifiesto, podrían convertirse, dada la proximidad existente entre el farmacéutico y el cliente que acude a estos centros, en un medio idóneo para mejorar a través del consejo nutricional, los hábitos alimentarios de este grupo de población que por otro lado empieza a ser vulnerable a la enfermedad.

MÉTODOS

El estudio se realizó en varias oficinas de farmacia de un municipio de la provincia de Murcia, entre los clientes que acudían periódicamente a esas farmacias, durante los meses de mayo-septiembre del 2011. Con una población censada de 14.168 habitantes (Censo 2010, Centro Regional de Estadística de Murcia) se ha calculado el tamaño mínimo de la muestra con un nivel de confianza del 99% ($\alpha = 0,01$) y una precisión del 0,03 en 285 personas. La muestra de estudio está compuesta por un total de 291 personas (130 hombres y 161 mujeres) y se agrupó por intervalo de edad, en tres etapas de transición madura: 40-50 años (inicial), 50-60 años (media) y 60-70 años (avanzada). La caracterización de la muestra en sus aspectos socioeconómicos se ha realizado teniendo en cuenta el estado civil y el nivel profesional: bajo (pensionistas, obreros no cualificados), medio (obreros cualificados, administrativos y dependientes de comercio) y alto (industriales, profesiones liberales, autónomos, universitarios y altos administrativos) y el estado civil (soltero, casado, separado/viudo).

Para evaluar el estado nutricional de los participantes se recogieron y analizaron las variables talla (cm), peso (kg) con las que posteriormente se calcularon el Índice de Masa Corporal (IMC). Los puntos de corte empleados en la clasificación del IMC fueron los referidos por Cole y col.¹³. Para valorar la calidad de los hábitos alimentarios se elaboró un test tomando como referencia el test de adhesión a la dieta mediterránea de Trichopoulou y col.¹⁴ y el test Kidmed¹⁵. Del test Kidmed, hemos seleccionado aquellas preguntas que no vienen recogidas en el Test de adherencia de Trichopoulou y que pensamos forman parte de los hábitos alimentarios de nuestra sociedad, como el consumo de yogures y/o queso cada día y la diferencia que existe entre el consumo de verduras una vez o más de una vez al día. Asimismo hemos incluido otras preguntas que no vienen recogidas en estos test de adherencia a dieta mediterránea como la frecuencia de consumo de embutidos y/o productos de charcutería, alimentos que se alejan del patrón de dieta mediterránea y el consumo de pan en la

dieta del día y no solo en el desayuno, como recoge el test Kidmed. Resulta así un cuestionario compuesto por una lista de alimentos seleccionados según su importancia para el seguimiento del patrón dietético mediterráneo. Consta de 15 preguntas y debe responderse de manera afirmativa / negativa (sí/no). Las respuestas afirmativas que representan un aspecto positivo en relación con la dieta mediterránea (de la 1 a la 13, incluida) valen +1 punto y las respuestas afirmativas que representan una connotación negativa en relación con esta dieta (la 14 y la 15) valen -1 punto. Las respuestas negativas no puntúan, por tanto dicha valoración puede oscilar entre 0 (nula adherencia) hasta 13 (máxima adherencia). Una puntuación mínima de 9 se considera buena adherencia al patrón de dieta mediterránea. Por debajo de esa puntuación se considera que la dieta es de mala calidad y la necesidad de mejora en el patrón alimentario para adecuarlo al modelo mediterráneo. Este cuestionario se entregó por parte del farmacéutico a cada encuestado y previamente se le dio una pequeña charla para orientarle e informarle en todas las dudas que le surgieran. Se excluyó del estudio a personas que no vivieran de forma habitual en este municipio, a las que presentarían una obesidad manifiesta, a las que formarían parte de la misma unidad familiar, a las que no se les pudiera realizar correctamente las mediciones de peso y talla, así como aquellas que manifestaran una deficiencia que les impidiera responder adecuadamente al cuestionario.

Los resultados se expresan como porcentajes y medias. Para la comparación de proporciones entre los distintos grupos de edad se ha establecido un riesgo del 0,01 (potencia del 99%). Se utilizó el paquete informático SPSS 17.0 para Windows a la hora de realizar el análisis estadístico (comparación de proporciones, *t* de Student y Chi-cuadrado).

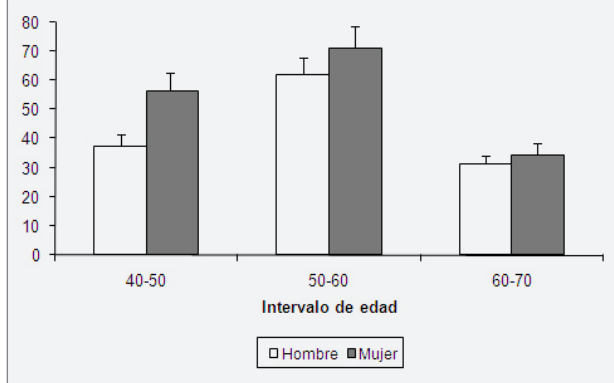
RESULTADOS

La **Figura 1** muestra la distribución de la población por sexo y intervalo de edad. La **Tabla 1** recoge la composición porcentual según sus características socio-económicas. La mayor parte de la población encuestada se encuentra dentro del intervalo de edad de 50-60 años, no existiendo diferencias estadísticas significativas en cuanto al sexo ($p > 0,05$). Un 66,6% de la población se encuentra casada o en pareja ($p < 0,05$), un 19% se encuentra soltera/separada y un 14,4% se encuentra en estado de viudedad. En cuanto al nivel profesional, más de la mitad de la población (entre un 58,3% - 63,1%) tienen una cualificación media existiendo diferencias estadísticas significativas ($p < 0,05$) respecto a los otros dos niveles profesionales. De acuerdo al indicador

IMC (**Tabla 2**), el 62,4% de las personas encuestadas se clasificaron en situación de sobrepeso y el 37,6% (hombres y mujeres menores de 50 años y mujeres solteras mayores de 50 años) se encuentran en situación de normopeso. Las mujeres solteras encuestadas no presentan sobrepeso en ninguno de los tres intervalos de edad estudiados. Por el contrario los hombres solteros/separados a partir de 50 años se encuentran en un 99% en situación de sobrepeso, y no se encontraron diferencias estadísticas significativas ($p > 0,05$) respecto a los hombres mayores de 50 años casados/separados o viudos. La misma tendencia existe en el caso de las mujeres (con excepción de las solteras).

En la **Tabla 3** se exponen los resultados del test de adherencia a dieta mediterránea por intervalos de edad, y sexo. Por género, en cualquiera de los intervalos estudiados, no existen diferencias estadísticas significativas ($p > 0,05$) entre hombres y mujeres en cuanto al grado de adherencia al patrón de dieta mediterránea. No sucede lo mismo en cuanto a la edad. En general, la población con intervalos de edad comprendidos entre 40-50 años y 50-60 años, no alcanza las recomendaciones de consumo de la mayoría de los alimentos que constituyen la base de la pirámide de la alimentación mediterránea¹⁶. En general se alejan bastante del patrón de dieta mediterránea ya que tan solo entre un 22,9% y un 28,8% apenas tomaba diariamente más de una ración de verduras al día; de frutas (solo entre un 21,4% -23,7%) tomaban dos o más piezas de frutas al día; la carne de pollo, pavo o conejo (apenas entre un 6,4 %-18,3%) lo consume preferentemente sobre las carnes rojas, hamburguesas o salchichas; un porcentaje muy alto de la población (entre un 69,3% y un 77,8%) declara consumir embutido más de tres veces por semana. Aunque entre un 88,4% y un 91,3% de la población afirman desayunar un lácteo al día, el consumo de 2 yogures y/o queso cada día en estos dos intervalos de edad es muy bajo (14,3% -19,7%). También cabe señalar como un porcentaje relativamente elevado (entre un 50,5% -58,8%) consume con regularidad bollería industrial (galletas, madalenas, bollos, croissants...), en lugar de la repostería casera tan popular en nuestra cocina mediterránea¹⁷, siendo el desayuno el momento del día más utilizado para el consumo de los mismos. En cuanto al consumo de pasta y/o arroz, también está por debajo de las recomendaciones de la dieta mediterránea¹⁷ donde estos alimentos constituyen la base de la alimentación, ya que solo entre un 23,3%-26,8%, los consumen casi a diario. Los frutos secos por su alto contenido en compuestos antioxidantes deberían ser tomados con regularidad¹⁸ y a pesar de formar parte de la dieta mediterránea en forma de platos, postres, dulces, aperitivos...solo son consumidos por un 30,4% -44,3% de la población de forma regular. En general, esta población cocina con aceite de oliva en

Figura 1. Distribución de la muestra por sexo y intervalo de edad, $p > 0,05$.



un porcentaje muy elevado (72,6% -73,8%), posiblemente debido al legado cultural y gastronómico tan arraigado en la cultura mediterránea relativo al cultivo del olivo. Los cereales (otro grupo de alimentos señal de identidad de la dieta mediterránea)¹⁹ en forma de pan fundamentalmente, suele ser bastante consumido por la población de ambos intervalos de edad (75,1% -78,3%).

Por su parte, la población con intervalo de edad de 60-70 años es la que presenta un mayor grado de adherencia al patrón mediterráneo, resultados que concuerdan con estudios publicados al respecto en diferentes grupos de población mediterránea^{20, 21}. Un 74,5%-75,6% de esta población consume carnes blancas (pollo, ave y/o conejo) antes que carnes rojas, un 69,4% -70,1% consume pasta o arroz casi a diario, alimentos éstos que forman la base de la pirámide alimentaria mediterránea junto con las legumbres y de las cuales entre un 71,8% -79,5% de las personas encuestadas de 60-70 años las consumen entre 1-3 veces por semana. En cuanto a las frutas (entre un 68,1% -71,3%) toman más de 2 piezas de fruta al día, de verduras y hortalizas (entre un 80,2%-81,3%) afirman consumir verdura una vez al día y más de un 68,3% consumen una segunda ración. El consumo de queso y/ o yogur es también relativamente elevado (entre un 67,8% -68,3%). Cabe destacar el bajo consumo de frutos secos (entre un 18,2% -19,8% de la población encuestada) y el elevado consumo de bollería industrial (de un 74,5% -75,6%), no existiendo en este último ítem diferencias estadísticas significativas ($p > 0,05$) en comparación con la población estudiada perteneciente a los otros dos intervalos de edad. Posiblemente la facilidad de uso y masticación de los alimentos de bollería industrial lleve a este grupo de población a incluirlos en su desayuno/merienda habitual. Asimismo estas personas afirman consumir en un porcentaje muy bajo (entre un 12,2% -14,4%) embutido más de tres veces por semana.

Al relacionar el grado de adherencia a la dieta con el estado civil (**Tabla 4**), se observa que las personas que viven solas o

Tabla 1. Composición porcentual de la muestra según sus características socio-económicas

Rango de edad (años)	ESTADO CIVIL						NIVEL PROFESIONAL				
	Soltero/separado		Casado/en pareja ^a		Viudo		Total	Bajo	Medio ^a	Alto	Total
Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer						
40 -50	16 (5,5%)	14 (4,8%)	19 (6,5%)	34 (11,7%)	2 (0,7%)	8 (2,8%)	93 (32%)	21,8%	63,1%	15,1%	100%
50 -60	7 (2,4%)	13 (4,5%)	43 (14,8%)	49 (16,8%)	4 (1,3%)	7 (2,4%)	123 (42,2%)	28,9%	62,3%	8,8%	100%
60 -70	2 (0,7%)	3 (1,1%)	25 (8,6%)	24 (8,2%)	12 (4,1%)	9 (3,1%)	75 (25,8%)	33,4%	58,3%	8,3%	100%

^a $p < 0,05$: diferencia estadística significativa en relación a los otros dos estados civiles

Tabla 2. Valor de IMC según rango de edad y estado civil.

ESTADO CIVIL	Rango 40-50 años		Rango 50-60 años		Rango 60-70 años ^a	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
	Media \pm D.E		Media \pm D.E		Media \pm D.E	
Soltero/separado-a	24,1 \pm 1,2	23,8 \pm 3,1	26,4 \pm 3,2	24,3 \pm 3,7	28,8 \pm 4,4	24,5 \pm 3,2
Casado- a	24,3 \pm 1,3	23,7 \pm 4,2	26,7 \pm 3,6	27,3 \pm 3,4	29,3 \pm 3,1	26,2 \pm 3,5
Viudo-a	24,4 \pm 4,1	23,6 \pm 3,2	26,7 \pm 3,2	25,8 \pm 3,3	29,1 \pm 3,6	26,1 \pm 3,9

^a $p < 0,05$: diferencia estadística significativa en el valor de IMC entre hombres y mujeres

Tabla 3. Test de calidad de la dieta mediterránea por rangos de edad y sexo.

Test de adherencia a a dieta mediterránea	40 - 50 años		50 - 60 años		60 -70 años		
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	
Cocinan con aceite de oliva	73,8	72,8	72,6	73,5	72,3	73,1	
Toma verduras una vez al día	76,3	80,7	75,5	76,5	81,3	80,2	
Toma verduras más de una vez al día ^(a)	22,9	25,3	28,8	27,7	68,2	71,3	
Toma mínimo dos frutas al día ^(a)	22,0	23,3	21,4	23,7	69,5	72,2	
Consume tres o más raciones de pescado a la semana	58,6	55,3	62,4	57,8	65,2	59,9	
Consume tres o más raciones de legumbres a la semana ^(a)	34,7	36,6	41,4	40,5	69,4	72,2	
Toma pasta o arroz casi a diario ^(a)	23,3	26,8	25,5	26,7	58,4	59,9	
Toma frutos secos con regularidad ^(a)	44,3	40,9	37,2	30,4	15,2	19,8	
Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo antes que ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas ^(a)	6,4	12,1	18,3	16,2	74,5	75,6	
Desayuna un lácteo (leche, yogur,etc) ^(a)	90,5	91,3	88,4	91,2	94,4	95,5	
Toma dos yogures y / o queso cada día ^(a)	15,1	19,7	14,3	16,3	67,8	68,3	
Toma de 3 - 4 raciones de pan al día ^(a)	78,1	77,7	78,3	75,1	79,1	77,2	
Bebe de 1- 2 copas de vino tinto al día ^(a)	67,5	14,3	68,8	20,5	55,3	10,3	
Consume más tres veces por semana embutidos, productos de charcutería... ^(a)	77,3	69,3	74,8	77,8	14,2	12,4	
Consume repostería industrial con regularidad	50,5	58,5	57,8	55,5	60,3	59,8	
Grado de adherencia (%)	>9	63,7	62,8	62,1	61,8	37,7	35,8
	<9	36,3	37,2	37,9	38,2	62,3	64,2

(Trichopoulou y col. 2003; Ayeche y col., 2010) ; ^a $p < 0,05$

Tabla 4. Grado de adherencia a la dieta mediterránea en relación con el estado civil y nivel profesional

GRADO DE ADHERENCIA	<9 (%)	>9 (%)
Estado civil ^a		
Soltero / separado-a	51,3	48,7
Casado-a/en pareja	50,2	49,8
Viudo-a	53,2	44,5
Nivel profesional ^a		
Bajo	48,8	51,2
Medio	51,9	48,1
Alto	49,9	50,1

^a $p > 0,05$; Bajo: pensionistas, obreros no cualificados,...; Medio: obreros cualificados, administrativos y dependientes de comercio; Alto: industriales, profesiones liberales, autónomos, altos administrativos,...

sin pareja (solteros/separados o viudos-as) presentan unos niveles porcentuales de adherencia al patrón mediterráneo muy similares ($p > 0,05$) a los que conviven en una unidad familiar más compleja como el grupo de casados/en pareja. La misma pauta se sigue al relacionar el nivel profesional con el grado de adherencia ($p > 0,05$).

DISCUSIÓN

La mayor parte de la población encuestada tiene un perfil entre 50 - 60 años, se encuentran casados o viviendo en pareja y con un nivel socioeconómico medio, no existiendo diferencias significativas ($p > 0,05$) entre el estado civil, el sexo y el IMC hasta llegar a los 60 años. A partir de esa edad sí se encuentran diferencias significativas ($p < 0,05$) en función del sexo, produciéndose un aumento de peso, especialmente en los hombres a medida que aumenta el intervalo de edad. Las personas con un intervalo de edad entre 40-50 años presentaban un valor medio de adherencia al patrón de dieta mediterránea de 7,8 (IC95%: 7,7-7,9); los de 50-60 años de 8,3 (IC95% : 8,1-8,5) y los de 60-70 años de 11,4 (IC95%: 11,7-11,1).

En general, no existen diferencias estadísticas significativas ($p > 0,05$) entre sexos en los diferentes intervalos de edad estudiados, en cuanto al grado de adherencia a la dieta mediterránea. Tampoco existen diferencias sensibles en el grado de adherencia respecto al estado civil y nivel profesional ($p > 0,05$). En cambio, cuando se analiza este grado de adherencia en relación con el intervalo de edad, se observa un aumento progresivo en el grado de adherencia, a medida que aumentan los años de edad. En el intervalo de 40-50 años, tan solo entre un 36,3%-37,2% de la población tenían una valoración óptima (>9) en este grado, de 50-60 años (entre un 37,9% - 38,2%) mientras que a los 60 -70 años esta valoración óptima la tenían entre un 62,3% - 64,2%. Se observan valores porcentuales de adherencia alta a la dieta

mediterránea significativamente superiores ($p > 0,05$) en las personas con intervalo de edad de 60-70 años respecto a los otros dos intervalos de edad estudiados. Entre las personas de 40-60 años y las de 60-70 años se observan diferencias significativas ($p > 0,05$) en distintos ítems. En general, los mayores de 60 años consumen un porcentaje más elevado de verduras más de una vez al día, toman como mínimo dos piezas de fruta al día, tres o más raciones de legumbres a la semana, a diario cocinan arroz o pasta, suelen preferir las carnes blancas (pollo, ave o conejo) a las carnes rojas de cerdo y/o ternera y aparte de consumir un lácteo en el desayuno, a lo largo del día incluyen en su dieta dos yogures y/o una porción de queso. Estos resultados, denotan en gran medida, una pérdida en las nuevas generaciones de españoles del legado cultural que representa la dieta mediterránea, resultados similares a los encontrados por Stathakos y col.,²². También ponen de manifiesto que el efecto conservador de unos hábitos dietéticos saludables basados en el patrón de dieta mediterránea no dependen del estado civil ni del nivel profesional del encuestado, sino de la edad, siendo la población más adulta estudiada (60 -70 años) los que mejor siguen estos hábitos culinarios basados en la cocina mediterránea tradicional.

El farmacéutico en su oficina de farmacia puede mediante un sencillo test conocer el grado de adherencia de sus pacientes y a través de él dar el correspondiente consejo nutricional para evitar estas desviaciones en el consumo que se están produciendo en la población española y que están llevando a un abandono del patrón de dieta mediterránea.

AGRADECIMIENTOS

Al Colegio Farmacéutico de la Región de Murcia por la ayuda prestada en la recogida de datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutierrez-Fisac JL, López E, Banegas JR, et al. Prevalence of overweight and obesity in elderly people in Spain. *Obes Res.* 2004; 12: 710-15.
2. Tur JA, Colomer M, Moñino M, Bonnin T, Llopart I, Pons A. Dietary intake and nutritional risk among free-living elderly people in Palma Mallorca. *J Nutr, Health & Aging.* 2005; 9: 390-95.
3. Carvajal A, Ruiz-Roso B, Perea I, Moreiras O. Nutrición y salud de las personas de edad avanzada en Europa. Proyecto Euronut -Séneca. Estudio en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2003; 33: 81-90.
4. Hu FB. The Mediterranean diet and mortality-olive and beyond. *New Engl J Med.* 2003; 348: 2595-96.

5. Sofi F, Vecchio S, Giuliani G, Martinelli F, Marcucci R, Gori AM, et al. Dietary habits, lifestyle and cardiovascular risk factors in a clinically healthy Italian population: the "Florence" diet is not Mediterranean. *Eur J Clin Nutr.* 2005; 59: 584-91.
6. Díaz I, Gascón E, Lázaro S, Maximiano C. Guía de la Alimentación Mediterránea. Ed. Empresa Pública Desarrollo Agrario y Pesquero. Consejería de Agricultura y Pesca. Junta de Andalucía. 2007.
7. Tur JA, Romaguera D, Pons A. Adherence to the Mediterranean dietary pattern among the population of the Balearic Islands. *Br J Nutr.* 2004; 92: 341-6.
8. Tur JA, Serra-Majén L, Romaguera D, Pons A. Profile of overweight and obese people in a Mediterranean region. *Obesity Res.* 2005; 13: 527-36.
9. Díaz Méndez C. Cambios en el consumo alimentario en España: algunas propuestas de análisis de los comportamientos alimentarios. En: *Abaco: Revista de cultura y ciencias sociales.* 2002. p. 57-72.
10. Gómez C, González JJ. Agricultura y Sociedad en el cambio de siglo, Madrid. En: McGraw Hill; 2002. p. 143-180.
11. Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Atención Primaria.* Núm. 3. Vol. 28. Julio-agosto 2001.
12. Plan de Educación Nutricional a la población. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Vocalía Nacional de Alimentación. PLENUFAR I (1992); PLENUFAR II (2000); PLENUFAR III (2005); PLENUFAR IV (2009).
13. Cole T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz WH. Establishing a definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* 2000; 320: 1240-43.
14. Trichopoulou A, Costacou T, Christina B, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a greek population. *New Engl J Med.* 2003; 348: 2599-08.
15. Ayechu A, Durá T. Calidad de los hábitos alimentarios (adherencia a la dieta mediterránea) en los alumnos de educación secundaria obligatoria. *A Sist Sanit Navar.* 2010. vol.33-1, enero-abril.
16. Martínez Alvarez JR, Arpe Muñoz C, Iglesias Rosado C, Pinto Fontanillo JA, Villarino Marín A, Castro Alija MJ, et al. La nueva rueda de los alimentos. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la alimentación (SEDCA). Disponible en: <http://www.nutricion.org/>
17. Díaz I, Gascón E, Lázaro S. Guía de la alimentación mediterránea. Ed. Empresa pública desarrollo agrario y pesquero. Consejería de Agricultura y Pesca. Junta de Andalucía, 2007.
18. Kontou N, Psaltopoulou T, Panagiotakos D, Dimopoulos Meletios A, Linos A. The mediterranean diet in cancer prevention: a review. *J Med Food.* 2011; 14(10): 1065-78.
19. Pérez-Llamas F, Zamora Navarro S. Características de la dieta equilibrada. En: Pérez Llamas F, Zamora Navarro S, editores. *Nutrición y alimentación humana.* Murcia: Ediciones de la Universidad de Murcia; 2002. p.149-156.
20. Tyrovolas S, Psaltopoulou T, Pounis G, Papairakleous N, Bountziouka V, Zeimbekis A, et al. Nutrient intake in relation to central and overall obesity status among elderly people living in the Mediterranean islands: The MEDIS study. *Nutr metab cardiovasc dis.* 2011; 21: 438- 45.
21. Trichopoulou A, Valisopoulou E, Georga K, Soukara S, Dilis V. Traditional foods: why and how to sustain them. *Food Sci & Techn.* 2006;17: 498-504.
22. Stathakos D, Pratsinis H, Zachos I, Vlahaki I, Gianakopoulou A, Zianni D, et al. Greek centenarians: assessment of functional health status and life-style characteristics. *Exp gerontol.* 2005; 40:512- 18.