

# II Simposio de Investigación de alumnos del Master en Salud Pública, UMH-UA

## Libro de Póster

17 de Junio 2015 (18:00-19:30)  
FACULTAD MEDICINA Campus San Juan de Alicante



### **COMITÉ ORGANIZADOR**

María del Carmen Davó Blanes  
Carmen Vives Cases  
Carlos Alvarez Dardet  
Manuela García de la Hera  
Eva María Navarrete Muñoz  
Jesús Vioque López

### **COLABORAN:**

Decanato de la Facultad de Medicina  
Dirección del Máster de Salud Pública UMH-UA  
Fundación Dr. Antonio Esteve

**Libro de Actas. II Simposio de Investigación de alumnos del Master en Salud Pública, UMH-UA.**

El contenido de este libro no podrá ser reproducido, ni total ni parcialmente, sin el previo permiso del emisor. Reservados todos los derechos.

ISBN: 978-84-606-9322-2

Formato digital.

Editor: Limencop SL.

El Máster de Salud Pública, UMH-UA organizan el II Simposio de Investigación de alumnos del Master en Salud Pública, 2014-15. Los autores y trabajos presentados serán los siguientes:

**Autor: Alberto Manuel López Domínguez**

Renta mínima saludable en España. Un sueño para muchos trabajadores

**Autor: Yurena Naranjo Santana**

Relación entre el exceso de peso y mortalidad en población adulta mayor valenciana.

**Autor: Miren Amaia Beti Aguirrebengoa**

Relación entre el estado de salud auto-percibido y mortalidad en población adulta mayor de 65 años de la Comunidad Valenciana

**Autor: Alejandro Oncina Cánovas**

Estimación de polifenoles dietéticos y predictores del su consumo en población adulta joven: Estudio DiSA-UMH

**Autor: Laura María Compañ Gabucio**

Ingesta de alimentos de alta, media y baja densidad calórica y factores predictores del consumo de estos alimentos: Estudio DiSA-UMH.

**Autor: Verónica García Serrano**

Violencia de compañero íntimo y consumo de medicamentos.

**Autor: María Coves Prieto**

La vacuna del neumococo en prensa española (2005-2014)

**Autora: M<sup>a</sup> Asunción Martínez Milán**

Adquisición directa de alimentos a los productores locales para el abastecimiento de los comedores escolares

**Programa del acto de clausura:**

18:00 horas II Simposio científico Alumnos del Master en Salud Pública, UMH-UA

19:30 horas Inicio del Acto. Intervención de autoridades Mesa redonda:

**“Profesionalización y empleabilidad en salud pública: Máster de Salud Pública”** con la participación de egresados y empleadores.

20:00 horas Entrega de Diplomas

20:30 horas Sesión de fotos de la promoción 2013/14 y vino de honor



Estimados compañeros y amigos

Es un placer para nosotros dar la bienvenida a este II Simposio de Científico de los alumnos del Master conjunto UMH-UA que celebramos por primera vez durante el curso académico de 2014-2015 y previamente al Acto Académico de Clausura del Máster.

La idea fundamental del simposio es la de ofrecer a los alumnos un espacio donde discutir abiertamente los resultados de sus Trabajos Fin de Master en un ambiente adecuado y similar al que se puede encontrar en cualquier reunión o congreso científico. El formato elegido en esta primera ocasión es la de presentación breve en formato Poster –oral, donde cada alumno podrá exponer los resultados principales de sus trabajos y responder a preguntas que los asistentes le puedan plantear. De esta forma creemos que se verán recompensados los esfuerzos que ello han realizado durante el curso académico con ayuda de sus tutores y tras su presentación y defensa ante el tribunal académico de los Trabajos Fin de Master.

Estamos seguro que la mayoría de estos trabajos de temáticas muy diversas serán presentados posteriormente en Congresos y/o verán la luz en formato Artículo en revistas científicas por su alta calidad. Globalmente considerada, esta experiencia supone un buen ejemplo de la diversidad temática de la Salud Pública. A nivel personal, para muchos alumnos supondrá su primera experiencia de presentación en un foro científico que espero siga desarrollándose en el futuro. Seguro que los trabajos recibirán la atención y el apoyo de los presentes.

Por último, quiero agradecer a mis compañeros del Comité Organizador y al Decanato de la Facultad de Medicina su apoyo y su colaboración para llevar esta idea a la práctica.

A todos nuestro agradecimiento,

Jesús Vioque

Director del Máster.

Carmen Vives

Subdirectora del Máster.



# Renta mínima saludable en España. Un sueño para muchos trabajadores

López AM, Álvarez C.

## Introducción

Dada la influencia de las desigualdades económicas en los problemas de salud y la falta de bibliografía a nivel nacional sobre los ingresos necesarios para poder tener una vida saludable, nos hemos propuesto como objetivos:

- Determinar la renta mínima saludable en España.
- Comparar el resultado obtenido con el salario mínimo interprofesional.

## Metodología

Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los gastos mensuales mínimos representativos de una vida saludable en España, para personas de entre 18 y 30 años con trabajo.

Para los gastos nutricionales, hemos confeccionado una cesta básica saludable, basada en la dieta mediterránea.

Fuentes utilizadas:

- Precios medios nacionales ponderados de venta al público de alimentos.
- Guía de Alimentación Saludable (SENC).

El resto de gastos, los hemos obtenidos de la media de los gastos esenciales para el 33,33% de los hogares de nuestra población de estudio con menores ingresos por persona.

Fuentes utilizadas:

- Encuesta de Presupuestos Familiares (INE).
- Otras fuentes de menor importancia.

## Gastos agrupados de una vida saludable en España

	€mes
Nutricionales	149,02
Ejercicios físico	0
Hogar	368,09
Otros costes de vida	219,21
Culturales y de integración social	79,92
<b>Total</b>	<b>816,24</b>

## Conclusión

La renta mínima saludable en España es de 816,24€ mensuales netos, para personas jóvenes a diciembre de 2014. El salario mínimo interprofesional, descontada Seguridad Social, es de 705,03€ mensuales, por lo tanto insuficiente para poder tener una vida saludable en España. Cabe señalar, que las limitaciones del estudio sugieren una infravaloración de éste resultado, y que es una media para el conjunto de España, por lo que puede ser suficiente o insuficiente para casos particulares en función del coste de vida en cada Comunidad Autónoma.

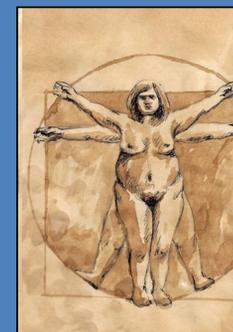
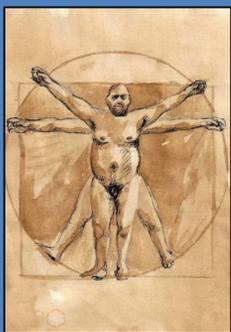


# RELACIÓN ENTRE EL EXCESO DE PESO Y LA MORTALIDAD EN POBLACIÓN ADULTA MAYOR VALENCIANA.

Naranjo-Santana Y<sup>1</sup>, García de la Hera M<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Dpto de Salud Pública, H<sup>a</sup> de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández.

<sup>2</sup>CIBERESP



## INTRODUCCIÓN

La obesidad y sobrepeso son considerados por la Organización Mundial de la Salud como la epidemia del s. XXI y están relacionados con múltiples patologías (1). Numerosos estudios epidemiológicos demuestran una correlación positiva entre obesidad y mortalidad (2). Esta relación resulta controvertida en adultos mayores donde se ha visto que estados ponderales altos se han asociado a menores tasas de mortalidad (3). El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el estado ponderal y mortalidad en la población mayor de 65 años de la Comunidad Valenciana (CV).

## OBJETIVO

Estimar el efecto independiente del exceso de peso corporal medido por el IMC y el ICC sobre la mortalidad total en adultos mayores de 65 años de la CV.

## MATERIAL Y MÉTODO

Una cohorte de 906 personas mayores de la Comunidad Valenciana que provenían de dos estudios transversales (Encuesta de Nutrición y Salud de la Comunidad Valenciana (ENCV), 1994) y la European Eyes Study ((EUREYE), 2000) fue seleccionada y seguida prospectivamente durante 12-18 años. Se obtuvo el status vital de los sujetos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Registro de Mortalidad de la CV. Se llevó a cabo un análisis con modelos de regresión de Cox ajustados por covariables socio-demográficas y de estilos de vida, para estimar el efecto del exceso de peso sobre la mortalidad.

## RESULTADOS

Durante el seguimiento murieron 449 personas (49.5% de la cohorte) siendo la proporción homogénea respecto a sexo (51.44% mujeres y 48.66% hombres), sin embargo las mujeres referían adoptar mejores hábitos de vida que los hombres. Se observó que el menor riesgo de mortalidad estaba en las personas con sobrepeso, con un 32% menos respecto a las normopeso (HR: 0.68; IC 95%: 0.50 – 0.92; p<0.05), ajustando por sexo, edad, ICC, hábito tabáquico, consumo de alcohol, nivel educativo, actividad física y salud autopercebida. Sin embargo en la ENCV, la obesidad implicaba menor mortalidad que el sobrepeso.

Tabla 1. Características basales según Índice de Masa Corporal (IMC) en la población mayor de 65 años de la Comunidad Valenciana

	Categoría IMC (Kg/m <sup>2</sup> )				p
	Total (N= 906)	18,5-24,9	25,0-29,9	≥ 30,0	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Sexo</b>					
Hombres	394 (43,5%)	83 (48,3%)	202 (48,1%)	109 (34,7%)	<0,001
Mujeres	512 (56,5%)	89 (51,7%)	218 (51,9%)	205 (65,3%)	
<b>Edad</b>					
65-69	278 (30,7%)	42 (24,4%)	141 (33,6%)	95 (30,3%)	0,07
70-74	291 (32,1%)	52 (30,2%)	132 (31,4%)	107 (34,1%)	
75-79	185 (20,4%)	37 (21,5%)	88 (21%)	60 (19,1%)	
≥80	152 (16,8%)	41 (23,8%)	59 (14%)	52 (16,6%)	
<b>ICC</b>					
Normal	97 (10,7%)	9 (8,7%)	50 (12,6%)	38 (9,4%)	0,162
Moderado	180 (19,8%)	27 (26%)	81 (20,4%)	72 (17,8%)	
Alto	629 (69,4%)	68 (65,4%)	266 (67%)	295 (72,8%)	
<b>Estudio</b>					
Eureye	599 (66,1%)	97 (56,4%)	282 (67,1%)	220 (70,1%)	≤0,001
Encuesta	307 (33,8%)	75 (43,6%)	138 (32,9%)	94 (29,9%)	
<b>Estado vital</b>					
Vivo	457 (50,4%)	66 (38,4%)	230 (54,8%)	161 (51,3%)	0,001
Muerto	449 (49,5%)	106 (61,6%)	190 (45,2%)	153 (48,7%)	
<b>Causa de muerte</b>					
CV	181 (19,9%)	38 (22,1%)	80 (19%)	63 (20,1%)	0,596
Cáncer	98 (22,7%)	22 (12,8%)	45 (10,7%)	31 (9,9%)	
Otros	170 (18,7%)	46 (26,7%)	65 (15,5%)	59 (18,8%)	
<b>Hábito tabáquico</b>					
No	576 (63,5%)	97 (56,7%)	259 (61,7%)	220 (70,3%)	<0,001
Ex	206 (22,7%)	34 (19,9%)	106 (25,2%)	66 (21,1%)	
Si	122 (13,4%)	40 (23,4%)	55 (13,1%)	27 (8,6%)	
<b>Hábito alcohólico</b>					
No	404 (44,6%)	86 (50%)	167 (39,8%)	151 (48,1%)	≤0,001
<12 gr/día	286 (31,5%)	53 (30,8%)	142 (33,8%)	91 (29%)	
>12 gr/día	226 (24,9%)	33 (19,2%)	121 (26,4%)	72 (22,9%)	
<b>Actividad física</b>					
No	761 (83,9%)	152 (88,4%)	333 (79,5%)	276 (88,2%)	≤0,001
Si	143 (15,7%)	20 (11,6%)	86 (20,5%)	37 (11,8%)	
<b>Salud autopercebida</b>					
Muy buena	104 (11,47%)	20 (11,63%)	53 (12,62%)	31 (9,87%)	0,62
Buena	397 (43,81%)	75 (43,6%)	189 (45%)	133 (42,3%)	
Regular, mala o muy mala	405 (44,70%)	77 (44,7%)	176 (42,3%)	150 (47,7%)	
<b>Nivel educativo</b>					
<Primaria	139 (15,34%)	22 (12,8%)	63 (15%)	54 (17,2%)	0,24
Primaria	550 (60,70%)	97 (56,4%)	266 (63,3%)	187 (59,6%)	
Secundaria y/o unives,	118 (13,02%)	29 (16,9%)	46 (11%)	43 (13,7%)	

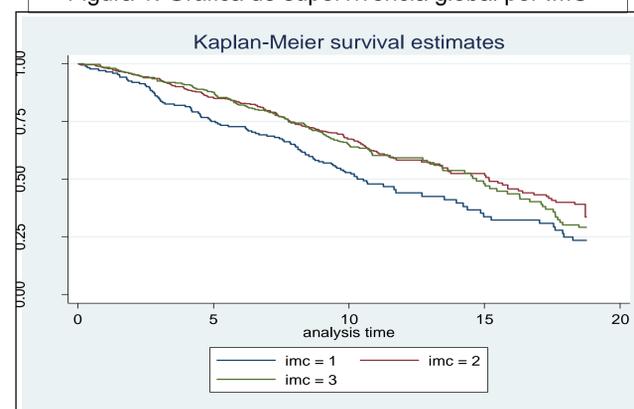
Tabla 4. Hazard ratio (HR) (95 % Intervalo de Confianza (IC)) por todas las causas de muerte, de acuerdo al IMC.

	Toda la cohorte (N= 906)			ENCV(N= 599)			EUREYE(N= 307)			
	HR* (IC95%)	p	Tasa de mortalidad por 1000py	HR* (IC95%)	p	Tasa de mortalidad por 1000py	HR* (IC95%)	p	Tasa de mortalidad por 1000py	
	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )									
<b>MODELO 1</b>	1 (Normopeso)	1	66,3	1	73,5	1	59			
	2 (Sobrepeso)	0,68 (0,50-0,92)	0,013	43,7	0,78 (0,52-1,18)	0,255	54,6	0,66 (0,42-1,02)	0,065	36,8
	3 (Obesidad)	0,77 (0,55-1,08)	0,134	47	0,71 (0,44-1,14)	0,163	55,5	0,85 (0,52-1,40)	0,53	42,1
<b>MODELO 2</b>	1 (Normopeso)	1	63,2	1	71	1	55,3			
	2 (Sobrepeso)	0,66 (0,49-0,89)	0,008	41,9	0,74 (0,49-1,13)	0,172	52,9	0,66 (0,42-1,03)	0,067	34,9
	3 (Obesidad)	0,75 (0,53-1,05)	0,103	45,4	0,67 (0,41-1,09)	0,109	53,8	0,87 (0,53-1,45)	0,611	40,7

\*Hazard Ratios ajustado por sexo, edad, hábito tabáquico, hábito alcohólico, actividad física, ICC y salud autopercebida.

MODELO 1: riesgo y tasa de mortalidad en el tiempo de seguimiento  
MODELO 2: riesgo y tasa de mortalidad excluyendo el primer año de seguimiento

Figura 1. Gráfica de supervivencia global por IMC



IMC=1 (Normopeso) IMC=2 (Sobrepeso) IMC=3 (Obesidad)

## BIBLIOGRAFÍA

- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- Kopelman PG. Obesity as a medical problem. *Nature* 2000; 404: 635-43.
- Janssen I, Mark AE. Elevated body mass index and mortality risk in the elderly. *Obes Rev.* 2007 ; 8:41-59.

## CONCLUSIÓN

A diferencia de lo observado en adultos de mediana edad, un IMC elevado presenta un efecto protector para el riesgo de muerte a medio-largo plazo en mayores de 65 años de la CV. Aunque resultados similares se han observado en otros estudios, se necesitan más estudios confirmatorios y que investiguen los posibles mecanismos implicados.



# Relación del Estado de Salud autopercebido y mortalidad en población adulta mayor de 65 años de la Comunidad Valenciana.

Beti-Aguirrebengoa MB<sup>1</sup>, García de la Hera M1.2.  
1 Dpto de Salud Pública Salud Pública, H<sup>a</sup> de la Ciencia y Ginecología 2. CIBERESP



## INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población tiene como consecuencia un incremento de la morbilidad y mortalidad, teniendo importantes repercusiones en la población en cuanto a calidad de vida y expectativas en relación con su nivel estado de salud.

A pesar de la subjetividad que supone la autoevaluación de la salud, el estado de salud autopercebido es un indicador que se asocia a la mortalidad. En nuestro país ha sido poco estudiada esta relación en población mayor de 65 años.

## OBJETIVO

Describir y analizar la asociación entre el estado de salud auto percibido y la mortalidad en población adulta  $\geq 65$  años de la Comunidad Valenciana.

## RESULTADOS

Durante el seguimiento 449 sujetos habían muerto. Los que refieren peor estado de salud, frente a los que tienen "Muy Bueno", tienen más riesgo de mortalidad [HR 2,02 (1.43-2.84)  $p < 0,001$ ]. Las mujeres que tienen peor estado de salud autopercebido presentan más riesgo de mortalidad [HR: 2.02 (1.16-3.52)  $p < 0.001$ ] vs hombres [HR: 1.52 (0.96-2.42)  $p = 0.074$ ].

Tabla 3. Efectos del estado de salud autopercebido en la mortalidad en población  $\geq 65$  años de la Comunidad Valenciana

Salud autopercebida	Global		ENCV		EUREYE	
	HR (IC95%)	p	HR (IC95%)	p	HR (IC95%)	p
<b>MODELO 1</b>						
Muy buena	1		1		1	
Buena	1.41 (0.99-1.99)	0.054	1.54 (0.90-2.65)	0.117	1.35 (0.85-2.12)	0.198
Regular-mala y Muy mala	2.02 (1.43-2.84)	<0.001	2.28 (1.35-3.87)	<0.05	1.87 (1.19-2.94)	<0.05
<b>MODELO 2</b>						
Muy buena	1		1		1	
Buena	1.31 (0.93-1.87)	0.130	1.49 (0.85-2.6)	0.165	1.33 (0.83-2.12)	0.224
Regular-mala y Muy mala	1.80 (1.27-2.55)	<0.001	2.02 (1.17-3.48)	<0.05	1.79 (1.12-2.86)	<0.05
<b>MODELO 3</b>						
Muy buena	1		1		1	
Buena	1.29 (0.91-1.83)	0.160	1.40 (0.80-2.46)	0.239	1.31 (0.82-2.09)	0.253
Regular-mala y Muy mala	1.68 (1.18-2.38)	0.004	1.89 (1.09-3.24)	<0.05	1.61 (1.00-2.60)	<0.05
<b>MODELO 4</b>						
Muy buena	1		1		1	
Buena	1.56 (0.88-2.77)	0.128	1.38 (0.59-3.21)	0.451	1.92 (0.84-4.40)	0.123
Regular-mala y Muy mala	2.02 (1.16-3.52)	<0.001	1.87 (1.87-4.19)	0.127	2.25 (0.10-5.06)	0.050
<b>MODELO 5</b>						
Muy buena	1		1		1	
Buena	1.15 (0.73-1.81)	0.538	1.30 (0.60-2.80)	0.509	1.12 (0.63-2.00)	0.679
Regular-mala y Muy mala	1.52 (0.96-2.42)	0.074	1.80 (0.83-3.74)	0.141	1.35 (0.73-2.50)	0.340

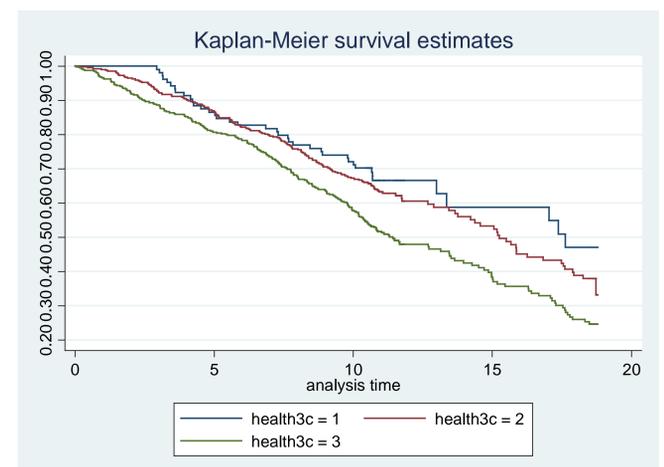
Modelo 1: Multivariante ajustado por edad y sexo

Modelo 2: Multivariante ajustado por edad, sexo, IMC, nivel educativo, actividad física, tabaco y alcohol.

Modelo 3: Multivariante excluyendo el primer año ajustado por edad, sexo, IMC, nivel educativo, actividad física, tabaco y alcohol. Análisis robusto

Modelo 4: Multivariante solo MUJERES excluyendo el primer año ajustado por edad, IMC, nivel educativo, actividad física, tabaco y alcohol

Modelo 5: Multivariante solo HOMBRES excluyendo el primer año ajustado por edad, IMC, nivel educativo, actividad física, tabaco y alcohol



## CONCLUSIÓN

La salud autopercebida se presenta como predictora de la mortalidad en población adulta mayor de 65 años de la Comunidad Valenciana. A pesar de que nuestros resultados están en la línea de estudios previos con grandes semejanzas, difieren de otros y todavía a día de hoy, no hay consenso, siendo necesarios más estudios que ayuden a resolver estas diferencias.

## BIBLIOGRAFIA

Tres o cuatro referencias



# ESTIMACIÓN DE POLIFENOLES DIETÉTICOS Y PREDICTORES DEL CONSUMO DE POLIFENOLES, EN POBLACIÓN ADULTA JOVEN



Alejandro Oncina Cánovas.  
Tutora: Eva María Navarrete Muñoz



## Introducción

La transición entre la juventud y la vida adulta es una etapa importante en la adquisición de estilos de vida saludable. La dieta es uno de los principales hábitos a modificar, ya que como han mostrado recientemente algunos estudios, se está dejando de lado el consumo de ciertos alimentos como frutas y verduras, de vital importancia, por su contenido en ciertos compuestos bioactivos potencialmente beneficiosos como son vitaminas, minerales y polifenoles. Por ello, el objetivo del presente estudio fue estimar la ingesta de polifenoles dietéticos y sus principales subfamilias, describir los principales contribuidores de esta ingesta y explorar los factores predictores asociados con un mayor consumo de estas ingestas en la población del estudio Dieta Salud y Antropometría de la Universidad Miguel Hernández (DiSA UMH).

## Metodología

Un total de 1069 participantes del estudio DiSA UMH completaron un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario validado. Se recogió información sobre variables sociodemográficas, estilos de vida y antropométricas. La ingesta de polifenoles dietéticos se estimó usando la base de datos online Phenol-Explorer. Se calcularon medias de consumo de polifenoles dietéticos y se definió los principales contribuidores de dicha ingesta. Se usó regresión lineal para determinar los factores predictores del consumo total de polifenoles y de las principales clases.

## Resultados

La ingesta media de polifenoles totales, ácidos fenólicos y flavonoides fue de 1195, 546.8 y 493.3 mg/día respectivamente. Los principales contribuidores de la ingesta fueron el café, los productos derivados del cacao y en menor medida, las frutas y verduras.

Tabla 5. Regresión lineal múltiple de los posibles factores predictores del consumo de polifenoles dietéticos del estudio DiSA UMH. (n=1069)

Variables	Polifenoles totales		Ácidos fenólicos		Flavonoides		
	$\beta^a$ (IC 95%)	p-valor	$\beta^a$ (IC 95%)	p-valor	$\beta^a$ (IC 95%)	p-valor	
Sexo	Hombre	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	
	Mujer	266.2 (168.8;363.5)	<0.001	214.7 (140.1;289.2)	<0.001	28.4 (-26.8;83.7)	0.310
Edad		16.3 (3.2;29.4)	0.015	21.7 (11.7;31.8)	<0.001	-7.3 (-14.7;0.2)	0.055
	Bastante/Muy activo	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	
Actividad física	Moderadamente activo	21.1 (-98.1;140.3)	0.739	-10.3 (-101.6;80.9)	0.824	10.1 (-57.6;77.7)	0.770
	Sedentario	107.8 (-2;217.6)	0.054	53.9 (-30.2;137.9)	0.208	15.7 (-46.6;78.0)	0.621
Horas sueño al día	<7	85.9 (-51.7;223.4)	0.221	87.2 (-18.1;192.6)	0.105	3.8 (-74.2;81.9)	0.923
	7 a 9	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	
Horas de televisión al día	>9	-92.1 (-258.7;74.5)	0.095	-62.3 (-189.9;65.2)	0.067	-29.1 (-123.6;65.4)	0.586
	≤1	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	
Tabaco	1.1 a 2	13.6 (-74.7;101.9)	0.763	-35.6 (-103.2;32.0)	0.302	41.4 (-8.7;91.5)	0.105
	>2	-81.4 (-186;23.3)	0.127	-114.8 (-194.9;-34.7)	0.005	33 (-26.3;92.4)	0.275
Alcohol (g/día)	No fumador	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	
	Fumador	89.2 (0.1;178.3)	0.049	130.9 (62.7;199.2)	<0.001	-23.1 (-73.6;27.5)	0.370
Salud autopercebida	<0.5	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	
	0.5 a 6	42.2 (-60.4;144.9)	0.419	101.3 (22.6;179.9)	0.011	-65.1 (-123.4;-6.9)	0.028
IMC	>6	206 (78.7;333.4)	0.001	253.4 (155.9;350.9)	<0.001	-54.9 (-127.1;17.3)	0.135
	Muy buena	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	
rMED	Buena	-38.2 (-134;57.8)	0.435	-20.7 (-94.1;52.8)	0.581	-22.3 (-76.8;32.0)	0.419
	Regular/Mala/Muy mala	-2.1 (-149.3;5.1)	0.977	27.9 (-84.8;140.6)	0.627	-50.9 (-134.4;32.6)	0.231
IMC	Normopeso <sup>b</sup>	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	
	Sobrepeso	105.6 (-16.6;227.8)	0.090	109.5 (15.9;203.1)	0.022	10.8 (-58.5;80.1)	0.759
rMED	Obesidad	142.8 (-108.9;394.4)	0.265	125.9 (-66.7;318.7)	0.199	78.4 (-64.3;221.2)	0.281
		-8.2 (-22.1;5.7)	0.246	8.5 (-2.1;19.1)	0.117	-13.1 (-20.9;-5.2)	0.001

Abreviaturas: IMC, Índice de masas corporal; rMED: puntuación relativa en Dieta Mediterránea; <sup>a</sup> $\beta$  ajustada por calorías y por todas las variables incluidas;

<sup>b</sup> La categoría de normopeso incluye a los de bajo peso (7%)

## Conclusiones

Este estudio describe la ingesta de polifenoles totales, así como de sus principales clases, subclases y compuestos fenólicos en población mediterránea joven. Las principales fuentes de polifenoles en esta población son el café y los derivados del cacao. Conocer los factores predictores de la ingesta puede ayudarnos a mejorar las estrategias de intervención para conseguir un aumento en la ingesta de estos compuestos



# INGESTA DE ALIMENTOS DE ALTA, MEDIA Y BAJA DENSIDAD CALÓRICA Y

## FACTORES PREDICTORES DEL CONSUMO DE ESTOS ALIMENTOS:

### ESTUDIO DISA-UMH

Laura María Compañ Gabucio, Tutora: Eva María Navarrete Muñoz

#### Introducción

La densidad calórica (DC) se define como el número de calorías entre el volumen en gramos de un alimento o bebida (Kcal/g). Existen varias formas de calcular la DC de la dieta, la forma más habitual de calcularla es excluyendo las bebidas, ya que pueden llevar a infraestimar la DC.

Los alimentos de alta densidad calórica (ADC) se conocen como alimentos vacíos por ser ricos sólo en calorías. Se caracterizan por ser menos saciantes que los alimentos de baja densidad calórica (BDC), por lo que consumirlos conlleva un desplazamiento de alimentos de BDC, como lo son frutas y verduras, y una ganancia de peso, lo que provoca una mayor incidencia de enfermedades asociadas al exceso de peso. Actualmente, los jóvenes dejan de lado la dieta mediterránea, por una dieta más occidental, rica en alimentos de ADC. De ahí la importancia de estudiar el perfil de los consumidores de estos alimentos para crear estrategias de prevención.

**Objetivo:** Describir la ingesta de alimentos de alta, media y baja densidad calórica y examinar los factores predictores del consumo de éstos en el estudio DiSA-UMH

#### Métodos

Se han analizado de forma transversal los datos basales de 1091 participantes de 17 a 35 años de edad. Se recogió información sobre variables sociodemográficas, estilos de vida y antropométricas. La ingesta de alimentos y nutrientes se estimó utilizando un cuestionario de frecuencia de alimentos (CFA) previamente validado. Se calculó la DC (Kcal/g) de cada alimento, excluyendo el consumo de bebidas, y se clasificaron los alimentos en alta ( $DC \geq 2.19$ ), media ( $1.83 \geq DC \geq 2.18$ ) y baja ( $DC \leq 1.82$ ). En el grupo de alimentos de ADC se excluyeron los frutos secos y el aceite de oliva, puesto que, a pesar de ser alimentos de ADC, se ha mostrado que son protectores frente a la ganancia de peso, enfermedades cardiovasculares y mortalidad. La ingesta total de alimentos de alta (ADC), media (MDC) y baja (BDC) se calculó sumando la ingesta de todos los alimentos que componían cada grupo para cada individuo. Se usó regresión lineal múltiple para analizar la asociación entre las variables de interés y el consumo de alimentos de alta, media y baja DC.

#### Resultados

La ingesta media diaria de alimentos de ADC fue 262.2 siendo los principales aportadores de esta ingesta el pan blanco, carne de ternera, cerdo y cordero, embutido, pan integral y patatas fritas.

La ingesta media diaria de alimentos de MDC fue 93.3 siendo los principales aportadores pollo sin piel, huevos, queso blanco o fresco y requesón, patas cocidas y pescado frito variado.

La ingesta media diaria de alimentos de BDC fue 806.9 siendo los principales aportadores de su consumo tomate, naranja, sandía, pasta, espaguetis y macarrones y manzana.

Tabla 1. Factores predictores del consumo de alimentos de alta <sup>a</sup>, media <sup>b</sup> y baja <sup>c</sup> densidad calórica en el estudio DiSA-UMH (N=1091)

Variables	Alta <sup>a</sup> Densidad calórica			Media <sup>b</sup> Densidad Calórica			Baja <sup>c</sup> Densidad Calórica		
	Media (DE <sup>d</sup> )	$\beta$ <sup>e</sup> (IC 95%)	P-valor	Media (DE <sup>d</sup> )	$\beta$ <sup>e</sup> (IC 95%)	P-valor	Media (DE <sup>d</sup> )	$\beta$ <sup>f</sup> (IC 95%)	P-valor
<b>Sexo</b>									
Hombre	306.0 (126.5)	Referencia		98.7 (45.2)	Referencia		817.1 (408.3)	Referencia	
Mujer	245.1 (112.0)	-9.3 (-17.5;-1.1)	0.03	91.1 (43.9)	1.7 (-4.5;7.8)	0.60	803.0 (410.6)	134.1 (80.5;187.7)	<0.001
<b>Edad (por cada año)</b>	262.2 (119.3)	-1.6 (-2.7;-0.5)	0.01	93.3 (44.4)	0.3 (-0.5;1.2)	0.46	806.9(409.7)	8.4 (1.1;15.6)	0.02
<b>Actividad Física</b>									
Muy activa <sup>h</sup>	276.1 (126.5)	Referencia		99.8 (48.3)	Referencia		941.8(515.9)	Referencia	
Moderada	251.0 (109.9)	5.5 (-4.5;15.4)	0.28	91.2 (44.8)	-3.2 (-10.7;4.3)	0.40	810.8 (399.6)	-100.5 (-165.8;-35.1)	0.003
Poco activa <sup>i</sup>	262.3 (120.5)	10.1 (1.1;19.2)	0.03	91.8 (42.5)	-2.5 (-9.3;4.4)	0.48	755.6 (356.3)	-166.5 (-225.3;-107.8)	<0.001
<b>Horas sueño</b>									
7-9	260.7 (117.2)	Referencia		93.1 (44.0)	Referencia		804.7 (399.3)	Referencia	
<7	254.4 (129.8)	-0.7 (-12.3;10.9)	0.90	94.7 (44.4)	1.0 (-7.7;9.7)	0.83	886.0 (523.5)	82.8 (6.6;158.9)	0.03
>9	295.4 (131.5)	-1.2 (-15.3;12.8)	0.86	93.8 (50.8)	-2.0 (-12.6;8.6)	0.71	720.4 (350.4)	-119.6 (-211.9;-27.2)	0.01
<b>Horas de TV</b>									
≤1h	249.1 (117.2)	Referencia		91.6 (45.7)	Referencia		819.2 (429.3)	Referencia	
1,1-2h	271.2 (121.9)	1.9 (-5.5;9.3)	0.62	96.5 (43.5)	2.4 (-3.2;8.0)	0.40	812.7(406.3)	-19.0 (-67.7;29.8)	0.45
>2h	276.9 (117.4)	9.2 (0.5;18.0)	0.04	91.5 (42.7)	-1.5 (-8.1;5.1)	0.65	769.2 (367.4)	-63.3 (-120.9;-5.8)	0.03
<b>Tabaco</b>									
No Fumador	265.7 (124.6)	Referencia		94.6 (46.1)	Referencia		821.6 (409.1)	Referencia	
Fumador	254.9 (107.4)	0.5 (-6.9;7.9)	0.89	90.4 (40.6)	-2.1 (-7.7;3.5)	0.45	776.3 (410.2)	-8.0 (-56.8;40.9)	0.75
<b>IMC <sup>j</sup></b>									
Normopeso	266.3 (120.2)	Referencia		93.3 (45.09)	Referencia		811.0 (414.6)	Referencia	
Sobrepeso	237.3 (112.4)	-5.9 (-16.2;4.4)	0.26	94.6 (41.9)	5.7 (-2.0;13.5)	0.15	792.6 (401.0)	50.0 (-18.0;118.0)	0.15
Obesidad	238.5 (107.1)	-8.4 (-29.3;12.4)	0.43	84.9 (28.6)	-1.7(-17.4;14.0)	0.83	735.3 (262.7)	23.6 (-113.9;161.0)	0.74
<b>B. azucaradas 100 g/día</b>	262.2 (119.3)	-4.9 (-6.3;-3.5)	<0.001	93.3 (44.4)	-1.3 (-2.3;-0.3)	0.02	806.9(409.7)	-6.1 (-15.2;2.9)	0.18
<b>Alcohol (g/día)</b>									
<0,5	249.9 (120.6)	Referencia		92.3 (45.3)	Referencia		833.0 (497.8)	Referencia	
0,5-6	257.9 (121.5)	-4.8 (-13.3;3.9)	0.28	92.8 (45.4)	-1.3 (-7.8;5.2)	0.70	797.5 (368.2)	-46.8 (-103.4;9.7)	0.10
>6	282.2 (110.9)	-14.1 (-24.7;-3.4)	0.01	95.1 (41.2)	-3.7 (-11.8;4.3)	0.36	807.7 (423.1)	-79.3 (-149.4;-9.2)	0.03
<b>Frutas 100 g/día</b>	262.2 (119.3)	-13.1 (-14.6;-11.6)	<0.001	93.3 (44.4)	-1.7 (-2.8;-0.6)	0.003	-	-	
<b>Verduras 100 g/día</b>	262.2 (119.3)	-9.8 (-11.5;-8.0)	<0.001	93.3 (44.4)	2.8 (1.4;4.1)	<0.001	-	-	
<b>Calorías 1000 calorías/día</b>	262.2 (119.3)	203.2 (196.3;210.0)	<0.001	93.3 (44.4)	32.4 (27.2;37.5)	<0.001	806.9(409.7)	335.9 (293.5;378.2)	<0.001
<b>Frutos secos 10 g/día</b>	262.2 (119.3)	-1.6 (-2.0;-1.2)	<0.001	93.3 (44.4)	-0.1 (-0.4;0.2)	0.45	806.9(409.7)	0.4 (-2.2 ;2.9)	0.78
<b>Aceite de oliva 10 g/día</b>	262.2 (119.3)	-1.5 (-1.8;-1.3)	<0.001	93.3 (44.4)	-0.2 (-0.4;0.02)	0.03	806.9(409.7)	-1.2 (-2.7;0.4)	0.13

<sup>a</sup> Suma de alimentos de alta densidad calórica incluye alimentos cuya densidad calórica es  $\geq 2.19$  kcal/g, excluyendo frutos secos y aceite de oliva. <sup>b</sup> Suma de alimentos de media densidad calórica, incluye alimentos cuya densidad calórica está entre 1.83-2.18 kcal/g. <sup>c</sup> Suma de Alimentos de baja densidad calórica, incluye alimentos cuya densidad calórica  $\leq 1.82$  kcal/g. <sup>d</sup> DE: Desviación estándar. <sup>e</sup>  $\beta$ : coeficiente de regresión ajustado por todas las variables de la tabla. <sup>f</sup>  $\beta$ : coeficiente de regresión ajustado por todas las variables de la tabla, excepto por frutas y verduras que se incluyen dentro de la variable baja densidad calórica. <sup>g</sup> P-valor de la significación del coeficiente  $\beta$  de la significación. <sup>h</sup> Esta categoría incluye a los que reportaron ser bastante y muy activos. <sup>i</sup> Esta categoría incluye a los que reportaron ser poco o nada activos. <sup>j</sup> IMC: índice de masa corporal

#### Conclusiones

El perfil de consumidores de alta, media y baja es diferente. Los consumidores de alta DC tienen conductas más sedentarias y un menor consumo de frutas y verduras, frutos secos y aceite de oliva. Por el contrario, consumir alimentos de baja DC se asoció una mayor actividad física, menos tiempo viendo televisión y una ingesta inferior de aceite de oliva. Estos factores asociados a cada perfil deberían tenerse en cuenta a la hora de elaborar estrategias con el fin de reducir el consumo de ADC.



# VIOLENCIA DE COMPAÑERO ÍNTIMO Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS

**Autora: Verónica García Serrano    Tutora: Carmen Vives Cases**

## Introducción

La violencia de compañero íntimo (VCI) constituye un problema de salud pública. Las víctimas de maltrato no solo pierden su integridad física, sexual y psicológica, sino, que están expuestas a otras variables que van a interferir en su estado de salud y bienestar, como es el consumo de medicamentos. Los objetivos de este estudio son describir la medicación más consumida por parte de las mujeres y hombres expuestos a la VCI y determinar el mayor riesgo de consumo de fármacos de sujetos que sufren VCI con respecto a población general.

## Métodos

Scoping Review. Búsqueda sistemática en Scopus, Pubmed y Embase (2005-2014), y búsquedas manuales de artículos potencialmente incluíbles en la bibliografía de los artículos inicialmente seleccionados. Se revisaron las principales características formales y metodológicas y los resultados, conclusiones y limitaciones de los artículos finalmente incluidos.

## Resultados

Se incluyeron 7 estudios, 5 transversales y 2 de cohortes prospectivos. Los artículos seleccionados hablaban del uso de los sistema de salud por parte de mujeres víctimas, evaluaciones concretas de consumo de psicofármacos, pasando por patrones de consumo y de prescripción a personas víctimas de VCI. Se observó un mayor consumo de medicamentos por parte de las víctimas de VCI, en concreto, mayor consumo de medicación para dormir, ansiolíticos y antidepresivos.

Primer/a autor/a	Resultado asociación VCI/consumo medicamentos	Limitaciones (reconocidas por los autores)
JUDITH WUEST	↑ consumo de medicamentos en personas víctimas de VCI ↑↑ consumo de antidepresivos y tranquilizantes que en mujeres víctimas	→ Estudio transversal → no se puede determinar causalidad. → La naturaleza de la población seleccionada no es representativa, ya que las mujeres son reclutadas de refugios o asuntos sociales.
SYLVIE LO FO WONG	≈ No existen diferencias significativas en lo que al consumo se refiere entre ambas poblaciones	→ A pesar de presentar importantes limitaciones, los autores no las reconocen.
ISABEL RUIZ-PÉREZ	↑↑ consumo de tranquilizantes y antidepresivos. De 1,5 a 2.5 veces superior en mujeres expuestas a VCI que no expuestas	→ Sesgos propios de las encuestas de auto informe y fallos de mala clasificación. → Sesgos de selección: Mujeres que asistieron a la práctica con sus parejas y mujeres analfabetas fueron excluidas. → Estudio transversal → no se puede determinar causalidad.
LISE EILIN STENE	↑↑ prescripción de medicamentos potencialmente adictivos-de 2 a casi 4 veces mayor en mujeres víctimas de VCI dependiendo de la droga de consumo y el tipo de violencia-	→ Sesgo de no participación en la encuesta HUBRO, aunque la estimación de la asociación entre VCI y prescripción de medicamentos potencialmente adictivos no se vio influida. → Dentro de las limitaciones; la edad de las mujeres, el vacío de información sobre prescripciones (en HUBRO entre 2000/2001 hasta el establecimiento de NorPD en 2004, no podemos certificar que VCI precede al consumo de medicamentos)
SARAH E. ROMANS	↑↑ consumo de medicación tanto para la ansiedad como para la depresión-de 2 a 4,5 veces mayor en personas víctimas de violencia-	→ Limitaciones: existía una información limitada acerca de la gravedad de la VCI. → La indicación del tratamiento era descrito por los sujetos (se contrastó con el diagnóstico) → Estudio transversal → no se puede determinar causalidad. → Sesgo de selección: individuos que viven en instituciones penitenciarias, en hospitales, que no tienen teléfono y no hablan inglés o francés fueron excluidos.
JINETTE COMEAU	No hay población de referencia con la que comparar la población de estudio	→ No analizan ni fortalezas ni limitaciones.
LISE EILIN STENE	↑↑ consumo de hipnóticos, ansiolíticos y antidepresivos en mujeres que han sufrido VCI -de 1,19 a 3,30 veces más probable, dependiendo del tipo de agresión-.	→ Estudio transversal → no se puede determinar causalidad. → Baja tasa de participación → Preguntas sobre la violencia no cubrían gravedad o frecuencia, no se puede evaluar la relación dosis-respuesta. → El uso de drogas psicotrópicas se definió como cualquier uso durante las últimas cuatro semanas. → Se aplicó la Hopkins Síntomas Checklist-10 que cubre principalmente la depresión y la ansiedad. Otros trastornos mentales no se abordan en el estudio. → Sesgo de selección. → Sesgo de recuerdo, mujeres que sufrieron efectos adversos por consumo de medicación psicotrópica, son más propensas a recordar.

## Conclusiones

Existe una clara asociación entre ser o haber sido víctima de VCI y consumir más medicación, aunque esta asociación se ve influida por diversos factores. Se necesita más evidencia científica y de mayor calidad metodológica para poder analizar todos los procesos asociados a este hecho, incluyendo el impacto de dicho consumo de fármacos en la salud y la calidad de vida de las víctimas de VCI.









# ADQUISICIÓN DIRECTA DE ALIMENTOS A LOS PRODUCTORES LOCALES PARA EL ABASTECIMIENTO DE LOS COMEDORES ESCOLARES EN ESPAÑA

M<sup>a</sup> Asunción Martínez Milán  
Master Salud Pública 2014/2015 UMH-UA

## INTRODUCCIÓN

La OMS y la FAO, ante el aumento de sobrepeso, obesidad y malnutrición que se está produciendo a nivel mundial debido a los cambios de hábitos alimentarios y al empobrecimiento de la calidad alimentaria, ha impulsado estrategias para revertir esta situación recomendando a los países el abastecimiento a los comedores escolares a través de la compra directa de alimentos a los productores locales. En España se ha creado la Estrategia NAOS y de ella deriva como guía para los comedores escolares el Proyecto PERSEO, pero a pesar de ello no hay una normativa nacional que vincule la alimentación escolar con la agricultura local. Aun así en diversas CC.AA se han creado programas de proximidad entre la producción agrícola local y el consumo en los comedores escolares.

El **objetivo** de este estudio es mapear los centros escolares de educación infantil y primaria españoles con comedores escolar gestionados de forma directa por el centro y abastecidos mediante la compra directa de alimentos a los agricultores locales.

## METODOLOGIA

Estudio descriptivo de ámbito nacional basado en la consulta de fuentes secundarias e informantes clave. Se estudiaron todos los centros escolares de educación infantil y primaria (CEIP) con cocina propia, gestionados de forma directa y con compra local. La recogida de datos se realizó mediante búsqueda de documentos y páginas webs con el buscador de Google España empleando las palabras clave "adquisición local de alimentos y comedores escolares" y "alimentos ecológicos y comedores escolares". Se revisaron las páginas webs de las Consejerías de Educación y Agricultura de las CC.AA. Además, se contactó con informantes claves de las Consejerías de Educación y Agricultura, Federaciones de Padres y Madres de Alumnos y Asociaciones no gubernamentales. Se realizó un análisis descriptivo con el programa Microsoft Excel y con el programa EpiInfo se efectuó la representación gráfica.

## RESULTADOS

Se identificó 232 CEIP distribuidos en 9 CC.AA.

Los centros identificados forman parte tanto de iniciativas gubernamentales como no gubernamentales de fomento a la compra local: 3 iniciativas gubernamentales de ámbito autonómico (Asturias, Andalucía y Canarias); 1 gubernamental de ámbito provincial (Barcelona); 3 no gubernamentales promovidas por asociaciones (Cataluña, País Vasco, Islas Baleares y Madrid) y 2 iniciativas independientes llevadas a cabo por el propio centro escolar (Aragón y La Rioja).

**Cuadro 1. Estrategias gubernamentales y no gubernamentales de las CC.AA Españolas que fomentan la adquisición directa de alimentos a los productores locales para el suministro de los comedores escolares**

CC.AA	Tipo de iniciativa	Organismo promotor	Nombre estrategia
Principado de Asturias	Gubernamental	Consejería de Educación Cultura y Deporte del Gobierno del Principado de Asturias	Alimentación Saludable y de Producción Ecológica en los Comedores Escolares de Asturias
Canarias	Gubernamental	Instituto Canario de Calidad Agrícola y Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad	Programa Ecomedores escolares de Canarias
Junta de Andalucía	Gubernamental	Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural de la Junta de Andalucía	ECOALIMENTACION "Alimentos Ecológicos para el Consumo Social en Andalucía" (Último año en 2010/2011)
Cataluña	Gubernamental	Ayuntamiento de Barcelona	Barcelona Escuelas + Sostenibles (BcnE+S)
	No gubernamental	Asociación Menjadores Ecológicos	Menjadores Ecológicos
Madrid	No gubernamental	FUHEM MADRID	Programa Ecosocial
País Vasco	No gubernamental	Fundación Cristina Enea	Programa Ekolapiko
Islas Baleares	No gubernamental	Asociación de Productores Ecológicos de Mallorca (APAEMA)	Comisión comedores escolares
Aragón	No gubernamental	Independiente llevada a cabo por el propio centro	Iniciativa independiente
Rioja	No gubernamental	Independiente llevada a cabo por el propio centro	Iniciativa independiente

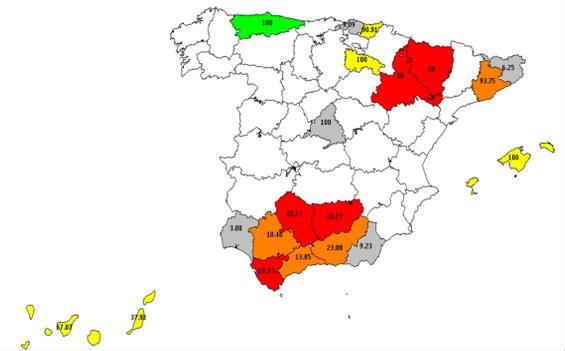
Asturias con 80 centros y Andalucía con 65 son los de mayor proporción. Solo las dos CC.AA representan la mitad de centros con compra local. Les siguen Cataluña con 32, Canarias con 29, País Vasco con 11, Islas Baleares con 8, Madrid con 3, y La Rioja y Aragón con 2. Estos 232 centros representan solamente un 1,01% del total de centros de educación infantil y primaria de toda España.

**Tabla 1 y 2. Centros escolares abastecidos mediante adquisición de producción local por Comunidad Autónoma y con respecto al total de centros de España**

CC.AA	Nº de Centros con compra local		Respecto al total de centros escolares de España (n=22909)	
	N	%	N	%
Principado de Asturias	80	34,48	0,35	
Andalucía	65	28,02	0,28	
Cataluña	32	13,8	0,14	
Canarias	29	12,5	0,13	
País Vasco	11	4,74	0,05	
Islas Baleares	8	3,45	0,03	
Madrid	3	1,29	0,01	
La Rioja	2	0,86	0,01	
Aragón	2	0,86	0,01	
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>100</b>	<b>1,01</b>	

De los 32 centros identificados en Cataluña el 93,75% se encuentra en Barcelona. En Canarias destaca la provincia de Tenerife con un 62,06% de los 29 centros de Canarias. En el País Vasco 10 de los 11 centros están en Guipúzcoa y en Andalucía destaca la provincia de Granada.

**Figura 1. Distribución de centros escolares abastecidos con alimentos de producción local por Provincias (%)**



## CONCLUSIONES

Se evidencia una distribución heterogénea entre las 9 CC.AA.

En Asturias, Andalucía, Canarias y Barcelona son llevadas a cabo por programas gubernamentales de las propias CC.AA o Provincia por lo que la existencia de programas gubernamentales puede influir positivamente para que los centros obtén por esta forma de abastecimiento a sus comedores escolares. Mientras que en País Vasco, Cataluña, Islas Baleares y Madrid por asociaciones que adquieren importancia para impulsar esta iniciativa.

También País Vasco, La Rioja y Aragón tienen iniciativas independientes del propio centro donde son agentes locales los que planifican este servicio y le dan relevancia al consumo de productos cercanos.

