
Diseño de un programa de educación nutricional dirigido a mujeres supervivientes de cáncer de mama

- Modalidad DISEÑO DE INTERVENCIÓN -

Trabajo Final de Máster Nutrición y Salud

Autor /a: Natalia Panadero Martínez

Director/a: Roser Martí Cid

Junio de 2019



Esta obra está bajo una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/deed.es>)



Copyright

Reservados todos los derechos. Está prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la impresión, la reprografía, el microfilm, el tratamiento informático o cualquier otro sistema, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler y préstamo, sin la autorización escrita del autor o de los límites que autorice la Ley de Propiedad Intelectual.

Índice

Resumen	6
Abstract	7
1. Introducción	8
2. Objetivos	11
3. Metodología	12
3.1. Diseño del programa o intervención.....	12
3.2. Población diana.....	12
3.3. Actividades a realizar	13
3.4. Cronograma.....	21
3.5. Recursos necesarios.....	22
3.6. Consideraciones éticas.....	23
4. Plan de evaluación de la intervención	24
4.1. Evaluación inicial	24
4.1.1. Evaluación del estado nutricional.....	24
4.1.1.1. Antropometría.....	25
4.1.1.2. Evaluación dietética	25
4.1.1.3. Parámetros bioquímicos	26
4.1.2. Historia Clínica y anamnesis	26
4.1.3. Cuestionario sobre la calidad de vida.....	26
4.1.4. Cuestionario PREDIMED.....	27
4.2. Evaluación del proceso.....	27
4.3. Evaluación del impacto (conductas).....	28
4.4. Evaluación de resultados (salud)	28
5. Aplicabilidad de la intervención	31
6. Conclusiones	33
7. Bibliografía	34
8. Anexos	38
8.1. Anexo I. Consentimiento Informado del paciente para la utilización de datos clínicos.....	38
8.2. Anexo II. Cuestionario de conocimientos previos	40

8.3.	Anexo III. Cuestionario PREDIMED	41
8.4.	Anexo IV. Plato para Comer Saludable	42
8.5.	Anexo V. Encuesta de satisfacción.....	43
8.6.	Anexo VI. Hoja de asistencia a las sesiones	44
8.7.	Anexo VII. Infografía sobre la Dieta Mediterránea.....	45
8.8.	Anexo VIII. Ejemplo de ficha de receta de la Dieta Mediterránea.....	46
8.9.	Anexo IX. Pirámide de la Dieta Mediterránea	47
8.10.	Anexo X. Registro de alimentos consumidos en 3 días (incluye festivo)	48
8.11.	Anexo XI. Cuestionario de frecuencia de consumo	51
8.12.	Anexo XII. Historia Clínica y anamnesis (incluye Historia Dietética).....	54

Lista de tablas

Tabla 1. Criterios de elegibilidad	12
Tabla 2. Información detallada de las sesiones del programa	16
Tabla 3. Propuesta de cronograma de las fases del programa	21
Tabla 4. Recursos necesarios para llevar a cabo el programa.....	23
Tabla 5. Resumen de los indicadores de evaluación y métodos empleados por etapas.....	29

Resumen

Introducción: La obesidad constituye uno de los principales factores evitables de aparición de recidivas de cáncer, especialmente en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. La Dieta Mediterránea ha demostrado ser un factor de prevención frente a la obesidad y presenta un alto poder antiinflamatorio, que disminuye el riesgo de aparición de recidivas.

Objetivos: El objetivo general de la intervención es promover hábitos de alimentación saludable, basados en la Dieta Mediterránea, en mujeres supervivientes de cáncer de mama, de entre 55 y 64 años que padecen obesidad y pertenecen al Centro de Atención Primaria 'Río de Janeiro' de Barcelona.

Metodología: El diseño es experimental, siendo un ensayo controlado aleatorizado, en el que participan un grupo de intervención (30 personas) y un grupo de control (30 personas). El programa de 6 meses está basado en el modelo ecológico de modificación de conductas y se divide en 6 sesiones educativas.

Aplicabilidad de la intervención: El diseño permite cierta flexibilidad para poder desarrollar esta intervención en otros contextos, como hospitales u asociaciones. Las futuras investigaciones deberían enfocarse hacia el desarrollo de una herramienta de evaluación que sirva para conocer cuáles son los factores que determinan la eficacia de los programas.

Conclusiones: Este estudio pretende ser útil para la investigación en la promoción de la Dieta Mediterránea y sus beneficios en mujeres supervivientes de cáncer de mama que sufren de obesidad, con recomendaciones basadas en evidencia científica para reducir la obesidad de las participantes hasta alcanzar un peso saludable.

Palabras clave

Diseño intervención, Educación nutricional, Superviviente cáncer mama, Dieta Mediterránea, Obesidad

Abstract

Introduction: Obesity is one of the main avoidable factors of cancer recurrence, especially in women diagnosed with breast cancer. The Mediterranean Diet has proven to be a preventive factor against obesity and has a high anti-inflammatory power, which decreases the risk of recurrence.

Objectives: The overall objective of the intervention is to promote healthy eating habits, based on the Mediterranean Diet, in women survivors of breast cancer, between 55 and 64 years old who suffer from obesity and belong to the Primary Care Center 'Rio de Janeiro' from Barcelona.

Methods: The program has an experimental design, being a randomized controlled trial, in which an intervention group (30 people) and a control group (30 people) participate. The 6-month program is based on the ecological model of behavior modification and it is divided into 6 educational sessions.

Applicability of the intervention: The design is flexible and allows the development of the intervention in other contexts, such as hospitals and cancer associations. Future research should focus on the development of an evaluation tool that serves to discover the factors that would determine the effectiveness of the programs.

Conclusions: This study aims to be useful for research in the promotion of the Mediterranean Diet and its benefits in women survivors of breast cancer who suffer from obesity, with recommendations based on scientific evidence in order to reduce the obesity of the participants until reaching a healthy weight.

Key words

Intervention design, Nutritional education, Breast cancer survivor, Mediterranean diet, Obesity

1. Introducción

El cáncer constituye una de las causas principales de morbi-mortalidad a nivel mundial en la actualidad.¹ En el año 2012, aparecieron 14 millones de casos nuevos de cáncer.^{1,2} Según los datos del proyecto GLOBOCAN, que proporciona información sobre estimaciones de cifras relacionadas con el cáncer, el número de casos ha ido creciendo de forma significativa en los últimos años. De este modo, en el año 2018 la incidencia de esta enfermedad aumentó hasta alcanzar 18,1 millones de nuevos casos.¹ Concretamente, los casos de cáncer de pulmón, mama y colorrectal están en auge, tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, debido a la adquisición de estilos de vida que suponen un factor de riesgo para desarrollar este tipo de tumores, como son una dieta deficiente, el consumo de tabaco y el sedentarismo.²

Según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer fue responsable de 8,8 millones de muertes en 2015,² cifras que continúan creciendo hasta alcanzar los 9,6 millones de muertes en el año 2018.¹ Este crecimiento se ha producido como consecuencia del crecimiento de la población y el envejecimiento de la misma,² debido a la disminución de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida. Por otro lado, de forma simultánea, se han producido avances con respecto al diagnóstico temprano de la enfermedad, así como en el manejo de la misma, por lo que las tasas de supervivencia se han visto afectadas de forma positiva.²

En España, la supervivencia de los/as pacientes con cáncer ha aumentado significativamente y de forma ininterrumpida en los últimos años, siguiendo la tendencia del resto de países europeos.¹ Según el informe anual de 2019, editado por la Sociedad Española de Oncología Médica, sobre las cifras del cáncer en España, en nuestro país la supervivencia de los pacientes con cáncer es de un 53% a los 5 años, siendo esta cifra similar a la de los países que nos rodean.¹

Una persona superviviente de cáncer se define como cualquier persona con antecedentes de esta enfermedad, desde que se diagnostica hasta el resto de su vida. La supervivencia al cáncer está caracterizada por tres etapas:²

- 1) La primera etapa abarca desde el diagnóstico inicial de la enfermedad hasta el final del tratamiento y la recuperación.

- 2) La segunda, va desde el tratamiento hasta la supervivencia prolongada, ya sean supervivientes que han superado la enfermedad o que mantengan la enfermedad estable.
- 3) La tercera etapa está constituida por la supervivencia a largo plazo.

A nivel global, existe un mayor número de supervivientes de cáncer de mama, en comparación con otros tipos de cáncer.³ Un dato de vital importancia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Mundial del Cáncer 2014, es que un tercio de las muertes por cáncer están causadas por factores que se pueden evitar y, por tanto, la prevención constituye una herramienta esencial para hacer frente a la elevada mortalidad asociada.¹ Las cifras actualizadas para el año 2019 todavía se encuentran pendientes de publicar en el Informe Mundial del Cáncer 2019 de la OMS. Los cinco principales factores evitables son el tabaquismo, las infecciones, el consumo de alcohol, el sedentarismo y las dietas inadecuadas.¹ Además, otros factores de gran relevancia son la obesidad y la exposición solar.¹

Centrándonos en la relación existente entre la obesidad y el cáncer, a lo largo de los años se ha estudiado su papel en la aparición de determinados tipos de cáncer. En el año 2012, el mayor número de casos atribuibles a la obesidad a nivel mundial se observó en los casos de cáncer de mama (postmenopausia), suponiendo un 23,6% con respecto al resto de localizaciones (de acuerdo con los datos del *Global Cancer Observatory* de la IARC).¹ Por otra parte, la obesidad juega un papel importante con respecto a la supervivencia y pronóstico de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. En distintos estudios se ha observado que la supervivencia es superior en mujeres que no padecen obesidad, en comparación con las que sí la padecen.⁴

En la actualidad, la obesidad es un gran problema de salud pública en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las últimas décadas la prevalencia de esta enfermedad, entendida como un índice de masa corporal (IMC) superior o igual a 30, se ha duplicado a nivel global.^{5,6} Además de constituir un factor de riesgo para el desarrollo de algunos tipos de cáncer, tal como se ha mencionado anteriormente, es también un elemento clave en la aparición de recidivas de los mismos y en el desarrollo de otras enfermedades como la Diabetes Mellitus tipo II y las enfermedades cardiovasculares.^{3,5,6}

En España, se han realizado diversos estudios con el objetivo de estimar la prevalencia de obesidad en la población, tanto en hombres como en mujeres, en distintas franjas de edad. En cuanto a la población adulta, teniendo en cuenta las cifras más actuales, destaca el Estudio Nutricional de la Población Española (ENPE), llevado a cabo en el

año 2014-2015 con el objetivo de determinar la prevalencia de obesidad global y la prevalencia de obesidad abdominal en una muestra representativa de la población adulta española (entre 25 y 64 años). En este estudio se obtuvo como resultado que la prevalencia de obesidad (IMC \geq 30) en mujeres de todos los grupos de edad era 20,5%. En concreto se observó que esta prevalencia aumentaba significativamente con la edad, siendo el grupo más afectado el que abarcaba desde los 55 a los 64 años, con una prevalencia de 32,1%.⁵

Con el objetivo de combatir la obesidad, es necesario seguir unos patrones de alimentación saludables, que incluyan una dieta rica en frutas y verduras, además de baja en grasa. La Dieta Mediterránea cumple con estas características y tiene una naturaleza antiinflamatoria, presentando numerosos beneficios para la salud. Incluye diversos micronutrientes con propiedades antiinflamatorias y fitoquímicos como los ácidos grasos n-3, flavonoides, carotenoides y vitaminas C y E. Los polifenoles aportados en esta dieta, como por ejemplo los procedentes de las aceitunas, reducen la inflamación y contribuyen en la prevención de la aparición de recidivas de cáncer debido a la acción de distintos mecanismos.^{3,7} Entre ellos, destacan la actividad antioxidante directa o la expresión de genes antioxidantes, inhibiendo la proliferación de células cancerosas y la transcripción de factores implicados en la progresión del cáncer.^{3,7}

Por tanto, dada la importancia de la problemática descrita, se hace visible la necesidad de implementar intervenciones sobre los estilos de vida, principalmente en cuanto a alimentación y ejercicio físico, dirigidas a este grupo de la población. Estas intervenciones deben estar enfocadas hacia la pérdida de peso y la adopción de patrones de alimentación saludables a través de la educación, para así prevenir las posibles comorbilidades asociadas y aumentar la calidad de vida de estas mujeres.

En consecuencia, en este trabajo se pretende diseñar un programa de educación nutricional, que sirva como guía teórica para futuros programas, dirigido a mujeres supervivientes de cáncer de mama, que tengan entre 55 y 64 años, padezcan obesidad y pertenezcan al CAP 'Río de Janeiro' de Barcelona. Se ha escogido esta franja de edad por las razones presentadas en los párrafos anteriores, es decir, pertenecen al grupo más afectado por la obesidad en cifras de prevalencia y en el que existe un alto porcentaje de casos de cáncer de mama atribuibles a la obesidad.

2. Objetivos

A continuación, se enumeran los objetivos, tanto el objetivo general como los específicos, de la intervención propuesta.

Objetivo general

Promover hábitos de alimentación saludable, basados en la Dieta Mediterránea, en mujeres supervivientes de cáncer de mama, de entre 55 y 64 años que padecen obesidad y pertenecen al Centro de Atención Primaria 'Río de Janeiro', situado en Barcelona.

Objetivos específicos

1. Examinar la asociación existente entre la calidad de la dieta y la pérdida de peso en las mujeres participantes.
2. Evaluar el cambio en los hábitos alimentarios de las mujeres participantes, comparándolos al inicio y al finalizar el programa.
3. Examinar los efectos de la Dieta Mediterránea en los parámetros bioquímicos de las mujeres participantes, comparándolos al inicio y al finalizar el programa.

A continuación, se exponen las preguntas investigables a las que se pretende dar respuesta con la implementación del programa de educación nutricional propuesto.

- ¿Es eficaz un programa de educación nutricional de una duración de 6 meses, basado en la Dieta Mediterránea, en la pérdida de peso en mujeres obesas de entre 55 y 64 años supervivientes de cáncer de mama, pertenecientes al CAP 'Río de Janeiro' de Barcelona?
- ¿Es eficaz un programa de educación nutricional de una duración de 6 meses, basado en la Dieta Mediterránea, en la adopción de hábitos de alimentación saludables en mujeres obesas de entre 55 y 64 años supervivientes de cáncer de mama, pertenecientes al CAP 'Río de Janeiro' de Barcelona?
- ¿Cuáles son las metodologías más adecuadas para aumentar la eficacia de un programa de educación nutricional dirigido a mujeres obesas de entre 55 y 64 años, supervivientes de cáncer de mama?

3. Metodología

La metodología de este programa se ha subdividido en varios apartados, presentados a continuación, para facilitar su lectura y comprensión.

3.1. Diseño del programa o intervención

El diseño de este programa es un diseño experimental, tratándose de un ensayo controlado aleatorizado. Por tanto, las personas de la muestra seleccionada se asignan mediante un proceso de aleatorización a dos grupos distintos, que son:

- Grupo de intervención: Este grupo participa en el programa de educación nutricional compuesto por 6 sesiones grupales y está formado por 30 personas.
- Grupo de control: El grupo de control no recibe ninguna guía ni educación nutricional durante el desarrollo del estudio y está formado por 30 personas.

Las medidas de los indicadores se obtienen al inicio de la intervención, y se repiten a los 6 meses, es decir, al finalizar el programa. Algunos indicadores, como el peso, también se miden durante el programa (a los 3 meses del inicio) y tras su finalización (a los 6 y a los 9 meses).

3.2. Población diana

La población diana está constituida por las mujeres supervivientes de cáncer de mama, que tengan entre 55 y 64 años, padezcan obesidad y pertenezcan al CAP 'Río de Janeiro' de Barcelona. La muestra se selecciona mediante la captación de posibles participantes del programa, tanto en las consultas de medicina como en las consultas de enfermería de Atención Primaria. La Atención Primaria es un elemento fundamental en el seguimiento de las mujeres supervivientes de cáncer de mama, pues en los primeros años se realizan visitas de control periódicamente.⁸

Con respecto a los criterios de elegibilidad, se enumeran a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de elegibilidad

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none">• <i>Edad entre 55 y 64 años (ambos inclusive).</i>• <i>Cáncer de mama (Estadios I, II o III) diagnosticado en los últimos 5 años.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedades graves, como insuficiencia renal o hepática, enfermedades cardiovasculares, etc.

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Haber finalizado las terapias al menos 2 meses antes de su participación en el estudio.</i> • <i>IMC entre 30 y 35 kg/m².</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus (tipo I y tipo II) mal controlada. • Tratamiento habitual con medicamentos que influyan en la ganancia de peso (por ejemplo, corticoides). • Otras condiciones que el/la investigador/a considere que conforman un criterio de exclusión para la participación en el programa, como por ejemplo el rechazo a la toma de alguna de las medidas, como puede ser el peso.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia, 2019.

3.3. Actividades a realizar

El programa está dividido en 6 sesiones educativas repartidas a lo largo de 6 meses, con una duración de 1.5 horas por sesión. Las sesiones son grupales y están diseñadas para grupos de un máximo de 15 personas. Previamente al inicio de las sesiones educativas, se realizará una entrevista personal a cada participante. En ella, se llevará a cabo la evaluación inicial, explicada en el apartado correspondiente a la evaluación de la intervención, en la que se recogen los datos e información necesaria y se toman las medidas, detalladas con posterioridad, de todas las participantes del programa. Para ello, durante la primera semana se citará a las participantes por orden alfabético para que acudan al Centro de Atención Primaria para la realización de las entrevistas, la entrega de cuestionarios y la firma del 'Consentimiento Informado del paciente para la utilización de datos clínicos' (ANEXO I). Las personas formadoras han de ser Diplomadas o Graduadas en Nutrición Humana y Dietética, previamente entrenados/as, además de poseer experiencia en dar formaciones a grupos. Ellos/as serán quienes se encarguen de la recogida de la información, junto con la ayuda de las/os enfermeros/as de Atención Primaria, y de impartir las sesiones, a excepción de las sesiones 5 y 6, que serán impartidas por psicólogos/as.

Diversos estudios muestran que la efectividad de las intervenciones de educación nutricional aumenta cuando éstas están basadas en modelos o teorías de modificación de conductas.^{9,10} Para llevar a cabo este programa, se ha escogido el modelo ecológico

de modificación de conductas puesto que al tratarse de una enfermedad multifactorial como es la obesidad, resulta necesario conocer y abarcar las distintas esferas que conforman la vida de cada persona, como son la individual, la social y la ambiental. La implementación de este modelo ha resultado ser una herramienta eficaz para aumentar la adherencia a nuevos hábitos de alimentación saludable.¹¹ Además, empoderar a las mujeres es uno de los ejes fundamentales para los programas de educación para la salud y, en particular, los de educación nutricional. De ahí la importancia de la utilización de esta teoría, pues a través de la conexión de estas esferas convierte a la mujer en un agente educador, tanto para sí misma como para su entorno, por lo que se pueden obtener grandes beneficios.

Continuando con el modelo ecológico, para la implementación del mismo se proponen las siguientes sesiones:

- *Sesión 1:* Introducción a los hábitos de alimentación saludable, en la que se tratan los principales factores de riesgo de padecer cáncer de mama y la importancia de la dieta, entre otros.
- *Sesión 2:* Conociendo la Dieta Mediterránea, mediante una explicación de las características principales de esta dieta y la creación de recetas asociadas.
- *Sesión 3:* Los amigos y los enemigos en la alimentación, en la que se darán a conocer los llamados 'superalimentos', en particular los característicos de la Dieta Mediterránea, y se mostrarán los alimentos que se han de evitar para adoptar unos hábitos de alimentación saludable.
- *Sesión 4:* La calidad de vida como motor, donde se habla de la relación entre la calidad de vida y la pérdida de peso, aspectos sociales de la alimentación saludable y se realiza un decálogo por grupos sobre hábitos de alimentación saludable relacionados con la calidad de vida.
- *Sesión 5:* El cambio de hábitos está en nuestras manos, que trata de explicar los elementos clave asociados a las capacidades de cada persona para poder adoptar un estilo de vida saludable, junto con una dinámica participativa en la que se utiliza la plataforma *Twitter* para reforzar los conceptos.
- *Sesión 6:* ¿Cómo nos vemos?, constituye una sesión que tiene como tema principal los cambios del cuerpo de la mujer durante la menopausia y tras superar un cáncer de mama, además de hacer un juego para reforzar la autoestima de las participantes.

A continuación, en la Tabla 2, se adjunta la propuesta de la planificación de las sesiones, en la que se incluye de forma detallada el contenido de cada sesión, junto con los

materiales didácticos diseñados para cada una de ellas y las metodologías de aprendizaje implicadas. Para que el aprendizaje de la población sea significativo en este tipo de programas, las metodologías utilizadas han de empoderar a la población mediante técnicas participativas que tengan en cuenta los conocimientos de las personas participantes, sus vivencias y experiencias, sus habilidades y sus preocupaciones.¹² Por esta razón, con la finalidad de conseguir los objetivos de cada sesión, se utilizan diversas metodologías de aprendizaje y distintas técnicas, que abarcan desde clases magistrales hasta juegos y utilización de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).

Tabla 2. Información detallada de las sesiones del programa.

SESIÓN	TÍTULO	METODOLOGÍAS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS Y MATERIALES EMPLEADOS
1	Introducción a los hábitos de alimentación saludable	<p>Se entrega un cuestionario a cada persona con preguntas generales sobre hábitos de alimentación saludable y Dieta Mediterránea con la finalidad de comparar los datos al inicio y al final de la intervención.</p> <p>Utilizando el método de la clase magistral (exposición), se explica el contenido de la sesión, mediante la ayuda de una presentación de Power Point.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación del programa. 2. Cuestionario de conocimientos previos (ANEXO II), que incluye preguntas sobre hábitos de alimentación saludable y características de la Dieta Mediterránea y sus beneficios sobre la salud. 3. Cuestionario PREDIMED (ANEXO III), sobre adherencia a la Dieta Mediterránea. 4. Power point: <ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo asociados al cáncer de mama, comprendiendo los evitables y los no evitables. • Importancia de la dieta en la prevención para evitar recidivas de cáncer de mama. • Principales enfermedades asociadas al cáncer de mama. • Hábitos de alimentación saludable: incluye utilización del Plato para Comer Saludable (ANEXO IV), creado por la Escuela de Salud Pública de Harvard, y otros hábitos de estilos de vida saludables, como la práctica habitual de actividad física, etc. 5. Resumen de los puntos más importantes de la sesión. 6. Ronda de preguntas para resolver posibles dudas. 7. Encuesta de satisfacción (ANEXO V) y hoja de asistencia (ANEXO VI).

SESIÓN	TÍTULO	METODOLOGÍAS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS Y MATERIALES EMPLEADOS
2	Conociendo la Dieta Mediterránea	<p>En esta sesión se utilizarán métodos indirectos, en este caso una infografía. Posteriormente, se aplicará la metodología de implicación, particularmente utilizando el método de autocreación para crear dos recetas características de la Dieta Mediterránea.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exposición de una infografía sobre la Dieta Mediterránea (ANEXO VII), de elaboración propia, que incluye sus características principales, alimentos que la componen y beneficios para la salud de esta dieta. 2. Ejemplos de recetas de la Dieta Mediterránea: se repartirán dos fichas (ANEXO VIII) a cada participante, de elaboración propia, en la que se incluyen dos recetas propias de la Dieta Mediterránea para que las tengan como ejemplo. Además, se explicarán los beneficios de cada receta. 3. Creación de recetas: en parejas, las participantes tendrán que crear dos recetas por pareja que cumplan con las características propias de la Dieta Mediterránea, teniendo en cuenta la explicación previa. Posteriormente, se hará una puesta en común de las recetas. 4. Resumen de los puntos más importantes de la sesión. 5. Ronda de preguntas para resolver posibles dudas. 6. Encuesta de satisfacción (ANEXO V) y hoja de asistencia (ANEXO VI).
3	Los amigos y los enemigos en la alimentación	<p>En primera lugar, se hace uso de la metodología de la exposición utilizando métodos indirectos, como es la</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Superalimentos característicos de la Dieta Mediterránea: con la ayuda de un ordenador y un proyector, se realizará una búsqueda de superalimentos para ver qué propiedades se les

SESIÓN	TÍTULO	METODOLOGÍAS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS Y MATERIALES EMPLEADOS
		<p>proyección de la información encontrada en el ordenador.</p> <p>Por otro lado, se desarrolla una metodología de discusión a través del brainstorming.</p>	<p>atribuyen en las diferentes páginas web. De esta forma, el/la formador/a podrá realizar una explicación de cada uno de ellos.</p> <p>2. Brainstorming (lluvia de ideas): cada participante tendrá que decir alimentos perjudiciales que se le ocurran y por qué son perjudiciales. Posteriormente, el/la formador/a irá dando pautas para justificar las respuestas.</p> <p>3. Resumen de los puntos más importantes de la sesión.</p> <p>4. Ronda de preguntas para resolver posibles dudas.</p> <p>5. Encuesta de satisfacción (ANEXO V) y hoja de asistencia (ANEXO VI).</p>
4	La calidad de vida como motor	<p>Utilizando el método de la clase magistral (exposición), se explica el contenido de la sesión, mediante la ayuda de una presentación de Power Point.</p> <p>Posteriormente, mediante el método de autocreación (metodología de implicación), se lleva a cabo la actividad de creación de un decálogo en grupos.</p>	<p>1. Power point sobre la relación entre la calidad de vida y la pérdida de peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de calidad de vida. • Definición de obesidad y principales causas. • Principales enfermedades asociadas a la obesidad. • Pirámide de la Dieta Mediterránea (ANEXO IX), en la que se incluyen aspectos sociales relacionados con la alimentación. <p>2. Creación de un decálogo: se trata de una dinámica participativa, en la que cada grupo de 4-5 personas tendrá que crear un decálogo relacionado con estilos de vida saludable que puedan ayudar a mejorar la</p>

SESIÓN	TÍTULO	METODOLOGÍAS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS Y MATERIALES EMPLEADOS
			<p>calidad de vida. Posteriormente, una portavoz de cada grupo tendrá que leer en voz alta su decálogo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Resumen de los puntos más importantes de la sesión. 4. Ronda de preguntas para resolver posibles dudas. 5. Encuesta de satisfacción (ANEXO V) y hoja de asistencia (ANEXO VI).
5	El cambio de hábitos está en nuestras manos	<p>En el desarrollo de esta sesión se utilizará exposición a través de una clase magistral en la que se interactúe con las participantes.</p> <p>Además, se hará uso de métodos indirectos a través de la utilización de internet, en este caso, la red social Twitter.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elementos clave para cambiar de hábitos: explicación de los puntos clave necesarios para cambiar de hábitos, como son la resistencia, el apoyo de la familia, etc. 2. Actividad utilizando las TIC: para la realización de esta actividad se creará una cuenta de Twitter del grupo educativo. Consistirá en la creación de ‘tweets’ y/o ‘hashtags’ de forma individual por cada participante, relacionados con frases de motivación para cambiar de hábitos, como por ejemplo #yodecidoquererme o #yomecuido, etc. 3. Resumen de los puntos más importantes de la sesión. 4. Ronda de preguntas para resolver posibles dudas. 5. Encuesta de satisfacción (ANEXO V) y hoja de asistencia (ANEXO VI).

SESIÓN	TÍTULO	METODOLOGÍAS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS Y MATERIALES EMPLEADOS
6	¿Cómo nos vemos?	<p>Utilizando el método de la clase magistral (exposición), se explica el contenido de la sesión, mediante la ayuda de una presentación de Power Point.</p> <p>En cuanto a la segunda actividad, se trata de ejercer una técnica de psicoeducación en las participantes, llamada reestructuración cognitiva, para identificar pensamientos desadaptativos y ayudar a modificarlos.</p> <p>Por último, se entrega un cuestionario a cada persona con preguntas generales sobre hábitos de alimentación saludable y Dieta Mediterránea con la finalidad de comparar los datos al inicio y al final de la intervención.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Power point: principales cambios que se producen en el cuerpo durante la menopausia y tras padecer un cáncer de mama. 2. Actividad: cada participante deberá escribir una descripción breve sobre cómo se ve a sí misma. Posteriormente, deberán leer su descripción en voz alta y el resto deberá detectar posibles pensamientos negativos y erróneos. Para finalizar, la persona que haya detectado este tipo de pensamientos en otra compañera, deberá escribir en una etiqueta adhesiva un aspecto positivo que desmienta el anterior y pegársela a la otra persona en el dorso de su camiseta. 3. Resumen de los puntos más importantes de la sesión. 4. Ronda de preguntas para resolver posibles dudas. 5. Encuesta de satisfacción (ANEXO V) y hoja de asistencia (ANEXO VI). 6. Cuestionario de conocimientos previos (ANEXO II), siendo el mismo que el utilizado en la sesión 1, que incluye preguntas sobre hábitos de alimentación saludables para prevenir la aparición (y/o recidivas) de cáncer de mama y características de la Dieta Mediterránea y sus beneficios sobre la salud. 7. Cuestionario PREDIMED (ANEXO III), sobre adherencia a la Dieta Mediterránea.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

3.4. Cronograma

A continuación, en el siguiente apartado se presenta una propuesta de cronograma (Tabla 3), en el que se incluyen las fases de planificación, ejecución y evaluación del programa.

Tabla 3. Propuesta de cronograma de las fases del programa.

Etapa de planificación	
Tareas	Fecha
Captación de la población: Definición de los criterios de exclusión e inclusión de las participantes (población diana)	22 de julio de 2019
Proceso de selección de las participantes (grupo real)	29 de julio de 2019 al 2 de agosto de 2019
Citación de las participantes para acordar un día y hora para la entrevista individual	5 de agosto de 2019
Entrevista con cada participante (evaluación inicial) y recogida de datos	6 de agosto de 2019 al 20 de agosto de 2019
Creación de una base de datos para proceder a analizarlos	21 de agosto de 2019 al 4 de septiembre de 2019
Planificación final de las sesiones y resto de actividades a realizar	9 de septiembre al 13 de septiembre de 2019
Etapa de ejecución de la intervención educativa	
Tareas	Fecha
Sesión 1. Introducción a los hábitos de alimentación saludable	16 de septiembre de 2019
Sesión 2. Conociendo la Dieta Mediterránea	14 de octubre de 2019
Sesión 3. Los amigos y los enemigos en la alimentación	18 de noviembre de 2019
Sesión 4. La calidad de vida como motor	16 de diciembre de 2019
Sesión 5. El cambio de hábitos está en nuestras manos	20 de enero de 2020
Sesión 6. ¿Cómo nos vemos?	17 de febrero de 2020

Etapa de evaluación de la intervención	
Tareas	Fecha
Evaluación inicial: Evaluación del estado nutricional, Historia Clínica y anamnesis y Cuestionario de la Calidad de vida.	6 de agosto de 2019 al 20 de agosto de 2019
Evaluación inicial: Cuestionario PREDIMED y Cuestionario de conocimientos previos	16 de septiembre de 2019
Evaluación del seguimiento de cada sesión: cobertura del programa, grado de satisfacción de las participantes y grado de cumplimiento del plan preestablecido	Tras cada sesión
Evaluación intermedia de seguimiento: nueva antropometría y entrevista con las participantes para ver evolución	19 de noviembre de 2019 al 3 de diciembre de 2019
Evaluación final: Evaluación general de las sesiones mediante un cuestionario a cada participante, Cuestionario PREDIMED y Cuestionario de conocimientos previos	17 de febrero de 2020
Evaluación final tras la intervención (una semana después): antropometría, parámetros bioquímicos, anamnesis y Cuestionario de la Calidad de vida.	24 de febrero de 2020 al 9 de marzo de 2020
Evaluación final tras la intervención (tres meses después): antropometría, parámetros bioquímicos, anamnesis y Cuestionario de la Calidad de vida.	25 de mayo de 2020 al 8 de junio de 2020

Fuente: Elaboración propia.

3.5. Recursos necesarios

Para desarrollar este apartado, en el que se enumeran tanto los agentes de intervención, los recursos de la comunidad y los recursos materiales, se hará uso de la Tabla 4.

Tabla 4. Recursos necesarios para llevar a cabo el programa.

Tipos de recursos	Recursos
Agentes de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Diplomado/a o Graduado/a en Nutrición y Dietética. • 1 Diplomado/a o Graduado/a en Psicología. • 2 Enfermeros/as de Atención Primaria.
Recursos de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Aula.
Recursos materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios. • Pizarra. • Ordenador con conexión a Internet. • Proyector. • Pantalla de pared para proyectar. • Encuestas de satisfacción. • Hojas de asistencia. • Infografías. • Fichas de recetas. • Folios. • Etiquetas adhesivas.

Fuente: Elaboración propia.

3.6. Consideraciones éticas

Previamente al inicio del programa, se informará a todas las participantes de los procedimientos que conforman este programa, para que la participación sea informada, además de completamente voluntaria. Por otra parte, cada participante deberá firmar el ‘Consentimiento Informado del paciente para la utilización de datos clínicos’ (ANEXO I), para asegurar que la recogida y tratamiento de los datos se dispongan bajo estricta confidencialidad.

4. Plan de evaluación de la intervención

El presente trabajo incluye un plan de evaluación de la intervención, descrita en los siguientes apartados, que constituye una pieza fundamental de los programas para alcanzar los objetivos propuestos. Con la finalidad de evaluar el programa, se seleccionaron los métodos de evaluación a emplear en las distintas etapas del mismo para así evaluar su eficacia mediante la recogida y el análisis de datos, tanto al inicio como al finalizar la intervención. Por tanto, la evaluación constituye un proceso continuo e integral, que se ha de llevar a cabo en las diferentes etapas del programa, que son cuatro: inicial/diagnóstico, proceso, impacto y resultados.¹³

4.1. Evaluación inicial

La primera fase del plan de evaluación del programa es la evaluación inicial o de diagnóstico, que constituye un primer análisis para conocer la situación y concretar los problemas o necesidades de la población a estudio.^{13,14} Para llevarlo a cabo correctamente, es necesario realizar una recogida de información detallada,¹⁴ la cual nos permitirá poder comparar estos datos con los recogidos al finalizar el programa. La recogida de datos se llevará a cabo mediante una entrevista personal a cada participante (se realizarán preguntas sobre los datos personales y de contacto, la existencia de antecedentes médicos de interés, si toman algún tipo de medicación de forma habitual, etc.).

En esta fase los indicadores de evaluación son los siguientes:

- Estado de salud de la población diana y factores determinantes relacionados con la alimentación que sean las principales causas de obesidad en la población diana.
- Prevalencia de obesidad en las participantes.

Con la finalidad de medir y evaluar los indicadores expuestos, se utilizarán una serie de métodos o herramientas que se explican a continuación en los diferentes apartados presentados.

4.1.1. Evaluación del estado nutricional

A continuación, se explican de forma detallada los métodos empleados para realizar la evaluación nutricional de las participantes, que incluyen: antropometría y composición corporal, valoración dietética y biomarcadores clínicos y bioquímicos.

4.1.1.1. *Antropometría*

Se realizará un examen físico mediante la toma de las medidas antropométricas de cada participante y el cálculo del IMC, entre otros. En primer lugar, la talla se medirá al inicio del programa. Para ello, la persona ha de colocarse en posición de bipedestación, sin calzado, con los pies en paralelo, los tobillos juntos y la espalda en contacto con el estadiómetro. Posteriormente, el peso se medirá, utilizando una báscula electrónica, al inicio, a los 3 meses, a los 6 meses (finalización del programa) y a los 9 meses (posterior a la finalización). Se han de tener en cuenta una serie de recomendaciones para que esta medición se ajuste lo máximo posible a la realidad, como son realizarlo a la misma hora en todas las mediciones, no llevar calzado y después de haberse producido una evacuación vesical o rectal.¹⁵ Teniendo el peso y la talla, se calculará el IMC de cada participante. El cálculo del IMC tiene como finalidad la clasificación de los grados de obesidad y, para ello, se aplica la fórmula:

$$\text{IMC: peso (kg)/talla (m}^2\text{)}$$

Por último, se realizará una medición de la circunferencia de la cintura utilizando una cinta métrica inextensible. Esta medición se hará, al igual que el peso, al inicio, a los 3 meses, a los 6 meses (finalización del programa) y a los 9 meses. La circunferencia de la cintura, junto con el IMC, constituyen dos medidas elementales en la valoración de la obesidad.¹⁵ La circunferencia de la cintura está relacionada con la grasa visceral, que proporciona información sobre posibles complicaciones causadas por la obesidad.¹⁵

4.1.1.2. *Evaluación dietética*

Para la evaluación dietética de las participantes, se realizará una Historia Dietética que incluirá: un 'Recordatorio de 3 días', un 'Cuestionario de frecuencia de consumo' y una entrevista en la que se harán una serie de preguntas. Tanto el 'Recordatorio de 3 días' como el 'Cuestionario de frecuencia de consumo' serán entregados a las participantes para que lo cumplimenten en los próximos días y los entreguen en un plazo de tiempo establecido.

En primer lugar, se empleará el 'Registro de alimentos consumidos en 3 días', en el que se incluirá un día festivo (ANEXO X).¹⁶ Este registro tiene como objetivo conocer los alimentos y bebidas consumidos por las participantes en un período de tiempo acotado que permita obtener información cuantitativa sobre el consumo habitual de alimentos. De esta forma, se ha escogido un período de 3 días, que es el mínimo requerido, para que la información sea fiable, además de incluir un festivo con la misma finalidad. Se ha demostrado que períodos de tiempo superiores a 4 días pueden dar lugar a un deterioro

en la calidad de la información por el cansancio de la persona que lo cumplimenta.¹⁷ Previamente a la cumplimentación del registro, se ha de expresar verbalmente a las participantes que indiquen el tamaño de las raciones consumidas (peso aproximado y, cuando no sea posible, medida casera), para así poder anotarlas en el recordatorio, junto con las formas de cocinado utilizadas o si se trata de alimentos en crudo.

Además, se realizará 'Cuestionario de frecuencia de consumo' (ANEXO XI), que tiene la finalidad de conocer el consumo habitual de alimentos de las participantes, en un período de tiempo pasado.¹⁸ La ventaja del uso de este cuestionario es que aporta información de forma global y cualitativa. En este caso, se ha escogido el período que abarca los últimos 5 años, ya que estos datos podrían ser de gran utilidad para establecer en un futuro la relación causal entre la dieta y el cáncer.¹⁹

4.1.1.3. Parámetros bioquímicos

Finalmente, se tomarán muestras sanguíneas con la finalidad de analizar los indicadores bioquímicos pertinentes, tanto al inicio como tras la finalización de la intervención, para poder comparar los parámetros a estudio. Estos parámetros de interés para el estudio propuesto son: hemoglobina glicosilada (HbA1c), colesterol total, colesterol LDL (lipoproteína de baja densidad), colesterol HDL y triglicéridos.

4.1.2. Historia Clínica y anamnesis

Previamente al inicio del programa, se llevará a cabo la anamnesis y la Historia Clínica completa de cada participante para conocer si cumple con los criterios de inclusión y exclusión. Consiste en una entrevista a cada participante en la que se realizan preguntas sobre los antecedentes familiares, personales, tratamiento habitual, alergias medicamentosas, alergias no medicamentosas, etc. Además, en ella se incluirán preguntas relacionadas con la alimentación, lo que se podría considerar una Historia Dietética (ANEXO XII). Este documento ha sido creado de forma expresa para este fin y, por tanto, es de elaboración propia.

4.1.3. Cuestionario sobre la calidad de vida

Para conocer el nivel de calidad de vida de los participantes, se utilizará el *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ-C30). Se trata de un cuestionario de 30 ítems, diseñado de forma específica para pacientes con cáncer. Abarca distintas esferas, como son la social, la psicológica, la física (estado general, sintomatología, etc.) y la cognitiva.²⁰ Las participantes deberán cumplimentarlo al inicio y al finalizar el programa.

4.1.4. Cuestionario PREDIMED

Se trata de un cuestionario de 14 ítems que sirve para evaluar la adherencia de las participantes a las Dieta Mediterránea (ANEXO III). Existen tres categorías de adherencia, dependiendo de la puntuación obtenida. Deberán cumplimentarlo al inicio y al finalizar el programa. Las categorías son las siguientes, obteniendo una puntuación final que abarca desde 0 a 14 puntos:⁷

- ≤ 5 puntos: baja.
- 6-9 puntos: media.
- ≥ 10 puntos: alta.

Este cuestionario deberá ser cumplimentado tanto al inicio como tras la finalización del programa.

4.2. Evaluación del proceso

La siguiente etapa es la de la evaluación del proceso, que consiste monitorear el programa para conocer la cobertura del mismo, el grado de calidad percibido por las participantes (información, materiales, personas formadoras, etc.), entre otros.^{13,21} Por tanto, su objeto de interés son las actividades.¹³

En esta etapa los indicadores de evaluación y los métodos de evaluación empleados para cada uno de ellos son:

- Cobertura del programa: mediante métodos de registro, se medirá el grado de participación en el programa.²¹ Para ello, se emplearán hojas de asistencia (ANEXO VI) que se entregarán a las participantes en cada sesión del programa para que pongan su nombre junto con DNI y firma.
- Grado de satisfacción de las personas participantes: a través de una encuesta de satisfacción (ANEXO V) tras la realización de cada sesión, se puede conocer la opinión anónima de los/as participantes.
- Grado de cumplimiento del plan establecido previamente: mediante observaciones, se puede analizar si se ha seguido con la planificación preestablecida del programa, incluida en el cronograma presentado anteriormente en el apartado correspondiente (Tabla 3). Posteriormente, estos datos se detallarán en hojas de registro o informes.
- Indicadores para evaluar el material didáctico, el plan educativo y la experiencia con respecto a los/as educadores/as o formadores/as (atracción, comprensión,

aceptabilidad, implicación personal y persuasión): a través de las encuestas de satisfacción (ANEXO V), en las que se incluyen preguntas sobre estos aspectos.

4.3. Evaluación del impacto (conducta)

Para conocer el impacto del programa de educación nutricional implementado en los hábitos y estilos de vida de las participantes, se evaluarán los siguientes indicadores utilizando los métodos siguientes:

- Modificaciones en los hábitos alimentarios y en las conductas de las participantes: a través del 'Cuestionario de frecuencia de consumo' (Anexo XI) y el 'Registro de consumo de alimentos de 3 días' (ANEXO X), que habrán de cumplimentar las participantes una vez haya finalizado el programa, se podrá evaluar este indicador.
- Adquisición de conocimientos sobre alimentación saludable: A través de un cuestionario que consta de 10 preguntas de tipo verdadero o falso de elaboración propia (ANEXO II), se podrá obtener información sobre los conocimientos previos de las participantes en materia de alimentación saludable, antes del comienzo del programa de educación nutricional. De esta forma, una vez acabado el programa se volverá a administrar este cuestionario a las participantes para comparar el nivel de conocimientos con respecto a antes de comenzar la intervención educativa.

4.4. Evaluación de resultados (salud)

La etapa de evaluación de los resultados consiste en realizar una evaluación al final del programa y proporciona información sobre los resultados del mismo, en este caso haciendo referencia a los parámetros de salud. Por otra parte, también sirve para mostrar el grado de efectividad de la intervención, pues se lleva a cabo una comparación de los indicadores antes y después de la implementación de la intervención.²² Para ello, se repetirán los métodos o herramientas desarrollados en la fase inicial, que son:

- Antropometría, evaluación dietética y parámetros bioquímicos.
- Historia Clínica y anamnesis.
- Cuestionario sobre la Calidad de vida.
- Cuestionario PREDIMED.

A continuación, en la Tabla 5, se muestra un resumen de los diferentes indicadores de evaluación que se van a estudiar en cada fase, junto con los métodos de evaluación empleados.

Tabla 5. Resumen de los indicadores de evaluación y métodos empleados por etapas.

FASE/ETAPA	INDICADOR DE EVALUACIÓN	MÉTODOS
Inicial/ diagnóstico	Estado de salud de la población diana y los factores determinantes relacionados con la alimentación que sean las principales causas de obesidad en esta población.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de frecuencia de consumo, Registro de consumo de alimentos de 3 días e Historia Dietética. • Antropometría. • Toma de muestras sanguíneas (parámetros bioquímicos). • Anamnesis e Historia Clínica. • Cuestionario sobre la calidad de vida (EORTC QLQ-C30). • Cuestionario PREDIMED.
	Prevalencia de obesidad en las personas participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario sobre conocimientos en materia de alimentación saludable.
	Conocimientos previos sobre alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario sobre conocimientos en materia de alimentación saludable.
Proceso: Programa	Cobertura del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de registro (hojas de asistencia).
	Grado de satisfacción de las personas participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta de satisfacción para las participantes.
	Grado de cumplimiento del plan establecido previamente	<ul style="list-style-type: none"> • Observaciones. • Hojas de registro y/o informes.
	Indicadores para evaluar el material didáctico, a los/as formadores/as y el plan educativo: atracción, comprensión, aceptabilidad, implicación personal y persuasión ⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta de satisfacción para las participantes (preguntas específicas sobre estos aspectos y apartado de observaciones).

FASE/ETAPA	INDICADOR DE EVALUACIÓN	MÉTODOS
Impacto: conducta	Modificaciones en los hábitos alimentarios de las participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta dietética, que incluye el Cuestionario de frecuencia de consumo y el Registro de consumo de alimentos de 3 días. • Cuestionario PREDIMED.
	Adquisición de conocimientos sobre alimentación saludable	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario sobre conocimientos en materia de alimentación saludable (el mismo cuestionario utilizado en la fase de diagnóstico).
Resultados: salud	Reducción del IMC en participantes y estado nutricional al finalizar el programa	<ul style="list-style-type: none"> • Nuevo examen físico (medidas antropométricas) de las participantes. • Indicadores bioquímicos para poder realizar una comparación con los datos previos al inicio de la intervención.
	Morbilidad y calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Nueva anamnesis de las participantes para evaluar los resultados del programa en cuanto a la morbilidad tras la intervención. • Cuestionario sobre la calidad de vida (EORTC QLQ-C30).

Fuente: Elaboración propia.

5. Aplicabilidad de la intervención

Situándonos en un panorama actual en el que las cifras de cáncer en general y las de cáncer de mama en particular son alarmantes a nivel global, este trabajo, de acuerdo con su objetivo principal, evidencia la gran importancia de una adecuada educación nutricional y un adecuado seguimiento de las mujeres supervivientes de cáncer de mama para lograr una mejoría en la calidad de vida de las mismas y, directamente asociada, una disminución de la aparición de recidivas de cáncer de mama. Es por ello que su utilidad radica en su carácter de base teórica para el desarrollo de futuros programas de educación nutricional dirigidos a mujeres supervivientes de cáncer de mama, pudiendo ayudar a la estandarización de las metodologías que puedan resultar más útiles para esta finalidad y de los métodos de evaluación necesarios. Así pues, este proyecto podría constituir una herramienta para instar a las instituciones a realizar un seguimiento más exhaustivo de estas pacientes para acompañarlas en su proceso de supervivencia y darles la oportunidad de participar en programas, tanto grupales como a nivel individual, en los que se haga un control de su dieta por personal cualificado mediante visitas periódicas.

Por otro lado, a pesar de estar diseñado para ser implementado en Centros de Atención Primaria, el diseño permite cierta flexibilidad para poder desarrollar esta intervención en otros contextos, como puede ser un hospital o incluso asociaciones relacionadas con el cáncer de mama que dispongan de los recursos necesarios.

Sin embargo, este trabajo presenta algunas limitaciones. En primer lugar, se trata de una propuesta de programa en el que el contenido de los talleres ha de realizarse por personal especializado en las materias a tratar debido a la complejidad de las mismas. Como se ha comentado en el apartado pertinente, estas personas han de ser un/a Diplomado/a o Graduado/a en Nutrición Humana y Dietética y un/a psicólogo/a, ambos/as con experiencia previa en formaciones dirigidas a grupos. Por tanto, una de las dificultades encontradas podría ser la selección e incorporación de las personas formadoras, ya que en los Centros de Atención Primaria no se dispone de estos perfiles profesionales.

Por otra parte, existe otra limitación con respecto al proceso de captación de las participantes del programa. Esta captación se realizará tanto en las consultas de medicina como en las de enfermería de Atención Primaria, por tanto dependerá de la acción y motivación de los/as profesionales de estas consultas para captar a las posibles

participantes. En este sentido, para contrarrestar esta dificultad sería de gran utilidad colocar carteles informativos sobre el programa, en diferentes partes del centro y alrededores, en los que se faciliten los datos de contacto para que las personas interesadas puedan contactar directamente con los/as investigadores/as.

En contraposición, como punto fuerte resulta clave la utilización del modelo ecológico como hilo conductor del programa, ya que en diversos estudios se ha observado que el uso de modelos o teorías de modificación de conductas en intervenciones de educación nutricional constituye un factor para aumentar la efectividad de las mismas.^{9,10} Por otra parte, la duración de los programas es otro de los factores que determinan su efectividad. Las publicaciones muestran que las intervenciones que presentan una duración de más de 5 meses son más eficaces que las inferiores a este período de tiempo, permitiendo las primeras alcanzar los objetivos propuestos.⁹ Además, los ensayos controlados aleatorizados también se han asociado con una mayor eficacia en la obtención de los objetivos propuestos,⁹ ya que este tipo de estudios son los que aportan un mayor grado de evidencia científica.²³

Teniendo en cuenta los beneficios que podría suponer este programa de educación nutricional en las mujeres participantes, como son el cambio en los hábitos de alimentación y la mejoría de los parámetros bioquímicos estudiados, ambos con la finalidad de mejorar el estado de salud de las mismas y evitar posibles recidivas de cáncer de mama, en el futuro los/as investigadores/as deberían centrar sus esfuerzos en el desarrollo de una herramienta de evaluación que sirva para determinar cuáles son los factores que determinan la eficacia de este tipo de programas. A pesar de que ya existen este tipo de herramientas para programas de educación nutricional en general que constituyen un apoyo para la toma de decisiones, sería conveniente adaptarlas a situaciones especiales en las que puedan aparecer otros elementos determinantes, como es el caso de esta intervención dirigida a mujeres supervivientes de cáncer de mama. Un ejemplo de este tipo de herramientas es GENIE, una guía dirigida a profesionales en la que se especifican los indicadores de calidad de los programas de educación nutricional.²⁴

6. Conclusiones

Como conclusión, este trabajo pretende ser de utilidad para la investigación en la promoción de hábitos de alimentación saludable y sus beneficios en mujeres supervivientes de cáncer de mama y que padecen de obesidad. Para ello, se ha basado en la Dieta Mediterránea, que cumple con el doble objetivo de combatir la obesidad y presentar un alto poder antiinflamatorio, que constituye un factor de prevención para evitar las recidivas de cáncer de mama.^{3,7}

Por tanto, el objetivo final es evaluar los efectos de un programa de educación nutricional de estas características con respecto a la adherencia a la Dieta Mediterránea de las participantes y la influencia de la misma sobre la obesidad y el cáncer en particular, y sobre la salud en general. Diversas intervenciones han demostrado que las personas supervivientes de cáncer de mama y que además padecen obesidad se pueden beneficiar de las pautas de alimentación saludable basadas en evidencia científica para lograr una pérdida de peso significativa.²⁵

Para mejorar la supervivencia y calidad de vida de este tipo de pacientes, las recomendaciones han de ir encaminadas hacia estilos de vida saludable basados en una dieta sana y variada (rica en frutas y vegetales, entre otros) además de la práctica regular de actividad física para así lograr disminuir su grado de obesidad hasta alcanzar unas cifras de peso saludable,^{7,25} siempre teniendo en cuenta las características de cada paciente y bajo la supervisión de personal cualificado.

Finalmente, la implementación de este programa podría resultar una gran oportunidad para las mujeres supervivientes de cáncer de mama que cumplan con los requisitos para participar en el mismo y, además, podría abrir una puerta para ser desarrollado en diferentes contextos y regiones de España, pudiendo constituir una herramienta para la evaluación de los indicadores y su comparación atendiendo a las características de estos contextos.

7. Bibliografía

1. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España [Internet]. 2019. Disponible en: <https://seom.org/dmccancer/wp-content/uploads/2019/Informe-SEOM-cifras-cancer-2019.pdf>
2. Mourouti N, Panagiotakos DB, Kotteas EA, Syrigos KN. Optimizing diet and nutrition for cancer survivors: A review. *Maturitas* [Internet]. 2017; 105: 33-36. Disponible en: <https://0-www-sciencedirect-com.catalog.uoc.edu/science/article/pii/S0378512217304619/>
3. Zuniga KE, Parma DL, Muñoz E, Spaniol M, Wargovich M, Ramírez AG. Dietary intervention among breast cancer survivors increased adherence to a Mediterranean-style, anti-inflammatory dietary pattern: the Rx for Better Breast Health Randomized Controlled Trial. *Breast Cancer Research and Treatment* [Internet]. 2019; 173: 145-154. Disponible en: <https://0-link-springer-com.catalog.uoc.edu/article/10.1007%2Fs10549-018-4982-9>
4. Travier N, Fonseca-Nunes, Javierre C, Guillamo E, Arribas L, Peiró I et al. Effect of a diet and physical activity intervention on body weight and nutritional patterns in overweight and obese breast cancer survivors. *Med Oncol* [Internet]. 2014; 31: 783. Disponible en: <https://0-link-springer-com.catalog.uoc.edu/article/10.1007%2Fs12032-013-0783-5>
5. Aranceta-Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Ramos-Carrera N, Lázaro-Masedo S. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25-64 años) 2014 – 2015: estudio ENPE. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2016; 69 (6): 579 – 587. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-obesidad-general-obesidad-abdominal/articulo/90453754/>
6. Busutil R, Espallardo O, Torres A, Martínez-Galdeano L, Zozaya N, Hidalgo-Vega A. The impact of obesity on health-related quality of life in Spain. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2017; 15: 197. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5634835/?log\\$=activity](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5634835/?log$=activity)
7. Braakhuis A, Champion P, Bishop K. The Effects of Dietary Nutrition Education on Weight and Health Biomarkers in Breast Cancer Survivors. *Med Sci* [Internet]. 2017; 5 (12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635781/>
8. Barnadas A, Algara M, Córdoba O, Casas A, González M, López T et al. Recomendaciones para el seguimiento de las mujeres con Cáncer de Mama [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM); 2017. Disponible en:

https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Recomendaciones_Seguimiento_Mujeres_Supervivientes_Cancer_de_Mama.pdf

9. Murimi MW, Kanyi M, Mupfudze T, Amin R, Mbogori T, Aldubayan K. Factors Influencing Efficacy of Nutrition Education Interventions: A Systematic Review. *J Nutr Educ Behav.* 2017; 49 (2): 142-165.
10. Aycinena AC, Jennings K-A, Gaffney AO, Koch PA, Contento IR, González M et al. ¡Cocinar Para Su Salud! Development of a Culturally Based Nutrition Education Curriculum for Hispanic Breast Cancer Survivors Using a Theory-Driven Procedural Model. *Health Education & Behavior* [Internet]. 2017; 44 (1): 13 – 22. Disponible en: <https://0-journals-sagepub-com.catalog.uoc.edu/doi/pdf/10.1177/1090198116642236>
11. Shafiei L, Taymoori P, Maleki A, Sayehmiri K. The effect of educational intervention based on an Ecological-social model on consuming fruit and vegetables in women in Ilam. *Electron Physician* [Internet]. 2017; 9 (12): 5954–5959. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5843421/>
12. Martínez O, Palmar AM, Pedraz A. Capítulo 6: La metodología de un proyecto de educación para la salud. En: Palmar AM. *Métodos Educativos en Salud* [Internet]. Barcelona: Elsevier España; 2014. p. 107-134. Disponible en: <https://0-ebookcentral-proquest-com.catalog.uoc.edu/lib/bibliouocsp-ebooks/reader.action?docID=1771016&ppg=124#>
13. Isla, P. Capítulo 7: La evaluación en educación para la salud. En: Palmar AM. *Métodos Educativos en Salud* [Internet]. Barcelona: Elsevier España; 2014. p. 135-152. Disponible en: <https://0-ebookcentral-proquest-com.catalog.uoc.edu/lib/bibliouocsp-ebooks/reader.action?docID=1771016&ppg=124#>
14. De Oña Cots JM. Evaluación de un programa de educación social con jóvenes en situación de riesgo [tesis doctoral]. Málaga: Universidad de Málaga; 2008.
15. Bellido D, Carreira J, Bellido V. Capítulo 6. Evaluación del estado nutricional: antropometría y composición corporal. En: Gil A. *Tratado de Nutrición. Tomo 4: Nutrición Humana en Estado de Salud* [Internet]. 3ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 99-132. Disponible en: <http://0-www.medicapanamericana.com.catalog.uoc.edu/VisorEbookV2/Ebook/9788491101260#%22Pagina%22:%22132%22,%22Vista%22:%22Indice%22,%22Busqueda%22:%22%22>
16. Carbajal A. *Manual de Nutrición y Dietética* [Internet]. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-08-17-encuestas-dieteticas-modelos.pdf>

A Tool for Assessing the Quality of Proposed Nutrition Education Programs. *J Nutr Educ Behav.* 2015; 47(4):308–316.

25. Christifano DN, Fazzino TL, Sullivan DK, Befort CA. Diet Quality of Breast Cancer Survivors after a Six-Month Weight Management Intervention: Improvements and Association with Weight Loss. *Nutrition and Cancer* [Internet]. 2016; 68 (8): 1301-1308. Disponible en: <http://0-eds.a.ebscohost.com.catalog.uoc.edu/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=d64ac227-e6ae-48e0-b624-23094518feed%40sessionmgr4006>

8. ANEXOS

8.1. Anexo I: Consentimiento Informado del paciente para la utilización de datos clínicos

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS CLÍNICOS

1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se solicita su autorización para utilizar los datos clínicos y de la evolución que se hallan recogidos en su historia clínica, para el trabajo de investigación: ‘Programa de educación nutricional, dirigido a mujeres supervivientes de cáncer de mama, que tengan entre 55 y 64 años, padezcan obesidad y pertenezcan al CAP ‘Río de Janeiro’ de Barcelona’, cuya finalidad es examinar la asociación existente entre la calidad de la dieta y la pérdida de peso en las mujeres participantes, evaluar el cambio en los hábitos alimentarios de las mujeres participantes, comparándolos al inicio y al finalizar el programa y examinar los efectos de la Dieta Mediterránea en los parámetros bioquímicos de las mujeres participantes, comparándolos al inicio y al finalizar el programa. Los datos de su historia clínica serán custodiados en los términos previstos en la Ley 14/2007, de 3 de julio, y en el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre.

2. BENEFICIOS ESPERADOS

No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por participar en ésta investigación. Sin embargo, si las investigaciones que se pudieran realizar tuvieran éxito, podrían ayudar en el futuro a pacientes que se encuentren en una situación similar. La información no será vendida o distribuida a terceros con fines comerciales.

3. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO PARTICIPACIÓN Y DERECHO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

La participación en este proyecto de investigación es voluntaria y puede cancelarse en cualquier momento. Si rechaza participar, no habrá consecuencias negativas para usted. Si se retira del proyecto, puede decidir si los datos utilizados hasta ese momento, deben borrarse o si se pueden seguir utilizando tras haberlos convertido en anónimos (p. ej., eliminando los datos de la información identificativa, incluido el código, para que resulte imposible volver a identificarlos). Pueden solicitar a los investigadores que les proporcionen los datos almacenados en el registro y que corrijan los errores en ellos en cualquier momento.

4. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y CONFIDENCIALIDAD

Sus datos personales y de salud serán incorporados a un Fichero de datos para su tratamiento, de acuerdo con lo estipulado en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El titular de los datos personales podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, y de revocación del consentimiento, en los términos previstos en la normativa aplicable.

Si deciden participar en este proyecto, rellenen y firmen el formulario de consentimiento que aparece a continuación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D./Dña..... con DNI
.....

DECLARO

- Que he leído la hoja de información que se me ha entregado.
- Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado.
- Que he podido realizar observaciones y me han sido aclaradas las dudas que he planteado.
- Que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Que de forma libre y voluntaria cedo los datos que se hallan recogidos en mi historia clínica para el estudio que se me ha propuesto
- Que puedo incluir restricciones sobre el uso de las mismas.

CONSIENTO

Que se utilicen los datos que se hallan recopilados en mi historia clínica para el mencionado estudio.

Que el investigador pueda acceder a mis datos en la medida en que sea necesario y manteniendo siempre su confidencialidad.

Deseo incluir la siguiente restricción al uso de mis datos:

.....

Fdo.: D./Dña

En a..... de de 20.....

8.2. Anexo II. Cuestionario de conocimientos previos

CUESTIONARIO SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE

EDAD _____

Responda a las siguientes preguntas de verdadero (V) o falso (F), marcando con una X la respuesta correcta.

1. En una dieta saludable, bastará con comer dos raciones de frutas y verduras al día. **V F**
2. Las grasas saturadas tienen efectos negativos sobre la salud. **V F**
3. Según la Pirámide de la Alimentación Saludable, se ha de consumir un mayor número de alimentos proteicos o constructores que de alimentos energéticos (farináceos). **V F**
4. La bebida por excelencia en nuestra dieta ha de ser el agua. **V F**
5. La dieta mediterránea es alta en grasas saturadas y baja en grasas monoinsaturadas. **V F**
6. La dieta mediterránea se ha asociado a una disminución del riesgo de padecer enfermedades como la Diabetes y las enfermedades cardiovasculares, entre otras. **V F**
7. El consumo de frutos secos está desaconsejado en una alimentación saludable. **V F**
8. Se aconseja el consumo de dulces al menos una vez al día. **V F**
9. La dieta constituye un factor evitable relacionado con la aparición de algunas enfermedades, como algunos tipos de cáncer. **V F**
10. En una dieta saludable, se ha de priorizar el consumo de carne frente al consumo de pescado. **V F**

8.3. Anexo III. Cuestionario PREDIMED

1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí = 1 punto	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuanto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)?	4 o más cucharadas = 1 punto	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración) 1 ración = 200g.	2 o más (al menos una de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	3 o más al día = 1 punto	<input type="checkbox"/>
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración: 100 - 150 g)	menos de 1 al día = 1 punto	<input type="checkbox"/>
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual: 12 g)	menos de 1 al día = 1 punto	<input type="checkbox"/>
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	menos de 1 al día = 1 punto	<input type="checkbox"/>

8. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana?	7 o más vasos a la semana = 1 punto	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 g)	3 o más a la semana = 1 punto	<input type="checkbox"/>
10. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana? (1 plato pieza o ración: 100 - 150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g de marisco)	3 o más a la semana = 1 punto	<input type="checkbox"/>
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana?	menos de 2 a la semana = 1 punto	<input type="checkbox"/>
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (ración 30 g)	3 o más a la semana = 1 punto	<input type="checkbox"/>
13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100 - 150 g)	Sí = 1 punto	<input type="checkbox"/>
14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	2 o más a la semana = 1 punto	<input type="checkbox"/>

8.4. Anexo IV: Plato para Comer Saludable (Escuela de Salud Pública de Harvard)

EL PLATO PARA COMER SALUDABLE

ACEITES SALUDABLES

Use aceites saludables (como aceite de oliva o canola) para cocinar, en ensaladas, y en la mesa. Limite la margarina (mantequilla). Evite las grasas trans.

Mientras más vegetales y mayor variedad, mejor. Las patatas (papas) y las patatas fritas (papas fritas/papitas) no cuentan.

Coma muchas frutas, de todos los colores.

AGUA

Tome agua, té, o café (con poco o nada de azúcar). Limite la leche y lácteos (1-2 porciones al día) y el jugo (1 vaso pequeño al día). Evite las bebidas azucaradas.

VEGETALES

GRANOS INTEGRALES

PROTEINA SALUDABLE

Coma una variedad de granos (cereales) integrales (como pan de trigo integral, pasta de granos integrales, y arroz integral). Limite los granos refinados (como arroz blanco y pan blanco).

Escoja pescados, aves, legumbres (habichuelas/leguminosas/frijoles), y nueces; limite las carnes rojas y el queso; evite la tocineta ("bacon"), carnes frías (fiambres), y otras carnes procesadas.

¡MANTÉNGASE ACTIVO!

© Harvard University

Harvard T.H. Chan School of Public Health
The Nutrition Source
www.hsph.harvard.edu/nutritionsource

Harvard Medical School
Harvard Health Publications
www.health.harvard.edu

8.5. Anexo V. Encuesta de satisfacción

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

EDAD _____

Marque con una X su nivel de satisfacción, siendo: 1. Totalmente en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. Indiferente, 4. De acuerdo, 4. Totalmente de acuerdo.

	1	2	3	4	5
La duración de la sesión ha sido adecuada para el cumplimiento de los objetivos					
El material utilizado durante la sesión ha sido de fácil comprensión					
El contenido de la sesión ha sido adecuado					
Las metodologías de aprendizaje utilizadas han sido apropiadas					
El lugar en el que se ha desarrollado la sesión ha sido adecuado					
La persona formadora disponía de los conocimientos necesarios					
La persona formadora ha impartido las sesiones de forma que la información fuese de fácil comprensión					

Rodee con un círculo la puntuación general que le da al programa, del 1 al 10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Observaciones

8.7. Anexo VII: Infografía sobre la Dieta Mediterránea

LA DIETA MEDITERRÁNEA

características

El aceite de oliva es la principal grasa de adición y es rico en vitamina E, beta-carotenos y ácidos grasos monoinsaturados



Se trata de una dieta rica en alimentos de origen vegetal, como las frutas, las verduras, las legumbres y los frutos secos. Las frutas y las verduras son fuente de vitaminas, minerales, fibra y una gran cantidad de agua



Alimentos poco procesados, frescos y de temporada.

La principal fuente de energía está constituida por los cereales (pan, pasta, arroz, etc.), ya que se componen principalmente de carbohidratos. En la Dieta Mediterránea son alimentos de consumo diario y se han de priorizar las formas integrales



Con respecto a las proteínas, se recomienda un consumo abundante de pescado (pescado azul mínimo 1-2 veces por semana), sobreponiéndolo al de carne, que ha de ser moderado, al igual que ocurre con los huevos



La bebida principal es el agua y se recomienda que el consumo diario sea de 1'5L - 2L



Se recomienda practicar actividad física todos los días



Los lácteos son muy importantes en esta dieta, recomendándose su consumo diario. Son una fuente de proteínas de alto valor biológico, vitaminas y minerales



Beneficios

Previene la aparición de algunos tipos de **cáncer**, como el de mama y el de colon

Previene el **deterioro cognitivo**

Previene enfermedades como la **Diabetes** o la **obesidad**

Es cardioprotectora, por lo que previene **enfermedades cardiovasculares**



Enlace de interés: <https://dietamediterranea.com/>

Autora: Natalia Panadero Martínez



TALLARINES DE CALABACÍN Y POLLO

COMENSALES:

3

INGREDIENTES

- 2 calabacines
- 200gr pollo a tiras
- 1 pimiento rojo
- 1 pimiento verde
- 2 cucharada de curry
- 1 sal
- 2 cucharadas de aceite de oliva virgen extra
- 1 cebolla

TIEMPO PREPARACIÓN:

30 minutos

NOTAS Y SUGERENCIAS:

- * En caso de alergia al calabacín, se puede sustituir por tallarines de zanahoria.
- * Para darle un toque crujiente al plato, se pueden machacar frutos secos al gusto y añadirlos a la mezcla final.

PASOS

01

Cortar todas las verduras en tiras finas y saltear, con un poco de aceite, el pimiento rojo, el verde y la cebolla.

02

Cortar el pollo en tiras y hacerlo en otra sartén.

03

Cuando el pollo esté cocinado, mezclarlo con las verduras anteriores y añadir el curry y un poco de sal.

04

Poner agua a hervir y cuando ésta comience, hervir las tiras de calabacín durante 2 minutos.

05

Ecurrir las tiras de calabacín y ponerlos en agua con hielo durante 3 minutos.

06

Ecurrir el calabacín de nuevo y mezclarlo con el resto de ingredientes.

8.9. Anexo IX. Pirámide de la Dieta Mediterránea

Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual Guía para la población adulta

Medida de la ración basada en la frugalidad y hábitos locales



Vino con moderación y respetando las costumbres



© 2010 Fundación Dieta Mediterránea
El uso y la promoción de esta pirámide se recomienda sin ninguna restricción

Edición 2010



ICAF
International Commission on the
Anthropology of Food and Nutrition



Predimed
International Center for
Dietary and Nutrition Research



Ciiscam



Hoja de Menús**PRIMER DÍA**

Fecha:

Día de la semana:

Hora: 7.00 h	Desayuno
Lugar: Casa	Café con leche y azúcar Pan con aceite, tomate y jamón Zumo de naranja
Hora:	Media mañana
Lugar:	
Hora:	Comida
Lugar:	
Hora:	Merienda
Lugar:	
Hora:	Cena
Lugar:	
Hora:	Otras
Lugar:	

Repetir para segundo y tercer día

8.11. Anexo XI. Cuestionario de frecuencia de consumo

Parte II. Epidemiología nutricional

ANEXO I. Cuestionario semicuantitativo de frecuencia alimentaria, 1991-1998. vioque@umh.es

¡LEA LAS INSTRUCCIONES APARECIDAS EN EL CUESTIONARIO!

Para cada alimento, consigne cuántas veces como media ha tomado la cantidad que se indica durante el año pasado. Tenga en cuenta las veces que lo toma solo y las que lo añade a otros alimentos o platos (p. ej.: la leche del café, huevos en las tortillas, etc.)

(Si no se especifica, los platos para carnes y pescado son de tamaño mediano)

	Nunca o < 1 mes	1-3 por mes	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	Más de 6 por día
I. LÁCTEOS									
1. Leche entera (1 vaso o taza, 200 cc)									
2. Leche descremada (1 vaso, 200 cc)									
3. Leche condensada (1 cucharada)									
4. Yogurt (uno, 125 g)									
5. Requesón, cuajada, queso blanco o fresco (100 g)									
6. Queso cremoso o en porciones (1 porción)									
7. Queso curado o semicurado: Manchego (1 trozo, 50 g)									
8. Natillas, flan, puding (uno)									
9. Helados (1 cucurucho, vasito o bola)									
II. HUEVOS, CARNES, PESCADOS									
10. Huevos de gallina (uno)									
11. Pollo con piel (1 plato o pieza)									
12. Pollo sin piel (1 plato o pieza)									
13. Carne de ternera, cerdo, cordero como plato principal (1 plato o pieza)									
14. Carne de caza: conejo, codorniz, pato (1 plato)									
15. Hígado de ternera, cerdo o pollo (1 plato)									
16. Vísceras: callos, sesos, mollejas (1 ración, 100 g)									
17. Embutidos: jamón, salchichón, salami, mortadela (1 ración, 50 g)									
18. Salchichas y similares (1 mediana)									
19. Patés, foie-gras (1/2 ración, 50 g)									
20. Hamburguesa (una, 100 g)									
21. Tocino, beicon, panceta (2 lonchas, 50 g)									
22. Pescado frito variado (1 plato o ración)									
23. Pescado hervido o plancha: merluza, lenguado, sardinas, atún (1 ración)									
24. Pescados en salazón: bacalao, anchoas (1/2 ración, 50 g)									
25. Pescados en conservas: atún, sardinas, arenques (1 lata)									
26. Almejas, mejillones, ostras (1 ración, 100 g)									
27. Calamares, pulpo (1 ración, 100 g)									
28. Marisco: gambas, langosta y similares (1 ración, 100 g)									

(Continúa)

22. Validez de la evaluación de la ingesta dietética

ANEXO I. Cuestionario semicuantitativo de frecuencia alimentaria, 1991-1998. vioque@umh.es (Continuación)

Para alimentos que se consumen por temporadas, calcular el consumo medio para todo el año. Por ejemplo, si un alimento como la sandía se come 4 veces a la semana durante todo el verano (3 meses), entonces el consumo medio al año se marcaría en «1 vez por semana».

	Nunca o < 1 mes	1-3 por mes	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	Más de 6 por día
III. VERDURAS Y LEGUMBRES									
29. Espinacas cocinadas (1 plato)									
30. Col, coliflor, broccoles cocinados (1 plato)									
31. Lechuga, endivias, escarola (1 plato)									
32. Tomates (1 mediano)									
33. Cebolla (1 mediana)									
34. Zanahoria, calabaza (1 o plato pequeño)									
35. Judías verdes cocinadas (1 plato)									
36. Berenjenas, calabacines, pepinos (uno)									
37. Pimientos (uno)									
38. Espárragos (1 ración o plato)									
39. Champiñones, setas (1 plato)									
40. Legumbres cocinadas: lentejas, garbanzos, judías pintas o blancas (1 plato mediano)									
41. Guisantes cocinados (1 plato)									
IV. FRUTAS									
42. Naranjas, pomelo, mandarinas (una)									
43. Zumo de naranja natural (1 vaso pequeño, 125 cc)									
44. Plátano (uno)									
45. Manzana, pera (1 mediana)									
46. Fresas (1 plato o taza de postre)									
47. Cerezas (1 plato o taza de postre)									
48. Melocotón, albaricoques (1 mediano)									
49. Higos frescos (uno)									
50. Sandía, melón (1 tajada o cala, mediana)									
51. Uvas (1 racimo mediano o plato de postre)									
52. Aceitunas (tapa o plato pequeño, aprox. 15 unidades pequeñas)									
53. Frutas en almíbar: melocotón, peras, piña (2 mitades o rodajas)									
54. Frutos secos: piñones, almendras, cacahuetes, avellanas (1 plato o bolsita pequeña)									
V. PAN, CEREALES Y SIMILARES									
55. Pan blanco (1 pieza pequeña o 3 rodajas de molde, 60 g)									
56. Pan integral (1 pieza pequeña o 3 rodajas de molde)									
57. Picos, roscos y similares (1 unidad, 3,5 g)									
58. Patatas fritas (1 ración, 100 g)									
59. Patatas cocidas, asadas (1 patata mediana)									
60. Bolsa de patatas fritas (1 bolsa pequeña, 25-30 g)									
61. Arroz cocinado (1 plato mediano)									
62. Pastas: espagueti, macarrones y similares (1 plato)									

(Continúa)

Parte II. Epidemiología nutricional

ANEXO I. Cuestionario semicuantitativo de frecuencia alimentaria, 1991-1998. vioque@umh.es (Continuación)

Para cada alimento, marque la casilla apropiada para su consumo medio durante el año pasado. Por ejemplo si toma 1 cucharada de mermelada cada dos días, entonces debe marcar la casilla «2-4 veces por semana»

	Nunca o < 1 mes	1-3 por mes	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	Más de 6 por día
VI. ACEITES Y GRASAS									
63. Aceite de oliva (1 cucharada)									
64. Otros aceites vegetales: girasol, maíz, soja (1 cucharada)									
65. Margarina añadida al pan o la comida (1 cucharada o untada)									
66. Mantequilla añadida al pan o la comida (1 cucharada o untada)									
67. Manteca (de cerdo) añadida al pan o la comida (1 cucharada o untada)									
VII. DULCES Y PASTELES									
68. Galletas tipo María (1 galleta)									
69. Galletas con chocolate (1 galleta doble)									
70. Cruasán, donuts (uno)									
71. Magdalena, bizcocho (uno)									
72. Pasteles, tarta (1 unidad o trozo mediano)									
73. Churros (masa frita) (1 ración)									
74. Chocolate, bombones (1 barra o 2 bombones, 30 g)									
75. Chocolate en polvo y similares (1 cucharada)									
VIII. BEBIDAS									
76. Vino blanco, tinto o rosado (1 vaso, 125 cc)									
77. Cerveza (1 caña o botellín 1/5, 200 cc)									
78. Brandy, ginebra, ron, whisky, vodka, aguardientes 40° (1 copa, 50 cc)									
79. Refrescos con gas: cola, naranja, limón (p. ej., coca-cola, fanta, etc.) (uno, 250 cc)									
80. Zumo de frutas envasado (1 lata pequeña o vaso, 200 cc)									
81. Café (1 taza)									
82. Café descafeinado (1 taza)									
83. Té (1 taza)									
IX. PRECOCINADOS, PREELABORADOS Y MISCELÁNEAS									
84. Croquetas (una)									
85. Palitos o delicias de pescado fritos (1 unidad)									
86. Sopas y cremas de sobre (1 plato)									
87. Mayonesa (1 cucharada)									
88. Salsa de tomate (1/2 taza)									
89. Picantes: tabasco, pimienta, guindilla (1/2 cucharadita)									
90. Sal (1 pizca o pellizco con dos dedos)									
91. Ajo (1 diente)									
92. Mermeladas, miel (1 cucharada)									
93. Azúcar (p. ej., en el café, postres, etc.) (1 cucharadita)									

- ¿Qué hace usted con la grasa visible cuando come carne?
 La quito toda Quito la mayoría Quito un poco No quito nada
- ¿Cada cuánto tiempo come comidas fritas, fuera o dentro de casa?
 A diario 4-6 veces/sem. 1-3 veces/sem. Menos de 1 vez/sem.
- ¿Qué clase de grasa o aceite usa para:

	Manteca/mantequilla	Margarina	Aceite oliva	Otros aceites vegetales
Aliñar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocinar/freír	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Toma usted algún producto de vitaminas?
 Sí No Si es sí ¿Cuál? _____

- ¿Hace algún tipo de dieta
 Sí No Si es sí ¿Cuál? _____
- ¿Ha cambiado su dieta durante el año pasado?
 Sí No
- ¿Cuánto pesa usted? (descalzo y desnudo o a lo sumo con ropa ligera)
 _____kg
- ¿Cuánto mide usted? (descalzo)
 _____cm
- ¿Ha cambiado su peso en el último año?
 Igual Aumentado Disminuido

8.12. Anexo XII. Historia Clínica y anamnesis (incluye Historia Dietética)

FECHA:

EXPEDIENTE:

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Fecha Nacimiento: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____

Teléfono de contacto: _____ Email: _____

Dirección: _____

ANTECEDENTES

PATOLÓGICOS (Marcar con una X):

Diarrea () Estreñimiento () Gastritis () Úlcera () Náuseas () Vómitos ()

Otros: _____

Enfermedad actual diagnosticada:

Enfermedad previa:

Tratamiento habitual:

Cirugías:

Alergias a medicamentos y/u otras alergias:

FAMILIARES (marcar con una X):

Obesidad () Alergias () HTA () Diabetes () Enf Cardiovascular () Cáncer ()

Otras:

ASPECTOS GINECOLÓGICOS

Climaterio SI ___ NO ___ Terapia de reemplazo hormonal: SI ___ NO ___

Observaciones _____

EXAMEN FÍSICO

Estado de piel y mucosas _____

Cabello _____ Uñas _____

Observaciones _____

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso (kg) _____ Talla (cm) _____ IMC: _____

INDICADORES BIOQUÍMICOS

Parámetros bioquímicos a destacar

Observaciones

INDICADORES DIETÉTICOS

Apetito: Bueno () Regular () Malo ()

Ingesta: Rápida () Despacio () Normal ()

Dificultad deglución: Sí () No ()

Dificultad masticación: Sí () No ()

Prótesis dentales: Sí () No () _____

Hábito intestinal: Normal () Estreñimiento () Diarrea ()

Síntomas gastrointestinales: Vómito () Reflujo () Otro () _____

Alimentos preferidos:

Alimentos rechazados:

Intolerancia a alimentos: _____