



**Universitat de les  
Illes Balears**

# "Relación entre Dieta Mediterránea y Longevidad de los Payeses Ibicencos."

**Ana María Ribas Ahumada**

**(Diplomada Universitaria de Enfermería, 1998, UIB.)**

## **Memoria del Trabajo Final de Máster**

Máster Universitario en Nutrición y Alimentación Humana

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Mayo, 2017

*Firmas*

*Autor: Ana María Ribas Ahumada*

\_\_\_\_\_  
30 de mayo de 2017

*Certificado* \_\_\_\_\_

*Dra. Joana Maria Ramis Morey  
Tutora del Trabajo*

*Certificado* \_\_\_\_\_

*Cotutor del Trabajo*

*Aceptado* \_\_\_\_\_

*Dr. Josep Antoni Tur Marí  
Director del Máster Universitario en Nutrición y Alimentación Humana*

# Índice

1) Título.....	3
2) Resumen.....	3
Abstract.....	3
3) Palabras clave.....	4
4) Antecedentes.....	4
Dieta Mediterránea.....	4
Relación entre Dieta Mediterránea y Longevidad.....	8
Etnografía y estilo de vida del payés ibicenco.....	10
Datos estadísticos.....	13
Dieta Mediterránea en Baleares y en Ibiza. Conclusiones.....	14
Bibliografía.....	20
5) Hipótesis de trabajo.....	24
6) Objetivos.....	24
7) Material y Métodos.....	24
Población de estudio o diana.....	24
Criterios de inclusión y exclusión.....	24
Tamaño muestral.....	25
Diseño.....	26
Variables.....	26
Recogida de datos.....	27
Análisis de datos.....	29
Limitaciones del estudio.....	29
Consideraciones éticas.....	30
8) Plan de trabajo y calendario de actuación.....	31
9) Anexos.....	32

## 1) Título.

Relación entre Dieta Mediterránea y longevidad de los payeses ibicencos.

## 2) Resumen.

Se ha observado en los últimos 5 años un aumento en la población longeva nonagenaria y centenaria en la isla de Ibiza, sobre todo en zonas rurales, según los últimos datos del INE (Instituto Nacional de Estadística).

El objetivo del proyecto de investigación es determinar si existe relación entre Dieta Mediterránea y longevidad de los payeses ibicencos, ya que por costumbre y tradición la Dieta Mediterránea ha sido el estilo de vida de las personas que han vivido y trabajado en el campo en la isla de Ibiza. Así, la hipótesis del trabajo es que una elevada adherencia a la Dieta Mediterránea contribuye a la longevidad de los payeses ibicencos

Para ello se realizará un estudio observacional, transversal, descriptivo. La población diana son personas que vivan o hayan vivido la mayor parte de su vida en el campo de Ibiza, trabajadores manuales del ámbito rural que realicen o hayan realizado tareas en el campo, que hayan superado la esperanza de vida media de la isla de Ibiza.

La información para el estudio se conseguirá a través de entrevistas individualizadas y se recogerán datos como la edad, sexo, tipo de trabajo u ocupación, actividad física, lugar de residencia, convivencia con otros familiares, patologías crónicas asociadas y grado de adherencia a la Dieta Mediterránea mediante la encuesta validada "Test de adherencia a la Dieta Mediterránea de PREDIMED". Las entrevistas se realizarán en los domicilios de las personas incluidas en el estudio previo consentimiento informado.

A partir de los resultados obtenidos servirán para implantar estrategias de promoción y educación para la salud en el área de Ibiza relacionadas con la Dieta Mediterránea ibicenca, además de evitar que se pierdan las costumbres saludables que por tradición y oralmente han ido pasando de padres a hijos.

### ***Abstract.***

An increase in the nonagenarian and centenarian long-lived population on the island of Ibiza has been observed in the last 5 years, especially in rural areas, according to the latest data from the National Statistical Institute (INE).

The objective of the research project is to determine if there is a relationship between the Mediterranean Diet and the longevity of the Ibizan peasants, since by custom and tradition the Mediterranean Diet has been the lifestyle of people who have lived and worked in the countryside on the island of Ibiza. Thus, the hypothesis of the work is that a high adherence to the Mediterranean Diet contributes to the longevity of the ibicencos.

For this, an observational, transversal, descriptive study will be carried out. The target population is people who live or have lived most of their lives in the

countryside of Ibiza, rural manual workers who perform or have performed tasks in the field, who have surpassed the average life expectancy of the island of Ibiza.

The information for the study will be obtained through individual interviews and data such as age, sex, type of work or occupation, physical activity, place of residence, coexistence with other relatives, associated chronic pathologies and degree of adherence to the Diet Mediterranean by means of the validated survey "Test of adherence to the Mediterranean Diet of PREDIMED". Interviews will be conducted at the homes of people included in the study with prior informed consent.

From the results obtained will serve to implement strategies for health promotion and education in the area of Ibiza related to the Ibizan Mediterranean Diet, in addition to avoiding the loss of healthy habits traditionally and orally passed from parents to children.

### **3) Palabras clave.**

Dieta Mediterránea, Longevidad, Payeses ibicencos.

Key words: Mediterranean Diet, longevity, Ibizan peasants.

### **4) Antecedentes.**

Se ha observado en los últimos 5 años un aumento en la población longeva nonagenaria y centenaria en la isla de Ibiza, sobre todo en zonas rurales, según los últimos datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) (1).

El objetivo del proyecto de investigación es determinar si existe relación entre Dieta Mediterránea y longevidad de los payeses ibicencos, ya que por costumbre y tradición la Dieta Mediterránea ha sido el estilo de vida de las personas que han vivido y trabajado en el campo en la isla de Ibiza. Así, la hipótesis del trabajo es que una elevada adherencia a la Dieta Mediterránea contribuye a la longevidad de los payeses ibicencos.

#### ***Dieta Mediterránea.***

Dieta significa "manera de vivir", traducido de las palabras latina "diaeta" y palabra griega "diaita". Se puede así definir la Dieta Mediterránea (DMe) como una destreza, una habilidad, una experiencia que surge de la suma de culturas, con diferentes valores y características que la hacen única y significativa.

Todos los países que forman parte de la Cuenca Mediterránea poseen una tradición milenaria en lo que se refiere al consumo y modo de producir de una gran variedad de alimentos, con alto valor nutritivo, sanos y apetecibles.

A pesar de que este patrón de consumo contiene diferencias relacionadas con las fronteras políticas entre países, diferentes lenguas, etnias, religiones y culturas, está presente un hábito culinario compartido.

La DMe es reconocida por la FAO (2) como un icono de la alimentación saludable y de calidad, que previene enfermedades, lucha contra estilos de vida y dietas menos saludables y es ecológica ya que utiliza los recursos alimenticios locales.

Del mismo modo la OMS ha advertido sobre el gran peligro que supone el sustituir la DMe en las zonas donde se ha venido utilizando por costumbre y que puede causar un aumento del sobrepeso y la obesidad (3).

Todos los pueblos que han pasado, han vivido y viven en la zona del Mar Mediterráneo han aportado parte de sus raíces, cultura, lenguas, religiones y prácticas alimenticias diversas, con restricciones de la dieta, rituales en las comidas, ayunos religiosos y profanos, influenciadas por religiones como el Cristianismo, el Islam y el Judaísmo.

Las tradiciones gastronómicas del Mediterráneo son tan diferentes y numerosas como son los contextos culturales, sociales y ecológicos donde se lleva a cabo.

Los griegos, cartagineses, púnicos, fenicios y romanos trajeron a la zona Mediterránea el olivo, el trigo, la vid, el salazón, el garum. También los germanos importaron alimentos como la manteca, los ibéricos trajeron de las américas el tomate, los pimientos, las judías, las patatas, el chocolate y el maíz entre otros. Los musulmanes introdujeron las berenjenas, los cítricos, el arroz.

El estilo de vida de todos los pueblos mediterráneos ha dado lugar a una gastronomía mediterránea que expresa la creatividad de sus habitantes, abarca una inmensa y extraordinaria herencia, mezcla de culturas de pueblos tradicionales, de sus paisajes, economía, antropología. Refleja ejemplos excepcionales de asentamientos de pueblos tradicionales, arquitectura única, paisajes que relatan la historia de la humanidad y un gigantesco patrimonio inmaterial relacionado con la interactividad con el medioambiente que le rodea: cultura tradicional en agricultura, pesca, cocina, elaboración de platos tradicionales, festejos, ceremonias, rituales, creencias y leyendas (4).

Esta dieta encarna una excepcional evidencia de la tradición que durante siglos todavía está viva y que se transmite continuamente de padres a hijos, de generación en generación de forma oral y a través de la práctica diaria, y que se reinventa y comparte por todos los pueblos que forman el Mediterráneo. Es el resultado del conocimiento de diversos pueblos, un legado cultural inmaterial sin precedentes.

Del mismo modo la DMe simboliza el momento de la reunión familiar, del acto social, de los ritos que se celebran en la comunidad tanto religiosos como paganos, que da lugar al diálogo, que facilita la comunicación y la convivencia. Fomenta la producción y el consumo del producto local, estimula una pesca y agricultura que respeta el entorno. Propicia la armonía entre las personas y la naturaleza (4).

El estilo de vida mediterráneo reúne conocimientos y competencias, técnicas y prácticas, utilizadas en el entorno natural, como calendarios en la agricultura, modos de organización en el campo, técnicas de conservación de alimentos, explotación agropecuaria, procesado, almacenamiento, transporte de alimentos, útiles, enseres y objetos que se utilizan, artesanía, conocimientos sobre botánica, conocimientos sobre animales, modos de curación que se han transmitido de generación en generación, medicinas tradicionales, creencias, supersticiones, ritos (4).

Durante centenares de años se ha ido formando un patrón de alimentación único y singular, que ha dado lugar a múltiples combinaciones de alimentos y que ha llevado a cabo a la creación de gran número de recetas con un gran valor nutritivo y gastronómico, añadido a la manera de elaborarlos y prepararlos, los hábitos y a la regularidad con la que se consumen hacen que este estilo de vida sea único.

Los países que forman la cuenca mediterránea son unos 20. Las diferentes poblaciones que la habitan tienen diferentes culturas, etnias, economías, religiones y patrones alimentarios.

Las características que definen el modelo alimentario común de la DMe tradicional son:

1. En su mayoría la componen alimentos vegetales ricos en fibras, como son las verduras con un consumo alto, alto consumo de leguminosas, semillas, frutos secos, patatas, pan, otros cereales no refinados (5).

2. En la DMe se encuentran grandes cantidades de antioxidantes de origen vegetal, como son la vitamina C procedente de la fruta, la vitamina E,  $\beta$ -caroteno, glutatión, licopeno y polifenoles (fenoles ácidos y flavonoides), reduciendo así el daño oxidativo a nivel celular y sistémico que añadido a una disminución de la ingesta calórica disminuye la posibilidad de aparición enfermedades crónicas y es un factor que contribuye a alargar la vida (6,7).

El potencial antioxidante de la DMe también se aplica al procesado de sus alimentos constituyentes, al protegerlos de la oxidación durante su conservación, cocinado y digestión (6).

3. Utiliza como aliño en crudo y como aceite para cocinar y condimentar el aceite de oliva virgen extra. Los patrones de alimentación que conviven en la región mediterránea presentan numerosas características y de este modo la gran mayoría de sus poblaciones comparten el hecho de que el aceite de oliva ocupa una posición central. Contiene una alta proporción de lípidos dietéticos monoinsaturados y por ello el aceite de oliva se asoció con un menor riesgo de mortalidad global y una importante reducción de la mortalidad por enfermedad cardiovascular en la zona mediterránea. Esto proporciona más pruebas sobre los efectos beneficiosos de uno de los principales componentes de la dieta mediterránea (8).

De hecho, la DMe es el patrón dietético que se desarrolla en las zonas donde se cultiva el olivo y productoras de aceite de oliva de la región mediterránea a finales de la década de 1950 y principios de la de 1960, y tras superar estas poblaciones las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial y donde no se había occidentalizado la dieta.

4. Las grasas animales se consumen en muy pequeña cantidad, en forma de carne, embutidos, quesos y yogures. Bajo consumo de carne y productos cárnicos. Consumo moderado de leche y productos lácteos.
5. Se ingiere vino tinto de modo moderado pero constante en las comidas o bien bebidas de baja graduación. Consumo moderado de etanol (5).
6. Los productos que se utilizan son locales, frescos del día y de la temporada.
7. Los dulces y postres son esporádicos.
8. En las zonas donde se utiliza la DMe se realiza una actividad física mantenida, de sol a sol y con descanso al mediodía, la siesta. Las relaciones sociales con familiares y amigos son de vital importancia, la reunión se realiza alrededor de la comida, el acto de comer en sí, es un festejo y un ritual (6,9-11).
9. El pescado se consume moderadamente y aporta ácidos grasos con omega 3. La ingesta de pescado es también una de las mejores características de la dieta mediterránea, ya que ha gozado de la proximidad al mar. En los estudios de Trichopoulou A. *et al.* se planteó la hipótesis de que una dieta rica en ácidos grasos omega 3 tiene efectos beneficiosos, mientras que una dieta pobre en ácidos grasos omega 3 sería menos saludable. Estos supuestos se basaron en la evidencia colectiva epidemiológica y biológica (12).
10. La DMe es una dieta frugal, porque se basa en los productos del campo y del mar, y al mismo tiempo es una dieta energéticamente pobre, con un elevado contenido en fibra, de amplia base vegetal y que proporciona una rápida sensación de saciedad con una ingesta baja en calorías (6).
11. La DMe es, al mismo tiempo, una dieta diversa, pues la frugalidad ha sido tradicionalmente compensada con la imaginación culinaria (6).
12. Según Tur JA. *et al*, la DMe es una dieta de amplia base vegetal, rica en fibra y energéticamente pobre, que proporciona una rápida saciedad con una ingesta baja en calorías. Esta es una de las principales ventajas de la DMe, pues a la aportación de vitaminas y minerales propia de los alimentos vegetales, de evidente riqueza antioxidante, se sumará una dieta hipocalórica (6).

**Tabla 1.** Componentes alimentarios y frecuencia de consumo característicos de las dietas mediterráneas (5).

<b>Grupo de alimentos</b>	<b>Frecuencia de consumo</b>
Verduras	Diaria, en abundante cantidad, 3 o más porciones al día, crudas y cocidas.
Frutas	Diaria, en abundante cantidad, 2 o más porciones al día.
Aceite de oliva	Diaria, 3 a 6 cucharadas al día, como principal fuente de grasa.
Cereales, pan, pasta	Diaria, 3 a 4 veces al día en moderada cantidad.
Legumbres	Al menos 3 veces por semana.
Frutos secos	Al menos 3 veces por semana.
Lácteos principalmente quesos y yogures	Diaria, 2 a 4 porciones al día.
Huevos	1 a 4 unidades por semana.
Pescado y mariscos	2 a 4 veces por semana 2.
Aves	2 a 4 veces por semana 2.
Carnes rojas	1 vez por semana o menos.
Vino tinto	Diaria, consumo moderado (1 copa al día para mujeres y 2 copas al día para hombres) y en forma regular, principalmente con las comidas.
Espicias y condimentos	Diaria, uso habitual y variado en la preparación de las comidas.

**Tabla 2.** Componentes bioactivos aportados por alimentos de la DMe (5).

<b>Componente bioactivo</b>	<b>Alimento</b>
Antioxidantes	Verduras, frutas, aceite de oliva virgen, frutos secos, legumbres, especias y condimentos, vino.
Fibra	Verduras, frutas, cereales integrales, legumbres.
Fitoesteroles	Cereales, nueces, frutos secos, legumbres y aceites vegetales.
Ácidos grasos monoinsaturados	Aceite de oliva virgen extra.
Ácidos grasos omega 3	Pescados, mariscos y frutos secos.
Probióticos.	Lácteos fermentados derivados de la leche, como yogurt y quesos, olivas o aceitunas, alcaparras, vinagre y vino tinto.

### ***Relación entre Dieta Mediterránea y Longevidad.***

El envejecimiento es un proceso que depende de muchos factores y tremendamente complejo y que se traduce en el deterioro gradual de la función que se produce después de la madurez y que lleva a la discapacidad o a la muerte, también definido como la incapacidad del organismo para responder al estrés y mantener la regulación homeostática cuando se le plantea un desafío, y de este modo disminuye la capacidad para sobrevivir a los cambios perjudiciales que ocurren con el tiempo durante la vida postmaturacional (13,14).

Los hábitos alimenticios y los factores metabólicos causan un acortamiento más rápido de telómeros y una reducción de la actividad de la telomerasa, lo que sugiere un papel clave del ambiente en la senescencia celular, varios estudios han demostrado que una dieta rica en frutas, verduras, pescado y alimentos bajos en grasas muestra correlación con una menor incidencia de enfermedades crónicas y una mayor supervivencia (15,16) y por ello la nutrigerontología unido a la biogerontología, la medicina y la nutrición, deberían ser la clave para lograr un envejecimiento y una longevidad exitosos (17).

En los años sesenta el profesor Ancel Keys (1904-2004) definió el concepto de DMe y fue él quien investigó la relación entre hábitos de alimentación y enfermedades cardiovasculares, resaltando que las afecciones eran menores en aquellos países en los que se utilizaba la DMe. Se habló por primera vez del concepto de DMe a mediados del siglo pasado tras el “Estudio de los Siete Países”, llevado a cabo por Ancel Keys desde 1958 hasta 1964, y se hizo una comparación de los hábitos dietéticos de diferentes cohortes de Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), Japón, Finlandia, Holanda, la antigua Yugoslavia, Italia y Grecia (18,19).

En 2010, la UNESCO proclamó la DMe como "Patrimonio Cultural Mundial". Esta dieta simboliza un estilo de vida, una "forma de vivir", que puede asegurar una mayor esperanza de vida y mejorar la calidad de vida (15).

Numerosos estudios científicos hasta la actualidad han llegado a la conclusión que los hábitos alimentarios de la DMe con un estilo de vida activo, que incluye la práctica moderada de una actividad física, se traducen en múltiples beneficios importantes para la salud humana, ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos y favorecen la longevidad (20).

El análisis de los datos del estudio MEDIS reveló que los factores de riesgo modificables, como la actividad física, la dieta, el abandono del hábito de fumar y las siestas de medio día, podrían representar los "secretos" de los longevos mediterráneos (21).

Hallazgos similares fueron reportados por Knoop et al. en el estudio “Health Ageing: a Longitudinal study in Europe (HALE)” en el que las tasas de mortalidad más bajas de todas las causas-enfermedad coronaria, enfermedad cardiovascular y cáncer se asociaron a una DMe, consumo moderado de alcohol, niveles de actividad física moderados a altos, dejar de fumar (22).

En España también se han llevado a cabo otros estudios que relacionan la DMe con el estado de salud en personas de edad avanzada como es el estudio sobre Prevención con Dieta Mediterránea PREDIMED (23-25).

Respecto a la relación entre la nutrición y la salud, se ha llegado a la conclusión de que una mala alimentación y nutrición se identifican como factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes mellitus, enfermedades gastrointestinales, osteoporosis, enfermedades neurodegenerativas y varios tipos de cáncer (26-29).

Las personas que tienen adherencia a la DMe tienen menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, o síndrome metabólico, cáncer y tienen por tanto mayor posibilidad de longevidad y de este modo varios estudios demuestran la relación entre DMe y la longevidad (23,30).

Un estilo de vida saludable es un factor importante en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Los factores de riesgo como la hipertensión, la diabetes mellitus y las dislipidemias, como el colesterol total alto, el colesterol de lipoproteínas de baja densidad y el colesterol de lipoproteínas de alta densidad, pueden modificarse según el estilo de vida (31,32).

Así concluye el estudio de G. Tognon *et al.* que comenta que la adherencia a un patrón dietético mediterráneo está inversamente relacionado con la mortalidad total en una población de sujetos de edad avanzada (33).

Pérez-López *et al.* comentan en su estudio que la manera cómo la DMe tradicional puede afectar la esperanza de vida sigue siendo desconocido, aunque debe ser el patrón dietético total y no cualquier alimento particular lo que promueve longevidad (34).

No es seguro que la DMe sea la única causa de la buena salud del pueblo mediterráneo, pero parece incuestionable que contribuye en buena parte a ello. Se ha asociado que el relajante ambiente psicosocial en la mayoría de los países mediterráneos y la tradición de pertenecer a una estructura familiar extensa y sólida también pueden desempeñar papeles contributivos (12,21).

### ***Etnografía y estilo de vida del payés ibicenco.***

Tradicionalmente en las áreas rurales de Ibiza han vivido y han cultivado la tierra los payeses ibicencos.

El payés ibicenco se ha tenido que ir especializando para poder subsistir. En cuanto a la alimentación, los payeses tenían que producir un poco de todo, sin poder destinar grandes extensiones al cultivo de un único producto. Esta situación es determinante para el paisaje rural agrario y para el modo de vida que genera este tipo de agricultura de subsistencia, que es una de las características más importantes de la cultura popular de la isla de Ibiza, englobando así todas las costumbres, tradiciones, mitos, creencias y religiosidad, parentesco, relaciones sociales, derecho foral, música, danzas y otros rasgos específicos de sus pobladores.

La dispersión de las casas en el ámbito rural se da desde la época púnica en la Isla de Ibiza, tal y como señala Miquel Tarradell (35) en "Ibiza cartaginesa" cuando comentan la extraordinaria perdurabilidad del hábitat rural disperso, es una de las peculiaridades de su población. Todo ello, añadido a un tipo de producción familiar, da lugar a un sistema de explotación de la tierra enfocado al autoabastecimiento de la familia que habita la casa principal.

La organización y la distribución de las diversas labores productivas se enfocaban hacia la subsistencia del grupo que habitaba la casa. Todos colaboraban en la producción, cada uno según sus posibilidades, se realizaba una distribución de las tareas atendiendo los parámetros de edad y sexo. La familia era la base de la finca que tenía que producir un excedente, para poder realizar, a través del intercambio de productos o a través de la escasa circulación monetaria que había en aquel momento, todo aquello que necesitaban y no podían producir ellos mismos: ropas, herramientas, muebles, etc.

Si el agricultor de la finca no era propietario y trabajaba las tierras como mayoral o como arrendatario, tenían que entregar una parte de sus cosechas y de la producción al propietario de la finca. De este modo también se debía guardar una parte de los beneficios que aportaba la tierra para reparaciones y mejoras de la finca, para acciones de mantenimiento de la casa y para las celebraciones familiares y sociales que pudieran surgir.

El paisaje de Ibiza es un paisaje rural caracterizado por unas explotaciones no muy grandes con todo tipo de cultivo de regadío y de secano combinados con la ganadería: cerdos, alguna vaca, conejos, cabras, ovejas y aves. También se complementaba con la pesca, la caza y la explotación de los recursos forestales.

El 95% de las tierras se dedicaban a cultivos de secano, con alternancia de árboles y herbáceos, y poder desarrollar así el autoabastecimiento. El cultivo principal eran los cereales, la cebada y el trigo principalmente, que se cambiaba por habas y guisantes si tocaba rotación de cultivo. Los hombres tenían que sembrar, regar, cavar, segar, batir a la era; y en verano, podían ir a la extracción de la sal. Los árboles más utilizados eran el algarrobo y el almendro, la higuera, el olivo y los albaricoqueros y la viña para la producción de vino. El regadío era importante sobre todo en los bancales del “Pla de Vila” y los huertos de Sant Antoni y Santa Eulalia.

También eran importantes los “Tancons” o huertos que se encontraban junto a cada casa, destinados a frutales y todo tipo de hortalizas, regadas con el agua de cisterna o aljibe y era una ocupación continua para las mujeres.

De la ganadería se obtenía la fuerza para labrar, y el transporte, abonos y productos necesarios para el consumo humano: carne, huevos y leche y derivados, lana y pieles. El cerdo era el animal que más ventajas ofrecía ya que invirtiendo poco esfuerzo y dedicación, de él se aprovechaba casi todo, era una parte importante en la dieta alimentaria ibicenca.

Los rebaños de ovejas y cabras pastaban los campos en barbecho, y conejos y aves también ofrecían carne y huevos. La aportación proteínica venía de los animales de corral que ofrecían huevos y carne, de las matanzas del cerdo y lechonas, que se hacían normalmente antes de Navidad y después de Pascua.

La pesca era una actividad muy importante, en toda la isla, especialmente para los que vivían cerca de la costa. Las pequeñas embarcaciones (Ilaüts y botes) se almacenaban en seco a las casetas varadero que todavía hay en la mayoría

de calas. Las actividades complementarias se traducían en un refuerzo necesario dentro de la economía doméstica y se realizaban cuando se acababan tareas principales del campo y de los animales. Las más importantes eran la extracción de sal y la pesca, la recolección y aprovechamiento de los bosques (madera, leña, carbón, alquitrán y tea, cal, hierbas aromáticas y medicinales y otros), la caza y las artesanías domésticas transmitidas de padres a hijos.

La realización de las tareas diarias empezaba con la salida del sol y durante las horas del mediodía, sobre todo en verano, se solía descansar y hacer la siesta, o hacer otras actividades a la sombra. Por la tarde se volvía hasta que se ponía el sol. Dadas las tareas principales, hasta la hora de acostarse había toda una serie de trabajos que se llevaban a cabo y que respondían a este modelo de autoabastecimiento de las casas payesas ibicencas.

El escritor Marià Villangómez (36) habla de la triple insularidad que sufría el campesino ibicenco: *“En el campo ibicenco, sin embargo, se habían ido perpetuando las tradiciones y las viejas costumbres. Un triple aislamiento les protegía. El geográfico: Ibiza es una isla, y una isla entonces olvidada. En segundo lugar tenemos la separación entre campo y ciudad: el campo enviaba pobladores a la ciudad, pero esta influía poco en el campo, que estaba espiritualmente remoto, cerrado dentro de la propia atmósfera. Por último cada casa campesina era un islote dentro del campo aislado de la insular Ibiza. El hecho de que las dispersas alquerías no hubieran formado nunca un verdadero pueblo, a pesar de todos los intentos, había preservado, quizás más que ningún otro factor, la antigua vida campesina.”* Ibiza, la tierra, la historia y la gente. (Pág.108-109)

La gente tenía un conocimiento bien profundo de los recursos naturales que tenía a su alcance. Una larga variedad de hierbas eran recogidas durante diferentes épocas del año, especialmente para San Juan, para curar los diferentes males: manzanilla, hierba de San Ponç, “trenca piedra”, romero, tomillo, hojas de eucalipto, salvia, hojas de nogal, hierbabuena... También eran importantes para la elaboración de licores estomacales: hierbas y tomillo. En cuanto a la cocina, hay que destacar la importancia de las legumbres y el pan hecho de trigo o de cebada. Algunos de los platos principales de la cocina ibicenca son el guiso de verduras y legumbres, hecho por Cuaresma y también llamado “cuinat”, el “sofrit pagès”, la ensalada payesa, la ensalada de costres con pescado seco, el guiso de pescado, la frita de pulpo, de cerdo o de asadura, el “guisat d'ous”, el “guisat de faves”, “arròs amb gerret i pinya de col”, “arròs de matances”, las cocas de pimiento, de tomate, de sobrasada o de acelgas, y también “cocarrois” rellenos de acelgas. Como dulces: “els macarrons de Sant Joan”, “oreietes” para celebraciones especiales, los buñuelos, el “flaó” hecho con queso tierno, las ensaimadas, la “greixonera”, y los “panellets” para Todos los Santos. También hay que destacar la salsa de Navidad, receta muy peculiar de las Pitiusas, que mezcla salado y dulce y que en cada casa tienen su receta particular (37-39).

## Datos estadísticos

Según el Instituto Nacional de estadística (INE), a fecha de 01/01/2016 en Ibiza vivían 10 personas mayores de 100 años y 695 mayores de 90 años, 125 personas más que en 2011 (1,41).

Según las franjas de edad:

**Tabla 3.** Datos del INE de número total y porcentajes respecto al año 2011 de individuos vivos en Ibiza de ambos sexos a 01/01/2016 (1).

Franja de edad	Personas vivas 01/01/2016	Porcentaje respecto 2011
de 90 a 94 años	vivían 549 personas	17,3% más que en 2011.
de 95 a 99 años	vivían 136 personas	43% más que en 2011.
de más de 100 años	vivían 10 personas	3 personas más que en 2011

Según el sexo:

- Los hombres de más de 90 años vivos eran 232, el 33,3% de la población mayor de 90 años.
- Las mujeres de más de 90 años vivas eran 463, el 66,6% de la población mayor de 90 años.
- Las mujeres son mayoría en todos los grupos de edad.

La mayor proporción de nonagenarios vive en el municipio de Sant Joan, formado casi en totalidad por población dispersa que no vive en núcleos urbanos, y si se compara ese grupo con la población de cada municipio, es el 1,05% del total de la población, con 64 personas, y les sigue con el 0,49% de la población:

**Tabla 4.** Datos del INE de número de personas mayores de 90 años por municipios a 1/01/2016 (1).

Municipio	Número de personas mayores de 90 años.
Ibiza	245 personas mayores de 90 años.
Santa Eulalia	178 personas mayores de 90 años.
San Antonio	121 personas mayores de 90 años.
San José	64 personas mayores de 90 años, con el 0,33% de la población.

Así, el número de habitantes mayores de 100 años organizados por municipios se muestran en la Tabla 5:

**Tabla 5.** Datos del INE sobre el número de personas mayores de 100 años por municipios a 01/01/2016 (1).

Municipio	Número de personas mayores de 100 años a 01/01/2016.
Santa Eulalia	5 personas.
Eivissa	4 personas.
San Joan	1 persona.

Según los últimos estudios del INE a 31/12/2016 la población de la isla de Ibiza era de 142.065 personas, de las cuales las ancianas mayores de 84 años aumentaron de 3.961 a 4.355, 314 personas más en los últimos 5 años, sobre todo en zonas rurales (1,40).

**Tabla 6.** Datos del INE, funciones biométricas 2015. Últimos datos de España provisionales del semestre 1/2016 y definitivos del año 2015. Publicado 13/12/2016 (1).

	Total	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida al nacimiento (edad)	82,71	79,93	85,42
Esperanza de vida a los 65 años (edad)	20,84	18,8	22,66
Tasa de mortalidad al nacimiento (expresada en tanto por mil)	2,64	2,84	2,43
Tasa de mortalidad a los 65 años (expresada en tanto por mil)	8,36	12,19	4,83

La esperanza de vida al nacer ha ido aumentando durante la mayor parte del siglo pasado en las sociedades occidentales, gracias a la mejora continua de la asistencia médica, a la mejora del medio ambiente (en particular el agua y los alimentos limpios, seguros) y a la mejora de Nutrientes (41).

### ***Dieta Mediterránea en Baleares y en Ibiza. Conclusiones.***

La DMe presenta tres problemas graves en la actualidad: el abandono progresivo de los hábitos alimentarios tradicionales, la extinción de los exponentes del patrimonio y la globalización y estandarización de los gustos de la población.

Este patrón dietético, con fama mundial y en concreto, la gastronomía tradicional española y balear, es actualmente más un objetivo que una realidad en la mayoría de casas mediterráneas: las modificaciones de los hábitos sociales y alimenticios pueden hacer peligrar la transmisión de la DMe y de sus valores, ya que los hábitos alimentarios surgen de tradiciones, creencias, contactos familiares y la sociedad donde vivimos, y se desarrollan de acuerdo con exigencias económicas, laborales, de conocimientos, publicitarias y de modas.

Cambios en la sociedad, en la demografía y en el estilo de vida de las sociedades mediterráneas: se dispone de menos tiempo para cocinar, se realizan comidas fuera de casa, las compras se hacen en grandes superficies que ofrecen productos fuera de temporada, disminución de la actividad física en las actividades de la vida diaria (en el trabajo, en los colegios, en las actividades domésticas) y en tiempo de ocio, se traducen en un gradual abandono de los hábitos alimentarios tradicionales y la aparición de enfermedades relacionadas con nuevos hábitos de alimentación y de estilo de vida (4).

La importancia de la DMe no sólo radica en la experiencia sensorial positiva de la mesa mediterránea, o un reclamo por sus características organolépticas y nutricionales, sino que significa una distinción y respeto del patrimonio cultural inmaterial y una admiración a sus paisajes, productos y productores, técnicas y elaboraciones, mercados y empresas agroalimentarias.

El abandono de la DMe se traduciría en el empeoramiento de la salud de la población y también peligraría la supervivencia de un patrimonio que está constituido por los paisajes y las tradiciones asociadas a ella. Las personas que viven en las zonas rurales serían los mayor damnificados, porque si desaparecieran las costumbres tradicionales mediterráneas y los cultivos fueran abandonados, las poblaciones que viven en este medio agrario tendrían que emigrar a otros lugares y se produciría un abandono de las zonas agrícolas y los terrenos rurales (4).

La isla de Ibiza ha sido siempre un pueblo abierto a sus visitantes. Algunos de ellos han dejado herencias escritas de la Ibiza que descubrieron durante sus viajes como, por ejemplo, el Archiduque Luis Salvador, que visitó la isla entre 1867 y 1875, y es considerado el primer etnógrafo de las islas Pitiusas, y dejó un gran legado para nuestras Islas Baleares en el libro “Las Antiguas Pitiusas”, con numerosos testimonios y grabados. Demostró especial interés en las costumbres de las personas de Ibiza, especialmente el cortejo y las fugas, dejando constancia de algunos “espolits” de finales del siglo XIX.

Tras esto y paulatinamente, primero en barco y luego también en avión, aparecieron los primeros turistas, que de una manera masiva irrumpieron a mediados de los sesenta y setenta en Ibiza. El descubrimiento de nuevas maneras de vivir y de otras culturas y tradiciones hizo que se dejaran de lado la mayor parte de las antiguas costumbres que aún se mantenían. El paisaje de la isla se modificó de manera traumática e irreversible, debido a una economía emergente: el turismo. Las grandes fincas dedicadas a la agricultura del interior de Ibiza se empezaron a abandonar. Las tierras de la costa, que hasta aquel momento tenían poco valor y se utilizaban para pagar las legítimas, se empiezan a vender para la construcción de hoteles, restaurantes y apartamentos. Cambian las relaciones sociales, ya que se relacionan con personas venidas de todos los territorios y los matrimonios dejaron de celebrarse de manera endogámica. Gran número de costumbres se perdieron y otros quedarán sólo en el recuerdo de los más mayores (37).

Se debe comentar que la cocina ibicenca no cumple en su totalidad las características de la DMe debido a su alto contenido en grasas y demostrado por los estudios de investigación de varios autores entre los que cabe destacar el del Dr. J.A. Tur en el libro *“Evolució de la cuina pitiusa al llarg del segle XX : un estudi nutricional”*, aunque el estilo de vida ibicenco sí que cumple las características del estilo de vida de la DMe (42).

La conclusión a la que llegan los investigadores de este estudio nutricional es que los ibicencos y formenterenses tendrían que volver a recuperar al menos una mínima parte de las costumbres y hábitos alimenticios de sus antepasados de principios de siglo, y además sería conveniente que “moderaran el consumo de carne, incrementaran el consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono (cereales, el pan, las legumbres, la pasta o el arroz)”.

En el estudio observan que en la dieta actual de los pitiusos hay más proteínas pero son equilibradas en origen, se utilizan más grasas, el colesterol es más elevado y se ingieren mayor cantidad de ácidos grasos saturados, los ácidos grasos poliinsaturados son escasos y hay una baja proporción de carbohidratos (Tabla 7) (42).

**Tabla 7.** Conclusiones del libro “*Evolució de la cuina pitiusa al llarg del segle XX: un estudi nutricional*” (42).

	<b>Dieta de los pitiusos de principios de siglo XX.</b>	<b>Dieta de los pitiusos actualmente.</b>
Características.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proviene de una sociedad agraria y poco industrializada.</li> <li>• Consumo de vegetales hortalizas, frutas y legumbres en una proporción de más del 50%.</li> <li>• Escaso consumo de huevos, carne de cerdo y aves, frutos secos.</li> <li>• Productos locales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gran variedad de alimentos, introducción de alimentos nuevos, bebidas, frutas, lácteos, carnes, embutidos, precocinados y conservas.</li> <li>• Uniformidad de los alimentos, no hay diferencias entre los diferentes municipios o regiones.</li> <li>• Aumento considerable del consumo de carne, huevos, pescado, leche, frutas y aceites vegetales.</li> <li>• Estancamiento del consumo de verduras y cereales.</li> <li>• Disminución del consumo de legumbres.</li> </ul>
Consumo energético.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios laborales y sociales que llevan a un contenido calórico dentro de los límites normales recomendados para una dieta saludable.</li> </ul>
Macronutrientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de las recomendaciones saludables.</li> <li>• Desequilibrio entre la relación de proteína animal y vegetal (ésta se consume más).</li> <li>• Baja proporción de ácidos grasos poliinsaturados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción muy elevada de proteínas pero desequilibrada en su origen.</li> <li>• Aumento del colesterol y de los ácidos grasos saturados.</li> <li>• Muy baja proporción de carbohidratos.</li> </ul>
Micronutrientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suficiente en su proporción pero deficitaria en calcio.</li> <li>• Sodio muy elevado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubre ampliamente su aportación pero deficitaria en potasio y sodio.</li> </ul>
Consejos.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderar consumo de carne.</li> <li>• Aumentar consumo de carbohidratos complejos: pan, cereales, legumbres, pasta, arroz.</li> </ul>

Según otro estudio de Tur J. A. *et al*, observan que hay una parte de la población de las Illes Balears con alto riesgo de deficiencia en la ingesta de nutrientes antioxidantes. Actualmente no existe evidencia de la posible asociación entre una disminución en la ingesta de nutrientes antioxidantes en grupos específicos de la población de las Illes Balears y las consiguientes implicaciones en el estado de salud de estas personas.

El problema de los resultados de esta investigación es de la baja ingesta de antioxidantes que ingiere una sección muy específica de la población y se asocia con la presencia de otras deficiencias dietéticas.

A pesar de que esta situación no es alarmante, puede ser una herramienta para

la predicción de un problema nutricional y de salud pública más importante en el futuro: la pérdida de la DMe tradicional balear hacia un patrón dietético occidentalizado y los resultados negativos para la salud que estos cambios puede tener en esta población.

De este modo y antes de que surjan los efectos adversos de esta posible transición nutricional en las Illes Balears, sería conveniente realizar acciones enfocadas a evitar la pérdida de uno de los elementos más importantes y agradables de la cultura balear: La DMe tradicional (43).

Otro estudio de Tur, J. A .*et al.* muestra la existencia de dos patrones dietéticos de relevancia entre los adolescentes de las Illes Balears: el patrón "Occidental" y el patrón "mediterráneo", pero en el estudio se observa que las niñas son más "mediterráneas" que los niños.

Esta conclusión apoya que el patrón alimentario de los adolescentes de las Illes Balears se encuentra en un estado de transición y que se ha perdido el patrón dietético mediterráneo tradicional que está cambiando hacia un patrón dietético occidental.

El bajo nivel socioeconómico de los progenitores, comportamientos sedentarios y la imagen corporal son factores asociados con el patrón dietético "occidental".

Los adolescentes constituyen objetivos prioritarios de acción y tienen que ser más conscientes de la DMed y sus beneficios para la salud. Los programas para promover el patrón dietético tradicional mediterráneo entre no sólo los adolescentes sino también sus familias, combinados con un estilo de vida activo, probablemente darían como resultado un perfil de salud futuro más favorable (44).

Otros estudios realizados por Tur, J. A. *et al.* demuestran que el patrón de DMed se está perdiendo en las Illes Balears, principalmente en las generaciones más jóvenes.

La promoción de no sólo de la dieta mediterránea, sino también el estilo de vida mediterráneo, incluida una mayor actividad física, debe reforzarse en las jóvenes generaciones baleares (45,46).

Según el estudio llevado a cabo en la población de Balears por Del Mar Bibiloni M, Pich J, Córdova A, Pons A, Tur J A, es probable que si se realizan programas para promover la actividad física y disminución del sedentarismo no sólo en adolescentes, sino también en sus familias, en combinación con la

DMe, los resultados pueden ser la observación de un mejor perfil saludable en el futuro (47).

A pesar de todo ello podemos afirmar que el estilo de vida del payés ibicenco cumple las características del estilo de vida de la DMe y según varios estudios, en las Illes Balears se utiliza la DMe (11,43-45).

A partir de los resultados obtenidos por todas las investigaciones de los autores anteriormente citados, sería aconsejable implantar estrategias de promoción y educación para la salud en el área de Ibiza relacionadas con la DMe ibicenca, además de evitar que se pierdan las costumbres saludables que por tradición y oralmente han ido pasando de padres a hijos.

Los beneficios del proyecto podrían ser:

1. Aumentar el reconocimiento internacional de la DMe de Ibiza en todo el mundo, y ayudar a diferenciarla de otras tradiciones gastronómicas.
2. Impulsar hábitos de consumo saludables y una alimentación equilibrada, nutritiva, variada, apetecible y saludable, en la isla de Ibiza, ayudando a disminuir el sobrepeso y la obesidad sobre todo en la población más joven.
3. Fomentar las producciones agroalimentarias locales en la misma isla, las cooperativas agrícolas, la gastronomía mediterránea tradicional local, la agricultura y el desarrollo rural sostenibles de la zona, el paisaje y el medio ambiente de nuestro territorio.
4. Concienciar a los habitantes de la isla de Ibiza sobre la necesidad de consumir productos mediterráneos de la isla en vez de alimentos que provengan de otros países, medida más sostenible en términos ecológicos, sociales y económicos.
5. Proteger, difundir y transmitir el patrimonio gastronómico de la DMe de Ibiza.
6. Contribuir al desarrollo del diálogo intercultural y a la cohesión social y fomentar el interés cultural y turístico por la gastronomía de la isla de Ibiza entre las personas que visiten nuestro entorno.

## **Bibliografía.**

1. Estadística. IN de. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. [cited 2017 May 25]. Available from: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=526>
2. FAO - Noticias: Evitar que la dieta mediterránea desaparezca [Internet]. [cited 2017 May 18]. Available from: <http://www.fao.org/news/story/es/item/293414/icode/>
3. WHO | Obesity and overweight. WHO [Internet]. 2016 [cited 2017 May 18]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
4. Castells M. El reconocimiento internacional de la dieta mediterránea como patrimonio inmaterial: oportunidades para el turismo gastronómico balear. Boletín Gestión Cult. 2008; 17:1–16.
5. Urquiaga I, Echeverría G, Dussailant C, Rigotti A. Origen, componentes y posibles mecanismos de acción de la dieta mediterránea. Rev Med Chil. 2017 Jan; 145(1):85–95.
6. Tur JA. Los antioxidantes en la Dieta Mediterránea. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2004; 10(4):198–207.
7. Gil Á, de Victoria EM, Olza J. Indicadores de evaluación de la calidad de la dieta. Nutr Hosp. 2015; 31(3):128–44.
8. Davis C, Bryan J, Hodgson J, Murphy K. Definition of the Mediterranean Diet; a Literature Review. Nutrients. 2015 Nov 5.
9. Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, et al. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. Am J Clin Nutr. 1995 Jun; 61(6 Suppl):1402S–1406S.
10. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population. N Engl J Med. 2003; 348(26):2599–608.
11. Tur JA, Romaguera D, Pons A. Food consumption patterns in a mediterranean region: Does the mediterranean diet still exist? Ann Nutr Metab. 2004; 48(3):193–201.
12. Trichopoulou A. Traditional Mediterranean diet and longevity in the elderly: a review. Public Health Nutr. 2004; 7(7).
13. Florez-Duquet M, McDonald RB. Cold-Induced Thermoregulation and Biological Aging. Physiol Rev. 1998; 78(2).

14. Gilca M, Stoian I, Atanasiu V, Virgolici B. The oxidative hypothesis of senescence. *J Postgrad Med.* 2007; 53(3):207–13.
15. Di Daniele N, Noce A, Vidiri MF, Moriconi E, Marrone G, Annicchiarico-Petruzzelli M, et al. Impact of Mediterranean diet on metabolic syndrome, cancer and longevity. *Oncotarget.* 2017 Jan 3; 8(5):8947–79.
16. Hu FB. Plant-based foods and prevention of cardiovascular disease: an overview. *AmJClinNutr.* 2003; 78:544S–551S.
17. Aiello A, Accardi G, Candore G, Carruba G, Davinelli S, Passarino G, et al. Nutrigerontology: a key for achieving successful ageing and longevity. *Immun Ageing.* 2016; 13:17.
18. Keys A. Coronary heart disease in seven countries. 1970. *Nutrition.* 1997 Mar 13(3):250-2, 253.
19. Trial a R, Estruch R, Miguel A, Ruiz-gutie V, Vinyoles E, Aro F. Effects of a Mediterranean-Style Diet on Cardiovascular Risk Factors. *Ann Intern Med Artic.* 2006;(April 2014).
20. Trichopoulou A, Vasilopoulou E. Mediterranean diet and longevity. *Br J Nutr.* 2000 Dec 1; 84(6):205–9.
21. Tourlouki E, Polychronopoulos E, Zeimbekis A, Tsakountakis N, Bountziouka V, Lioliou E, et al. The “secrets” of the long lived in Mediterranean islands: The MEDIS study. *Eur J Public Health.* 2010 Dec 1; 20(6):659–64.
22. Knoop KTB, de Groot LCPGM, Kromhout D, Perrin A-E, Moreiras-Varela O, Menotti A, et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA.* 2004; 292(12):1433–9.
23. Zaragoza Martí A, Ferrer Cascales R, Cabañero Martínez MJ, Hurtado Sánchez JA, Laguna Pérez A. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el estado nutricional en personas mayores. *Nutr Hosp.* 2015; 31(4):1667–74.
24. González CA, Argilaga S, Agudo A, Amiano P, Barricarte A, Beguiristain JM, et al. Diferencias sociodemográficas en la adhesión al patrón de dieta mediterránea en poblaciones de España. *Gac Sanit.* 2002; 16(3):214–21.
25. Hu EA, Toledo E, Diez-Espino J, Estruch R, Corella D, Salas-Salvado J, et al. Lifestyles and Risk Factors Associated with Adherence to the Mediterranean Diet: A Baseline Assessment of the PREDIMED Trial. *PLoS One.* 2013; 8(4):e60166.

26. Rajala M. Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: science and policy implications. *Public Health Nutr.* 2001; 4(2A):339–40.
27. Varela-Moreiras G, Ávila JM, Cuadrado C, del Pozo S, Ruiz E, Moreiras O. Evaluation of food consumption and dietary patterns in Spain by the Food Consumption Survey: updated information. *Eur J Clin Nutr.* 2010; 64(10):S37–43.
28. Park S-Y, Boushey CJ, Wilkens LR, Haiman CA, Le Marchand L. High-quality Diets Associate With Reduced Risk of Colorectal Cancer: Analyses of Diet Quality Indexes in the Multiethnic Cohort. *Gastroenterology.* 2017 Apr 17.
29. Trichopoulou A, Lagiou P, Kuper H, Trichopoulos D. Cancer and Mediterranean dietary traditions. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2000; 9(9):869–73.
30. Farah R, Glick Y, Farah R. [Secrets of the Mediterranean diet]. *Harefuah.* 2008 May; 147(5):422–7, 477.
31. Masana L, Ros E, Sudano I, Angoulvant D, Ibarretxe Gerediaga D, Murga Eizagaechearria N, et al. Is there a role for lifestyle changes in cardiovascular prevention? What, when and how? *Atheroscler Suppl.* 2017; 26:2–15.
32. European Heart Network. Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. *Eur Hear Netw.* 2011; 18–134.
33. Tognon G, Rothenberg E, Eiben G, Sundh V, Winkvist A, Lissner L. Does the Mediterranean diet predict longevity in the elderly? A Swedish perspective. *Age (Omaha).* 2011; 33(3):439–50.
34. Pérez-López FR, Chedraui P, Haya J, Cuadros JL. Effects of the Mediterranean diet on longevity and age-related morbid conditions. Vol. 64, *Maturitas.* 2009. p. 67–79.
35. Wilson VA. Miquel Tarradell: Terracotas Púnicas de Ibiza. Barcelona: Gustavo Gili, 1974. 211 pp.
36. Villangomez Llobet M. Eivissa : la terra, la historia, la gent. 1. ed. Barcelona : Editorial Selecta. 1974. p. 284.
37. Caiet M, Font M, Tarradell M, Antoni S, Eul S. Eivissa- Etnografia i cultura popular. Consell Insular d'Eivissa. 2017.
38. Kuhbier H AJA, Guerau d'Arellano E. Biogeography and Ecology of the Pityusic Islands. *Dr WJunk PubMonographiae Biol Hague.* 1984; 52:704.
39. Vilà i Valentí J, Vallès Costa R, Prats R, García E F R. “Bibliografia para

el estudio geográfico de unas islas mediterráneas: Las Pityusas (Eivissa i Formentera).” Territoris. 2000; 3:241–76.

40. Datos estadísticos : Población : Padrón (cifras de población) [Internet]. [cited 2017 Apr 27]. Available from: <http://ibestat.caib.es/ibestat/estadistiques/poblacio/padro/2acef6cf-175a-4826-b71e-8302b13c1262>
41. Passarino G, De Rango F, Montesanto A. Human longevity: Genetics or Lifestyle? It takes two to tango. *Immun Ageing*. 2016; 13:12.
42. Tur, J. A; Prieto, R M; Puig, M. J; Terrassa, J; Taberner, J; Alzina I. Evolució de la cuina pitiüsa al llarg del segle XX : un estudi nutricional. Eivissa: Consell Insular d'Eivissa i Formentera; 1995. 341 p.
43. Tur JA, Serra-Majem L, Romaguera D, Pons A. Does the diet of the Balearic population, a Mediterranean type diet, still provide adequate antioxidant nutrient intakes? *Eur J Nutr*. 2005; 44(4):204–13.
44. Del Mar Bibiloni M, Martínez E, Llull R, Pons A, Tur JA. Western and Mediterranean dietary patterns among Balearic Islands' adolescents: socio-economic and lifestyle determinants. *Public Health Nutr*. 2012; 15(4):683–92.
45. Martínez E, Llull R, del Mar Bibiloni M, Pons A, Tur JA. Adherence to the Mediterranean dietary pattern among Balearic Islands adolescents. *Br J Nutr*. 2010; 103(11):1657–64.
46. Tur JA, Romaguera D, Pons A. Adherence to the Mediterranean dietary pattern among the population of the Balearic Islands. *Br J Nutr*. 2004; 92(3):341–6.
47. Bibiloni M del M, Pich J, Córdova A, Pons A, Tur JA. Association between sedentary behaviour and socioeconomic factors, diet and lifestyle among the Balearic Islands adolescents. *BMC Public Health*. 2012; 12(1):718.
48. BOE. núm. 298, de 14/12/1999. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Ministerio de la Presidencia y para las administraciones territoriales. Jefatura del Estado del Gobierno de España. 14/01/2000.
49. Comité de Ética de la investigación de Les Illes Balears. Direcció General d'acreditació, docència i recerca en salut. Conselleria de Salut. <http://www.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?mkey=M1202130754482125887208&lang=ES&cont=57065>
50. Castelló i Guasch , Joan. greix vermei i altres escrits. Eivissa. Institut d'Estudis Eivissencs, Imp. Ibosim, 1988.

## 5) Hipótesis de trabajo.

La hipótesis del trabajo es que una elevada adherencia a la Dieta Mediterránea contribuye a la longevidad de los payeses ibicencos.

## 6) Objetivos.

Principal:

Determinar si existe relación entre DMe y longevidad de los payeses ibicencos, ya que por costumbre y tradición la DMe ha sido el estilo de vida de las personas que han vivido y trabajado en el campo en la isla de Ibiza.

Secundarios:

- Analizar las peculiaridades de la alimentación específica de los payeses longevos ibicencos.
- Diferenciar las patologías crónicas que más se dan en los payeses longevos ibicencos que viven y trabajan en el medio rural de Ibiza.
- Diferenciar el nivel de ejercicio que realizan los payeses longevos ibicencos que viven y trabajan en el medio rural de Ibiza.
- Comparar el equilibrio nutricional específico de la dieta de los payeses longevos ibicencos.

## 7) Material y Métodos.

### ***Población de estudio o diana.***

La población de estudio estará formada por personas que hayan superado la esperanza de vida media de la Isla (84 años) que hayan vivido la mayor parte de su vida en el medio rural de Ibiza, trabajadores manuales del ámbito rural que realicen o hayan realizado tareas en el campo.

### ***Criterios de inclusión y exclusión.***

Criterios de inclusión:

- Que sean nativos de la isla de Ibiza.
- Haber superado la esperanza de vida media de la región, hombres y

- mujeres mayores de 84 años.
- Que vivan o hayan vivido en el campo.
- Que trabajen o hayan trabajado en el campo
- Haber firmado el consentimiento informado.
- Población practicable, que tenga accesibilidad y deseo de participar.

Criterios de exclusión:

- Padecer enfermedades limitantes.
- Defunciones.
- Enfermedad psiquiátrica.

### ***Tamaño muestral.***

El tamaño muestral vendrá definido por todas las personas mayores de 84 años de los municipios de Ibiza que cumplan los criterios de inclusión y registrados en el censo de las Illes Balears.

El 01/01/2016 vivían 692 personas mayores de 85 años en zonas diseminadas, fuera de núcleos urbanos, susceptibles de poder cumplir los criterios de inclusión y exclusión para el estudio. El número de personas mayores de 85 años de zonas no diseminadas de otras áreas, de áreas núcleo son 1.381 según los datos del IBESTAT a 01/01/2016 (Tablas 8 y 9).

**Tabla 8.** Datos del IBESTAT de población de la isla de Ibiza, hombres y mujeres, mayores de 85 años hasta 100 años o más, que viven en núcleos y diseminados en los años 2010 y 2016, hombres mayores de 85 años que viven en diseminados en 2016 y mujeres mayores de 85 años que viven en diseminados en 2016, total de mayores de 85 años que viven en núcleos y diseminados en 2016, y total de la población en 2016, según la Revisión del Padrón a 01/01/2016 (40).

Zona	Mayores de 85 años que viven en diseminados		Mayores de 85 años que viven en núcleos		Viven en núcleos y diseminados	Hombres mayores de 85 años que viven en núcleos y diseminados	Mujeres mayores de 85 años que viven en núcleos y diseminados
	Año 2010	Año 2016	Año 2010	Año 2016	Año 2016	Año 2016	Año 2016
Ibiza Isla	519	692	1141	1381	142065	744	1329
Eivissa	6	8	576	690	49549	210	488
San Antonio	116	123	180	249	24478	128	244
San José	117	144	108	137	25849	116	165
San Juan	111	156	23	26	6070	80	102
Santa Eulalia	169	261	254	279	36119	210	330

Se determinará el tipo de zona donde vivan o hayan vivido y donde trabajen o hayan trabajado (rural, diseminada). Incluirá una estratificación relacionada con el tamaño de la población del núcleo donde vivan, los años y el sexo.

### ***Diseño.***

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal.

### ***Variables.***

Se realizarán entrevistas individualizadas y se rellenará el siguiente formulario:

**Tabla 9. Variables**

Variable	Tipo	Escala	Unidad de medición	Equipo
Género	Cualitativa	Nominal dicotómica	Hombre	
			Mujer	
Grupo de edad	Cuantitativa		85-90 años	
			91-94 años	
			95-100 años	
			Más de 100 años	
Lugar de nacimiento y residencia	Cualitativa	Nominal		
Nivel educativo	Cualitativa	Ordinal	Bajo	
			Medio	
			Alto	
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Ordinal	Bajo	
			Medio	
			Alto	
Actividad física	Cualitativa	Ordinal	Sedentarismo	
			Poca actividad	
			Actividad media	
			Actividad alta	
Hábito enólico	Cualitativa	Dicotómica	si	
			no	
Hábito tabáquico	Cualitativa	Dicotómica	si	
			no	
Enfermedades asociadas	Cualitativa	Nominal		
Tipo de trabajo	Cualitativa	Nominal		
Convivencia	Cualitativa	Dicotómica	Solo	
			Acompañado	
Cuestionario PREDIMED	Cualitativa	Dicotómica	Mayor de 9	Cuestionario
			Menor de 9	Cuestionario

### ***Recogida de datos.***

En primer lugar se detectarán todas las personas que sean susceptibles de poder participar en el estudio por parte de los profesionales que lo llevarán a cabo.

Una vez detectados los sujetos a investigar, la información para el estudio se conseguirá a través de entrevistas individualizadas y se recogerán datos como el género, grupo de edad, lugar de nacimiento y residencia, nivel educativo, nivel socioeconómico, grado de actividad física, hábito enólico, hábito

tabáquico, enfermedades asociadas, tipo de trabajo desempeñado, convivencia con otros familiares, mediante un cuestionario sencillo, y el grado de adherencia a la DMe mediante la encuesta validada “Test de adherencia a la Dieta Mediterránea de PREDIMED” (ANEXO 1). Las entrevistas se realizarán en los domicilios de las personas incluidas en el estudio previo consentimiento informado.

Al finalizar el proceso de investigación, se procederá a analizar minuciosamente la información verificando que datos recogidos durante el proceso son válidos para el estudio.

La población se captará mediante los equipos de Atención Primaria, formado por enfermera y médico, de los centros y de las unidades básicas de los pueblos de la isla de Ibiza de todos los municipios.

La entrevista individual, estructurada y validada, mediante la encuesta “Cuestionario del Test de la Adherencia de Dieta Mediterránea de PREDIMED” se realiza para conocer el grado de adherencia a la DMe, se utilizará un cuestionario corto y específico de 14 ítems validado para la población española y utilizado por el grupo de Prevención con Dieta Mediterránea PREDIMED.

El modo de obtener la puntuación es asignándole un valor positivo de 1 punto a cada uno de los ítems que se respondan positivamente con relación a la DMe, y asignándole un valor negativo de un punto cuando la respuesta es negativa. Con la suma de todos los puntos que se obtenga de resultado en los 14 ítems, se obtendrá el nivel de adherencia, así que si los puntos obtenidos son igual o mayor a 9 se concluye que esta dieta tiene una buena adherencia, y si es inferior a 9 el resultado es que no hay buena adherencia a la DMe (19).

Los instrumentos de medida o fuentes serán:

- Archivos del IB-Salut, se accederá al registro previo consentimiento por parte de la institución para llevar a cabo la investigación, con la finalidad de acceder a la población de estudio, para conocer la edad, sexo, enfermedades crónicas asociadas, dirección de los posibles candidatos.
- La entrevista inicial de manera presencial en el domicilio, para buscar información general, y percibir actitudes del entrevistado y su familia, en la que se mostrará la tabla de variables con preguntas cerradas con varias alternativas de respuesta. No llevará identificación con nombre.
- El cuestionario corto y específico de 14 ítems validado para la población española y utilizado por el grupo de Prevención con Dieta Mediterránea PREDIMED con preguntas cerradas dicotómicas, no llevará identificación con nombre.
- El consentimiento informado y la hoja de información sobre el estudio de investigación para que lean y firmen los sujetos estudiados.
- La observación por parte de los encuestadores, en la que se asegurarán que los entrevistados cumplen los criterios de inclusión y no presentan

criterios de exclusión.

### ***Análisis de datos.***

- Para el análisis de variables se utilizará los descriptores media y desviación típica, para las variables categóricas la frecuencia absoluta y el porcentaje, se asociarán mediante test chi cuadrado.
- Para relacionar la edad y los resultados de la encuesta PREDIMED se aplicará la correlación bivariada de Pearson.
- El programa estadístico que se utilizará será el SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

### ***Limitaciones del estudio.***

Hay que tener en cuenta varios aspectos en las limitaciones del estudio y ser cautelosos dado que las preguntas del cuestionario pueden ser deliberadamente malinterpretadas, aunque el contestar anónimamente los cuestionarios, minimiza la posibilidad de no fiabilidad de los datos. Añadido a esto, no se pueden manipular externamente las variables y no se puede establecer una relación entre hecho y causa.

Otra limitación del estudio es que no se está comparando con un grupo control equivalente de personas que vivan en núcleos, que hayan seguido otro estilo de vida, que hayan utilizado la DMe, pero que no hayan sido trabajadores manuales del ámbito rural, hombres y mujeres de la misma edad. Lo que se debería incluir en estudios futuros.

Diferentes limitaciones podrían ser:

- Se pueden generar errores de información o fallos al recoger la información de los sujetos que intervendrán en el estudio, por parte de los profesionales que lo llevarán a cabo, tanto al incluir a los mismos en el estudio como al hacerles la entrevista y a volcar los datos en el sistema informático.
- También podemos omitir información tanto en la recogida de datos como en el volcado al sistema informático, o bien la información puede resultar incompleta.
- Otra limitación podría deberse a la no localización de los sujetos por parte de los investigadores.
- Un problema importante sería la posibilidad de que se produjeran dificultades de comunicación entre los sujetos de estudio y los investigadores debido a la utilización de diferentes lenguas, como el

- catalán. Existe la posibilidad de que la mayoría de los sujetos investigados utilicen esta lengua y sería importante el dominio de esta por parte de los investigadores.
- La dificultad de acceso a la vivienda por parte de los investigadores es otra posible limitación, dado que los sujetos investigados vivirán en zonas diseminadas y en ocasiones será necesario un vehículo todoterreno para poder acceder a ellas.
  - La enfermedad mental degenerativa o enfermedad psiquiátrica del sujeto estudiado podrían ser un problema al poder responder sesgadamente o de manera incompleta el cuestionario.
  - Una limitación más sería la negativa por parte del sujeto de estudio a formar parte de la investigación.
  - Que el entrevistado no sea sincero en sus respuestas.
  - Falta de empatía por parte de los entrevistadores, puede generar dudas y desconfianza en los entrevistados.
  - La no localización en el domicilio podría ser otro problema. Sería imprescindible contactar previamente con el sujeto y sus familiares con el fin de asegurarnos que se pudiera realizar la entrevista.
  - Si el sujeto se niega a firmar el consentimiento informado, no se puede realizar dicha entrevista.

### **Consideraciones éticas.**

El presente proyecto de investigación seguirá las normas éticas establecidas en Helsinki en 1972 y modificadas en 1989. El estudio deberá ser aprobado por el Comité de Ética de investigación de las Illes Balears previamente a su inicio. Se solicitará el consentimiento informado (ANEXO 2) a todos los pacientes que intervengan en el estudio. Previamente se les entregará una hoja de información explicando detalladamente al sujeto todos los aspectos del estudio. Toda la información será de uso interno y totalmente confidencial, no se vulnerará el derecho al secreto profesional de los datos de los individuos encuestados.

Según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, (LOPD), *“se debe garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor, intimidad y privacidad personal y familiar.”* (48)

Este estudio no implica ninguna serie de riesgos para la salud del investigado, así como para su intimidad o derecho individual, prevalece el criterio de respecto a la dignidad individual.

Todas las personas profesionales que realizarán el estudio estarán capacitadas para llevarlo a cabo bajo confidencialidad de la información y respeto a la seguridad del paciente. Su actitud será empática, de respeto y comprensión. Se identificará a los pacientes mediante códigos y sin nombre real, así también velarán por la custodia del material utilizado.

El conocimiento al que se quiere llegar no se puede realizar por ninguna otra vía, el individuo no presentará riesgo alguno. Para ello se le explicará detalladamente en qué consiste el estudio y se le proporcionará la hoja de consentimiento informado que deberá rellenar y entender claramente antes de iniciar el estudio.

También se le indicará a todos los participantes que la colaboración es voluntaria y que el estudio se podrá abandonar en el momento que ellos decidan, que sus datos estarán bajo secreto profesional y serán velados por los investigadores para preservar su intimidad. Para ello se les informará por escrito y también se les facilitará un consentimiento informado que deberán leer y firmar y deberán conocer cuál es el objeto del estudio.

## 8) Plan de trabajo y calendario de actuación.

**Tabla 10.** Calendario de actuación.

Actividad a realizar	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
1. Selección de población diana.						
2. Selección según criterios de selección.						
3. Recogida de datos en centros de salud y unidades básicas.						
4. Entrevista con enfermera y médico.						
5. Recogida de datos de enfermería.						
6. Entrevista en domicilio y consentimiento informado.						
7. Creación de una base de datos.						
8. Análisis estadístico.						
9. Conclusión del estudio.						
10. Elaboración de informe.						

## 9) Anexos.

### Anexo 1.

<b>Modelo de “Cuestionario del Test de la Adherencia de Dieta Mediterránea de PREDIMED”. (19)</b>			
	<b>Raciones</b>	<b>Valor</b>	<b>Puntos</b>
1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Si	1 punto	
2. ¿Cuánto 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	
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (las guarniciones o acompañamientos = ½ ración) 1 ración=200g	2 o más ( al menos una de ellas en ensalada o crudas)	1 punto	
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	3 o más al día	1 punto	
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración=100-150g)	Menos de 1 al día	1 punto	
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual: 12g)	Menos de 1 al día	1 punto	
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de 1 al día	1 punto	
8. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana? (1 copa=100ml)	7 o más vasos a la semana	1 punto	
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150g)	3 o más a la semana	1 punto	
10. ¿Cuántas raciones de pescado – mariscos consume a la semana? (1 plato, pieza o ración: 100-150 de pescado; 4-5 piezas: 200g marisco)	3 o más a la semana	1 punto	
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	
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (ración 30g)	3 o más a la semana	1 punto	
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 100-150g)	Si	1 punto	
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	

Anexo 2 (49).

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS, PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS GENÉTICOS DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LES ILLES BALEARS (CEI)**

(Versión y fecha del CI)

TÍTULO DEL ESTUDIO:

CÓDIGO DEL PROMOTOR:

PROMOTOR:

INVESTIGADOR PRINCIPAL (*Médico del estudio, si excepcionalmente se trata de otro profesional se debe indicar. Incluir nombre, servicio y teléfono*):

CENTRO:

Yo, (*nombre y apellidos*),

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: (*nombre del investigador*).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio y solicitar la destrucción de mi encuesta, siempre y cuando no haya sido anonimizada:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Comprendo que, si decido retirarme del estudio, los resultados obtenidos hasta ese momento podrán seguir siendo utilizados pero que no se realizarán nuevos análisis de mi encuesta, siempre y cuando no haya sido anonimizada.

En el caso de que los resultados de la investigación proporcionen datos que me puedan interesar a mí o a mis familiares: (*indicar una de las casillas*)

Quiero ser informado.

No quiero ser informado, pero acepto que mi médico contacte con mis familiares si dichos resultados les pueden afectar.

Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al paciente.

Al término de la investigación mi encuesta podrá ser:

Destruída

Anonimizada

Incorporada en una colección cuyo responsable es el investigador (*indicar nombre completo del investigador responsable de la colección*), que se encuentra en (*indicar lugar*), para continuar ser utilizada en el estudio de (*indicar la línea de investigación*).

Almacenada en el para poder ser utilizada en otras investigaciones, posiblemente no relacionadas con el estudio inicial para el cual consintió.

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

*Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente*

**HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS, PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS GENÉTICOS**

28 DE MAYO DE 2017

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** “Relación entre Dieta Mediterránea y longevidad de los payeses ibicencos”.

**CÓDIGO DEL PROMOTOR:**

**PROMOTOR:**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

**CENTRO:**

**INTRODUCCIÓN**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno. Si tiene alguna duda diríjase a:

**DESCRIPCIÓN GENERAL**

El objetivo del proyecto de investigación es determinar si existe relación entre Dieta Mediterránea y longevidad de los payeses ibicencos, ya que por costumbre y tradición la Dieta Mediterránea ha sido el estilo de vida de las personas que han vivido y trabajado en el campo en la isla de Ibiza. Así, la hipótesis del trabajo es que una elevada adherencia a la Dieta Mediterránea contribuye a la longevidad de los payeses ibicencos

Para ello se realizará un estudio observacional, transversal, descriptivo. La población diana son personas que vivan o hayan vivido la mayor parte de su vida en el campo de Ibiza, trabajadores manuales del ámbito rural que realicen o hayan realizado tareas en el campo, que hayan superado la esperanza de vida media de la isla de Ibiza.

La información para el estudio se conseguirá a través de entrevistas individualizadas y se recogerán datos como la edad, sexo, tipo de trabajo u ocupación, actividad física, lugar de residencia, convivencia con otros familiares, patologías crónicas asociadas y grado de adherencia a la Dieta Mediterránea mediante la encuesta validada “Test de adherencia a la Dieta Mediterránea de PREDIMED”. Las entrevistas se realizarán en los domicilios de las personas incluidas en el estudio previo consentimiento informado.

*A partir de los resultados obtenidos servirán para implantar estrategias de promoción y educación para la salud en el área de Ibiza relacionadas con la Dieta Mediterránea ibicenca, además de evitar que se pierdan las costumbres saludables que por tradición y oralmente han ido pasando de padres a hijos.*

*El número total de sujetos que se van a incluir es de 692.*

En caso de obtenerse descubrimientos inesperados transcendentales sobre su salud o, podrá serle comunicado si así lo ha manifestado en el apartado correspondiente al final de este documento. En el caso de no querer ser informado y ser la información necesaria para evitar un grave perjuicio para la salud de sus familiares biológicos, se podrá informar a los afectados o a su representante legalmente autorizado.

Si usted desea conocer los resultados, su médico le suministrará o le dirigirá hacia donde puedan suministrarle consejo genético tanto a usted como a sus familiares.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente retenidas para evitar la realización de nuevos análisis, si bien los responsables del estudio podrán seguir utilizando la información recogida sobre usted hasta ese momento, a no ser que usted se oponga expresamente.

También debe saber que usted puede ser retirado del estudio en caso de que los responsables del estudio lo consideren oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso

que se produzca o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

Si usted es retirado del estudio, por alguno de los motivos expresados, su médico le prescribirá un tratamiento adecuado a su enfermedad.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

### **BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

*A partir de los resultados obtenidos servirán para implantar estrategias de promoción y educación para la salud en el área de Ibiza relacionadas con la Dieta Mediterránea ibicenca, además de evitar que se pierdan las costumbres saludables que por tradición y oralmente han ido pasando de padres a hijos.*

### **SEGURO**

El investigador promotor del estudio ha concertado una póliza de seguros (*número de póliza*) con la compañía (*compañía*) que se ajusta a la legislación vigente y que cubre todos los perjuicios que pudieran producirse en relación con su participación en el estudio.

### **CONFIDENCIALIDAD**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a (*indicar dónde y cómo deberá hacerlo*).

Sus datos serán tratados informáticamente y se incorporarán a un fichero automatizado de datos de carácter personal cuyo responsable es (*nombre de la persona responsable*), que ha sido registrado en la Agencia Española de Protección de Datos.

Para garantizar la confidencialidad de la información obtenida, (*a continuación se dan varios supuestos posibles, elija el que corresponda a su estudio*)

#### *1) anonimización*

Sus datos y muestra recogida serán sometidos a un proceso de anonimización, con lo que será irreversiblemente dissociada de sus datos personales, de tal manera que será imposible identificar a quién pertenecen posteriormente.

#### *2) codificación*

Sus datos y muestra estarán identificados mediante un código y solo su médico del estudio y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de urgencia médica, requerimiento de la administración sanitaria o requerimiento legal.

Sólo se transmitirán a terceros y a otros países, previa notificación a la Agencia Española de Protección de Datos, los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité de Ética de la Investigación de las Illes Balears y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

### **COMPENSACIÓN ECONÓMICA**

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto.

Su médico (*indicar si recibirá una compensación económica por su participación en este estudio*) y ha declarado (*si existe o no*) conflicto de intereses.

### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar en él, sin

que ello tenga ninguna influencia en la relación con su médico o el tratamiento que debe Ud. recibir y sin dar ningún tipo de explicación.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin dar ningún tipo de explicación.

Si usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos, ni se realizarán nuevos análisis de la muestra, pero esta revocación no afectará a las investigaciones realizadas hasta el momento.

#### **AGRADECIMIENTO**

Sea cual sea su decisión, tanto el promotor como el equipo investigador quieren agradecer su tiempo y atención. Usted está contribuyendo al mejor conocimiento y cuidado de su enfermedad lo que en el futuro puede beneficiar a multitud de personas.

*“Per menjar-ne, hem tengut d'anar a una casa pagesa. Ara acabam de dinar. No hi ha hagut estovaies ni copes llargues, ni gent de corbata o jauqueta blanca. Però, quin dinar, germans! Primer, una ensalada fresca de ceba, tomata, pebrera i un pessic d'olives trencades, ben trempada d'oli pagès, unes gotes de vinagre i un polsimet de sal. Llevonses, un plat de pebreres goxinades, vermeies, torrades damunt ses grilles i ben pelades, una patata bullida, uns grans d'ai capolats, una sardina torrada i també un bon regalim d'oli i u polsim de sal. Per companyia, una llesca de pa pagès, d'aquest que no fa mal a una banda, i un got de vi negre, d'una ampolla sense cap no a s'altra. Diario de Ibiza, 29-VIII-1976.”*

Joan Castelló Guasch, a *“Greix Vermei i altres escrits”* (50).