

# La dieta mediterránea: claves y evolución en España

LLUÍS SERRA-MAJEM, ITANDEHUI CASTRO-QUEZADA Y CRISTINA RUANO-RODRÍGUEZ\*

## RESUMEN

Declarada en 2010 Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad, la dieta mediterránea representa un modelo dietético saludable y sostenible, sedimentado durante generaciones. Sin embargo, debido a la globalización y los cambios socioeconómicos, la población española, sobre todo los más jóvenes, se ha alejado de este patrón de dieta hacia uno más occidentalizado. Para recuperar y conservar la adherencia a la dieta mediterránea son necesarias políticas de alimentación que proporcionen una mayor disponibilidad de los alimentos típicos del Mediterráneo, una mayor difusión de los hábitos alimentarios saludables, así como también la promoción de la actividad física, particularmente en los grupos de población joven y entre los más vulnerables.

## 1. DIETA MEDITERRÁNEA: DEFINICIÓN Y CONSUMO

El concepto de “dieta mediterránea” fue propuesto y desarrollado en los años cincuenta del pasado siglo para referirse a los distintos sistemas alimentarios observados en el área mediterránea. Posteriormente, el término se definió en la Conferencia Internacional sobre Dietas del Mediterráneo, celebrada en 1993, como el patrón dietético seguido en las regiones productoras

\* Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias; Instituto de Salud “Carlos III” (Madrid), Ciber Obn Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (lluís.serra@ulpgc.es; itandehui.castro@ulpgc.es; cruano@proyinves.ulpgc.es).

de aceite de oliva en torno al Mar Mediterráneo. Como expresión de las diferentes culturas alimentarias de esta región, la dieta mediterránea incluye un conjunto de prácticas, representaciones, expresiones, conocimientos, habilidades, espacios y otras características asociadas, que la población ha construido y recreado históricamente en interacción con la naturaleza. Se trata de un legado sumamente diversificado, lo que hace imposible concebirlo en términos de un modelo único general para todos los países. El patrón de dieta mediterránea presenta variaciones regionales en función de la herencia cultural y las tradiciones religiosas que han influido en la accesibilidad a determinados alimentos y su elección. Las características de la dieta mediterránea tradicional se pueden resumir en los siguientes puntos:

- el consumo abundante de alimentos de origen vegetal, como, por ejemplo, frutas y verduras, patatas, cereales, pan, legumbres, hortalizas, frutos secos y semillas;
- el empleo del aceite de oliva como fuente principal de grasa, reemplazando a otros aceites y grasas como, por ejemplo, la mantequilla o la margarina;
- la ingesta diaria de cantidades moderadas de queso y yogur;
- el consumo semanal de cantidades moderadas de pescado y marisco, aves de corral o conejo, y huevos (cuatro o cinco);
- el consumo de fruta fresca como postre diario y la limitación de la ingesta de dulces a unas pocas veces por semana;

— el consumo de carnes rojas pocas veces por semana, en raciones pequeñas, como ingredientes de otros platos principales;

— el consumo moderado de alcohol, con mayor frecuencia el vino (y, en particular, el tinto), principalmente en las comidas.

La dieta mediterránea constituye un patrón dietético rico en nutrientes tales como vitaminas, minerales, antioxidantes, fibra, ácidos grasos tipo omega 3 (procedentes del pescado mayoritariamente) y ácidos grasos monoinsaturados (procedentes del aceite de oliva), cuyos efectos beneficiosos sobre la salud han sido ampliamente demostrados. La relación existente entre la adherencia a un patrón de dieta mediterránea y una menor mortalidad total, una menor incidencia de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes del adulto e hipertensión arterial ha sido contrastada en muchos estudios epidemiológicos. Por otro lado, este patrón dietético también se ha relacionado con un mejor estado de salud mental. Efectivamente, varios estudios han confirmado un menor riesgo de depresión y un menor deterioro cognitivo en aquellos sujetos cuyos hábitos alimentarios se aproximan más al patrón de la dieta mediterránea (Serra-Majem *et al.*, 2006).

Por tanto, la dieta mediterránea puede ser considerada como un modelo de alimentación sano, tanto para la prevención de las enfermedades mencionadas como para su tratamiento una vez contraídas; en definitiva, constituye demostradamente un expediente eficaz para reducir la carga de enfermedades en las sociedades desarrolladas y envejecidas.

## 2. CAMBIOS EN EL PATRÓN DE LA DIETA MEDITERRÁNEA A NIVEL MUNDIAL

El patrón tradicional y saludable de la dieta mediterránea, basado en los hábitos alimentarios de los años cincuenta y sesenta, ha experimentado importantes cambios en muchos países mediterráneos durante las últimas décadas. El estilo de vida se ha transformado, condicionado por los grandes movimientos poblacionales desde áreas rurales hacia las ciudades (y también desde otros países), por el desarrollo económico, la eclosión

del turismo, la evolución de los medios de transporte y la tecnología, así como también por la incorporación de las mujeres al mundo laboral. En las últimas cuatro décadas se ha producido un alejamiento general del patrón de la dieta mediterránea, mayor en los países mediterráneos y, sobre todo, en las áreas del litoral, las más erosionadas por el turismo masivo.

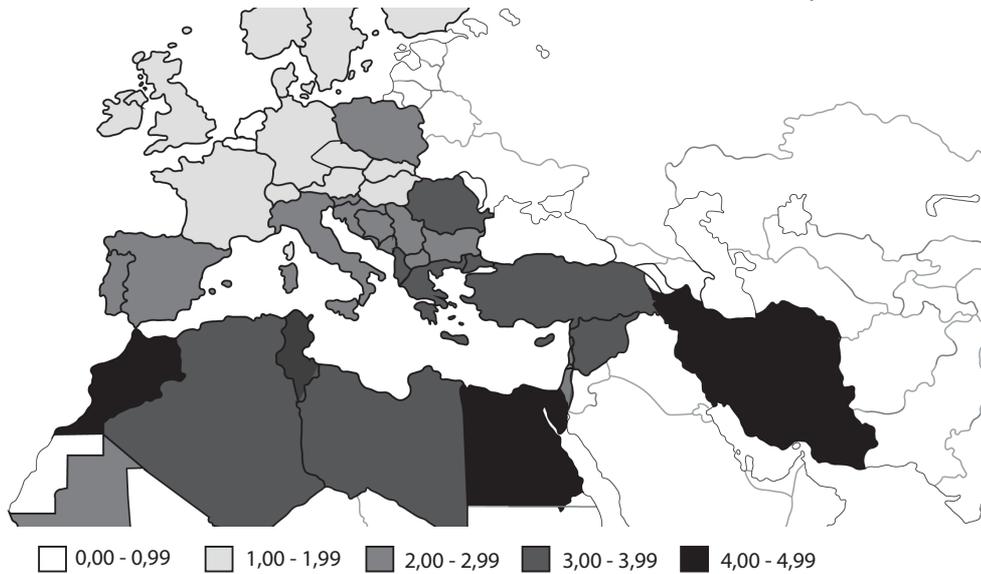
En un estudio llevado a cabo por nuestro grupo de investigación (Da Silva *et al.*, 2009), donde se miden los cambios a nivel mundial en el seguimiento de la dieta mediterránea en los aproximadamente cuarenta años que transcurren entre 1960 y 2000-2003, se observó que, dentro del área mediterránea, sobre los países europeos meridionales recae la principal responsabilidad de esta pérdida de adherencia. Exponentes tradicionales de una alimentación basada en la dieta mediterránea tradicional, estos países meridionales han adoptado una dieta más “occidentalizada”, propia de países del norte de Europa y de Estados Unidos.

En efecto, los países mediterráneos están sufriendo un proceso de “occidentalización general”, que incluye cambios culturales, sociales y políticos que probablemente están influyendo decisivamente en los hábitos alimentarios de la población (mapa 1 y gráfico 1). Entre los países mediterráneos, Grecia destaca por haber sufrido el mayor debilitamiento de la adherencia a la dieta mediterránea desde los años sesenta. Este distanciamiento del modelo mediterráneo tradicional obedece principalmente al aumento del consumo de alimentos no típicos de la región mediterránea, que casi se triplicó en cuatro décadas. Sin embargo, la ingesta de alimentos mediterráneos no experimentó semejante aumento, sino que se mantuvo en cantidades similares. Los mayores incrementos se registraron en el consumo de carne, azúcar y alimentos azucarados, así como en la mayoría de los aceites vegetales (excluyendo el aceite de oliva), con un aumento considerable del consumo de aceite de girasol y de maíz.

Como consecuencia, las cualidades que definen la dieta mediterránea han experimentado cambios sustantivos, que cabe resumir en una reducción del consumo de cereales, frutos secos y legumbres; un aumento importante de alimentos de origen animal, especialmente leche y productos lácteos, carne y derivados cárnicos; una disminución del consumo de vino, acompa-

MAPA 1

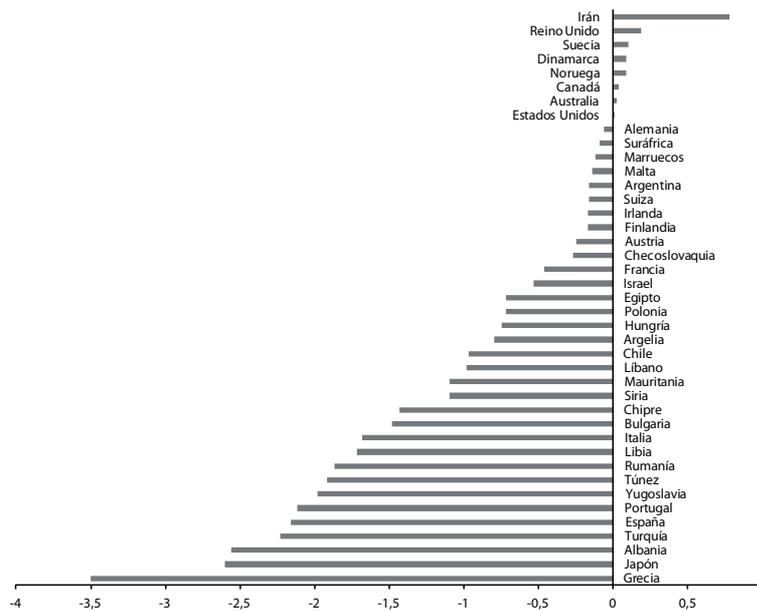
MAPA DE ADHERENCIA AL PATRÓN DE LA DIETA MEDITERRÁNEA A PRINCIPIOS DEL SIGLO XXI  
(VALOR DEL ÍNDICE DE ADECUACIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA, 2000-2003)



Fuente: Da Silva *et al.* (2009).

GRÁFICO 1

VARIACIÓN DEL ÍNDICE DE ADECUACIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA ENTRE LOS PERÍODOS  
DE 1961/1965 Y 2000/2003



Fuente: Da Silva *et al.* (2009).

ñado de una subida del consumo de cerveza y de otras bebidas alcohólicas, y un aumento del consumo de alimentos procesados.

### 3. CAMBIOS EN EL PATRÓN DE LA DIETA MEDITERRÁNEA EN ESPAÑA

En España, el consumo de alimentos durante la década de los ochenta se mantuvo, en líneas generales, dentro del patrón de la dieta mediterránea, pero el desarrollo económico también ha provocado una variación de nuestros hábitos alimentarios. Un análisis de los datos de consumo de alimentos en los hogares españoles mostró una disminución general en la adherencia a la dieta mediterránea entre 1987 y 2005 (Bach-Faig *et al.*, 2011). Esto apunta al hecho de que productos mediterráneos y no mediterráneos han estado proporcionando cantidades similares de energía en la dieta de los hogares durante ese periodo.

En el quinquenio 1987-1991 se observó una disminución en el seguimiento de la dieta

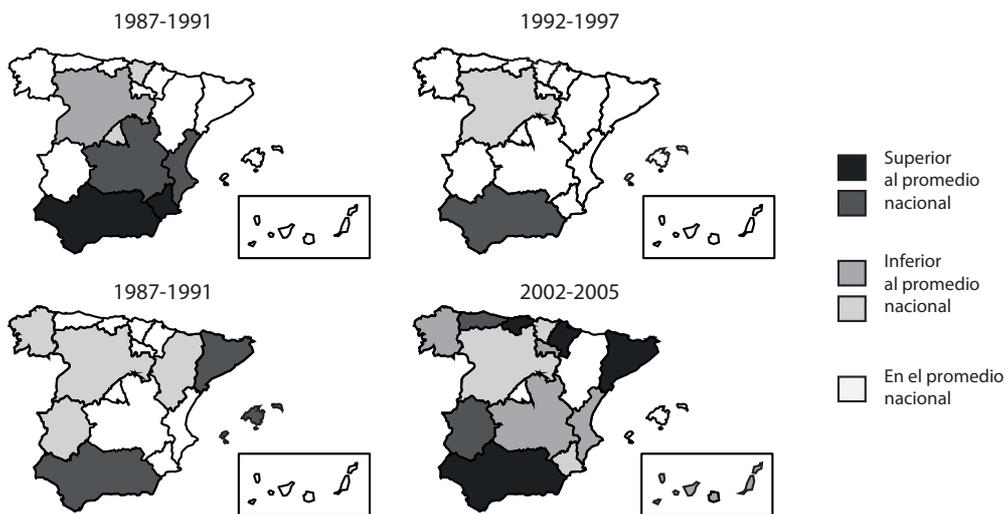
mediterránea en todas las comunidades autónomas; también entre 1992 y 1997 se redujo la adherencia a ella, aunque la tendencia descendente fue menos acusada que en el periodo anterior. Entre 1998 y 2001 la tendencia pareció estabilizarse, mientras que desde entonces hasta 2005 se registró una cierta recuperación del patrón de la dieta mediterránea (mapa 2).

A la luz de estas representaciones gráficas, se aprecia que, a finales de los años ochenta, la adherencia al patrón de la dieta mediterránea se hallaba en algunas comunidades autónomas de la zona del Mediterráneo, como Andalucía, Murcia y Valencia, por encima de la media nacional. En cambio, otras comunidades autónomas del interior, como Madrid, el País Vasco, Castilla y León y La Rioja, manifestaban un menor seguimiento de esta dieta, por debajo de la media nacional.

Mientras que en los años noventa la adherencia al patrón de la dieta mediterránea se homogeneizó, a principios del nuevo siglo (entre 2002 y 2005) volvió a observarse un aumento de las diferencias entre comunidades autónomas. Los hogares de Andalucía, Cataluña, Cantabria y Navarra

MAPA 2

#### EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE ADECUACIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA DE LOS HOGARES ESPAÑOLES, SEGÚN COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Fuente: Bach-Faig *et al.* (2011).

mostraron un mayor seguimiento de esta dieta que el promedio nacional. Por el contrario, Galicia, las Islas Canarias, Valencia, La Rioja y Castilla-La Mancha se alejaron de la media española.

Se ha observado que el debilitamiento de la dieta mediterránea se da con más frecuencia entre los jóvenes, los menos activos físicamente y los más sedentarios. Asimismo, afecta en mayor medida a las clases sociales menos favorecidas y va unido a otros hábitos de vida poco saludables, que pueden tener efectos sinérgicos indeseables sobre la salud. Por otra parte, también se aprecia un cambio en los niveles de actividad física de aquellas personas con un patrón dietético más occidentalizado. De hecho, una gran parte de la población se ha vuelto más sedentaria en el trabajo, y el hábito de caminar ha disminuido, si bien durante el tiempo libre ha aumentado un poco la actividad.

En España, en torno a un 12 por ciento de la población se alimenta de acuerdo con el patrón de la dieta mediterránea tradicional, y un 46 por ciento adicional presenta una buena adherencia a un patrón evolucionado de esta dieta, que refleja la adaptación progresiva a los cambios socioeconómicos ocurridos en España durante las pasadas décadas. Ciertamente, la mayoría de la población preserva ciertos consumos característicos de la dieta mediterránea, como el aceite de oliva como fuente principal de grasa. El consumo medio de verduras, hortalizas y legumbres sigue siendo relativamente elevado, lo cual representa una cantidad sustancial de ingesta de fibra.

Factores como las diferencias culturales, los gustos personales y las tradiciones locales, la educación, la situación geográfica, el acceso a las tecnologías, la salud y la actitud hacia ella condicionan las preferencias y la accesibilidad a los distintos alimentos, desempeñando el poder adquisitivo y la situación económica un papel crucial en el cambio de los patrones dietéticos de la población. El impacto de estos factores en el comportamiento alimentario puede llevar a cambios en los hábitos dietéticos y contribuir a explicar la alarmante cifra de enfermedades crónicas que se registran en las sociedades más desarrolladas.

Además, la actual crisis económica puede haber contribuido a que las personas con menos ingresos se alejen de la dieta mediterránea.

Algunos de los productos típicos de esta dieta alcanzan un mayor precio, y su consumo tiende a disminuir en época de crisis. Se ha estimado que, en España, las personas con mayores ingresos tienen una probabilidad del 72 por ciento de hallarse en la máxima categoría de la adherencia a la dieta mediterránea. En cambio, cuando los ingresos son más bajos, la adherencia a este patrón de dieta es sustancialmente menor. Del mismo modo, también se ha observado que el grupo con ingresos más escasos y, por tanto, menor adherencia a la dieta mediterránea, presenta cifras más altas de obesidad y sobrepeso (Vareiro *et al.*, 2009). Ello pone en evidencia, por un lado, que la obesidad en España no está solo ligada a la cantidad de calorías ingeridas, sino también a la calidad de la dieta; y, por otro lado, que el grado de adherencia a la dieta mediterránea depende del nivel sociocultural de la población. Sin embargo, la dieta mediterránea tradicional comprende un amplio abanico de platos y recetas de coste muy reducido que constituyen la base de la cocina española y mediterránea, a base de legumbres, cereales y hortalizas, a los que la población ha estado renunciando progresivamente.

Es preciso contrarrestar estos riesgos con acciones basadas en la educación alimentaria: ni el coste económico ni la aparición y popularización de alternativas alimentarias sin fundamento científico pueden suponer un obstáculo al acceso y consumo de los alimentos básicos de la dieta mediterránea, como el aceite de oliva, las frutas y hortalizas, los cereales integrales, los derivados lácteos, los frutos secos o el pescado. Ello requiere que las administraciones responsables presten respaldo a estos alimentos, no comprometan con acciones inadecuadas el trabajo desempeñado en los sectores productivos que los generan, y promuevan el conocimiento de los aspectos beneficiosos de estos alimentos de nuestro entorno geográfico y cultural.

#### 4. LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Son precisamente los grupos de población más jóvenes los que muestran un mayor abandono de los patrones dietéticos mediterráneos tradicionales. Esto se aprecia en la reducción del consumo de frutas, verduras, legumbres y pes-

cado en estos grupos, en comparación con los de más edad (Aranceta *et al.*, 2003).

El índice KIDMED fue el primer instrumento internacional diseñado para evaluar la calidad de los patrones de dieta mediterránea en niños, adolescentes y jóvenes (Serra-Majem *et al.*, 2004). Consiste en 16 preguntas que deben responderse de manera afirmativa/negativa (sí/no). Las respuestas afirmativas en las cuatro preguntas que reflejan un alejamiento de la dieta mediterránea valen -1 punto, y las respuestas afirmativas en las doce preguntas que reflejan el seguimiento de la dieta mediterránea valen +1 punto, de tal manera que la puntuación tiene un recorrido de un mínimo de 0 a un máximo de 12, e indica si la adherencia a la dieta mediterránea es baja (de 0 a 3 puntos), media (de 4 a 7 puntos) o alta (de 8 a 12 puntos) (cuadro 1).

En el estudio EnKid, basado en una muestra de 3.850 niños, adolescentes y jóvenes de

2 a 24 años, el 4 por ciento mostró un puntaje muy bajo en el índice KIDMED; el 49 por ciento alcanzó valores intermedios en este índice de seguimiento de la dieta mediterránea, y el 46 por ciento, altos. En cuanto a la zona geográfica, las regiones del nordeste registraron los valores más elevados ( $\geq 8$  puntos), con un 52 por ciento; les siguieron las meridionales y las Islas Canarias, con un 49 por ciento; la zona central y el Levante registraron porcentajes algo más bajos, en torno al 46 por ciento. Pero la menor proporción de niños, adolescentes y jóvenes con hábitos alimentarios propios de la dieta mediterránea se observó en las comunidades del norte (38 por ciento). Bien es cierto, no obstante, que el País Vasco mostró patrones diferenciales más similares a los hábitos dietéticos mediterráneos saludables que los observados en el resto de comunidades autónomas que bordean el Mar Cantábrico (mapa 3).

CUADRO 1

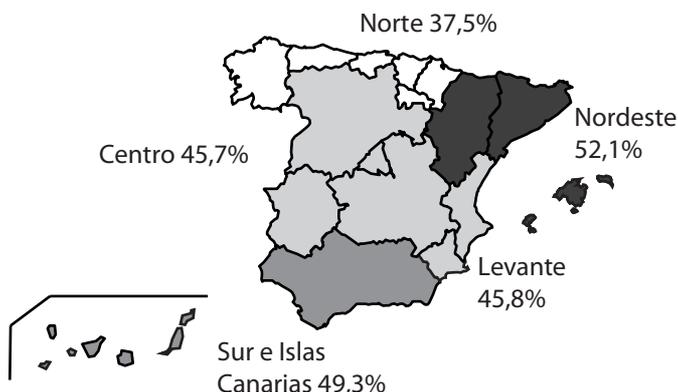
**CUESTIONARIO KIDMED PARA VALORAR LA CALIDAD DE LA DIETA MEDITERRÁNEA EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES (2-24 AÑOS)**

Cuestionario KIDMED	
Adherencia a la DIETA MEDITERRÁNEA	Puntos
Toma una fruta o un zumo natural todos los días	+1
Toma una segunda pieza de fruta todos los días	+1
Toma verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día	+1
Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día	+1
Consume pescado con regularidad (por lo menos 2-3 veces a la semana)	+1
Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida ( <i>fast food</i> ) tipo hamburguesería	-1
Le gustan las legumbres y las toma más de una vez a la semana	+1
Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana)	+1
Desayuna un cereal o derivado (pan, etc.)	+1
Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana)	+1
Se utiliza aceite de oliva en casa	+1
No desayuna	-1
Desayuna un lácteo (yogurt, leche, etc.)	+1
Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos	-1
Toma dos yogures y/o 40 gr. de queso cada día	+1
Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día	-1

Fuente: Serra-Majem *et al.* (2004).

MAPA 3

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA ENTRE LA POBLACIÓN INFANTIL Y JOVEN (2-24 AÑOS)



Nota: Los colores reflejan el mayor o menor porcentaje de la muestra que obtuvo una puntuación igual o mayor de ocho puntos en el índice KIDMED.

Fuente: Estudio EnKid (1998-2000), en: Serra-Majem *et al.* (2004).

El mismo estudio permite concluir que la adherencia al patrón de la dieta mediterránea se halla asociada con el nivel socioeconómico. El porcentaje de niños, adolescentes y jóvenes en las categorías socioeconómicas más bajas que obtuvieron un índice alto de seguimiento de la dieta mediterránea (43 por ciento) es inferior al registrado entre aquellos que procedían de familias con un nivel socioeconómico alto (55 por ciento). Al tomar en cuenta el nivel educativo de la madre, se puso de manifiesto una diferencia similar: el 42 por ciento obtuvo puntuaciones mayores de 8 en el índice KIDMED cuando el nivel educativo de la madre era bajo, porcentaje que ascendía más de diez puntos porcentuales, hasta el 54%, cuando la madre había completado estudios superiores. Entre los hallazgos específicos del estudio cabe destacar que la población con ingresos más bajos reconoció un menor consumo de aceite de oliva, así como de arroz, pasta, frutas y verduras (aunque el consumo era mayor en el caso de los frutos secos). Además, los niños, adolescentes y jóvenes con un nivel socioeconómico inferior, y también aquellos cuyas madres declaraban un nivel educativo bajo, consumían en mayor medida dulces y productos de panadería con alto contenido de grasa, así como también alimentos azucarados y salados.

El estudio EnKid reveló, por otra parte, una mayor calidad en el seguimiento de la dieta mediterránea en las grandes ciudades de más

de 350.000 habitantes (53 por ciento) que en las menos populosas (44 por ciento). Estos datos desafían el argumento según el cual las ciudades pequeñas y los pueblos aseguran mejor la continuidad de la dieta mediterránea tradicional. Es probable que este resultado refleje la mejora de disponibilidad de productos frescos en los grandes centros urbanos en el momento del estudio.

La dieta mediterránea también está asociada a un consumo adecuado de vitaminas y minerales entre la población más joven. El mayor seguimiento de esta dieta supone el aumento del consumo de fibra, calcio, hierro, magnesio, potasio, fósforo y prácticamente todas las vitaminas, con la excepción de la vitamina E. Por tanto, el riesgo de la pérdida de adherencia a la dieta mediterránea, sobre todo en quienes se encuentran en periodo de crecimiento, podría significar la aparición de deficiencias de micronutrientes y secuelas que podrían evitarse mediante programas de promoción y recuperación de esta dieta.

En resumen, los datos del estudio EnKid reflejan cambios significativos en los hábitos de alimentación y el estado nutricional en España, en concreto un debilitamiento de la dieta mediterránea, particularmente entre los más jóvenes. Estos resultados, también observados en otros países del área mediterránea, plantean la duda de la persistencia de este modelo alimentario en el futuro y suscitan preguntas sobre los posibles efectos en la

morbilidad y la mortalidad que puedan derivarse de tales cambios relacionados con la nutrición.

## 5. LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS NIÑOS Y JÓVENES ESPAÑOLES

Aparte de los cambios alimentarios señalados, también se ha podido observar que entre los más jóvenes ha disminuido la actividad física. Según datos del estudio EnKid, algo menos de la mitad de los niños y adolescentes entre 6 y 18 años realiza al menos 60 minutos de actividad física diaria; un 49 por ciento de las chicas y un 37 por ciento de los chicos no practicaban ningún deporte durante su tiempo libre, disminuyendo el porcentaje de personas activas con la edad, especialmente entre las chicas. El estatus social y el nivel educativo de la madre también se revelaron como variables influyentes en la práctica de ejercicio físico por parte de los hijos.

Por otro lado, el estilo de vida sedentario se ha relacionado con un mayor consumo de aperitivos salados y dulces, de productos de bollería industrial y de refrescos. Por ejemplo, los niños que en el estudio EnKid pasaban más tiempo viendo la televisión mostraban mayor propensión a consumir más productos de panadería, dulces y aperitivos salados. También se comprobó que la actividad física era menos frecuente en el sur de España y las Islas Canarias, donde casi la mitad de los niños y adolescentes admitía no practicar ningún deporte durante el tiempo libre; en cambio, en las regiones del norte y nordeste del país, la práctica de algún deporte regularmente (más de dos días por semana) resulta bastante más frecuente (Román *et al.*, 2008).

Otros estudios han descubierto una relación entre un mayor nivel de actividad física y la adherencia a un patrón de dieta mediterránea. En una población de niños de 10 a 17 años se observó que un mayor puntaje en el seguimiento de la dieta mediterránea se asociaba con mayores niveles de actividad física en el tiempo libre (Schröder *et al.*, 2010). Esta relación también se ha confirmado en un estudio entre varones jóvenes residentes en Navarra, en el que los que practicaban un estilo de vida sedentario aparecían en el grupo de población que presentaba más probabilidades de seguir un patrón de dieta occidental (Sánchez-Villegas *et al.*, 2003).

## 6. LA OBESIDAD INFANTIL

La recuperación de la dieta mediterránea también podría ser útil para prevenir y combatir la creciente epidemia de obesidad infantil. Según los resultados del estudio EnKid, realizado entre 1998 y 2000, un 14 por ciento de los niños presentaban obesidad, y un 12 por ciento adicional, sobrepeso (en total, por tanto, más de una cuarta parte de la población infantil, adolescente y joven). La obesidad masculina prevalecía sobre la femenina, y también destacaba su incidencia en grupos de menor edad (de 6 a 13 años). Asimismo, se comprobó la existencia de un gran número de niños y adolescentes españoles con obesidad abdominal. Se halló este tipo de obesidad incluso en niños con peso normal y con sobrepeso, lo que podría traducirse en un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Los países de la región del Mediterráneo y el Reino Unido registran tasas más altas de obesidad y sobrepeso en niños preescolares que los de Europa central, septentrional y oriental. Por ejemplo, un 33 por ciento de los niños de 4 años en España presentaban obesidad o sobrepeso (Cattaneo *et al.*, 2010). Recientemente, el estudio ALADINO (ALimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad) valoró el sobrepeso y la obesidad en niños españoles en edad escolar primaria (6-9 años) durante el curso escolar 2010-2011 obteniendo resultados bastante semejantes (Pérez-Farinós *et al.*, 2013): alrededor del 14 por ciento de los niños tenían sobrepeso. Además, el 20 por ciento de los varones y el 15 por ciento de las mujeres de esa edad fueron clasificados como obesos. La comparación de estos resultados con los observados en el estudio EnKid apunta a un aumento de la obesidad de las niñas en la primera década del siglo XXI (desde 1998/2000 hasta 2011). Estos resultados sugieren una estabilización del sobrepeso y de la obesidad entre los varones en edad escolar; por tanto, no se confirma la sospecha de su aumento. No obstante, sí se ha observado que, entre los niños y niñas de 10 a 15 años procedentes de familias con un bajo nivel educativo, existe una tendencia hacia el aumento de estos problemas. Desde 1987 hasta 2007, el sobrepeso se incrementó en un 18 por ciento entre los varones de 10 a 15 años, y en un 13 por ciento entre las niñas de 10 a 15 años (Miqueleiz *et al.*, 2014).

El mayor seguimiento de la dieta mediterránea podría contribuir a reducir el riesgo de una elevada circunferencia de cintura en jóvenes, indicador de obesidad abdominal y factor de riesgo aumentado de enfermedades cardiovasculares. El aumento de cinco puntos (sobre un total de doce) en el índice de calidad de la dieta mediterránea KIDMED se ha asociado con una disminución de 1,54 cm en la circunferencia de cintura en jóvenes de 10 a 17 años.

Combatir la obesidad infantil y juvenil requiere esfuerzos de educación nutricional dirigidos al establecimiento de hábitos alimentarios saludables cuyos efectos beneficiosos se prolongan en la edad adulta. Por tanto, en España, se debería promover la recuperación de este patrón de dieta saludable, especialmente entre los niños y adolescentes, los grupos en los que se ha detectado un mayor deterioro de la adherencia a la dieta mediterránea. Sin medidas rigurosas, intensivas, comprometidas y sostenibles, adoptadas por las distintas

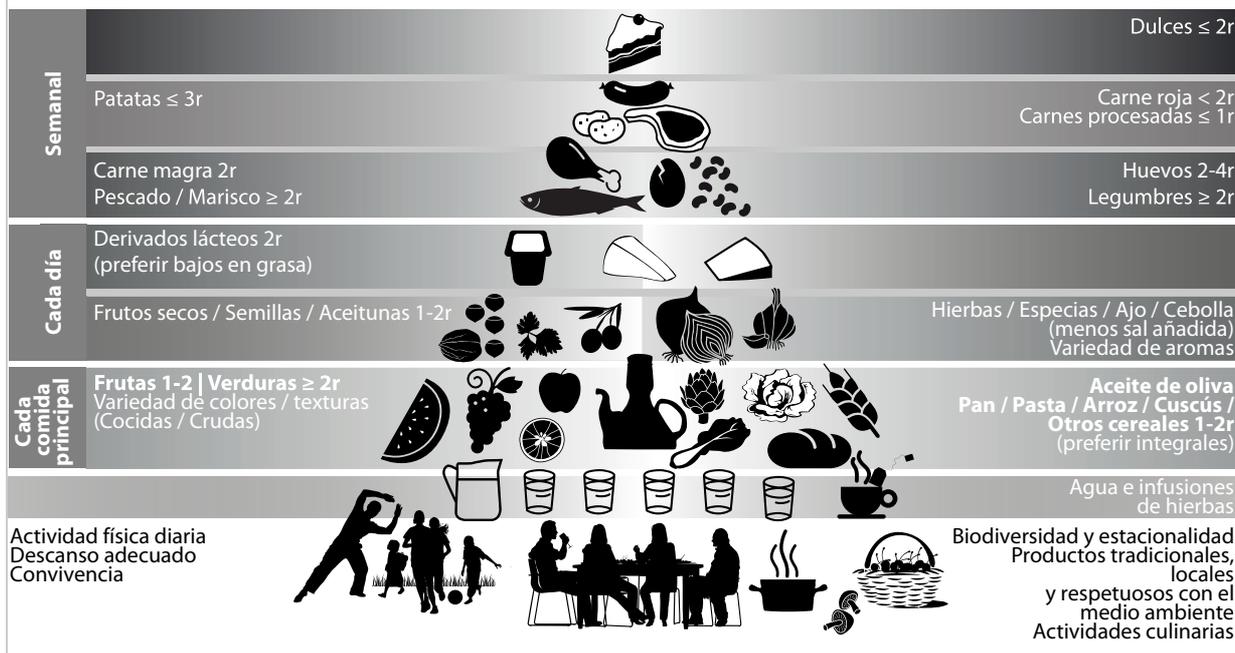
administraciones y entidades implicadas, la obesidad infantil y juvenil en España seguirá probablemente un rumbo errático e imprevisible. Puede que ya estemos en el buen camino, pero queda todavía mucho por hacer.

## 7. LA NUEVA PIRÁMIDE DE LA DIETA MEDITERRÁNEA

Tras el reconocimiento de la dieta mediterránea como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la UNESCO en 2010, se presentó una herramienta de comunicación renovada dirigida a toda la población: la nueva pirámide de la dieta mediterránea. Dicha herramienta pretende contribuir a la mejora de la adherencia al patrón dietético y al estilo de vida propios de los países mediterráneos y otros cercanos. Esta pirámide es el resultado de un consenso internacional, y se basa en los últimos datos científicos sobre nutri-

GRÁFICO 2

### NUEVA PIRÁMIDE DE LA DIETA MEDITERRÁNEA



Nota: r = ración (medida de la ración basada en la frugalidad y los hábitos locales).

Fuente: Bach-Faig et al. (2011).

ción y salud, publicados en numerosos artículos científicos en las últimas décadas (Bach-Faig *et al.*, 2011).

Las recomendaciones de la pirámide están dirigidas a población adulta sana, debiendo ser adaptadas a las necesidades especiales de niños, mujeres embarazadas y otros grupos de personas específicos por sus condiciones de salud. La pirámide aporta los elementos clave para la selección de alimentos, en cantidad y calidad, indicando las porciones recomendadas y la frecuencia de consumo de los principales grupos de alimentos que constituyen el patrón de la dieta mediterránea. En el gráfico 2 se presenta la pirámide de la alimentación saludable de la Fundación de Dieta Mediterránea: los alimentos que conviene consumir en mayor proporción se sitúan en la base, y los que es aconsejable reducir, en el vértice. Se añaden, además, indicaciones de orden cultural y social íntimamente ligadas al estilo de vida mediterráneo, desde un concepto de la dieta entendido en sentido amplio. El seguimiento de dichas indicaciones socioculturales se considera necesario para obtener todos los beneficios de la dieta mediterránea; entre ellas, destacan (1) la moderación en el tamaño de las raciones, (2) la preparación de los alimentos de tal manera que constituya una actividad relajada y divertida que se puede realizar en familia, (3) la socialización de la comida, potenciando su valor comunitario, (4) el respeto por el medio ambiente y la biodiversidad, priorizando el consumo de los productos tradicionales y locales, (5) la práctica regular de la actividad física moderada, y (6) el descanso como parte de un estilo de vida saludable y equilibrada.

El fortalecimiento de la dieta mediterránea en España podría traducirse en mejoras en los indicadores de salud y en una reducción del impacto medioambiental en la producción y el transporte de recursos alimentarios. Para ello, la dieta mediterránea debe concebirse como lo que es: un modelo alimentario extraordinariamente saludable y sostenible desde el punto de vista medioambiental, que, además, confiere identidad y sentimiento de grupo. En todo caso, los constantes cambios de la sociedad actual y su consecuente modernización y globalización aconsejan una promoción de la dieta mediterránea que, sin perder sus raíces, se adapte a los tiempos actuales.

## BIBLIOGRAFÍA

ARANCETA, J.; PÉREZ-RODRIGO, C.; RIBAS, L. y L. SERRA-MAJEM (2003), "Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescents: The enKid study", *European Journal of Clinical Nutrition*, 57: 40-44.

BACH-FAIG, A.; BERRY, E. M.; LAIRON, D.; REGUANT, J.; TRICHOPOULOU, A.; DERNINI, S.; MEDINA, F. X.; BATTINO, M.; BELAHSEN, R.; MIRANDA, G., SERRA-MAJEM, L. y MEDITERRANEAN DIET FOUNDATION EXPERT GROUP (2011), "Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates", *Public Health Nutrition*, 14: 2274-2284.

BACH-FAIG, A.; FUENTES-BOL, C.; RAMOS, D.; CARRASCO, J. L.; ROMAN, B.; BERTOMEU, I. F.; CRISTIÀ, E.; GELEVA, D. y L. SERRA-MAJEM (2011), "The Mediterranean diet in Spain: Adherence trends during the past two decades using the Mediterranean Adequacy Index", *Public Health Nutrition*, 14: 622-628.

CATTANEO, A.; MONASTA, L.; STAMAKIS, E.; LLIORÉ, S.; CASTETBON, K.; FRENKEN, F.; MANIOS, Y.; MOSCHONIS, G.; SAVVA, S.; ZABORSKIS, A.; RITO, A. I.; NANU, M.; VIGNEROVÁ, J.; CAROLI, M.; LUDVIGSSON, J.; KOCH, F. S.; SERRA-MAJEM, L.; SZPONAR, L.; VAN LENTHE, F. y J. BRUG (2010), "Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: A review of existing data", *Obesity Reviews*, 11: 389-398.

DA SILVA, R.; BACH-FAIG, A.; RAIDÓ QUINTANA, B.; BUCKLAND, G.; VAZ DE ALMEIDA, M. D. y L. SERRA-MAJEM (2009), "Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet, in 1961-1965 and 2000-2003", *Public Health Nutrition*, 12: 1676-1684.

MIQUELEIZ, E.; LOSTAO, L.; ORTEGA, P.; SANTOS, J. M.; ASTASIO, P. y E. REGIDOR (2014), "Trends in the prevalence of childhood overweight and obesity according to socioeconomic status: Spain, 1987-2007", *European Journal of Clinical Nutrition*, 68: 209-214.

PÉREZ-FARINÓS, N.; LÓPEZ-SOBALER, A. M.; DAL RE, M. A.; VILLAR, C.; LABRADO, E.; ROBLEDÓ, T. y R. M. ORTEGA (2013), "The ALADINO study: A national study of prevalence of overweight and obesity in Spanish children in 2011", *BioMed Research International*, 2013:163687.

ROMAN, B.; SERRA-MAJEM, L.; RIBAS-BARBA, L.; PÉREZ-RODRIGO, C. y J. ARANCETA (2008), "How many

children and adolescents in Spain comply with the recommendations on physical activity?"; *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 48: 380-387.

SÁNCHEZ-VILLEGAS, A.; DELGADO-RODRÍGUEZ, M.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A.; DE IRALA-ESTÉVEZ, J. y SEGUIMIENTO UNIVERSIDAD DE NAVARRA GROUP (2003), "Gender, age, socio-demographic and lifestyle factors associated with major dietary patterns in the Spanish Project SUN (Seguimiento Universidad de Navarra)", *European Journal of Clinical Nutrition*, 57: 285-292.

SCHRÖDER, H.; MÉNDEZ, M. A.; RIBAS-BARBA, L.; COVAS, M. I. y L. SERRA-MAJEM (2010), "Mediterranean diet and waist circumference in a representative national sample of young Spaniards", *International Journal of Pediatric Obesity*, 5: 516-519.

SERRA-MAJEM, L.; RIBAS, L.; NGO, J.; ORTEGA, R. M.; GARCÍA, A.; PÉREZ-RODRIGO, C. y J. ARANCETA (2004), "Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents", *Public Health Nutrition*, 7: 931-935.

SERRA-MAJEM, L.; ROMAN, B. y R. ESTRUCH (2006), "Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: A systematic review", *Nutrition Reviews*, 64: 27-47.

VAREIRO, D.; BACH-FAIG, A.; RAIDÓ QUINTANA, B.; BERTOMEU, I.; BUCKLAND, G.; VAZ DE ALMEIDA, M. D. y L. SERRA-MAJEM (2009), "Availability of Mediterranean and non-Mediterranean foods during the last four decades: Comparison of several geographical areas", *Public Health Nutrition*, 12: 1667-1675.

