



Alimentación saludable

El ejemplo de la dieta mediterránea

➡ **Marcela González-Gross**

Catedrática de la Universidad Politécnica de Madrid

➡ **Rafael Urrialde de Andrés**

*Profesor de la Universidad Complutense de Madrid.
Sociedad Española de Nutrición (SEN)*

Resumen: En la actualidad, la alimentación saludable no es sólo la que evita caer en la malnutrición, es decir, aquella que nos aporta todos los nutrientes, a través de los alimentos y bebidas, que necesita nuestro organismo para vivir, sino la que permite de gozar de la mejor salud posible, evitar las enfermedades crónicas no transmisibles y envejecer libre de discapacidad.

Para ello, debemos seguir una alimentación rica en frutas y verduras, legumbres, cereales, pescado azul, frutos secos, aceite de oliva, moderada en lácteos fermentados, carne blanca, huevos, y baja en carne roja, azúcares, sal y grasas saturadas. Esto se corresponde con la Dieta Mediterránea, que fue inscrita en 2010 en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la UNESCO y es una de las dietas más estudiadas en la investigación científica y ha demostrado sus efectos beneficiosos para la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

Pero también está caracterizada por elementos de actitudes y valores comportamentales, como la práctica de actividad física, descanso corto ocasional (siesta), comidas en grupo y sentados (amigos, compañeros, familia...) y un amplio acervo gastronómico. Por otro lado, se ha propuesto como un modelo de alimentación sostenible, aspecto éste actualmente ineludible tanto para las instituciones públicas y privadas como para las personas involucradas en la investigación y en la cadena continua de producción, procesamiento, promoción, venta y consumo de alimentos.

A pesar de estos beneficios comprobados, los datos de las investigaciones realizadas en los países mediterráneos indican un progresivo alejamiento de la Dieta Mediterránea en las últimas décadas. Esto es una preocupación compartida entre investigadores, clínicos y administraciones públicas, y debemos unir nuestros esfuerzos en hacer más atractiva la Dieta Mediterránea a las generaciones actuales y futuras, con un enfoque de "Una Sola Salud", en lo referido a la alimentación.

Palabras clave: Alimentación saludable, dieta mediterránea, nutrientes, ácidos grasos, enfermedades no transmisibles.

Permítannos comenzar este artículo agradeciendo a Mercasa la confianza puesta en la Sociedad Española de Nutrición para colaborar durante este año 2025 en la revista Distribución y Consumo, revista de larga trayectoria y enorme prestigio.

La alimentación y la nutrición siempre están de actualidad puesto que todas las personas, independientemente de su edad, sexo o actividad, comen o deberían comer varias veces al día. Y es probablemente esa exposición tan mediática y cercana la que favorece informaciones, creencias o comentarios de todo tipo, tengan fundamento científico o no lo tengan.

Alimentación y nutrición son dos términos diferenciados. La alimentación engloba a los alimentos y bebidas que consumimos, y que se pueden combinar y cocinar de diversas formas. Enlaza la alimentación directamente con la bromatología, que es la ciencia ocupada del estudio de la composición y conservación de los alimentos. Una vez que hemos consumido esos alimentos y bebidas se pone en marcha la ciencia de la nutrición, pues con el proceso de consumo se produce de forma paralela la ingesta de nutrientes, ya que esos alimentos y bebidas contienen nutrientes y sustancias bioactivas, tanto de origen animal como vegetal.

Y esos nutrientes son fundamentales para que nuestro organismo crezca, se desarrolle, funcione y repare. Veamos el ejemplo del feto en crecimiento en el

Alimentación y nutrición son dos términos diferenciados. La alimentación engloba a los alimentos y bebidas que consumimos, y que se pueden combinar y cocinar de diversas formas. Enlaza la alimentación directamente con la bromatología, que es la ciencia ocupada del estudio de la composición y conservación de los alimentos. Una vez que hemos consumido esos alimentos y bebidas se pone en marcha la ciencia de la nutrición, pues con el proceso de consumo se produce de forma paralela la ingesta de nutrientes, ya que esos alimentos y bebidas contienen nutrientes y sustancias bioactivas, tanto de origen animal como vegetal

FIGURA 1. Alimentos y nutrientes y sustancias bioactivas



seno materno. Su desarrollo es posible gracias a los nutrientes que pasan de la madre a través del cordón umbilical. Al cabo de nueve meses, de un par de células se ha formado un ser humano. Y que va a seguir con su proceso de crecimiento, que es máximo durante el primer año de vida y durante la adolescencia.

Por tanto, los alimentos y bebidas nos aportan nutrientes. Hay tres grupos principales de nutrientes, los llamados macronutrientes, que engloban proteínas, grasas e hidratos de carbono incluyendo la fibra, que además de otras funciones en el organismo nos aportan energía. Las proteínas 4 kcal/g, las grasas 9 kcal/g, los hidratos de carbono 4 kcal/g y la fibra 2 kcal/g. Los micronutrientes engloban las vitaminas y los minerales, que tienen funciones reguladoras y estructurales en el organismo y no aportan energía. Y en el tercer grupo está el agua, que tampoco aporta energía y tiene entre sus funciones aportar la parte líquida a la sangre, permitir la sudoración o facilitar las reacciones químicas en el organismo. Un nuevo grupo, cada vez con mayor importancia y del que la Dieta Mediterránea es muy característico, es el de los compuestos bioactivos.

Saber elegir bien los alimentos y bebidas que comemos y combinarlos bien entre ellos es muy importante para que nos aporten los nutrientes. La vida no es posible sin nutrientes. Pero los alimentos y bebidas no sólo nos aportan nutrientes. La nutrición los denomina “no nutrientes”, hoy conocidos como sustancias bioactivas, son compuestos que no son imprescindibles para la vida, pero que pueden tener muchos beneficios si los tomamos. En este grupo se incluyen los compuestos vegetales secundarios, como los polifenoles, los prebióticos, etc., y también compuestos animales como los omega 3, omega 6 y omega 9 de 20 átomos de carbono, péptidos de lácteos, luteína de yema de huevo, etc.

La nutrición moderna les da mucha importancia a estos compuestos por los beneficios probados sobre

la salud y la prevención de enfermedades. Los compuestos vegetales bioactivos se encuentran sobre todo en alimentos de origen vegetal, como frutas, verduras, aceites vegetales y frutos secos; y los animales en pescados, leche y lácteos y huevo.

La nutrición es una ciencia mucho más compleja de lo que a priori parece. Requiere de una formación específica con muchos años de estudio, y actualización constante, como ocurre en cualquier rama del conocimiento. Por tanto, para poder transmitir esa información compleja a la población general se han buscado elementos gráficos que hagan llegar el mensaje de una manera sencilla. De ahí surgen las propuestas de ruedas, platos, trenes, pirámides, entre otras, que faciliten la comprensión de las guías alimentarias. A nuestro entender, la pirámide es la que mejor se entiende y la que mejor transmite la forma de comer española, además de reflejar una jerarquía en los alimentos y en la frecuencia semanal de su consumo.

Por tanto, podemos resumir hasta aquí que la alimentación saludable es la que se basa en alimentos ricos en nutrientes y en compuestos vegetales y animales secundarios.

¿QUÉ ES UNA DIETA SALUDABLE?

La Organización Mundial de la Salud define la dieta saludable (*healthy diet*) como aquella que “ayuda a protegernos de la malnutrición en todas sus formas, así como de las enfermedades no transmisibles, entre ellas la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer”. Ya hemos comentado en el apartado anterior que, para no caer en la malnutrición, debemos garantizar la ingesta de todos los nutrientes. La protección frente a las enfermedades no transmisibles también viene en parte de la ingesta adecuada de nutrientes, pero asimismo de los no nutrientes y de otros factores que se han ido descubriendo mediante la investigación. Desde la OMS, se

Las metapreferencias pueden verse notablemente orientadas por la publicidad ya que ésta puede generar sentimientos de adhesión, simpatía y aversión. En materia de productos saludables se trata de potenciar los valores vinculados con la mejora de la calidad de vida, la mejora de la longevidad... La publicidad moderna se acoge, en muchos casos, a la cláusula *non secutur*. Esta concepción procede del campo de la Retórica y se sustenta en plantear un tema y sacar derivaciones y conclusiones que no tienen nada que ver con el mismo



Powered by
Syngenta Vegetable Seeds

BOBAL

Gran rendimiento y sabor con resistencia* a pulgón, oídio y Nueva Delhi.



AGATA

El sabor del verano.



*Resistencia intermedia: Ag/Px

syngenta®

ha puesto el foco en la reducción de sal, azúcares y grasas saturadas, sobre todo en los alimentos procesados, como vamos a comentar a continuación.

REDUCCIÓN DE INGESTA DE SAL

En los últimos años se ha promovido la reducción de la ingesta de sal hasta una ingesta recomendada por la OMS de 5 gramos diarios. La sal de mesa es cloruro sódico (NaCl) y el sodio (Na) representa un 40 % de su composición. El sodio es un nutriente esencial, por lo que no podemos prescindir de su consumo. Pero se ha demostrado que alrededor del 40% de la población es sensible a la sal en relación al aumento de la presión arterial. Y también conocemos que la hipertensión es uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cerebro y cardiovasculares. De ahí que la OMS y la EFSA estén promoviendo una reducción de su ingesta.

En la actualidad, el consumo medio de sal en España es del doble de lo recomendado, en torno a 10-12 g/persona/día. La principal fuente de sal es la que se adiciona en el hogar y hostelería, aunque también a partir de los alimentos procesados, sobre todo de comida preparada, son los que implican un mayor aporte de sal. De ahí que se planteara el plan de reformulación promovido por la AESAN, que ha sido un éxito, y es modelo para otros países de nuestro entorno, partiendo del hecho que desde 2010 ha habido una estrategia consensuada con la AESAN, como el caso de la sal en el pan, o de forma individual por determinadas industrias de la transformación alimentaria en la reformulación con la reducción de sal, grasa saturada y azúcares añadidos.

Pero también hay que recordar que no se debe añadir sal o añadir poca durante el cocinado y consumo de alimentos frescos. Sí es importante recalcar que la sal que se utilice debe ser yodada. En España, no es obligatoria la yodización de la sal, por lo que hay que buscarla entre las sales disponibles a la venta. El yodo es un nutriente esencial deficitario en el 6,3% de los niños y 53,8% de los adultos europeos, por lo que es muy importante educar en utilizar sal yodada, también en la industria y en la restauración. Otra fuente importante de yodo son los lácteos, los pescados y mariscos.

Recientemente, un estudio realizado analizando datos británicos de la UK Biobank, la base de datos de salud más importante disponible en Europa, ha relacionado el alto consumo de sal con una mayor predisposición a desarrollar diabetes tipo 2 (Wang y col, 2023), aunque se trata de resultados que aún deben ser estudiados en mayor profundidad.



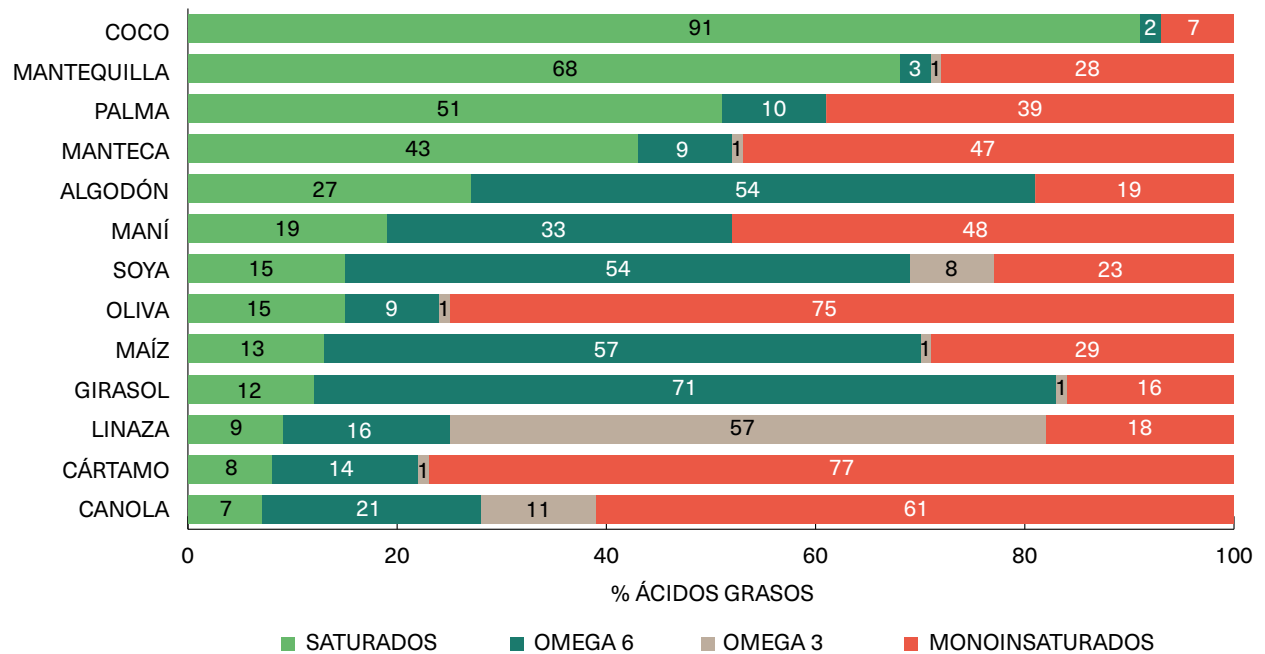
REDUCCIÓN DE INGESTA DE AZÚCAR

La principal relación entre el consumo elevado de azúcar y la salud se observa en relación con la caries dental. La caries dental es la enfermedad crónica más extendida en el mundo, se calcula que el 94 % de los adultos españoles la padece. Un alto consumo de azúcar es uno de los factores de riesgo dietéticos asociados. Según diversas investigaciones, los alimentos y bebidas con un contenido en sacarosa (el azúcar común) de entre el 15 y el 20 % son los más cariogénicos (González-Sanz y col, 2013).

Otros estudios han relacionado una ingesta excesiva de azúcares con mayor riesgo de obesidad, diabetes tipo 2 y más recientemente hígado graso no alcohólico, una patología que está directamente relacionada con la obesidad y que está aumentado en niños menores de 10 años, algo que resulta realmente alarmante. La combinación de alta ingesta de azúcares con alta ingesta de grasa saturada aumenta el riesgo.

En el documento publicado por la OMS en 2015 se recomienda que la ingesta diaria de azúcar "libre" sea menor al 10 % del total de las kilocalorías diarias. Esto supone unos 50 g en una dieta de 2.000 kcal. Una cucharadita de café son 6 g de azúcar, por lo que el margen de ingesta es más que razonable. En el citado documento los azúcares libres se definen como los monosacáridos (glucosa, fructosa) y disacáridos (sacarosa o azúcar común) añadidos alimentos y bebidas por el fabricante, el cocinero o el consumidor, y los azúcares naturalmente presentes en miel, siropes, zumos de fruta y zumos concentrados de fruta. Esta definición no ha estado exenta de controversia, ya que no diferencia entre los sacáridos presentes de forma natural en los alimentos de los añadidos.

FIGURA 2. Composición de grasas y aceites en cuanto a ácidos grasos (Fuente: HARVARD HEALTH PUBLICATIONS (2011). Healthy Eating. A guide to the new nutrition)



Controversias aparte, sí es cierto que en determinados grupos de población se ha observado una ingesta excesiva de azúcares, y que su principal fuente son los alimentos procesados, postres dulces y refrescos. Por tanto, también la reducción de azúcar estuvo incluida en el Plan de Reformulación de alimentos y bebidas ya mencionado. Dentro del Plan de reformulación consensuado con la AESAN, de las 57 subcategorías de alimentos y bebidas, 43 se han comprometieron a reducir el contenido en azúcares, llevándose a cabo una reducción del contenido en azúcares entre el 25% y 60% en derivados cárnicos, bollería y pastelería, bebidas refrescantes, mientras que en el caso de productos lácteos, pan especial envasado, bollería y pastelería la reducción ha sido la más baja: entre el 0,6% y el 5%.

REDUCCIÓN DE GRASAS SATURADAS

La relación entre las grasas y la salud es compleja. Debemos recordar que las grasas de los alimentos están formadas principalmente por triglicéridos, y en el caso de los alimentos de origen animal, también por colesterol. Los triglicéridos, como su nombre indica, a su vez están formados por una molécula de glicerol y tres cadenas de ácidos grasos. Y estas cadenas de ácidos grasos pueden ser saturadas, monoinsaturadas o poliinsaturadas. Cuando se habla de una "grasa saturada", en realidad se trata de una sim-

plificación, ya que se debería decir una "grasa rica en ácidos grasos saturados".

Otro aspecto importante es que ninguna grasa es pura, si no que todas las grasas, tanto de origen animal como de origen vegetal, contienen de los 3 tipos de ácidos grasos, pero en diferente proporción. Así, las grasas sólidas a temperatura ambiente tienen mayor proporción de ácidos grasos saturados, y los aceites de mono y poliinsaturados. También es imprescindible tener en cuenta, aparte del grado de saturación, el tamaño de la cadena, situándose en los 3 casos en ácidos grasos de cadena corta, media o larga. En la figura 2 se muestra el contenido en ácidos grasos de varias grasas y aceites.

El tipo de grasa que se consume se ha puesto mucho en el foco debido a su relación con el riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Pero como se indicaba, es más complejo de lo que parece. El efecto que tienen los ácidos grasos de los alimentos sobre el colesterol en sangre es variado. Así, los que mejor acción tienen, es decir, elevan el colesterol-HDL o coloquialmente denominado colesterol "bueno" son los ácidos grasos omega-3 (presentes en pescados azules, nueces y algas), sobre todo cuando sustituyen a los saturados, y los monoinsaturados, como el ácido oleico, presente en el aceite de oliva. Estos últimos, además, bajan los niveles de LDL-colesterol en san-



gre (el “malo”). Los ácidos grasos saturados suben tanto el HDL como el LDL- colesterol, y los ácidos grasos omega-6 bajan ambos.

El aceite de oliva, debido a su contenido en escualeno y vitamina E, tiene un efector positivo de reducir la presión arterial, el riesgo de formación de trombos y el riesgo de oxidación del LDL-colesterol, todos ellos factores de riesgo conocidos de enfermedad cardiovascular.

El peor efecto sobre los factores de riesgo cardiovascular lo tienen los ácidos grasos trans, que bajan los niveles de colesterol HDL y aumentan los de LDL-colesterol. Trans significa que al menos un doble enlace está en esa configuración espacial (no están en el mismo plano) en la cadena de los ácidos grasos poliinsaturados. Los ácidos grasos trans se forman cuando se hidrogenan las grasas (se convierte un aceite en grasa sólida). Los ácidos grasos trans están prohibidos en la UE desde el año 2019 en los alimentos industriales (se empleaban sobre todo en precocinados y bollería). Su presencia natural en los alimentos sin procesar, como en la leche y las carnes, es baja. De ahí que las recomendaciones dietéticas españolas indiquen que deben predominar los ácidos grasos monoinsaturados (aceite de oliva), y los poliinsaturados y saturados más o menos a partes iguales.

La ingesta de ácidos grasos omega-3 está siendo inadecuada, por lo que hay que prestar especial atención e intentar aumentar su ingesta. Alimentos ricos en ácidos grasos omega 3 de cadena larga son los pescados azules y las algas, mientras que las nueces y otros frutos de cáscara tienen el de 18 átomos de carbono que posteriormente tiene que ser transformado a cadena larga: 20 y 22 átomos de carbono, eicosapentaenoico (EPA) y Docosahexaenoico (DHA).

En algunos estudios se ha relacionado una ingesta elevada de ácidos grasos saturados con mayor riesgo de algunos tipos de cáncer, con pérdida de memoria, mientras que una mayor ingesta de ácidos grasos omega-3 se asocia con mejoras en la memoria y resultados de test específicos.

El tercer eje del citado Plan de reformulación fue la reducción de los ácidos saturados y la eliminación de los ácidos grasos trans en los alimentos procesados.

LA DIETA MEDITERRÁNEA COMO EJEMPLO DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

La Dieta Mediterránea se puede definir de varias maneras. La definición clásica es la de la dieta que se consumía en los países del Mediterráneo, especialmente en la isla de Creta, en los años 1960. Esta definición surgió a raíz de los resultados de un estudio científico que realizaron investigadores de la universidad de Minnesota, entre ellos, nuestro admirado profesor Grande Covián, co-fundador de nuestra sociedad científica.

Esta investigación se denominó “Estudio de 7 países” y se fundamentó en la observación de que los países “pobres” del mediterráneo tenían mucha menor incidencia de enfermedades cardiovasculares que otros países con mayor nivel económico, como eran Estados Unidos o los Países Bajos a finales de la década de los 50 del siglo XX. Después de un seguimiento durante 12 años de adultos observaron que los niveles de colesterol en sangre eran mejores en los países mediterráneos, hubo menos fallecimientos y casos de enfermedad cardiovascular. Y los investigadores lo relacionaron con mayor ingesta de pescado azul, aceite de oliva, vino tinto en la comida, fruta y verdura, menor ingesta de carne roja. De ahí por tanto surgió la denominación de Dieta Mediterránea.

Algunos años después, en 2010, la Dieta Mediterránea fue inscrita en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la UNESCO, gracias a muchos científicos, entre ellos, el profesor Lluís Serra-Majem y la Fundación Dieta Mediterránea.

Muchos estudios han analizado la relación entre la Dieta Mediterránea y la salud. Probablemente el más conocido es el estudio PREDIMED, financiado por el Instituto de Salud Carlos III. Durante cinco años intervinieron sobre más de 7.000 españoles mayores de 50 años con factores de riesgo cardiovascular, a los que dividieron en 3 grupos. Uno seguía un patrón de Dieta Mediterránea con un consumo adicional de aceite de oliva virgen, el segundo grupo era igual, pero en lugar de más aceite consumía unos 30 g de frutos secos al día; y el tercer grupo siguió una dieta baja en grasas según las recomendaciones de la Sociedad Americana del Corazón.

Los resultados demostraron que los dos grupos de Dieta Mediterránea presentaron menos eventos cardiovasculares y mortalidad por enfermedad cardiovascular de forma significativa, y con relación a la mortalidad total, el grupo donde menos muertes se registraron fue el de Dieta Mediterránea con aceite de oliva adicional. De hecho, el estudio se había planificado para que durara más de cinco años, pero lo tuvieron que interrumpir porque en vista de los resultados, no era ético seguir con el grupo que no consumía Dieta Mediterránea. Tanto el estudio de siete países como el PREDIMED demostraron que no es tan importante la cantidad de grasa (dentro de los rangos aceptados de entre el 20-35% de las kilocalorías diarias) sino la calidad de la grasa (el contenido en ácidos grasos explicado más arriba).

La Dieta Mediterránea también se ha estudiado con relación al riesgo de desarrollar sarcopenia, la pérdida de masa muscular asociada al envejecimiento (y la falta de ejercicio físico). En un estudio realizado en Italia en adultos mayores de 65 años se observó una mayor presencia de sarcopenia en aquellos que tenían baja adherencia a la Dieta Mediterránea, siendo mayor la diferencia en el grupo de mayores de 80 años. Sin duda, el seguir la Dieta Mediterránea junto con la práctica regular de ejercicio físico, especialmente el entrenamiento de la fuerza, son dos medidas eficaces para evitar o disminuir la sarcopenia a medida que nos hacemos mayores.

Todos los autores coinciden en que la Dieta Mediterránea va más allá de la comida y las recetas. Se trata de un estilo de vida. Tradicionalmente, las familias y los amigos se unen en torno a la mesa para compartir la comida, algo que se sabe hoy en día que es muy importante. El comer en compañía y sobre todo no delante de una pantalla, es reconocido por los expertos como saludable, fundamental en la educación de niños y adolescentes y preventivo de los trastornos de la conducta alimentaria. Otro as-

Todos los autores coinciden en que la Dieta Mediterránea va más allá de la comida y las recetas. Se trata de un estilo de vida. Tradicionalmente, las familias y los amigos se unen en torno a la mesa para compartir la comida, algo que se sabe hoy en día que es muy importante. El comer en compañía y sobre todo no delante de una pantalla, es reconocido por los expertos como saludable, fundamental en la educación de niños y adolescentes y preventivo de los trastornos de la conducta alimentaria. Otro aspecto importante es el consumo moderado de vino en las comidas, y no fuera de ellas, como se da en otras culturas

pecto importante es el consumo moderado de vino en las comidas, y no fuera de ellas, como se da en otras culturas.

Una investigación realizada en la Universidad de Granada entre profesores y estudiantes concluyó que aquellos con mayor puntuación en la adherencia a la Dieta Mediterránea presentaban un estilo de vida más saludable, realizaban más actividad física e indicaban mayor bienestar psicológico. Una dieta saludable se relaciona con una mayor integridad y funcionalidad del cerebro, salud mental y mejor envejecimiento del cerebro.

Varias investigaciones han observado una mejor salud mental y estado cognitivo cuando se sigue el patrón de Dieta Mediterránea, incluso algunos autores proponen que puede ser una prevención temprana de la demencia, aunque esto requiere de más estudios. Es interesante indicar un estudio realizado en 2017 en Escocia, donde se analizaron el volumen total y la materia gris del cerebro en adultos entre 73 y 76 años mediante técnicas de resonancia magnética y su relación con un patrón tipo Dieta Mediterránea. Al cabo de 3 años, una baja adherencia a la Dieta Mediterránea se asoció con una reducción significativa

FIGURA 3. Pirámide de Dieta Mediterránea propuesta por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación

Fuente: https://www.alimentosdespana.es/es/estrategia-alimentos-espana/dieta_mediterranea/piramide-dieta-mediterranea

del volumen cerebral total (mayor atrofia cerebral) después de ajustar por factores demográficos y de salud, proponiendo los autores que la combinación de los alimentos típicos de la Dieta Mediterránea han dado lugar a la asociación.

Ahora bien, la Dieta Mediterránea como Patrimonio de la UNESCO, aparte de los alimentos que la integran, también está formada por todo un estilo de vida que caracteriza a la población de la cuenca del mediterráneo basada en una alta práctica de la actividad física como consecuencia de la excelencia del clima y del concepto de sociabilidad, así como la degustación y consumo de alimentos en grupo, bien sea a través de miembros de la familia, componentes de grupos de amigos o compañeros de trabajo, valor diferencial frente al consumo individualizado de muchas dietas, sobre todo americanas, anglosajonas y centro europeas.

También la forma de descanso está en estudio ahora mismo como otro de los valores de la Dieta Mediterránea, sobre todo el periodo corto de la denominada siesta, así como también la forma culinaria de preparar las comidas, de una forma lenta y delicada frente a la rápida por ser sometidos a unas altísimas temperaturas que, en muchas ocasiones, sobre todo en barbacoas a la llama, pueden generar compuestos secundarios de un alto impacto en la salud como, por ejemplo, la acrilamida.

LA PIRÁMIDE DE LA DIETA MEDITERRÁNEA

Como ya se ha comentado, de todas las figuras, la de la pirámide es la que mejor representa nuestra Dieta Mediterránea. El MAPA ha publicado una Pirámide de la Dieta Mediterránea que incluye todos los aspectos comentados (Figura 3). Destacan el aceite de oliva y otros alimentos típicos de la Dieta Mediterránea, nos anima a cocinar y a comer sentados y en compañía. La pirámide también incluye el mensaje de hacer ejercicio. En unos letreros al lado derecho explica las raciones diarias y semanales que debemos hacer de los grupos de alimentos.

Recientemente, un grupo de trabajo liderado por la Fundación Dieta Mediterránea, entre los que figuran varios miembros de la Sociedad Española de Nutrición, ha publicado la Pirámide de la Dieta Mediterránea para Niños y Adolescentes. Esta publicación y mensaje son muy oportunos, puesto que llevamos varios años observando cómo la población infantil y juvenil se va alejando del patrón de dieta mediterráneo.

En una publicación también reciente se comparaba la adherencia a la Dieta Mediterránea de niños y adolescentes entre 6 y 16 años analizados en el año 1998 en el marco del estudio ENKID con niños y adolescentes de la misma edad en el año 2018 en el marco del estudio PASOS, ambos estudios representativos para España. En todos los grupos de edad, sexo, cur-

so académico, se observa un descenso, siendo el más acusado en función del nivel socioeconómico de los padres.

En estudios anteriores, como el estudio ANIBES, donde se analizó la alimentación de una muestra representativa de españoles entre 9 y 75 años, cuando se comparan por grupos de edad, se observa como aún los mayores de 50 años mantienen un cierto patrón alimentario tradicional que no está presente en los menores de esa edad. Esto es consistente con algunos estudios que han analizado la transición nutricional en España desde los años 40 del siglo XX hasta la fecha, y el análisis de los datos publicados por el INE y el MAPA.

Ha aumentado la ingesta de carne, embutidos, lácteos y azúcares y disminuido sobre todo la de pan, legumbres, verduras y pescado. Quiere esto decir que a medida que pase el tiempo, y si no tomamos medidas educacionales importantes con la población más joven, en unos años se habrá perdido el patrón de Dieta Mediterránea. Esto tendrá un impacto muy negativo en la salud y la esperanza de vida de la población y afectará también a la producción de los alimentos. Por tanto, entre todos, debemos alertar y buscar soluciones eficaces.

Esta preocupación de pérdida de adherencia a la Dieta Mediterránea en España y en otros países de nuestro entorno es compartida por sociedades científicas, instituciones y organismos públicos y privados. Uno de los organismos que se ha implicado de forma determinante es el Centro Internacional de Estudios Agronómicos Mediterráneos Avanzados (CIHEAM) de Bari, en Italia, que ya ha organizado varios encuentros científicos y profesionales. En el último, la 3ª Conferencia Mundial sobre Dieta Mediterránea, celebrada en 2022, se tituló "A Change of Route", y se debatió en torno a las medidas a tomar tanto en Agricultura como en Alimentación, con el objetivo de trabajar hacia sistemas alimentarios más sostenibles y resilientes en los países del Mediterráneo. Nuestra sociedad científica estuvo presente en la citada reunión.

De ahí surgió un grupo de trabajo en el que participa la Sociedad Española de Nutrición, dentro del Mediterranean Task Force de la Federación Europea de Sociedades de Nutrición, junto con el Task Force de Dietas Sostenibles de la Unión Internacional de Sociedades de Nutrición (IUNS) y la Unidad de Dieta Mediterránea Sostenible del CIHEAM Bari. Todas estas instituciones comparten la preocupación por el abandono de la Dieta Mediterránea en la población que vive en la región mediterránea, la necesidad de

revitalizar la Dieta Mediterránea y de trabajar en posibles soluciones.

De hecho, aspectos como la sostenibilidad cada vez están más presentes en la alimentación saludable. El congreso de nuestra sociedad celebrado en Barcelona en 2018 tuvo el lema de las 5S (saludable, segura, sostenible, social y satisfactoria). En la actualidad, desde autores españoles, hemos planteado aumentar esta relación de conceptos, teniendo en cuenta valores económicos de vital importancia en la alimentación, pasando a estar constituidas por las 8S (segura, saludable, sostenible, satisfactoria, suficiente, social, solidaria y soberanía alimentaria), en un acercamiento claro al enfoque de "Una sola salud" que se está promoviendo desde diversos foros, donde deben confluir la salud humana, salud animal y salud vegetal con una intersección y conjunción clara con la salud ambiental y con una visión que afecta a todo el planeta.

Hay mucho debate en torno a la Dieta Mediterránea. Es evidente que ya no comemos como en los años 60 del siglo XX, pero muchos de nuestros platos tradicionales se han ido adaptando a los gustos actuales. Otro de los debates es si la Dieta Mediterránea es sólo la de la Isla de Creta o puede haber variaciones. Es evidente que los países que formamos la cuenca del Mediterráneo consumimos los mismos alimentos: legumbres, frutas, verduras, pescado, aceite de oliva, quesos de cabra y oveja. Variamos quizás en la fuente de hidratos de carbono, que en España ha sido tradicionalmente el pan y el arroz, en Italia la pasta. Pero son los mismos alimentos y bebidas, cocinados con recetas diferentes. Sin duda, nos une mucho más de lo que nos diferencia.

Por tanto, no hay una única Dieta Mediterránea, pero bajo el paraguas de Dieta Mediterránea están los patrones alimentarios de los países bañados por este mar que han demostrado ser saludables y sostenibles. Es nuestra obligación mantener este patrón y transmitirlo a nuestros descendientes como una herencia que va a beneficiar su salud y calidad de vida y que va a contribuir a cuidar el medio ambiente. La Dieta Mediterránea se ha exportado a otros países. Muchos países del norte de Europa han mediterraneizado su alimentación, potenciando el consumo de frutas, verduras y el empleo de aceite de oliva.

CONCLUSIONES

La alimentación saludable en la actualidad es la que contiene alimentos y bebidas que nos aportan los nutrientes necesarios para que nuestro organismo pueda crecer y funcionar de forma óptima, los no nu-



trientes que nos aportan beneficios adicionales para la salud. Además, debe ser baja en azúcares, sal y grasas saturadas, promueve la práctica de actividad física, descanso de corta duración, comidas o degustación en grupo y preparación culinaria lenta. Todo ello en conjunto previene las enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o el deterioro cognitivo, permitiendo un envejecimiento saludable y libre de discapacidad.

La Dieta Mediterránea cumple con esos requisitos, demostrado científicamente en muchos estudios realizados no sólo en España, sino en otros de la cuenca del Mediterráneo o en aquellos que la han implementado, no siendo su dieta tradicional. La alimentación saludable, además, debe tener en cuenta aspectos novedosos como la sostenibilidad. Los estudios demuestran que la Dieta Mediterránea es una dieta sostenible. La pérdida de adherencia a la Dieta Mediterránea es una preocupación compartida entre investigadores, clínicos y administraciones públicas, y debemos unir nuestros esfuerzos en hacer más atractiva la Dieta Mediterránea a las generaciones actuales y futuras. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Cacciatore S, Calvani R, Marzetti E, Picca A, Coelho-Júnior HJ, Martone AM, Massaro C, Tosato M, Landi F. Low Adherence to Mediterranean Diet Is Associated with Probable Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults: Results from the Longevity Check-Up (Lookup) 7+ Project. *Nutrients*. 2023 Feb 18;15(4):1026. doi: 10.3390/nu15041026.
- Casas R, Ruiz-León AM, Argente J, et al. A New Mediterranean Lifestyle Pyramid for Children and Youth: A Critical Lifestyle Tool for Preventing Obesity and Associated Cardiometabolic Diseases in a Sustainable Context. *Adv Nutr*. 2025 Mar;16(3):100381. doi: 10.1016/j.advnut.2025.100381.
- Dernini S, Capone R (Eds). *Sustainable Food Systems. Change of route in the Mediterranean*. CIHAEM Bari, Valenzano. 2024. ISBN 978-2-85352-626-5.
- Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al.; PREDIMED Study Investigators. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *N Engl J Med*. 2018;378(25):e34. doi: 10.1056/NEJMoa1800389.
- González-Gross M. Ejercicio físico y nutrición: sinergia para un estilo de vida saludable. *Real Academia Europea de Doctores*. 2024. ISBN 978-84-09-58314-0.
- González Sanz ÁM, González Nieto BA; González Nieto E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutr. Hosp* 2013; vol.28 supl.4
- Herrera-Ramos E, Tomaino L, Sánchez-Villegas A, Ribas-Barba L, Gómez SF, Wärnberg J, Osés M, González-Gross M, et al. Trends in Adherence to the Mediterranean Diet in Spanish Children and Adolescents across Two Decades. *Nutrients*. 2023 May 17;15(10):2348. doi: 10.3390/nu15102348.
- Ittermann T, Albrecht D, Arohonka P, et al. Standardized Map of Iodine Status in Europe. *Thyroid*. 2020 Sep;30(9):1346-1354. doi: 10.1089/thy.2019.0353. Epub 2020 Jul 15. Erratum in: *Thyroid*. 2022 May;32(5):603. doi: 10.1089/thy.2019.0353.correx. PMID: 32460688.
- Luciano y col. Mediterranean-type diet and brain structural change from 73 to 76 years in a Scottish cohort. *Neurology* 2017;88:449-455.
- Partearroyo T, Samaniego-Vaesken ML, Ruiz E, Aranceta-Bartrina J, Gil Á, González-Gross M, Ortega RM, Serra-Majem L, Varela-Moreiras G. Current Food Consumption amongst the Spanish ANIBES Study Population. *Nutrients*. 2019 Nov 5;11(11):2663. doi: 10.3390/nu11112663.
- Serra-Majem L. Mi transición nutricional. *La Dieta Mediterránea*. Ed. Memorias ediciones S.L. 2018. ISBN 978-84-945956-3-9
- Urrialde R. Componentes y principios de la Alimentación 8S. *Master de Biología Vegetal Aplicada*. Facultad de Ciencias Biológicas. Universidad Complutense de Madrid. 2025. Disponible en: <https://www.ucm.es/masterbva/file/texto-alimentacion-8s-maquetada-valida-1>
- Urrialde, R. (2023). *Una Sola Salud* (One Health, en inglés; Une Seule Santé, en francés Salud). *Master Biología Vegetal Aplicada*. Facultad de Ciencias Biológicas. Universidad Complutense de Madrid. [Consultado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ucm.es/masterbva/noticias/%E2%80%9CUna-sola-salud%E2%80%9D-one-health-en-ingles-une-seule-sante,-en-frances->
- Wang X et al. Dietary Sodium Intake and Risk of Incident Type 2 Diabetes. *Mayo Clinic Proceedings* 2023, Volume 98, Issue 11, 1641 - 1652. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>