

Adherencia a la dieta Mediterránea en una muestra de la población adulta del sur de Galicia

Mediterranean diet adherence in a sample of population in South Galicia

Cal Fernández, María; García-Mayor, Ricardo V.

Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Complejo Hospitalario Universitario "Álvaro Cunqueiro" de Vigo.

Recibido: 28/abril/2017. Aceptado: 1/agosto/2017.

RESUMEN

Objetivo: Conocer el grado de adherencia a la dieta mediterránea en Galicia.

Métodos: En el estudio fueron incluidos 201 personas, 103 mujeres, con una edad media de $56,6 \pm 19$ años, (rango 18-88 años). El IMC medio fue de 25 ± 4 . Fueron sometidos a un cuestionario sencillo y muy útil en la práctica clínica, sobre la adherencia a la dieta mediterránea, que consiste en 9 preguntas, utilizado en los estudios del grupo PREMID.

Resultados: El porcentaje de personas con baja, intermedia y alta adherencia fue de 62,2%, 23,8% y 13,9% respectivamente. El 89,3% de los sujetos con normopeso tenían una puntuación de alta adherencia, mientras que en el grupo con $IMC \geq 30$ fue de 10,7%, $p < 0,05$.

Conclusiones: Observamos una baja adherencia en la muestra de población estudiada y las personas con baja adherencia tenían mayor tendencia a ser obesos.

PALABRAS CLAVES

Dieta mediterránea, Adherencia a la dieta, Obesidad.

ABSTRACT

Objective: To know the Mediterranean diet (MD) adherence in a sample of the population in South Galicia.

Methods: Two-hundred-one (103 females) were included in the present study, mean age 56.6 ± 19 years, range 18-88,

with a mean BMI of 25 ± 4 . They were submitted to a simple questionnaire, useful for clinical practice, used for the PREMID group, consists of 9 questions.

Results: 13.9%, 23.8% and 62.2%, from the total sample had high, intermediate and low adherence to the Mediterranean diet. When the sample of subjects was split for BMI, in the normal-weight group, 89.3% of subjects have higher adherence to the MD, while those with $BMI \geq 30$ only 10.7% have high adherence, $p < 0.05$.

Conclusions: Low adherence to MD was observed in the sample of the population studied. Low, MD adherence is associated with high risk to develop obesity.

KEY WORDS

Mediterranean diet, diet adherence, obesity.

INTRODUCCIÓN

El concepto de dieta saludable, en general es un término vago. Podría considerarse como saludable aquel patrón alimentario que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del organismo, conservar o restablecer la salud, disminuir el riesgo de padecer enfermedades, se puede añadir que debe ser suficiente, completa y equilibrada. Dentro de la variada gama de patrones alimenticios alrededor del mundo, la dieta mediterránea (DM) está considerada como un prototipo de dieta saludable, ya que garantiza un aporte calórico y de nutrientes en cantidades suficientes y proporciones adecuadas¹; y, además, contribuye a la prevención de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cáncer, etc. y, en general, a una mayor esperanza de vida²⁻⁴. La llamada DM tradicionalmente consumida en los países mediterráneos ha dado lugar al concepto de DM, caracterizada por un alto consumo de verduras y hortalizas, legumbres, frutas, frutos se-

Correspondencia:

Ricardo V. García Mayor

ricardo.garcia.mayor@sergas.es

garcia-mayor@uvigo.es

cos y cereales y, especialmente, aceite de oliva; junto con un consumo moderado de pescados, huevos y productos lácteos, preferentemente yogur o queso, y un menor consumo de carnes y grasas animales¹. Los cambios culturales y/o sociológicos que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias es un fenómeno observado en todo el mundo, y también en nuestro país, siendo una de sus consecuencias el apartarse del patrón de la dieta mediterránea, con su consecuencia para la salud de la poblaciones. Pocos datos existen sobre la adherencia de los habitantes de Galicia a la DM y como ha ido evolucionando. El índice de adecuación a la dieta mediterránea global para España el año 2008 fue considerado aceptable⁵, en línea con esa información, el estudio Dimérica que analizó la adherencia a la dieta mediterránea en la población adulta española, muestra un puntuación media de 4, siendo la gallega de $5 \pm 1,6$ ⁶.

OBJETIVO

Ante la falta de datos actuales nos propusimos averiguar la adherencia a la dieta mediterránea en una muestra de la población adulta de Vigo.

MÉTODOS

El estudio se realizó en una clínica privada de la ciudad de Vigo, donde se hacen reconocimientos médicos para la obtención de licencias para la conducción de vehículos y armas. Criterios de inclusión: sujetos adultos de ambos sexos en un periodo de un mes. Criterios de exclusión: las personas que estuviesen llevando algún régimen alimenticio especial. Previa información sobre los objetivos del estudio, las personas que aceptaron participar fueron sometidos a un cuestionario sencillo y muy útil en la práctica clínica, sobre la adherencia a la dieta mediterránea, que consiste en 9 preguntas (Tabla 1), utilizado por investigadores del grupo PREMID⁷. La puntuación máxima es de 9 puntos, considerándose baja adherencia la puntuaciones ente 0-3, moderada entre 4-6 y alta entre 7-9. Además de la encuesta se recogió información sobre el índice de masa corporal Kg/m². El peso se realizó con los sujetos descalzos y sin abrigo; se determinó en una báscula clínica electrónica (sensibilidad de la escala a 100 gr). La talla, \pm se empleó un tallímetro convencional y con el sujeto apoyado en el suelo y descalzo. IMC, se calculó con la fórmula de peso en kilos, entre la talla en metros al cuadrado (Kg/m²).

Tabla 2. Resultados de la encuesta, global y por sexos.

Grado de adherencia	Global(N=201) n (%)	Mujeres(N=103) n(%)	Varones(N=98) n (%)	P
Alta	28(13,9)	17(16,5)	11(11,2)	>0,05
Intermedia	48 (23,8)	20(19,4)	28(28,5)	>0,05
Baja	125(61,9)	66(64,1)	59(60,2)	>0,05

Tabla 1. Cuestionario corto para valorar la adherencia a la dieta Mediterránea (referencia nº 7).

1. Aceite de oliva ³ 1 cucharada/día	+ 1
2. Fruta ³ 1 pieza/día	+1
3. Vegetales o ensalada ³ 1 ración/día	+1
4. Fruta ³ 1 pieza/día + vegetales ³ 1 ración/día	+1
5. Legumbres ³ 3 raciones/semana	+1
6. Pescado ³ 3 raciones/semana	+1
7. Vino tinto ³ 1 vasito/día	1+
8. Carne vacuno < 1 ración/día	+1
9. Pan blando < una ración/día y arroz < 1 ración/semana o Pan integral > 5 raciones/semana	+1

Los resultados de las variables continuas se presentan como media \pm DS, y las variables categóricas como porcentajes. La comparación de valores medios se hizo por la prueba de T- Student y los porcentajes por la del Chi-cuadrado. Se consideró la significación estadística en $p < 0,05$. Los cálculos estadísticos se hicieron utilizando el paquete informático SPSS versión 22, IBM (Chicago, USA).

RESULTADOS

Inicialmente se seleccionaron 214 individuos, de los cuales aceptaron realizar la encuesta anónima 201 personas, 103 mujeres, con una edad media de $56,6 \pm 19$ años, (rango 18-88 años). El IMC medio fue de 25 ± 4 . De acuerdo con el IMC (Kg de peso/ (talla en metros)², 47,5 % de los sujetos tenían normopeso, 40,6% sobrepeso y 11,4% obesidad.

La puntuación de la prueba de adherencia a la DM en la muestra total de personas fue de $3,38 \pm 2,0$ puntos. Veintiocho de los 201 (13,9%) sujetos tenían una puntuación entre 7-9, 48 (23,8%) entre 4-6 puntos y 125 (61,9%) entre 0-3 puntos. No observando diferencias entre mujeres y varones (Tabla 2). Al dividir la muestra por IMC, el 89,3% de los sujetos con normopeso tenían una puntuación de alta adherencia, mientras que en el grupo con $IMC \geq 30$ fue de 10,7%, $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

El grupo del Prof. Martínez-González y cols.⁸ demostró que la adherencia a la DM se asociaba significativamente a un efecto protector sobre el desarrollo de infarto de miocardio, para este estudio utilizó un encuesta de 136 preguntas. Dado el tiempo requerido para realizar la encuesta, poco después desarrollaron un cuestionario dietético mucho más sencillo que consta de 9 preguntas y que mostró resultados similares a los obtenidos con el anterior cuestionario largo⁷. Por ser apto para su utilización en la práctica clínica elegimos este cuestionario en el presente estudio.

Los resultados del presente estudio confirman la baja adherencia a la DM observada en nuestro país en distintos colectivos en la última década⁹⁻¹¹. A pesar de las evidentes limitaciones de nuestro estudio, sobretodo relacionados con el tamaño de la muestra, creemos que tiene valor si se consideran junto con otros estudios publicados los últimos años. El citado progresivo abandono de patrón alimentario propio de la DM se puede explicar por que se dedica menos tiempo a la compra de alimentos y elaboración de las comidas, en cambio, se prefieren los alimentos procesados que generalmente conllevan un consumo excesivo de alimentos de origen animal, especialmente de carnes y derivados, y de azúcares refinados, propios de las sociedades del norte de Europa y Norteamérica, con el consecuente incremento de grasas saturadas y colesterol en la dieta, fenómeno que esta ocurriendo en la mayoría de países bañados por el mediterráneo.

¿Que se puede hacer para invertir la tendencia al abandono de un patrón alimentario saludable en nuestra población? Sabemos que en el año 2014 se creó un grupo de trabajo de la DM dependiente y adscrito a la Conferencia Sectorial de Agricultura y Desarrollo Rural del Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente, cuyo cometido principal es fomentar la adherencia de la población española a la dieta Mediterránea, los resultados de la misma se presentan en informes periódicos⁵. La información que aportan los estudios recientes^{6,9-10}, recomiendan que se intensifique el esfuerzo por parte de las autoridades competentes, los responsables políticos, investigadores y la industria alimentaria para que aumenten su colaboración con el fin de invertir la tendencia de la cada vez más frecuente baja adherencia a un patrón alimentario saludable.

Se necesitan campañas de sensibilización para promover entre los consumidores, principalmente la población infantil, la demanda de productos mediterráneos tradicionales, con la vista puesta en una mejor integración de las tendencias alimentarias y los hábitos de consumo actuales con el uso de productos locales en toda la región.

En apoyo de estos objetivos, el CIHEAM (International Centre for Advances Mediterranean Agronomic Studies) emitió en julio del 2016, desde Milán en la Primera Conferencia sobre la Revitalización de la dieta mediterránea, un llamamiento a la acción denominado Med Diet EXPO, pidiendo es-

fuerzas para preservar los agroecosistemas mediterráneos, hacer que los sistemas alimentarios de la región sean más sostenibles, y garantizar la seguridad alimentaria y la nutrición a una población en crecimiento.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados confirman la baja adherencia a la DM observada en nuestro país en distintos colectivos en la última década y que la baja adherencia a la DM se asocia con mayor tendencia al desarrollo de obesidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Willet E, Sacks F, Trichopoulos A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, et al. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *Am J Clin Nutr* 1995; 61 (Suppl. 1): 1402-1406.
2. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health; an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2010; 92: 1189-1196.
3. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Arós F, Gómez-Gracia E, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with Mediterranean diet. *N Eng J Med* 2013; 368: 1279-1290.
4. Schwingshackl L, Hoffmann G. Does a Mediterranean type diet reduce cancer risk? *Curr Nutr Rep* 2016; 5: 9-17.
5. Del Pozo S, García Iglesias V, Cuadrado C, Ruiz E, Valero T, Ávila JM, et al. Valoración nutricional de la dieta española de acuerdo al panel de consumo alimentario. Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente, 2012.
6. Abellán-Alemán J, Guerrero L, Zafilla M, Ramos E, Montoro S, Leal M, et al: Seguimiento de la dieta Mediterránea en la población adulta española. Datos del estudio Dimérica. *Rev Clin Esp* 2014; 214 (Especial Congresos): 1111.
7. Martínez-González MA, Fernández-Jarne E, Serrano-Martínez M, Wright M, Gómez-Gracia E. Development of a short dietary intake questionnaire for the quantitative estimation of adherence to a cardioprotective Mediterranean diet. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58:1550-1552.
8. Martínez-González MA, Fernández-Jarne E, Serrano-Martínez M, Martí A, Martínez JA, Martín-Moreno JM. Mediterranean diet and reduction in the risk of a first acute myocardial infarction: an operational healthy dietary score. *Eur J Nutr* 2002; 41: 153-160.
9. Ayechu A, Durá T. Calidad de los hábitos alimenticios (adherencia a la dieta mediterránea) en alumnos de educación secundaria obligatoria. *An Sist Sanit Navar* 2010; 33: 35-42.
10. 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: 1667-1674.
11. Durá Travé T, Castroviejo Gandarías A. Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutr Hosp* 2011; 26: 602-608.