



REVISIÓN

La dieta mediterránea está de moda

*M^a T. LEÓN ESPINOSA DE LOS MONTEROS, **M^a D. CASTILLO SÁNCHEZ

**Doctora en Medicina, Médico de Familia, Experto Universitario en Nutrición Clínica y Dietética. Residente Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. **Doctora en Medicina, Asesor Técnico de Valoración, Experto Universitario en Nutrición Clínica y Dietética, Granada.*

La gran incidencia de enfermedades crónicas, como la cardiopatía isquémica y el cáncer presentes en la civilización occidental, ha motivado la búsqueda de factores que pudieran colaborar en su desarrollo y prevención. La potenciación de hábitos de vida sanos, como el abandono del tabaco, ejercicio moderado y el descenso en el consumo de alcohol, unidos a una dieta adecuada, se han manifestado como armas eficaces en la prevención del infarto, cáncer, obesidad, etc. El menor porcentaje de infarto, hasta el momento, se sitúa en el área mediterránea, caracterizada por unos hábitos nutricionales específicos, los cuales han demostrado influir en la tasa de incidencia de la enfermedad cardiovascular y neoplásica. El término "Dieta mediterránea" ha adquirido una gran popularidad en los últimos años, aunque es difícil definir, si no imposible, cuál es la dieta saludable que recomienda el mundo científico y en qué medida esa dieta o parte de ella es seguida por los distintos pueblos que configuran el mundo mediterráneo.

El marco o espacio mediterráneo es una construcción sociocultural edificada sobre los países o territorios ribereños del mar Mediterráneo. Los alimentos y los hábitos culinarios que lo configuran se han consolidado a lo largo de los siglos y son el resultado de factores geográficos y climáticos, así como de las circunstancias culturales, políticas y religiosas de los pueblos mediterráneos. El área mediterránea está identificada por unas características basadas en la agricultura (cultivo natural de cereales, olivos, viñas, legumbres y hortalizas), la pesca (fácil obtención de

pescado) y poseer numerosas aves de corral, así como mínima ganadería ovina, caprina y porcina. Los alimentos y sus transformaciones culinarias están íntimamente ligados a la esencia de los pueblos, su forma de ser, su cultura y su historia.

La dieta mediterránea está basada en criterios y engloba alimentos y técnicas culinarias típicas de los países mediterráneos durante la primera mitad del siglo XX, que progresivamente se están abandonando por la anglosajona hegemonía cultural y económica.

■ DEFINICIÓN DE DIETA MEDITERRÁNEA

El concepto de dieta mediterránea fue desarrollado por Keys y Grande en los años cincuenta; se refería a los distintos hábitos alimentarios observados en el área mediterránea. En la actualidad esta dieta constituye un modelo teórico, basado en un patrón real que existió hasta la década de los sesenta en algunas regiones del área mediterránea y que posiblemente todavía exista en varias de estas zonas. No constituye una dieta única, sino un conjunto de dietas que comparten sobre todo dos características: el aporte de los macronutrientes a la ingesta calórica (53-58% de hidratos de carbono y 10-12% de proteínas) y la calidad de la grasa ingerida (7-10% de ácidos grasos saturados, 15-20% de ácidos grasos monoinsaturados y 6-8% de ácidos grasos poliinsaturados).

Características principales:

- Consumo elevado de frutas y verduras
- Consumo elevado de legumbres y cereales
- Uso del aceite de oliva como lípido principal
- Regular consumo de pescado
- Predominio de los procesos culinarios de:
 - A) Hervir agua
 - B) Freír en baño de aceite de oliva

Características secundarias:

- Consumo tradicional de vino en cantidad moderada durante las comidas.
- Escaso aporte cárnico con predominio de aves de corral.
- Ingesta moderada-baja, pero regular, de productos lácteos, escasa de hidratos de carbono simples y casi nula de alimentos preparados industrialmente.

La dieta mediterránea es el resultado de un largo proceso de confluencia entre el clima, los productos de la tierra y las necesidades alimenticias de las civilizaciones que han vivido en este entorno geográfico. Esta dieta tradicional, sabiamente elaborada a través de los siglos por la cultura popular, se ha convertido en los últimos años en modelo y patrón a seguir, recomendada por los expertos de muchos países occidentales.

La dieta mediterránea tiene unas características alimentarias concretas que la diferencian de la del resto de los países europeos no mediterráneos, como son un mayor consumo de aceite de oliva, cereales, legumbres, frutas y verduras y un bajo consumo de carnes y de grasas de origen animal. Diversos estudios epidemiológicos han relacionado esta dieta con una menor prevalencia en la población de enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer. Todo ello ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a los organismos de Salud Pública y a los profesionales de la nutrición a comprometerse en la tarea de promover el consumo de la dieta mediterránea como medio para racionalizar nuestros hábitos alimentarios y volverlos más saludables.

Nuestro país, con un legado alimenticio propio, pero integrado en una sociedad occidental permeable a otras culturas, y sometido a un progreso continuo y a nuevos estilos de vida, ha ido modificando determinadas pautas alimentarias y hábitos nutricionales. Estos cambios son inevitables y no tienen por qué implicar sólo consecuencias negativas. Más bien, parece necesario destacar los beneficios que una evidente

mejora de la ingesta de nutrientes ha producido en la población española, como el incremento de la tasa de crecimiento de las nuevas generaciones o de nuestra esperanza de vida al nacer. Sin embargo, en las últimas décadas se viene observando, en línea con los países centroeuropeos, una menor ingesta de hidratos de carbono y un gran incremento de la grasa dietética, lo que ha provocado, junto a otros factores y estilos de vida, mayores porcentajes de obesidad en nuestra población. Igualmente, las tasas de incidencia en España del cáncer de colon y recto se acercan cada vez más a las de los países del centro y norte de Europa, lo que se interpreta a través de un cambio en los estilos de vida y hábitos alimenticios. Se viene observando en nuestro país un mayor consumo de alimentos de origen animal, así como descenso del consumo de cereales, frutas, verduras, pan, etc. Por otra parte, aparece un incremento del consumo de productos transformados, como derivados cárnicos, conservas de pescado, galletas, bollería y platos preparados, lo que pone en duda actualmente que nuestra alimentación puede ser la misma que la de generaciones anteriores. Pero a pesar de todo, como se ha demostrado en diversos estudios, nuestra dieta, en comparación con las dietas de países no mediterráneos, sigue teniendo características propias de la dieta mediterránea, como un alto contenido en aceite de oliva, frutas, verduras, legumbres y cereales.

■ COMPOSICIÓN DE LA DIETA MEDITERRÁNEA

No es fácil definir en qué consiste la dieta mediterránea observando el presente; pero, si retrocedemos unos cincuenta años en el tiempo, comprobamos que existía una coincidencia en la dieta de los pueblos que vivían a orillas del mediterráneo. Esa dieta estaba integrada básicamente por pescado, cereales (pan o pasta, arroz), frutas, verduras y aceite de oliva, incluso, podemos casi atrevernos a afirmar que esa dieta continúa siendo la alimentación básica de muchos pueblos de la zona del mediterráneo más deprimidas económicamente. La dieta mediterránea, tal como la entienden las autoridades sanitarias, no se aleja mucho de ese modelo. Consiste en comer menos carne, menos huevos y menos productos lácteos de los que habitualmente consumimos, y comer más pescados, legumbres, frutos secos, cereales (pan, pasta, arroz), frutas y verduras frescas y aceite de oliva.



En definitiva, lo que se pretende es potenciar el consumo de unos alimentos y limitar o excluir el consumo de otros, de forma que la dieta resultante sea lo más beneficiosa posible para nuestra salud, beneficios ampliamente confirmados por los datos científicos de que disponemos.

Desde un punto de vista práctico, los alimentos más comunes presentes en esta dieta son:

Verduras y frutas

Los países mediterráneos poseen una variada gama de frutas y verduras muy agradables al paladar y aconsejables por su riqueza en fibra, vitaminas y minerales, y han constituido desde siempre una buena parte de la ingesta diaria en estos lugares. Los datos de que disponemos confirman que un consumo elevado de frutas y hortalizas tiene un efecto protector en relación con el cáncer; también por su influencia en la mecánica intestinal debe promocionarse su consumo. Esa protección se ha relacionado con la ingestión de vitaminas antioxidantes (A, C y E), que evitan la formación de radicales libres que intervienen en la génesis de tumores malignos, aunque no se descarta que otros componentes de estos alimentos tengan una participación activa en la protección contra el cáncer. Aumentar el consumo de frutas y verduras, como se propone a través de la dieta mediterránea, no es suficiente si no ponemos en práctica un conjunto de medidas en relación con los procesos de selección, conservación y preparación de los alimentos que nos permitan un aprovechamiento máximo de los nutrientes que contienen. Además, la forma de cocinar los alimentos puede acarrear una pérdida considerable de vitaminas y sales minerales, como es el caso de la vitamina C y el ácido fólico, que se destruyen por el calor, o de las vitaminas A y E, que, junto con las dos primeras, son destruidas por la luz solar y el oxígeno del aire. Recordaremos también que algunas vitaminas (C y ácido fólico) y muchas sales minerales de las hortalizas se disuelven en el agua que empleamos para hervirlas. Esos nutrientes son desaprovechados cuando no se utiliza el caldo de cocción. Por tanto, tan importante es comer frutas y verduras como cocinarlas adecuadamente.

Con la técnica de hervir en agua (sopas, potajes, guisados y hervidos), a pesar del inconveniente anteriormente comentado, se obtienen otras ventajas como seguridad alimentaria al disminuir el riesgo de enfermedades infecciosas bacterianas y parasitarias

transmitidas por el agua y alimentos. Otra ventaja es la mínima producción de sustancias potencialmente dañinas generadas por otras formas culinarias donde se alcanzan altas temperaturas (freír (185°C) o los 300°C en brasas o fuego directo); con estas temperaturas se ocasiona la desnaturalización de los alimentos con procesos de pirólisis (chamuscar, carbonizar, etc) que producen sustancias tóxicas, mutágenas y cancerígenas (acroleínas, benzopirenos, hidrocarburos policíclicos). La ebullición (100°C) incrementa la digestibilidad de los alimentos, pues se hidratan e hidrolizan las estructuras proteicas así como los carbohidratos complejos, lo que produce cambios en la textura que facilitan la entrada de enzimas digestivos y posibilita una mejor absorción.

Pescados

La grasa del pescado está constituida mayoritariamente por ácidos grasos poliinsaturados, grasas responsables de la protección cardiovascular de que disfrutaban las personas que las consumen. Sabemos que el consumo de pescado disminuye el colesterol y los triglicéridos de la sangre; además reduce la agregación plaquetaria, lo que dificulta la formación de trombos. Pero las grasas poliinsaturadas tienen el inconveniente de que se oxidan con facilidad y pueden ocasionar ciertos procesos nocivos para la salud. La OMS por este motivo recomienda un consumo de tales grasas entre el 3 y el 7% del total de energía, sin sobrepasar nunca el 10%. Las investigaciones bioquímicas centran la atención en los ácidos grasos ω -3, componentes habituales de la grasa de pescado; son ácidos grasos considerados esenciales (deben formar parte de la dieta diaria porque el organismo no puede sintetizarlos) y son capaces de reducir los niveles de triglicéridos y de lipoproteínas de muy baja densidad por disminución de síntesis a nivel hepático. Un aporte variable de 3 a 30 g/día de ácidos grasos ω -3 puede llegar a disminuir hasta el 65% las cifras de triglicéridos circulantes. Además estos ácidos grasos forman parte de los fosfolípidos de la membrana celular y son un factor decisivo en su fluidez e intercambios bioquímicos. Destacan por su contenido total en lípidos la familia de los salmónidos (salmones y truchas), así como la caballa y el salmónete, y en menor proporción las sardinas. Pero tanto, las especies ricas como las pobres en lípidos tienen proporciones muy elevadas de ácidos grasos de la familia ω -3 y una relación ω -3/ ω -6 muy alta, hecho que los

hace muy saludables. Sin embargo, las especies más recomendables son justamente las más grasas, por contener una mayor cantidad absoluta de ácidos grasos ω -3. Así, una ración normal de 200 g de caballa suponen el ingreso de casi 8 g de ácidos grasos ω -3, cantidad que, ingerida de forma regular, disminuye claramente la coagulabilidad de la sangre y reduce el riesgo de complicaciones agudas de la arterosclerosis. La dieta mediterránea cumple los requisitos de un menor aporte de carnes grasas (salvo en zonas del interior) y un buen aporte de productos obtenidos del mar.

Alimentos feculentos

Los cereales, como el trigo y su derivado el pan, han sido la base de la dieta mediterránea durante siglos, y junto con las legumbres y las patatas, ricos en hidratos de carbono complejos, han contribuido ampliamente a la dieta de estos pueblos. Debemos destacar el grupo de las legumbres (lentejas, garbanzos, guisantes, etc.) por el especial contenido de sus cubiertas: ejercen una acción beneficiosa y se debe promocionar su consumo en la alimentación ya que su ingestión resulta muy saludable dado el aporte de proteínas, vitaminas (sobre todo del grupo B), minerales (hierro, calcio) y fibra que proporcionan a la dieta.

En cuanto a la fibra, definida como la parte de los alimentos que somos incapaces de digerir, se encuentra presente en los cereales, frutas, verduras, legumbres y frutos secos; se debe incrementar su consumo, tal como se propone en la dieta mediterránea, para acercarnos a los 30 g que aconseja la OMS. La fibra se clasifica en fibra soluble y fibra insoluble. Son alimentos ricos en fibra soluble las legumbres, frutas (manzanas, ciruelas, etc.) y el salvado de avena, mientras que contienen gran proporción de la insoluble el salvado de trigo, los frutos secos y las hortalizas. Los efectos beneficiosos de la fibra soluble se basan en que dificultan la reabsorción de sales biliares, de las que es precursor el colesterol, lo que permite disminuir su tasa sanguínea y ralentizar la degradación y absorción de nutrientes. Por tanto, las personas con exceso de colesterol o con diabetes tipo 2 son las principales beneficiarias del consumo de este tipo de fibra. La fibra insoluble, menos degradable que la fibra soluble, se caracteriza por su capacidad para absorber agua en el intestino e incrementar varias veces su volumen. Como consecuencia de

ello, aumenta el peristaltismo intestinal y disminuye el tiempo de paso de los alimentos a lo largo del tracto digestivo. El consumo de fibra insoluble es, por tanto, la mejor terapia contra el estreñimiento crónico que padecen frecuentemente las mujeres y las personas de edad. Constituye también un factor de protección contra el cáncer de colon y de recto, probablemente gracias a la capacidad de diluir las posibles sustancias mutágenas en un volumen mayor de heces. Son alimentos ricos en este tipo de fibra las hortalizas y los cereales, especialmente estos últimos cuando son consumidos con la cáscara que los envuelve.

Aceite de oliva

Ha sido la grasa por excelencia utilizada en esta dieta y da un sabor inconfundible a sus platos. Sus características, que ahora comentaremos, lo hacen ser el aceite de elección para el consumo humano, tanto en crudo como en las distintas técnicas de cocinado. El aceite obtenido de la aceituna se comercializa bajo diferentes denominaciones: aceite de orujo, aceite de oliva y aceite de oliva virgen. Este último (que recibe la categoría de extra, fino o corriente, según su grado creciente de acidez), es utilizado como alimento desde hace milenios por los pueblos mediterráneos.

El principal componente del aceite de oliva (80-83%) es el ácido oleico (monoinsaturado); además, en la fracción no saponificable, el aceite de oliva contiene precursores de la vitamina A (β -carotenos: 1,5%), vitamina E (α -tocoferol: 150-170 mg/Kg). Tiene un bajo contenido en ácidos grasos poliinsaturados, pero el suficiente para cubrir las necesidades recomendadas con la ingesta diaria de 30-40 g. Estos factores se alteran en los procesos tecnológicos del refinado; por tanto, la capacidad protectora (antioxidante) y el aporte biológico del aceite virgen son muy superiores a las otras formas. En el área mediterránea, el 50% del aceite de oliva se consume crudo y el 50% en fritura y guisos. Su alto contenido en ácido oleico lo convierte en el más adecuado para las frituras por dos motivos fundamentales: primero, porque es más resistente a la descomposición química que provocan las altas temperaturas, no altera las proteínas del alimento tratado, y segundo, porque es menos absorbido por la superficie de los alimentos que se fríen en él, lo que aumenta la digestibilidad de éstos y disminuye



su valor calórico final. Tiene también un efecto de contracción de la vesícula biliar, lo que dificulta la formación de cálculos; facilita la absorción de metales como el calcio, hierro, cinc o magnesio. En cuanto a su efecto sobre el perfil lipídico, el aceite de oliva puede reducir el colesterol total y además mantener o elevar la fracción de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) del colesterol sérico, a diferencia de los ácidos grasos poliinsaturados de la mayoría de los aceites de semillas, que carecen de efectos beneficiosos sobre el colesterol HDL. La sustitución del aceite de oliva por otros aceites puede además privarnos de otros efectos deseables de este aceite, como los antioxidantes (confiere una mayor resistencia a la oxidación de las LDL -lipoproteínas de baja densidad- *in vitro* que los poliinsaturados), hipoglucemiantes o hipotensores (los ácidos grasos monoinsaturados disminuyen discretamente la tensión arterial frente a los saturados y los poliinsaturados) y parece que reduce también la agregabilidad plaquetaria.

El freír en baño de aceite de oliva constituye una técnica culinaria muy antigua y popular en la mayoría de los países mediterráneos. Con este método se obtienen unas temperaturas de 180-190°C que en presencia del oxígeno atmosférico incrementan los fenómenos de autooxidación que los lípidos experimentan espontáneamente a temperatura ambiental. Estos fenómenos dependen del grado de saturación de las grasas y son contrarrestados por las sustancias antioxidantes. Las grasas animales, a pesar de ser saturadas (frenan y retrasan la oxidación espontánea), por las temperaturas elevadas y por no contener agentes antioxidantes se autooxidan rápidamente. Los aceites de semillas vegetales, a pesar de ser ricos en sustancias antioxidantes, son fácilmente oxidables por el grado de poliinsaturación de sus ácidos grasos. En cambio, el aceite de oliva se comporta muy estable ante los fenómenos de autooxidación a temperaturas elevadas, ya que, además de poseer un grado mínimo de insaturación, presenta numerosos agentes antioxidantes. Por tanto, el aceite de oliva mantiene la estabilidad incluso a altas temperaturas y puede ser usado repetidamente sin temor a la termooxidación.

Para que los alimentos absorban menos aceite se recomienda colocarlos en la freidora o sartén cuando el aceite está ya muy caliente. Así mismo, se aconseja utilizar el método del baño en aceite, ya que, además de conseguir una transformación más homogénea del alimento, se evita el chamuscamiento

parcial ocasionado por la escasa cantidad de aceite.

Carnes y huevos

La carne de cerdo, conejo, aves de corral, la caza y los huevos, contribuían al aporte proteico de esta dieta. El cerdo y derivados constituían una fuente importante de alimento, aunque su consumo no era elevado. Actualmente, se ha incrementado la ingesta de estos productos y se recomienda disminuir el consumo de carnes, embutidos y huevos en nuestra dieta habitual. Los ácidos grasos saturados son el principal componente de la grasa de los animales terrestres y de la grasa de algunos vegetales (coco, palma, palmiste) muy empleados por su bajo coste en la preparación de bollería industrial. Las grasas saturadas incrementan el colesterol total de la sangre, aumentan la fracción de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) y disminuyen la fracción de colesterol que aparece unido a lipoproteínas de alta densidad (HDL-C). Las LDL-C aumentan el riesgo de padecer aterosclerosis mientras que las HDL-C lo reducen. En la dieta de los países occidentales ocupa un lugar preferente el consumo de huevos, carnes, leche y derivados lácteos como la mantequilla, la nata, los yogures o el queso. La grasa de estos alimentos es rica en ácidos grasos saturados y contiene, además, una cantidad apreciable en colesterol. La OMS recomienda no consumir más de un 10% de la energía total en forma de grasa saturada, en relación con la prevención de cardiopatías. Por todo ello, debemos limitar el consumo de estos alimentos (huevos, carne de cerdo, cordero, ternera, quesos curados, nata, mantequilla o crema de leche) y sólo comerlos ocasionalmente.

Leche y derivados lácteos

La leche de cabra y oveja era un alimento diario en la dieta mediterránea, aunque su consumo no fuese elevado. Hoy en día, su ingesta se ha incrementado, hecho beneficioso por ser un alimento fundamental en todos los grupos de edad por su riqueza en calcio y proteínas de alto valor biológico.

Bebidas alcohólicas

El vino se consumía en más cantidad que otras bebidas, como la cerveza u otros alcoholes de más

graduación (whisky, ginebra, ron, etc.); aunque se usara en esta dieta, se hace recomendable siempre la moderación en el consumo de este tipo de bebidas. Posiblemente el efecto más establecido del alcohol sea el incremento del colesterol de las lipoproteínas HDL; parece que consumos moderados de alcohol mejoran la capacidad fibrinolítica, reducen la fibrinogenemia y disminuyen la agregabilidad plaquetaria. El vino tinto tiene otros componentes que pueden tener un efecto antiaterogénico por mecanismos distintos a los cambios en el perfil lipoproteico. Entre ellos se encuentra su alto contenido en distintos polifenoles (flavonoides y no flavonoides, antocianinas, taninos solubles, etc.), que tienen un potente efecto antioxidante. Al otro lado de la balanza del riesgo cardiovascular hay que situar el incremento de la tensión arterial relacionado con el excesivo consumo de alcohol, considerado como tal por encima de unos 70 g diarios.

Los frutos secos

Son también un alimento consumido, no de forma habitual, pero sí con cierta frecuencia en la dieta mediterránea. Son muy ricos en grasas monoinsaturadas, por lo que la sustitución isocalórica de grasa saturada por frutos secos reduce la colesterolemia, como ocurría con el aceite de oliva. Otro aspecto interesante del consumo de frutos secos es su alto contenido en ácido α -linolénico, especialmente la nuez, pero que también se encuentra en abundancia entre otros en la soja. Este ácido graso modula favorablemente el metabolismo del ácido araquidónico y reduce la agregabilidad plaquetaria. Sin embargo, hay que tener en cuenta en pacientes con hiperlipemias y cardiopatía isquémica el importante contenido calórico de los frutos secos y que su utilización debe sustituir a una cantidad equivalente de calorías de grasa saturada.

■ DIETA MEDITERRÁNEA COMO DIETA RECOMENDABLE

Junto a modos de vida sanos, como evitar el sedentarismo, el abandono del tabaco, la disminución de la ingesta de alcohol y el tratamiento de la hipertensión arterial, el manejo adecuado de la dieta es el arma principal con que contamos para luchar contra las dos principales causas de muerte: el infarto y el

cáncer. Podríamos establecer las siguientes conclusiones en la promoción de una dieta recomendable:

1. Aporte de un 40-60% del valor calórico total diario (VCT) en forma de carbohidratos, con predilección por las legumbres, verduras y frutas.
2. Límite de un 30% del VCT en forma de lípidos, dando prioridad al aceite de oliva y las grasas de pescado.
3. Aporte proteico de un 15-20% del VCT con principal representación de los pescados grasos. Así se cumple una doble función con respecto a las proteínas y los ácidos grasos ω -3.
4. Los micronutrientes (vitaminas y oligoelementos) están asegurados con la presencia de alimentos frescos (frutas y verduras) y el cuidadoso manejo de la tecnología culinaria.

Desde el punto de vista alimentario, esta ingesta de nutrientes se consigue realizando una dieta similar a la plasmada en la llamada pirámide de la dieta mediterránea, en la que se recomienda comer a diario cereales, entre los que se incluyen la pasta, frutas y verduras, legumbres, cantidades suficientes de leche y derivados lácteos y aceite de oliva. El resto de los alimentos se deberían ingerir con una menor frecuencia, aunque se recomienda el consumo de pescado, preferentemente, y pollo y huevos varias veces a la semana.

La dieta mediterránea es rica en sabores y fuente de salud; es sin duda la mejor combinación posible de alimentos para favorecer la salud de la población: últimamente se pone de ejemplo de alimentación equilibrada.

Las ventajas de la dieta mediterránea son:

- Previene contra alteraciones del sistema digestivo y metabólico, como diabetes o la hiperlipemias.
 - Previene contra enfermedades del sistema circulatorio (arteriosclerosis, enfermedades de corazón).
 - Es de ayuda en la lucha contra la obesidad.
 - Previene ciertos cánceres como el de colon.
 - Es una dieta accesible pues son alimentos de nuestra tierra (nuestro medio es rico en gran cantidad de verduras, hortalizas, frutas, cereales, legumbres, aceite de oliva, pescados etc.).
 - Es una dieta económica, pues los alimentos que la componen son baratos (los alimentos más caros suelen ser las carnes).
 - Es una dieta sabrosa y muy variada.
- Últimamente resulta preocupante el aumento del consumo de grasas saturadas, derivadas del in-



cremento del consumo de carne y leche y derivados se ha reducido el consumo de carbohidratos complejos aportados por los cereales de legumbres. Pero la situación epidemiológica actual en España en cuanto a la mortalidad cardiovascular en general, e isquémica en particular, no permite ser alarmista. Sin embargo, la tendencia de determinados factores de riesgo y de determinados hábitos de alimentación, sobre todo en los grandes

núcleos urbanos, sí obligan a tener cierta cautela y a promover campañas para concienciar a la población general en cuanto a la importancia de los estilos de vida sanos, con una alimentación similar a la de la dieta mediterránea ideal, pobre en grasas de origen animal, rica en cereales, verduras, frutas y aceite de oliva, con un razonable consumo de pescado y ocasional consumo de carnes y vino.

■ BIBLIOGRAFÍA

- **Álvarez-Sala Walther LA, Millán Núñez-Cortés J, de Oya Oterro M.** La dieta mediterránea en España. ¿Leyenda o realidad? (I). El estudio de siete países. Algunos elementos de la dieta mediterránea: aceite de oliva y el vino tinto. *Rev Clin Esp* 1996; 196: 548-556.
- **Álvarez-Sala Walther LA, Millán Núñez-Cortés J, de Oya Oterro M.** La dieta mediterránea en España. ¿Leyenda o realidad? (II). Otros elementos de la dieta mediterránea: verdura y fruta, el pescado. Evolución de la dieta y de las enfermedades cardiovasculares en España en las últimas décadas. *Rev Clin Esp* 1996; 196: 636-6446.
- **Arija V, Salas Salvadó J, Fernández-Ballart J, Cucó G, Martí-Henneberg C.** Consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población de Reus (IX). Evolución del consumo de alimentos, de su participación en la ingestión de energía y nutrientes y de su relación con el nivel socioeconómico y cultural entre 1983 y 1993. *Med Clin* 1996; 106: 174-179.
- **Belenguer M.** La saludable dieta de nuestros antepasados. *Salud* 1994; 53: 8-9.
- **Ferrís i Tortaja J, García i Castell J.** Recuperar la dieta mediterránea: un reto pediátrico. *Rev Esp Pediatr* 1997; 53: 546-554.
- **Medrano Heredia J, Mataix Verdú FJ, Aranceta Bartrina J.** Dieta mediterránea. En: *La dieta mediterránea y Alicante*. Universidad de Alicante 1994; 25-44.
- **Rodríguez Artalejo F, Banegas JR, Gra-**
- **ciani MA, Hernández Vecino R, Rey Calero J.** El consumo de alimentos y nutrientes en España en el período de 1940-1988. Análisis de su consistencia con la dieta mediterránea. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 161-168.
- **Sastre Gallego A.** La dieta mediterránea. *Nutrición Clínica Dietética Hospitalaria* 1990; 10: 45-52.
- **Tinajas Ruiz A.** Dieta mediterránea, nutrición y salud. *Nutrición Clínica* 1995; XV (1): 39-54.
- **Vilardell F, Portero M, Aragón M, Bellmunt MJ, Pamplona R, Prat J.** Composición en ácidos grasos de los pescados más comunes en la dieta española. Dieta y lípidos marinos. *Rev Clin Invest Arteriosclerosis* 1995; 7: 45-51.