

Adaptaciones de la dieta mediterránea a la alimentación de la población mexicana

Adaptation to the mediterranean diet to the diet of the Mexican population

Tania S. Martínez-Ensastiga ^a, Guadalupe López-Rodríguez ^b, Marcos M. Galván ^c

Abstract:

Food is the most complex and necessary human fact; it represents one of the main components that makes up a lifestyle that determines the health and nutrition status of the population. There is scientific evidence that the mediterranean diet can prevent the development of cardiovascular and metabolic diseases, is so relevant to explore the possibility adaptation to the diet of the Mexican population, where more than 70% of total mortality in adults is due to a consequence of chronic non-communicable diseases..

Keywords:

Mediterranean diet, cardiovascular diseases, Mexican diet.

Resumen:

La alimentación es el hecho humano más complejo y necesario; representa uno de los principales componentes que configura un estilo de vida determinante del estado de salud y nutrición de la población. Se cuenta con evidencia científica de que la dieta mediterránea puede prevenir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas, por lo que es relevante explorar la posibilidad de su adaptación a la alimentación de la población mexicana, donde más del 70% de la mortalidad total en adultos se debe a consecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Palabras Clave:

Dieta mediterránea, enfermedad cardiovascular, dieta mexicana

Introducción

La alimentación como proceso, es el acto de ingerir alimentos para usarlos con fines fisiológicos; sin embargo, también tiene fines individuales y sociales, por el carácter dual del gusto como construcción social que condiciona al sujeto para elegir lo que consumirá. Desde años atrás se conoce que la alimentación está ampliamente relacionada con la nutrición el cual es un factor de importancia crucial, tanto para mantener la salud de las personas, como en los grupos humanos para mantener la cohesión social. ¹

La sociedad, por tanto, es un espacio existencial que condiciona la conducta humana. Toda sociedad tiene patrones de comportamiento, los cuales rigen una

conducta y dan sentido a su existencia. A este conjunto de conductas, costumbres y símbolos sociales, se les conoce como cultura. ²

Esto implica, entre otras cosas, que cada cultura tenga su propio concepto de alimentación correcta y que este cambie a través del tiempo. En general, la idea de alimentación correcta define qué se debe comer, en qué momento y lugar, cómo se debe preparar, con quién se debe consumir, con qué y por qué. ³

Los hábitos alimentarios son en su mayoría comportamientos aprendidos y transmitidos por generaciones e integrados como un modo de vida, por lo que se pueden considerar parte de la cultura de una comunidad. Además, intervienen factores psicológicos individuales y sociales que definen las preferencias por

^a Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0003-2287-8992>, Email: tania.agosto29@gmail.com

^b Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0001-5432-0382>, Email: glopez@uaeh.edu.mx

^c Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0002-3254-4470>, Email: marcos_galvan3112@uaeh.edu.mx

los alimentos, el gusto por un alimento y su consumo. Un rol social, cultural y psicológico relevante está representado por los padres como pilar para adquirir hábitos positivos, a través de la exposición repetida lo que va a construir un comportamiento a futuro en los menores.⁴

México es un país cultural, económico y socialmente diverso que a través de los años ha experimentado cambios estructurales muy rápidamente. Los efectos de la globalización han permitido la urbanización y con ello el aumento en la disponibilidad de alimentos que a su vez han mostrado tener impacto en la forma de comer de la población, particularmente en las zonas urbanas donde los cambios han sido más agudos y rápidos. De manera general, las formas de comer dependen de los recursos económicos, el acceso, la cultura y la zona geográfica.⁵

México, tiene aproximadamente 30 mil especies de plantas comestibles, pero el humano solo emplea 7 mil. Sólo 30 especies representan el 95% del consumo en calorías y proteínas en el mundo, y sólo tres (maíz, arroz y trigo) proveen la mayor parte de la energía vegetal consumida. La transición cultural ha causado el abandono del consumo de muchas de ellas, las cuales poseen un alto valor nutrimental. Por ejemplo, el consumo de tortilla se ha reducido en un 20% en los últimos años, incrementado el consumo de pan y favoreciendo una dieta rica en harinas refinadas y grasas, desplazando a los alimentos tradicionales como el frijol, maíz y chile.⁶

De manera general, se puede remarcar la diversidad de alimentación de acuerdo a la localidad, por ejemplo, en el norte del país se consume más carne y productos de trigo mientras que en el sur la presencia de la dieta tradicional basada en maíz y frijol es más común. En la costa los guisos de pescado son más comunes que en el interior donde su consumo es esporádico en la población general.⁵

Por otro lado, en Europa, la dieta de los países mediterráneos ha evolucionado hacia patrones más industrializados; sin embargo, conserva los patrones de consumo típicos de las dietas mediterráneas, en las cuales se encuentran las legumbres, cereales, frutas, verduras, hortalizas y pescado, aceite de oliva, frutos secos y pescado, acompañado de vino con moderación, y un bajo consumo de carne y lácteos.⁷

En los países del norte de Europa se han incorporado una mayor cantidad de productos típicamente mediterráneos en sus dietas, la disponibilidad de aceite

de oliva, frutas, vegetales, pescado y marisco y vino se ha multiplicado por cinco en los últimos 40 años.⁸

Entre los ácidos grasos predominantes consumidos en los países mediterráneos destacan las grasas monoinsaturadas. En Grecia, España e Italia, más del 15% del total de grasas son de naturaleza monoinsaturada, en España incluso es más del 20% y también la dieta se ha enriquecido con ácidos grasos poliinsaturados, el cual ha incrementado del 4,5% de la energía total en 1961 al 7% de la energía total actualmente.⁹

La dieta mediterránea

Esta dieta está asociada a la reducción en la mortalidad global y en la incidencia de eventos cardiovasculares como cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebrovasculares.¹⁰

Las dietas mediterráneas se caracterizan por tener un consumo elevado de aceite de oliva, lo cual representa un mayor consumo de ácidos grasos monoinsaturados en comparación con el consumo de ácidos grasos saturados; otro rasgo característico es el consumo de hortalizas frescas en ensaladas con poco aceite de oliva o poco cocinadas, lo cual ayuda al mantenimiento de vitaminas y minerales y de otros componentes nutricionales que se pierden durante la cocción.¹¹

La dieta mediterránea ha sido descrita como uno de los modelos dietéticos más saludables debido a la selección de alimentos que incluye, alto aporte de ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados, así como un buen aporte de vitaminas (A, C y E), fitofármacos (licopenos y antioxidantes) que la componen, en conjunto con el vino tinto (resveratrol) resultando benéficos para la salud.¹²

Desde el 2013 la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO), nombró a la dieta mediterránea, como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad.¹³

Los componentes bioactivos que son responsables de los efectos beneficiosos de esta dieta son los antioxidantes, la fibra y los fitoesteroles, provenientes de productos vegetales, verduras, frutas, legumbres, aceite de oliva virgen y vino tinto; los ácidos grasos monoinsaturados presentes en el aceite de oliva; los ácidos grasos omega-3 provenientes de productos marinos y de frutos secos; y los probióticos derivados de alimentos fermentados como queso y yogur, entre otros (Tabla 1). Un consumo bajo de grasas saturadas

provenientes de carnes rojas, y abundante consumo de agua simple.¹⁴

¿Es posible adaptar la dieta mediterránea a la alimentación de la población mexicana?

En la actualidad el sobrepeso y la obesidad (SyOb) son los principales problemas de salud nutricional en el mundo. En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT) informó que la prevalencia de SyOb fue de 72.5% (9). Lo que a su vez predispone al desarrollo de comorbilidades que la acompañan: resistencia a la insulina, DM2, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares, apnea del sueño, aumento de concentración de marcadores inflamatorios, así como algunos tipos de cáncer.¹⁵

Por una parte, se debe considerar que un aspecto fundamental en la prevención y tratamiento del SyOb es la educación alimentaria nutricional, para lo cual se debe considerar los aspectos socioeconómicos, culturales y geográficos de los individuos, así como el diseño de estrategias pedagógicas o psicopedagógicas adecuadas.¹⁶

Pero también deben considerarse alternativas para su alimentación. Se ha propuesto la dieta mediterránea como un patrón dietético que cuenta con evidencia científica sobre la pérdida de masa grasa y efecto positivo en marcadores metabólicos. Se ha encontrado evidencia de que la adherencia a la dieta mediterránea reduce hasta un 29% la probabilidad de padecer obesidad en hombres y favorece la disminución de la adiposidad central por lo que este patrón dietético puede ser una opción eficaz en el control y la reducción de tejido adiposo.¹⁷

México es uno de los diez países con mayor incidencia de diabetes tipo 2 (DM2); se ha reportado que el 9.4% de los adultos reportaron tener un diagnóstico previo de diabetes. Se estima que para el año 2030 la prevalencia de esta enfermedad sea del 18%, lo que se puede atribuir a la obesidad en conjunto con malos estilos de vida.⁹

En una revisión sistemática se comprobó que la adherencia a la dieta mediterránea disminuía el riesgo de desarrollar DM2 a través de un mayor control de la hemoglobina glucosilada en pacientes con esta enfermedad. Se considera que este tipo de dieta es una buena opción para la prevención y tratamiento de la DM2 por su adecuada proporción de hidratos de carbono, bajo

contenido de azúcares refinadas, alto contenido de fibra dietética, contenido moderado de grasa pero suficiente de grasas monoinsaturadas.¹⁸

Por ello el objetivo de este trabajo fue describir los elementos de la dieta mediterránea que pueden ser adaptables en la alimentación de la población mexicana para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Metodología

Para este estudio se realizó una revisión narrativa de la literatura de bases de datos PUBMED, Scielo y Google Académico, con el fin de identificar alimentos de la dieta de los mexicanos que por sus características nutricionales y funcionales pudieran ser considerados elementos similares a la dieta mediterránea. Con la información identificada se elaboró una tabla con alimentos característicos de la dieta mediterránea y su posible equivalencia en la dieta mexicana.

Elementos de la dieta mediterránea en la dieta mexicana

Pescado

Una característica significativa de la dieta mediterránea es el consumo reducido de carnes, sobre todo rojas en comparación con el pescado y huevo. En algunos estudios se ha comprobado que el consumo de pescado es favorable para la salud debido a su alto contenido de ácidos grasos poliinsaturados de la serie omega 3, los cuales son un componente fundamental de los fosfolípidos de las membranas celulares y es un factor decisivo en su capacidad de llevar a cabo intercambios químicos.¹⁹

Frutas y verduras

La vitamina A o retinol proviene de los carotenos, principalmente del β caroteno, ya que una sexta parte de este último se transforma en retinol, y frutas como la papaya, mango, durazno, melón y de verduras como las acelgas, las espinacas, la zanahoria y el brócoli, tienen un alto contenido de β -caroteno, por lo que es relativamente fácil completar los requerimientos de esta vitamina.²⁰

Así como un consumo variado de frutas y verduras asegura una ingesta adecuada de nutrientes indispensables como la vitamina C, la fibra y los compuestos fitoactivos.²¹

Además, por su baja densidad calórica, ayudan a prevenir un aumento de peso corporal y disminuyen el riesgo de enfermedades no transmisibles.²²

Aceites y oleaginosas

Estos alimentos son una fuente importante de antioxidantes como la vitamina E y el selenio, ricos en fitoquímicos y ácidos poliinsaturados que tienen un impacto importante y positivo en la neurogénesis, por eso se ha reportado una asociación entre el consumo de frutos secos y la función cognitiva, velocidad visual y memoria inmediata. Se ha encontrado evidencia de que el consumo de 30 gramos de frutos secos y aceite de oliva incluidos en una dieta saludable mejoran la función cognitiva.²³

Aceite de oliva: Es el elemento más característico de la dieta mediterránea y destaca por su alto contenido de ácido oleico (56-83%). Su efecto positivo se ha relacionado sobre el desarrollo de enfermedades coronarias, ya que tiene acción sobre los lípidos plasmáticos.¹¹

Leguminosas, cereales y tubérculos

Las leguminosas, específicamente el frijol, que es de consumo popular en México y es el segundo cultivo que más se produce y se consume después del maíz; el frijol es rico en proteína, fibra, hierro y ácido fólico.²⁴

El consumo de cereales integrales como trigo, cebada, avena centeno y arroz tienen efecto por los fitoquímicos presentes en ellos, además de tener relación con un menor índice glucémico.¹¹

Derivados lácteos

Alimentos altos en proteína, calcio y vitaminas. Es conveniente ingerir lácteos desnatados o reducidos en grasas y azúcares, ya que si se ingieren lácteos con grandes cantidades de azúcar o grasas hay una asociación con el incremento del peso corporal.²⁵

Compuestos bioactivos

Resveratrol

El resveratrol es un polifenol natural que se produce en las plantas como defensa ante los ataques fúngicos o bacterianos. Dentro de los frutos presentes en la dieta humana los más característicos son las moras, arándanos, grosellas, y cacahuates; sin embargo, también se encuentra en las uvas en particular en su piel, semillas, peciolo y partes leñosas (pepitas) que son las más ricas en este compuesto. De ahí que el vino tinto sea más rico en resveratrol que el blanco, ya que en el proceso de obtención del tinto se maceran estas partes de la uva, mientras que en el caso del blanco se desechan. Con un consumo moderado de vino tinto se pueden llegar a ingerir 25 mg de resveratrol; considerado por su alta acción antioxidante.²⁶

Polifenoles

Los polifenoles presentes en los extractos de uva han demostrado que ayudan a la disminución de la oxidación de lipoproteínas de baja densidad (LDL) así como la bajada de la agregación plaquetaria mejorando varias enfermedades cardiovasculares.²⁷

Tabla 1. Alimentos característicos de la dieta mediterránea y su posible equivalencia en la dieta mexicana.

Alimentos de la dieta mediterránea	Alimentos de la dieta mexicana que pueden ser equivalentes a la dieta mediterránea
Pescados y Mariscos	
Almeja, atún, bogavante, merluza, bacalao, camarón, calamar, mejillón, ostra, salmón, lenguado, sardina y trucha.	Mojarra, carpa, trucha, atún, huachinango, sierra, robalo, salmón, camarones, sardina.
Verduras	
Alcachofa, tomate, espárrago, pimientos, berenjena, espinacas, brócoli, lechuga, remolacha, pepino, champiñones, zanahoria.	Nopales, chilacayote, chayote, acelgas, berros, calabacitas, cebolla, hongos, cilantro, ejotes, espinaca, jícama, jitomate, lechuga, pimientos, quelites y rábano.
Frutas	
Uva, sandía, fresa, naranja, kiwi, manzana, plátano piña, pera, dátiles, higos, mandarina y melocotón.	Zapote, guayaba, durazno, mandarina, manzana, naranja, plátano, zarzamora, fresa, granada, mango, melón, sandía, mamey, papaya, tuna, y tejocote.
Aceites y oleaginosas	
Aceite de olivo, avellana, nueces, almendras, nuez, mostaza y aceitunas.	Aguacate, almendra, ajonjolí, aceite de maíz, y girasol, pepitas, pistaches, nueces, cacahuates, y aceitunas.
Cereales, tubérculos y leguminosas	
Arroz, pan integral, avena, cebada, cucú, melindros, biscotes, pasta, patatas, judías, garbanzo, alubias, guisantes, lentejas, batatas y nabos.	Tortilla de maíz, pan integral, pasta, amaranto, avena, arroz, yuca, camote, papa, haba, garbanzo, frijoles y lentejas.

Alimentos de origen animal	
Gallina, pavo, huevo, lácteos bajos en grasa.	Res, pollo, huevo, guajolote, puerco, lácteos y derivados bajos en grasas.
Bebida	
Vino	Vino y jugo de uva natural fresco

Modificado de: Díaz Yubero I. La evolución de la alimentación y la gastronomía en España. La cocina en su tinta.2010;121-54. Y McClung de Tapia E, Martínez Yrizar D, Ibarra Morales E, Adriano Morán CC. Los orígenes prehispánicos de una tradición alimentaria en la cuenca de México. An Antropol.2014;48:97-121.

Conclusiones

Si bien en México, se cuenta con una gran diversidad de alimentos ricos en nutrientes, los malos hábitos de alimentación tienen un papel fundamental en el desarrollo de obesidad y enfermedades crónicas, por lo cual la integración de alternativas de consumo de alimentos como medidas de prevención puede jugar un papel muy importante en el tratamiento de dichas enfermedades. La dieta mediterránea ha demostrado tener efectos positivos a nivel cardiovascular y efectos preventivos contra otras enfermedades. Se concluye que adoptar una dieta saludable es necesario para la población mexicana, y se identifican algunos alimentos producidos y consumidos en México con propiedades nutricionales similares a los que conforman una dieta estilo mediterránea.

Referencias

- [1] Aguirre P. Alimentación humana: el estudio científico de lo obvio. Salud Colect 2016; 12(4): 463-472.
- [2] Arizpe L. Mexicanos en la era global. Revista de la universidad de México, 2011; (92) ,70-71.
- [3] Solana M. D. C. S. Significado externo de “alimentación correcta” en México. Salud colectiva. 2016; 12, 575-588.
- [4] Calvo C, Gómez C, López C, López B. Manual de alimentación. Planificación alimentaria. Capítulo 2: Hábitos alimentarios del consumidor del siglo XXI. Editorial UNED. 2016. 566 p.
- [5] Bertran M. Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. Physis: Revista de saúde coletiva, 2010; (20):3 87-411.
- [6] Akgüllü Ç, Sırken F, Eryılmaz U, Akdeniz M, Ömürlü İK, Pekcan G, Güngör H, Kurtoglu T. The relation between compliance to the Mediterranean diet and the extensiveness of coronary artery disease. Arch Turk Soc Cardiol. 2015; 43(4): 340-349.
- [7] Alonso E. Patrones de la dieta actual en el mundo mediterráneo. [Internet]. [Consultado 10 abril 2021]; (s/a). Recuperado de: https://www.infoalimentacion.com/documentos/patrones_dieta_actual_mundo_mediterraneo.asp.
- [8] Vareiro D, Bach-Faig A, Raidó Quintana B, Bertomeu I, Buckland G, Vaz de Almeida MD. La dieta mediterránea: claves y evolución en España. 2009; (14): 13-16.
- [9] Schmidhuber J. The EU Diet-Evolution, Evaluation and Impacts of the CAP. Global Perspectives Studies Unit, Food and Agriculture Organization 2009.
- [10] Martínez J, Villarino A. Dieta mediterránea. Avances en alimentación, nutrición y dietética. Capítulo: La dieta mediterránea y su impacto en la enfermedad cardiovascular. Sociedad española de dietética y ciencias de la alimentación. España. 2014. 47p
- [11] Gil A. Tratado de nutrición humana tomo III. Segunda edición. Editorial panamericana. España. 2010. 550 p
- [12] Montaña M, De la Cobas J, Rodríguez N, Míguez M, Bernárdez M. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia. Nutr clínica y dietética Hosp ISSN 0211-6057. 2012; 32(3):72-80
- [13] Escaffi F, Miranda MJ, Alonso C, Cuevas K. Dieta Mediterránea Y Vitamina D Como Potenciales Factores Preventivos Del Deterioro Cognitivo. REV MED CLIN CONDES. 2016; 27(3):392-400.
- [14] Urquiaga I, Echeverría G, Dussailant C, Rigotti A. Origen, componentes y posibles mecanismos de acción de la dieta mediterránea. Rev Med Chil. 2017; 145(1):85-95.
- [15] Shamah L, Cuevas T, Dommarco L. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino Instituto Nacional de Salud Pública. 2016. (ENSANUT MC 2016). Vol. 2016.
- [16] Dávila J, González J, Barrera A. Panorama de la obesidad en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015; 53(2):240-9.
- [17] Ciangura C, Carette C, Faucher P, Czernichow S, Oppert J-M. Obesidad del adulto. EMC - Tratado Med. 2017; 21(2):1-10.
- [18] Bach-faig A, Buckland G, Faig AB, Majem LS. Eficacia de la dieta mediterránea en la prevención de la obesidad. Una revisión de la bibliografía. Rev Española Obes. 2008; 6:329-39.
- [19] Esposito K, Giugliano D. Mediterranean diet and type 2 diabetes. Diabetes Metab Res Rev. 2014; 30(1):34-40
- [20] Willet W. The mediterranean diet: science and practice. Public health nutrition: 2006; 9(1A), 105-110.
- [21] Beltrán B, Estévez R, Cuadrado C, Jiménez, S. Base de datos de carotenoides para valoración de la ingesta dietética de carotenos, xantofilas y de vitamina A; utilización en un estudio comparativo del estado nutricional en vitamina A de adultos jóvenes. Nutrición Hospitalari.,2012; 27(4), 1334-1343)
- [22] Pérez L, Marivan, L. Sistema Mexicano de Equivalentes. Fomento de Nutrición y Salud A.C. 4º ed. México 2014.
- [23] Calañas A. J. Alimentación saludable basada en la evidencia. Endocrinología y Nutrición, 2005; 52, 8-24.
- [24] Martínez E, Clavero H, Toledo P, Estruch E. Mediterranean diet improves cognition: the PREDIMED-NAVARRA randomised trial. Neurosurgery y Psychiatry, 2013; 84(12).
- [25] Ulloa J. El frijol (*Phaseolus vulgaris*): su importancia nutricional y como fuente de fitoquímicos. CONACYT. 2011; 3(8), 5-9.
- [26] Navarro I, Ros G, Martínez B, Rodríguez A. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con la calidad del desayuno en estudiantes de la Universidad de Murcia. Nutrición Hospitalaria. 2016; 33(4), 901-908.
- [27] Rodríguez E, Santa S, Navas P, López G. Resvetrol: an ergogenic compound. Rev Andal Med DeprTe.2009; 2(19): 12-8.