

## «Fast food» frente a dieta mediterránea

V. Martínez Suárez<sup>1</sup>, I. Vitoria Miñana<sup>2</sup>, J. Dalmau Serra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud «El Llano». Gijón. <sup>2</sup>Unidad de Nutrición y Metabolopatías. Hospital Infantil «La Fe». Valencia

### Resumen

En las últimas décadas se han ido imponiendo nuevas formas de alimentarse en consonancia con un modelo social basado en el consumo, y en el que la idea de dieta saludable ha cobrado un enorme interés comercial. Es frecuente que, al referirse a la comida rápida (*fast food*) y a la dieta mediterránea, tanto los medios de comunicación como algunos profesionales hagan valoraciones generales, imprecisas, y en las que se prescinde del sistema cultural y económico en el que ambos conceptos se han establecido. En el presente texto hacemos una recapitulación de diferentes informaciones técnicas sobre el tema y exponemos una visión de estos dos modos de alimentarse y de sus principales factores condicionantes. Señalamos también la importancia decisiva de la intervención educativa desde edades tempranas y el papel fundamental del pediatra de atención primaria en la prevención de las enfermedades relacionadas con la alimentación.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

### Palabras clave

*Fast food*, comida rápida, dieta mediterránea, dieta saludable, infancia, nutrición

### Abstract

*Title:* Fast food versus Mediterranean diet

In recent decades there have been imposing new forms of food consistent with a social model based on consumption and in which the idea of healthy eating has become a huge commercial interests. Often referring to fast food and the Mediterranean diet, both media and professionals make some general assessments, inaccurate and which ignore the cultural and economic system in which both concepts have been established. In this article we do a recap of various technical information on the subject and offer an overview of these two modes of feeding and its main determinants. We also note the critical importance of education from early childhood intervention and the role of the primary care pediatrician in the prevention of diet-related diseases.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

### Keywords

Fast food, Mediterranean diet, healthy diet, childhood, nutrition

En relación con la alimentación humana existe un paradigma dominante, una opinión casi hegemónica —en la sociedad, en los medios de comunicación y en un amplio sector del ámbito sanitario, incluido el pediátrico— que se puede resumir así: la comida rápida es mala y la llamada dieta mediterránea (DM) es la única referencia válida en temas de alimentación y salud. Esto se acepta hoy como algo demostrado y definitivamente válido. Es más, con frecuencia se contraponen ambas ideas (comida rápida y DM), como si se ofreciese con ello una opción incontestable entre valores equiparables y siempre preferible uno respecto a otro. No obstante, cualquiera puede entender que la confrontación es desigual, ya que no es lo mismo comida y alimento (*food*) que dieta (*diet*); no es lo mismo «las cosas» que «el uso que hacemos de las cosas».

Nuestro objetivo no será realizar una presentación teórica del tema de las nuevas formas de alimentarse desde la perspectiva nutricional, sino hacer una valoración descriptiva del fenómeno en su contexto sociocultural. Porque tanto la comida rápida como la dieta mediterránea podrán condicionar nuestra salud según el uso que hagamos de ellas. Para evitar los exce-

sos, corregir desviaciones y combatir informaciones e influencias interesadas que pueden favorecer su relación con la enfermedad, hay una vía inexcusable y fundamental: educar para la responsabilidad desde edades tempranas. Y en ayudar a los padres a educar a sus hijos, en sensibilizar a la sociedad y a sus responsables políticos, los pediatras (especialmente los que trabajan en los centros de salud) deben tener un papel fundamental.

### Sobre el «fast food»

#### *De qué estamos hablando*

Históricamente, la comida rápida tiene un origen militar: comida sin estorbos, ración de subsistencia abundante en energía para consumir en plena batalla, sin protocolo y sin horarios, en los momentos de cese de hostilidades; comida adaptada a las necesidades de un ejército eficaz. Pero según la conocemos actualmente, como estilo de alimentación e incluso de vida, es una fórmula comercial de origen norteamericano. Aunque los investigadores no han establecido una definición genérica que

permita delimitar claramente el campo de sus estudios, *The Cassel Food Dictionary*<sup>1</sup> define el término «fast food» como la «comida preparada que se puede llevar caliente de los establecimientos y restaurantes, que puede ser consumida inmediatamente o de platos precocinados que se venden en supermercados o tiendas de alimentación y que solamente hay que recalentar antes de servirlos». En ese concepto se incluye la comida «de calle», a la que podríamos añadir la arraigada costumbre española de los pinchos y las tapas, y algunos alimentos que forman parte de la cultura tradicional de regiones con una gran reputación gastronómica, como Turquía, el Magreb, los países iberoamericanos y algunos de Asia. Por tanto, no son sólo las hamburgueserías, los establecimientos de pollo frito o las pizzerías, que ya podemos encontrar en cualquier parte del mundo. A esa definición formal cabría añadir algunos aspectos organizativos de los establecimientos especializados en *fast food*: ausencia de camareros, precios asequibles para una gran parte de la población, presentación estándar, y platos, recipientes, cubiertos y vasos de un solo uso. Un rasgo distintivo más, y razón importante de su éxito, es la imagen positiva, juvenil y moderna que tiene el *fast food*, por lo que también en los países orientales —muchas veces con comidas rápidas mejores, más variadas y más baratas— se ha producido una gran proliferación de este tipo de locales.

Esta generalización y su conversión en gran poder industrial tienen también su origen en Estados Unidos, que se ha hecho imprescindible para una sociedad que pasa gran parte del tiempo en el automóvil, que se desplaza continuamente entre el trabajo, el hogar y los lugares de ocio —se come en la calle o en el coche mismo—, que ha hecho del comer una contingencia «necesaria y casi inevitable» del hecho productivo; que no tiene que resultar necesariamente desagradable —y el esfuerzo de sus propietarios es decididamente el contrario—, pero a la que se le ha sustraído el componente de placer, de poderoso elemento de cohesión familiar y relación social. Y es un error focalizar las críticas a este modelo de alimentación en alguno de sus componentes concretos (la hamburguesa, por ejemplo), ya que es más importante el tipo de cultura que propone, que conlleva que uno coma cuando tenga hambre, no cuando es necesario socialmente o de acuerdo con unas normas culturales preestablecidas. El modelo *fast food*, con su cada vez más extendida modalidad «24 hours service», destruye el ritual de los horarios regulares y codificados: de hecho, esto es más importante que el tipo de comida que se sirve en estos establecimientos. Con el modelo *fast food* no compartimos y, en cierto modo, deshacemos el aspecto social y socializador del rito de comer tal y como se ha ejercido durante milenios.

Pero no todo el *fast food* es igual, y en los últimos años el modelo de comida rápida ha cobrado una nueva dimensión. El elemento característico del *fast food* es el consumo rápido, aunque después pueda considerarse si estamos hablando de formas industriales o no, de comida servida a domicilio, de comprar-y-llevar, de *fast food* comercializada en locales de marca (McDonald's, Burger King...), de *fast food* nacionales (bocadillerías, creperías...), de variedades autóctonas («mariachi gas-

trónomico» con tortillas, burritos, fajitas, nachos y guacamole), internacionales (de fusión) o multinacionales (mediante franquicias que patentan la imagen y el producto); cocina de autor (Hotel Bauzá) o de producto (jamonerías); restauración conceptual o de nuevas tendencias (Delina's, Zalacaín). O de nuestro *fast food* de más renombre y estandarte de la cocina de la «deconstrucción» (autodenominado *fast food*, esto es, *fast food* de calidad, sano y asequible sólo para un público con alto poder adquisitivo), cuyo principal protagonista ha sido Ferrán Adrià en su templo El Bulli (o El Chaflán, su versión en Madrid). En todos estos casos, el objetivo es comer rápido, en un entorno limpio, moderno y con un diseño que identifique una idea, un nombre y, en definitiva, una marca de venta, que puede ser de mayor o menor calidad, con valor nutricional diferente y de precio variable. Potencialmente, todos podemos ser grandes consumidores de *fast food*: tanto los que siguen tendencias dominantes como las minorías. Todo es mercado y todo tiene beneficio si la oferta es eficaz.

### **Otras causas de su gran éxito**

En ese sentido, resulta difícil aceptar que la comida rápida sea mala porque sí, tal como se defiende en un libro de éxito de Eric Schlosser, luego llevado al cine (*Fast Food Nation. The Dark Side of All-American Meal*)<sup>2</sup>. Resulta difícil, al menos si se quiere mostrar un determinado modo de comer como algo independiente y ajeno al espacio social que todos formamos y mantenemos. La comida rápida (la buena y la mala, la elegante y la de consumo masificado) es parte de nuestro modo de vida. *Fast food, fast talk, fast thinking, fast culture* son elementos de un modelo social que ha tenido una rápida expansión y que no puede desvincularse de un programa económico en el que la homogeneización de los clientes y la rapidez (de producción, gasto, desgaste, desecho, reemplazo) constituyen rasgos principales. Velocidad, exceso y desperdicio son, según el provocador sociólogo Zygmunt Bauman<sup>3</sup>, partes que conforman y definen la sociedad actual, basada en la producción y el consumo. Por ello, algunos términos como aculturación, consumismo, mundialización culinaria o globalización han sido introducidos paulatinamente en el debate, dándole un contenido sociopolítico bien definido y, desde el punto de vista comercial, altamente significativo. Junto a ello, también observamos que el consumo alimentario está promovido y dirigido desde grandes intereses económicos, con lo que los diferentes grupos empresariales dirigen sus estrategias al logro, la conservación y la consolidación de la mayor cota de mercado posible, incluida la roba a las diferentes competencias. Y de ese modo, el enorme éxito de la comida rápida de elaboración industrial ha movido grandes aspiraciones de beneficio, ya sea vendiendo un producto propio o disminuyendo la imagen comercial de la competencia.

Una muestra claramente visible de esta lucha de intereses es la presencia en los medios de comunicación de «etiquetas» que revelan una disputa directa de mercado y ganancias. Etiquetas diferentes que se deberían utilizar para referirse a productos diferentes: comida rápida (*fast food*), comida basura

(*junk food*) y comida chatarra (*scrap food*). La primera se elabora para su preparación y consumo rápido. La comida basura es de preparación industrial, precios populares, adquisición muy sencilla, consumo fácil y saciedad inmediata; su perfil nutritivo puede definirse como hipercalórico, hiperproteico, con alto contenido de grasas y sodio y bajo contenido de fibra. Y la comida chatarra se fabrica a partir de componentes desechados en la elaboración de alimentos de mayor calidad. Pero junto al término comida rápida, los otros dos se utilizan frecuentemente como equivalentes, pasando de uno a otro a veces en un mismo texto de forma indudablemente intencionada. La comida chatarra puede ser comida rápida; la comida basura puede ser también rápida; pero no toda la comida rápida es comida basura ni chatarra. Puede considerarse un gran éxito de marketing de quienes buscan ocupar su espacio comercial hacer compartir a la comida rápida una acepción peyorativa intercambiando denominaciones, aun siendo cosas diferentes desde el punto de vista técnico. Todo ello pone claramente de manifiesto el sentido del enfrentamiento económico, al menos en alguna de sus vertientes.

No obstante, conviene insistir en que consumir estos productos de vez en cuando no representa mayor problema en el conjunto de una dieta variada. El riesgo radica en la reiteración de su consumo, y su prevención consistirá en evitar que se desarrollen patrones alimentarios monótonos que interfieran en los hábitos de vida considerados saludables. Por tanto, la recomendación para los amantes de la comida rápida es que consuman *fast food* de calidad de forma adecuada, es decir, dentro de una dieta equilibrada y variada.

### «Fast food» y prevención de la obesidad

Las consideraciones sobre el *fast food* como elemento causal de la obesidad se ha basado en varias observaciones. En primer lugar, el incremento en el número de comidas realizadas fuera del hogar, particularmente en restaurantes y puestos de comida rápida, costumbre que se ha impuesto de forma paralela al aumento de la obesidad<sup>4,7</sup>. De hecho, aunque no exista una definición general de establecimiento *fast food*, sí se considera el sector de restauración de mayor expansión a escala mundial<sup>8,9</sup>. En Estados Unidos estaban registrados unos 195.133 *fast food restaurants* o *quick service restaurants*<sup>10</sup>, con unos beneficios en sus actividades superiores a los 135.000 millones de dólares<sup>11</sup>, y una tendencia de negocio creciente desde 1990<sup>12</sup>. Además, algunos estudios transversales y longitudinales sobre la frecuentación de estos restaurantes y el consumo de alimentos tipo *fast food* han relacionado positivamente ambas variables con el incremento de peso<sup>13,14</sup>. Finalmente, el análisis nutricional de este tipo de productos ha demostrado su elevada densidad energética, que se ha considerado como un posible mecanismo que favorece el excesivo consumo de calorías<sup>15,16</sup>.

En ese contexto, el problema está en que cada día el 30-50% de los niños norteamericanos consume *fast food/junk food*, lo que supone un incremento de ingesta calórica de unas 100-125 kcal

extra respecto a los días en que no ingieren estos preparados<sup>17,18</sup>. En nuestro país las tendencias observadas señalan un aumento en el consumo global de calorías con un reemplazo de las de origen vegetal por las procedentes de productos animales, una disminución del gasto en alimentación (aproximadamente un 20% del gasto familiar), pero con un aumento del gasto alimentario fuera del hogar (un 20-25% del presupuesto familiar destinado a alimentación); junto a ello, los platos preparados, industriales o «productos servicio» (elaborados) van ganando cotas de venta dentro del mercado alimentario español (datos del Atlas de la España Rural, del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, de 2004). Todo ello representa un ambiente de consumo favorable al deterioro paulatino en los hábitos de alimentación y un incremento de los problemas de salud relacionados con la dieta. Una dieta moderada, variada y equilibrada (definición de dieta saludable), de la que ocasionalmente puedan formar parte alimentos preparados y consumidos de forma rápida, autoservidos, económicos y en un ambiente limpio (da lo mismo el nombre de la cadena comercial), es posible que no sea perjudicial para la salud. Si el plan *fast food/junk food* se repite varias veces a la semana, durante una sesión de televisión de 3 horas, con un menú de preparación industrial abundante y a base de alimentos ricos en grasas animales e hidratos de carbono, acompañado de un gran volumen de bebidas azucaradas, lo más probable será que el índice de masa corporal termine por encima de los valores recomendables en la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

### Más elementos para el debate

Poner la responsabilidad en estos productos, ocultando la de familias, poderes públicos y profesionales del sistema de salud, es escamotear al debate parte de los elementos permisivos y reguladores de su uso y consecuencias<sup>19</sup>. La familia tiene un papel decisivo en el inicio, modelado y mantenimiento de los hábitos de alimentación y en las preferencias de sus miembros<sup>20-22</sup>. La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda como supervisión para la salud la motivación de los padres para que promuevan modelos de alimentación saludables y favorezcan la elección de comidas sanas<sup>23</sup>. El consumo precoz de *fast food/junk food* por parte de los niños marca el consumo posterior de estos alimentos<sup>24</sup>, lo que podría justificar una regulación del consumo de estos productos y sugiere la importancia de un condicionamiento de las preferencias gustativas desde edades tempranas como modo de mejorar las conductas alimentarias. Además, la pérdida de formas de alimentarse tradicionales, la desaparición paulatina de la familia extendida (de convivencia con los abuelos) y la desorganización de las comidas como acto de convivencia y relación familiar (breves, muchas veces mientras los niños y sus padres realizan otras actividades, como ver la televisión o trabajar en el ordenador) se han relacionado con un incremento en el consumo de *fast food/junk food*<sup>9,20</sup>.

Hasta la fecha, los esfuerzos de las Administraciones para favorecer una alimentación saludable desde la infancia siguen siendo escasos, si tenemos en cuenta su verdadero poten-

cial<sup>25</sup>. En el 29,5% de los hospitales infantiles estadounidenses existen restaurantes de comida rápida, lo que origina un mayor consumo por parte de familiares y acompañantes, y mejora la percepción de los padres acerca de la comida rápida/basura<sup>26,27</sup>. Su presencia sitúa el *fast food/junk food* en un medio que es percibido como creíble y beneficioso para la salud, y comercialmente sirve para marcar de forma favorable la elección de estos productos<sup>28</sup>.

Otra dimensión importante es el desarrollo de un marco de responsabilidad en el marketing de estos alimentos. Las empresas del sector tienen ante sí un gran reto, toda vez que no sólo producen lo que comemos, sino que mediante poderosas estrategias de publicidad incitan la necesidad de consumirlo, a veces en exceso y mal. Esto es de especial importancia cuando la venta de estos productos está orientada al segmento infantil de la población y a alimentos que, según la forma en que se consuman, pueden comportarse como favorecedores de la obesidad y responsables de enfermedades. Sus estrategias de promoción y venta apuntan con toda intención a los niños, demasiado jóvenes para diferenciar lo que se les presenta en un anuncio publicitario de la realidad, induciéndoles a consumir alimentos de gran contenido calórico, escaso valor nutricional y gran rentabilidad<sup>29</sup>. En este terreno cobran especial protagonismo los conceptos de información asimétrica y de bienes públicos, definidos desde la teoría microeconómica y de mercado. Los consumidores, especialmente los niños, están en inferioridad de condiciones para entender la información que se les suministra; no tienen, por ejemplo, conocimientos suficientes para tomar «decisiones sanas» a la hora de elegir alimentos. Por otro lado, la información de marketing y la propia información de las etiquetas de los alimentos se convierten en bien público ofrecido al consumo de forma controlada y tras su autorización. El sector agroalimentario (producción, elaboración y comercialización) tiene así una clara responsabilidad social; las Administraciones sanitarias tienen un deber ineludible y exigible en la provisión de este bien público: del producto (que sea útil, seguro y sano) y de la información sobre él (que sea veraz, adecuada). Dependiendo del grado de información asimétrica que tenemos, la elección de alimentos y la conformación que hagamos de nuestra dieta serán más o menos adecuadas y estarán más o menos sometidas a las estrategias comerciales. No obstante, la estrategia de la mayoría de las multinacionales de la comida rápida/basura sigue consistiendo en crear adeptos infantiles, pese a que la AAP declaró ya en 1995 que «esta publicidad dirigida a los niños es intrínsecamente engañosa»<sup>30,31</sup>. Sólo hay que acudir a cualquier establecimiento de este tipo de comida, o ver su publicidad por televisión, para darse cuenta de que este principio es sistemáticamente vulnerado. Los regalos, las promociones y los menús son, explícitamente, un pasto adictivo ofrecido a los niños y a sus padres. Con estas estrategias de promoción los futuros clientes están asegurados: sobre todo si uno no «crece» (desde la perspectiva del gusto) y con el paso de los años se mantiene fiel a esta comida infantil y adolescente<sup>31</sup>.

## Acerca de la dieta mediterránea

### ¿Realmente mediterránea?

El ciudadano de a pie y muchos profesionales pueden pensar que la llamada DM es una forma tradicional de alimentarse en los países de las cuencas del Mediterráneo. Pero en realidad este término, cada vez más generalizado y popular, hace referencia a una etiqueta de prestigio empleada desde hace casi 50 años para difundir y exaltar comercialmente una forma determinada de alimentarse según unos patrones en los que intervienen determinados productos. No es un invento mediterráneo, ni siquiera europeo. Es un concepto surgido en el contexto de la segunda posguerra mundial y designado así por un grupo de científicos norteamericanos para referirse a un conjunto de hábitos alimentarios, descritos en la década de los cincuenta por Ancel Keys y sus colaboradores en el ya clásico *Seven Country Study*<sup>32</sup>, y que acuñaron el término en 1975 en su conocido libro *How to eat and stay well: the Mediterranean way*<sup>33</sup>.

Comparando las dietas seguidas por 12.000 adultos de países anglosajones y germánicos (Holanda, Finlandia y Estados Unidos) y de algunos mediterráneos (Italia, Grecia, Yugoslavia) y Japón, encontraron una mayor incidencia de enfermedades típicas de los países desarrollados (obesidad, cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes) en los primeros. Por tanto, se trataba de un estudio descriptivo importante y amplio, pero limitado, del que se han extraído algunas conclusiones excesivas y que ha sido mediatizado extraordinariamente desde el punto de vista comercial. Así, hoy se promocionan en su nombre cosas muy diferentes, desde las patatas fritas «con sabor mediterráneo» hasta varias cadenas de restaurantes de presencia internacional y las modas del vino, los quesos y los aceites, sobre los que las empresas privadas y la industria alimentaria se han encargado de difundir poderosas campañas publicitarias. La dieta mediterránea es hoy una marca comercial y un artículo de consumo, que indudablemente hizo fortuna y pasó a ser sinónimo de dieta sana, sabrosa, variada y supuestamente económica.

Sin embargo, puede afirmarse que no sólo existen diferentes dietas mediterráneas, sino que en absoluto se observa un cambio hacia la convergencia en el consumo de productos típicamente mediterráneos<sup>34</sup>. Más bien al contrario: es el modelo occidental del norte de Europa el que paulatinamente gana terreno en los registros de consumo y sobre las mesas de nuestros hogares. También en los países mediterráneos la globalización y la evolución de las costumbres están conduciendo a un paulatino abandono de los hábitos de alimentación tradicionales, y hoy puede considerarse la DM «más un propósito que una realidad»<sup>35</sup>.

Si nos atenemos a lo recogido en algunas encuestas nacionales sobre consumo alimentario<sup>36,37</sup>, actualmente la forma de comer de nuestra población está cada vez más alejada de ese modelo ideal de dieta sana. De hecho, tal como se ha observado en las zonas de rentas bajas y países en vías de desarrollo<sup>38</sup>,



en toda la cuenca del Mediterráneo se manifiesta una tendencia hacia el consumo de alimentos con una elevada densidad energética, con aumento del porcentaje de calorías aportado por las grasas animales<sup>39</sup>. Esto ocurre a la vez que los países exportadores de productos «mediterráneos» ganan posiciones en el mercado mundial, especialmente mediante el incremento en la exportación de aceite de oliva a países con escasa o nula tradición en el uso de este producto<sup>40</sup>. Y cuando desde diferentes ámbitos se propone que, junto con la noción de alimentación saludable, la DM debería ser promocionada por los beneficios que otorga a la sociedad en general, a través de la preservación de la cultura y de estímulo a la producción local. Sin embargo, se ha advertido que estos argumentos pueden estar siendo sobreutilizados, hasta el punto de convertirse en posiciones de indudable proteccionismo comercial<sup>39</sup>.

### ***Ni todos los que son ni todos los que están***

Otras cuestiones que han generado una ingente cantidad de comentarios son las que atañen al origen y los componentes de la DM. Podría decirse que su base culinaria o alimentaria está constituida por el aceite de oliva, el vino y el pan. Pero realmente la elaboración de todos estos productos se remonta a mucho antes de que pudiera hablarse de una cultura mediterránea, siendo todos originarios de la zona de la antigua Mesopotamia, hoy parte de Arabia, Irak e Irán. Es más, en algunos países de la cuenca mediterránea europea, la llamada DM representaría la alimentación contrapuesta a los regímenes históricos y tradicionales. En nuestro país, por ejemplo, el cerdo ha sido durante siglos una de las bases de la alimentación rural en las regiones del norte e interior peninsular; lo mismo puede decirse de extensas zonas del norte del Mediterráneo donde las carnes (incluida la de porcino) forman parte de una variada cultura culinaria. A pesar de que la estrategia mercantil y el esfuerzo de una poderosa industria alimentaria de la DM haya incluido de forma pareja a su propia promoción la guerra al consumo de grasas animales, carne roja, salazones, embutidos y ahumados.

La cultura del cerdo y sus derivados se confunde con la historia de la humanidad. Ha sido la solución que ha acompañado a momentos difíciles y de crisis de colectividades extensas en la orilla del Mediterráneo y en todas sus zonas de influencia. Tienen un alto contenido en grasas y, por tanto, de calorías. Además, su perfil lipídico es el opuesto al recomendable para prevenir las enfermedades cardiovasculares. Aun así, en determinadas áreas son una de las principales fuentes de vitamina B (B<sub>1</sub> y B<sub>2</sub>) y de niacina; en sus diversos productos aportan hierro, cinc, calcio, magnesio y fósforo. Los embutidos, los fiambres y las piezas curadas son alimentos de conservación y transporte fáciles, que se pueden combinar bien y de forma variada; en muchos países se consumen en frituras, acompañando a los potes más variados, rociados con aceite de oliva o como aperitivo con pan, en tostadas o bocadillos. En situaciones y ambientes normales, tal como podría decirse también para otros grupos de alimentos, su consumo ocasional y moderado podría ser adecuado y nada perjudicial para la salud.

Respecto a la incorporación al sistema alimentario mediterráneo de los nuevos elementos llegados del continente americano<sup>41</sup>, hay que recordar que el encuentro de los colonizadores europeos con la cultura gastronómica indígena significó la transculturización alimentaria más importante de la historia. Aquel acontecimiento permitió ampliar la variedad de las dietas y, con la aclimatación de muchos productos procedentes de América, alimentar aquí a más gente. De aquellas tierras llegaron a Europa una gran variedad de alimentos, desde cereales a un amplio abanico de plantas leguminosas, verduras, hortalizas y frutas (maíz, patata, tomate, pimiento, diversas variedades de legumbres, etc.), sin olvidar las bebidas como el café o el chocolate. El cambio fue tan profundo que muchos de estos alimentos incluso se consideran parte consustancial de la vida y la forma tradicional de alimentarse en el Mediterráneo. Pero como propuesta de consumo no son mediterráneos, sino que son netamente y seguirán siendo primeramente americanos, aunque el actual modelo alimentario «mediterráneo» no podría entenderse sin su aportación. Tampoco se puede ocultar que su implantación y presencia en las cocinas locales del Mediterráneo es muy variable entre áreas diferentes. Al revisar los tipos de alimentos incluidos en la definición operativa de DM y analizar los estudios<sup>42</sup>, hallamos una participación importante pero heterogénea de las diferentes especies americanas.

### ***Demasiadas definiciones***

Se ha señalado que tanto la definición como la composición típica de la DM deberían unificarse y corregirse en sus ambigüedades<sup>43</sup>, algo esencial para poder analizar las tendencias y asociaciones entre alimentación y salud. En una reciente publicación<sup>44</sup>, el Grupo de Expertos de la Autoridad Europea para la Seguridad Alimentaria (EFSA) considera que la «dieta mediterránea» utilizada en los estudios es muy variada y heterogénea. Por ejemplo, se advierte que, al delimitar sus características, algunos de los trabajos revisados sólo se refieren a su composición en ácidos grasos, o sólo consideran la adición de frutos secos o de vino<sup>45</sup>. Los alimentos que son objeto de este posicionamiento son las frutas y las hortalizas (frescas, congeladas, enlatadas, en frasco, en su jugo o secas), o ambas, que se han relacionado con los siguientes efectos: función cardíaca, control del peso y control de la glucosa en sangre. En dicho informe se concluye que, a la luz de los datos disponibles, no se puede establecer una relación de causa y efecto entre su consumo y el efecto declarado.

Nosotros hemos analizado las publicaciones aparecidas en los últimos 10 años referidas a este tema<sup>42</sup>, y hemos encontrado que el número de artículos originales es muy bajo respecto al total de trabajos aparecidos; además, la mayoría son estudios descriptivos, en los que se valora el riesgo cardiovascular y el perfil lipídico. Sólo en el pasado año las definiciones utilizadas de DM en los trabajos de investigación fueron, al menos, 7 diferentes. Estos estudios son los mismos que ha podido revisar la EFSA en su declaración, y también se concluye que la relación de sus propiedades saludables no está clara y que el objeto de las investigaciones (la DM) no aparece suficiente-

mente caracterizado. En el mismo sentido, se ha advertido que junto con los estudios observacionales, son necesarios más estudios de intervención, aleatorizados y controlados sobre la DM que incrementen consistentemente algunos resultados ya disponibles y que permitan elaborar recomendaciones dietéticas adecuadas para la prevención primaria de las cardiovasculopatías<sup>46</sup>.

Estas circunstancias representan una limitación importante en la traslación del concepto de DM a la práctica clínica, por lo que parece fundamental unificar tanto el concepto como las escalas utilizadas para su medición, así como analizar los factores determinantes que influyen en ese alejamiento observado respecto al modelo mediterráneo «ideal» y mejorar la cuantificación del grado de adherencia a las recomendaciones dietéticas. Sólo en la medida en que esos pasos se vayan dando podría llegar a hablarse de la DM como alternativa a otras dietas y a los tratamientos farmacológicos utilizados en la prevención de la enfermedad.

Respecto al análisis del patrón alimentario mediterráneo, en los últimos años se han creado herramientas para medir el grado de adherencia a éste, lo que ayudaría a estimar su asociación a los parámetros de salud, tanto referidos al riesgo de enfermedad como a las enfermedades mismas. Existen tres grandes tipos de índices: los que se basan en una puntuación positiva o negativa de sus componentes, como el Mediterranean Diet Score (MDS), los que suman o restan los componentes estandarizados, como el Mediterranean Diet Index (MDI), y los que se basan en un cociente entre componentes, como el Mediterranean Adequacy Index (MAI)<sup>47-51</sup>. En cualquier caso, todos estos índices son sencillos en el cálculo y la interpretación teórica, pero tienen un valor sólo aproximativo y discutible<sup>52,53</sup>.

### ¿Dieta mediterránea o dieta saludable?

Al igual que hacen diversos autores<sup>54,55</sup>, cabe que nos preguntemos cuánto hay de mito y/o realidad en el modelo alimentario mediterráneo, o qué significado procede otorgar en pleno siglo XXI al patrón alimentario mediterráneo tradicional que sirvió de referencia a la formulación del concepto de DM. Lo cierto es que, en sus diferentes versiones, no se corresponde con lo que habitualmente comemos en el área mediterránea, y tampoco con lo que tradicionalmente comían los antiguos habitantes de esta zona<sup>56</sup>. No debe considerarse como una dieta perfecta, única, superior y excluyente, de eficacia universal, a pesar de que hace años se haya concluido que los alimentos consumidos en el Mediterráneo prevenían algunas enfermedades.

No obstante, la propuesta que se hace en su nombre tendría la condición de dieta de referencia o, en términos antropológicos, de «patrón de alimentación ideal» aceptable<sup>57</sup>, ya que sí ofrece un modelo teórico deseable, una referencia práctica de recomendaciones consistentes, con una buena base nutricional, equilibrada, variada y placentera, que tendría su mejor versión biomédica en la denominación de «dieta saludable». De hecho —y esto es uno de sus grandes logros—, desde la idea

de DM se ha diseñado y abierto un mercado amplio en el que, siguiendo sus mismos pasos, quieren entrar nuevos grupos alimentarios: la dieta japonesa, la dieta cantábrica, la dieta caribeña... son nuevas etiquetas que van ganando terreno en el jugoso y rentable sector del consumo alimentario.

Esta idea de alimentación saludable es más generalizable, más amplia y mejor que la de DM. Respecto a ello, y para evitar la excesiva publicidad engañosa y las informaciones confusas y fraudulentas, las Administraciones tendrían que poner filtro y exigir con más decisión un mínimo rigor científico a las etiquetas de alimentos, a todos los productos, dietas y marcas «saludables».

## Conclusión para pediatras

La promoción de la salud a través de la educación se considera un aspecto clave de las actuales políticas sanitarias. Sin embargo, muchas de las estrategias propuestas no se basan en pruebas científicas sólidas, y parece que actualmente no disponemos de una buena definición de los contenidos ni de la planificación de muchas de ellas. Por tanto, es urgente abrir nuevas investigaciones en este ámbito.

En el caso de las enfermedades relacionadas con la alimentación, se ha sugerido que el principal esfuerzo de análisis debería situarse no tanto en las características de determinados productos o menús, como en el desarrollo desde edades tempranas de pautas alimentarias saludables. En este sentido, los pediatras y todos los responsables de la salud infantil deberíamos proporcionar a las familias, desde los primeros momentos, los instrumentos necesarios para prevenir las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo, incluida la obesidad. Además de conocer e interpretar las mejores informaciones disponibles, tenemos la responsabilidad de ofrecer a los padres la orientación necesaria sobre la mejor manera de alimentar a sus hijos. Tradicionalmente, los fines de esa orientación tenían como objetivo principal garantizar una ingesta energética y proteica adecuada, previniendo las deficiencias vitamínicas. Primaba así el concepto garantista (cubrir necesidades) y la perspectiva nutricional. Sin embargo, en los últimos años la definición de nutrición infantil ideal se ha visto ampliada, y los desafíos a la hora de ofrecer una orientación apropiada son mayores. Las metas actuales deben abarcar consideraciones relacionadas con la prevención de trastornos crónicos, incluidas las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias y las alteraciones mentales, condiciones cuyas causas pueden presentarse en la infancia aunque se manifiesten en la vida adulta.

En ese mismo sentido, puede afirmarse que las campañas institucionales han sido tímidas y muchas veces orientadas de forma arbitraria, por lo que incluso algunos proyectos ambiciosos no han tenido los resultados deseados, a la vez que los recursos se han consumido en intervenciones ineficaces o inapropiadas que no han logrado la incidencia necesaria sobre los

niños con mayor riesgo. Desde todos los ámbitos se va asumiendo que el cambio en los factores ecológicos, ambientales, culturales y en el modelo social tendrá que pasar a un primer plano en cualquier plan de modificación de la actual tendencia de incremento de la obesidad y las enfermedades cardiovasculares; asimismo, la educación nutricional desde la infancia ha de considerarse como una vía imprescindible para intervenir sobre ellos. Evidentemente, el pediatra no podrá eliminar la influencia de todos estos factores, pero podrá modificar y contrarrestar sus efectos a través de una acción educativa de carácter general, centrada en la familia, y a partir de ella dirigida al sistema educativo, social y político. Por tanto, el papel del pediatra de atención primaria tiene una influencia fundamental; de su actitud hacia los problemas modificables mediante educación nutricional va a depender, en mayor medida que de otros factores, el conocimiento, el aprendizaje y la importancia dada por cada familia a la alimentación de sus hijos. ■

## Bibliografía

- Allison S. The Cassell Food Dictionary. Londres: Cassell; Nueva York: Sterling Pub Co., 1990, 1991.
- Schlosser E. Fast Food Nation. The Dark Side of All-American Meal. Nueva York: Houghton Mifflin, 2001 (ed. esp.: Fast food. El lado oscuro de la comida rápida. Barcelona: Grijalbo Mondadori, 2002).
- Bauman Z. Vida de consumo. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, 2007.
- Jeffery RW, Baxter J, McGuire M, Linde J. Are fast food restaurants an environmental risk factor for obesity? *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2006; 3: 2.
- Binkley JK, Eales J, Jekanowski M. The relationship between dietary change and rising US obesity. *Int J Obes.* 2000; 24: 1.032-1.039.
- Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, Van Horn L, Slaterry ML, Jacobs DR Jr, et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA Study): 15-year prospective analysis. *Lancet.* 2005; 365: 36-42.
- Buthrie JF, Lin BH, Frazao E. Role of food prepared away from home in the American diet; 1977-78 versus 1994-96: changes and consequences. *J Nutr Educ Behav.* 2002; 34: 140-150.
- Taveras EM, Berkey CS, Rifas-Shiman SL. Association of consumption of fried food away from home with body mass index and diet quality in children and adolescents. *Pediatrics.* 2005; 116: 4. Disponible en: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/116/4/e518](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/116/4/e518)
- Brownell KD. Fast food and obesity in children. *Pediatrics.* 2004; 113: 132.
- County Business Patterns 2004. Washington DC: US Census Bureau, 2006; 299 [consultado el 11 de julio de 2006]. Disponible en: [www.census.gov/prod/2006pubs/04cbp/cb04000a1us.pdf](http://www.census.gov/prod/2006pubs/04cbp/cb04000a1us.pdf)
- Restaurant Industry Forecast. Washington DC: National Restaurant Association, 2006; 7.
- Quickservice Trends. Washington DC: National Restaurant Association, 2006; 7.
- Jeffery RW, French SA. Epidemic obesity in the United States: are fast foods and television viewing contributing? *Am J Public Health.* 1998; 88: 277-280.
- Prentice AM, Jebb SA. Fast food, energy density and obesity: a possible mechanistic link. *Obes Rev.* 2003; 4: 187-194.
- Burns C, Jackson M, Gibbons C, Stoney RM. Food prepared outside the home: association with selected nutrients and body mass index in adult Australians. *Public Health Nutr.* 2002; 5: 441-448.
- Bowman SA, Vinyard BT. Fast food consumption of US adults: impact on energy and nutrients intake and overweight status. *J Am Coll Nutr.* 2004; 23: 163-168.
- Bowman SA, Gortmaker SL, Ebbeling CB, Pereira MA, Ludwig DS. Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics.* 2004; 113: 112-118.
- Paeratakul S, Ferdinand DP, Champagne CM, Ryan DH, Bray GA. Fast-food consumption among US adults and children: dietary and nutrient intake profile. *J Am Diet Assoc.* 2003; 103: 1.332-1.338.
- Martínez Suárez V, Alonso Álvarez MA. El pediatra y la educación nutricional. En: Muñoz Calvo MT, Suárez Cortina L, eds. Manual práctico de nutrición en pediatría. Madrid: Ergon, 2007; 455-465.
- Moreno JM, Galiano MJ. La comida en familia: algo más que comer juntos. *Acta Pediatr Esp.* 2006; 64: 554-558.
- Hertzler A, Vaughan C. The relationship of family structure and interaction to nutrition. *J Am Diet Assoc.* 1979; 74: 23-27.
- Voors AW, Harsha DW, Webber LS, Radharkrishnamurthy B, Srinivasan SR, Berenson GS. Clustering of anthropometric parameters, glucose tolerance, and serum lipids in children with high and low beta- and -prebeta-lipoproteins: Bogalusa Heart Study. *Arteriosclerosis.* 1982; 2: 346-355.
- American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics.* 2003; 112: 424-430.
- Larson N, Story M. A review of environmental influences on food choices. *Ann Behav Med.* 2009; 38: 56S-73S.
- Lama RA, Alonso Franch A, Gil-Campos M, Leis R, Martínez V, Moráis A, et al. Obesidad infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría (I). Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. Consenso Grupo de Trabajo. *An Pediatr (Barc).* 2006; 65: 607-615.
- Fraser LK, Edwards KL, Cade J, Clarke GP. The geography of fast food outlets: a review. *Int J Environ Res Public Health.* 2010; 7: 2.290-2.308.
- Sahud HB, Binns HJ, Meadow WL, Tanz R. Marketing fast food: impact of fast food restaurants in children's hospitals. *Pediatrics.* 2006; 118: 2.290-2.297.
- Kearns RA, Barnett JR. «Happy meals» in the starship enterprise: interpreting a moral geography of health care consumption. *Health Place.* 2000; 6: 81-93.
- Linn S, Novosat C. Calories for sale: marketing to children in the twenty-first century. *Ann AAPSS.* 2008; 615: 133-155.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Communications. Children, adolescents, and advertising. *Pediatrics.* 1995; 95: 295-297.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Communications. Children, adolescents, and advertising. *Pediatrics.* 2006; 118: 2.563-2.569.
- Keys A. The Seven Country Study. Cambridge: Harvard University Press, 1980.
- Keys A, Keys M. How to eat well and stay well. The Mediterranean way. Nueva York: Doubleday, 1975.
- Gil J, Gracia A, Pérez y Pérez L. Economic development and food consumption in Mediterranean countries. *Options Méditerranéennes.* 1995; Série A, n.º 26.
- Castells M. El reconocimiento internacional de la dieta mediterránea como patrimonio inmaterial: oportunidades para el turismo

- gastronómico balear. *Gestión Cultural*. 2008; 17: ISSN: 1697-073X.
36. León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Mesas AE, Aguilera MT, et al. Adherence to the Mediterranean diet pattern has declined in Spanish adults. *J Nutr*. 2012; 142: 1.843-1.850.
  37. Bach-Faig A, Fuentes-Bol C, Ramos D, Carrasco JL, Roman B, Bertomeu IF, et al. The Mediterranean diet in Spain: adherence trends during the past two decades using the Mediterranean Adequacy Index. *Public Health Nutr*. 2011; 14: 622-628.
  38. Da Silva R, Bach-Faig A, Raidó Quintana B, Buckland G, Vaz de Almeida MD, Serra-Majem L. Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet, in 1961-1965 and 2000-2003. *Public Health Nutr*. 2009; 12: 1.676-1.684.
  39. Alexandratos N. The Mediterranean diet in a world context. *Public Health Nutr*. 2006; 9: 111-117.
  40. Alexandratos N. The GATT and Mediterranean Agricultural Trade. FAO, 2010. *Options Méditerranéennes*. 2010; Série A, n.º 30.
  41. Sastre Gallego A, Escudero Álvarez E. Flujo de alimentos entre continentes: la primera globalización. En: Salas-Salvado J, García Lora P, Sánchez Ripollés JM, eds. *La alimentación y la nutrición a través de la historia*. Barcelona: Glosa, 2005; 247-274.
  42. Martínez V. Fast-food frente a dieta mediterránea. VI Jornada de Actualización en Nutrición Infantil. Valencia, 11 de noviembre de 2011.
  43. Serra-Majem L, Trichopoulou A, De la Cruz JN, Cervera P, García A, La Vecchia C, et al.; on behalf of the International Task Force on the Mediterranean Diet. Does the definition of the Mediterranean diet need to be updated? *Pub Health Nutr*. 2004; 7: 727-729.
  44. Scientific opinion on the substantiation of health claims related to fruits and/or vegetables and to the "Mediterranean diet" pursuant to Article 13(1) of Regulation (EC), N.º 1924/2006. *EFSA J*. 2011; 9: 2.245.
  45. Serra-Majem L, Roman B, Estruch R. Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: a systematic review. *Nutr Rev*. 2006; 64: 27S-47S.
  46. Sotos-Prieto M, Zulet MA, Corella D. Evidencia científica de la dieta mediterránea sobre fenotipos intermedios y finales de enfermedad cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134: 22-29.
  47. Fidanza F, Alberti A, Lanti M, Menotti A. Mediterranean Adequacy Index: correlation with 25-year mortality from coronary heart disease in the Seven Countries Study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2004; 14: 254-258.
  48. Panagiotakos DB, Chrysohoou C, Pitsavos C, Stefanadis C. Association between the prevalence of obesity and adherence to the Mediterranean diet: the ATTICA study. *Nutrition*. 2006; 22: 449-456.
  49. Psaltopoulou T, Naska A, Orfanos P, Trichopoulos D, Mountokalakis T, Trichopoulou A. Olive oil, the Mediterranean diet, and arterial blood pressure: the Greek European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. *Am J Clin Nutr*. 2004; 80: 1.012-1.018.
  50. Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvado J, Ruiz-Gutiérrez V, Covas MI, et al. Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 1-11.
  51. 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: 1.550-1.552.
  52. Milà-Villaruel R, Bach-Faig A, Puig J, Puchal A, Farran A, Serra-Majem L, et al. Comparison and evaluation of the reliability of indexes of adherence to the Mediterranean diet. *Public Health Nutr*. 2011; 14: 2.338-2.345.
  53. Bach A, Serra-Majem L, Carrasco JL, Roman B, Ngo J, Bertomeu I, Obrador B. The use of indexes evaluating the adherence to the Mediterranean diet in epidemiological studies: a review. *Public Health Nutr*. 2006; 9: 132-146.
  54. Fischler C. El modelo mediterráneo: mito y/o realidad. En: Medina FX, ed. *La alimentación mediterránea*. Historia, cultura, nutrición. Barcelona: Icaria, 1996; 361-376.
  55. Varela Mosquera G. La dieta mediterránea. En: Grande Covián F, Varela G, Conning D, eds. *Reflexiones sobre la nutrición humana*. Bilbao: Fundación BBV, 1994; 323-350.
  56. Mataix J. La dieta mediterránea. Dieta tradicional versus dieta recomendada. En: Medina FX, ed. *La alimentación mediterránea*. Historia, cultura, nutrición. Barcelona: Icaria, 1996; 269-278.
  57. González Turmo I. Introducción. Modelos ideales y realidad en alimentación. En: González Turmo I, Romero de Solís P, eds. *Antropología de la alimentación: nuevos ensayos sobre la dieta mediterránea*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1996; 13-20.