

## Alimentación, estilo de vida y salud

**Carlos A. González**

Unidad de Nutrición y Cáncer (Emérito), Instituto Catalán de Oncología

### El modelo de dieta mediterránea y la salud

El modelo alimentario que se considera más saludable, originario de la cultura culinaria de países del área mediterránea europea, especialmente de Grecia, el sur de Italia y España, es el modelo de la dieta mediterránea tradicional, que fue bien definido por una reconocida nutricionista griega hace casi 30 años.<sup>1</sup> Este patrón alimentario está basado en un consumo de alimentos de origen principalmente vegetal, integrado por un alto consumo de verduras, frutas, legumbres, cereales, frutos secos y aceite de oliva como principal fuente de lípidos, un consumo moderado de vino, productos lácteos (queso y yogur), pollo, huevos y pescado (principalmente en España) y un bajo consumo de carnes rojas y procesadas. En contraposición, se encuentra el modelo de la dieta típicamente occidental en el que predominan, por el contrario, los alimentos de origen animal y abundante consumo de grasas saturadas.

Hay numerosas evidencias científicas, provenientes de importantes estudios epidemiológicos, que han demostrado que la alta adhesión a un patrón de dieta mediterránea reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares. La más importante es la del amplio estudio de intervención PREDIMED<sup>2</sup> realizado en España, que mostró que una dieta de tipo mediterránea, acompañada de frutos secos y aceite de oliva lograba reducir en un 30 % el riesgo de padecer un infarto agudo de miocardio en personas con alto riesgo cardiovascular. Asimismo, hay claras evidencias que pueden ser comprobadas en un reciente libro que hemos publicado sobre Nutrición y Cáncer,<sup>3</sup> que muestran el efecto positivo de una alta adhesión a la dieta mediterránea respecto al riesgo de cáncer de colon y recto, mama, estómago y cánceres de cavidad bucal y cuello. El mismo estudio PREDIMED ha demostrado la utilidad de la dieta

<sup>1</sup> A. Trichopoulou, P. Lagiou, «Healthy traditional Mediterranean Diet; an expression of culture, history and lifestyle», *Nutr Rev* 1997, 55, 383-9.

<sup>2</sup> R. Estruch, E. Ros, J. Salas-Salvado et al., «Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet», *New England Journal of Medicine* 2013; 368, 14, 1279-90.

<sup>3</sup> C. A. Gonzalez Svatetz, A. Agudo, E. Atalah, L. Lopez-Carrillo y A. Navarro, *Nutrición y cáncer. Lo que la ciencia nos enseña*. Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2015.

mediterránea para la reducción de la incidencia de diabetes tipo 2,<sup>4</sup> y existen asimismo estudios que muestran que probablemente la alta adhesión a la dieta mediterránea aumentaría la longevidad y reduciría la obesidad. Hay que tener en cuenta que el patrón de dieta mediterránea no representa solo un patrón alimentario, sino una cultura, una historia y un estilo de vida propia de esas poblaciones. Lo que caracterizaba el estilo de vida en la década de 1960, cuando se comenzó a investigar los efectos saludables de este tipo de dieta, era la costumbre de la siesta y el cultivo del olivo y la vid, en un ambiente predominantemente rural.

### **Cambios en la adhesión al patrón de dieta mediterránea**

Los profundos cambios en el estilo de vida que se han producido en los países europeos del norte del Mediterráneo, caracterizados por un enorme crecimiento de las ciudades como consecuencia de las migraciones del campo a la ciudad, la incorporación de la mujer al trabajo, el aumento de la vida sedentaria, el progresivo aumento de la comida rápida, pre-cocinada y en muchos casos de la comida denominada 'basura' han modificado profundamente el modelo alimentario, con una negativa tendencia al abandono de la dieta mediterránea y la sustitución por una dieta más occidentalizada.

Teniendo en cuenta la disponibilidad de alimentos, según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), hemos mostrado en un estudio<sup>5</sup> sobre cambios en la disponibilidad de los alimentos que forman parte de la dieta mediterránea para el período 1961-2001 en España y otros países del norte y del sur del Mediterráneo, que, si bien ha habido una tendencia creciente respecto a la disponibilidad o aparente consumo de frutas y aceite de oliva, se ha producido una reducción de la de verduras, legumbres, cereales y vino. Por el contrario, ha habido un aumento de disponibilidad de leche y productos lácteos, pescado y mariscos, licores y cerveza y un fuerte aumento del consumo de carne roja. Las calorías provenientes de alimentos de origen animal se han duplicado en ese período en España. Tendencias negativas similares se observan igualmente en Grecia e Italia. En esta misma línea, otro estudio<sup>6</sup> ha evaluado las tendencias mundiales de patrones alimentarios entre 1961 y el 2003, utilizando un índice que representa la razón entre las calorías provenientes de los alimentos que son componentes propios de la dieta mediterránea y los que no lo son, a partir de los datos de disponibilidad de alimentos de la FAO. Los resultados han permitido comprobar que hay países como Reino Unido, Suecia o Dinamarca que han mejorado ligeramente su dieta, y que por el contrario España y Grecia son los que más

---

<sup>4</sup> M. A. Martínez-González, J. Salas-Salvado, R. Estruch, «Intensive life style intervention in type 2 diabetes», *New England Journal of Medicine* 2013; 369, 24, 2357.

<sup>5</sup> R. García-Closas, A. Berenguer, C. A. González, «Changes in Food supply in Mediterranean countries from 1961 to 2001», *Public Health Nutr.*, 2006; 9, 53-60.

<sup>6</sup> R. Da Silva, A. Bach-Faig, B. Raidó Quintana, et al., «Worldwide variation of adherence to Mediterranean diet, in 1961-1965 to 2001-2003». *Public Health Nutr.* 2009; 12, 1976-84.

la han empeorado. Si en España en 1961-65 el dato era de 3.35 (es decir había 3.35 veces más calorías provenientes de alimentos que son componentes de la dieta mediterránea, que los que no los son) en 2000-03 ha bajado al 1.19. Para los mismos años en Italia ha descendido del 3.30 al 1.62 y en Grecia del 5.54 al 2.04. Los países que siguen teniendo un claro predominio de las calorías provenientes de alimentos propios de la dieta mediterránea son países del sur del Mediterráneo, como Egipto o Marruecos. La erosión de la actual adhesión al patrón de dieta mediterránea en el sur de Europa nos obliga a reflexionar sobre si tal patrón es actualmente un mito o si es aún una realidad.

### **Cambio en el modelo alimentario y efectos sobre la obesidad**

A la vez que hay que reconocer que los datos son preocupantes, nos podrían indicar que el progresivo abandono de la adhesión a la dieta mediterránea puede ser uno de los factores asociados al aumento de algunos tipos de cáncer en el sur de Europa (como el cáncer de colon o de mama) y al aumento de la obesidad y la diabetes. En el *Estudio Prospectivo Europeo sobre Dieta y Cáncer* (EPIC), que se desarrolla en 10 países de Europa –promovido por la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC-OMS) y que incluye una cohorte de medio millón de habitantes que están siendo seguidos desde hace unos 20 años–, se ha mostrado que una alta adhesión a un patrón de dieta mediterránea se encuentra asociada a una significativa menor ganancia prospectiva de peso.<sup>7</sup> Los individuos que pasaron del *score* más bajo al *score* más alto de adhesión en cinco años de seguimiento redujeron en un 10% la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad. Es decir, la dieta mediterránea tiene un rol importante en la prevención de la obesidad.

El crecimiento imparable de la obesidad en casi todas las regiones del mundo ha quedado claramente demostrado en un reciente estudio internacional<sup>8</sup> que ha evaluado la tendencia del aumento del peso entre 1975 y 2014 a partir de estudios realizados en 186 países, con casi 20 millones de participantes mayores de 18 años. De acuerdo con este estudio, el mundo ha evolucionado en los últimos 40 años de una situación en la que la prevalencia de bajo peso duplicaba a la prevalencia de obesidad, a un estado actual en el que la tendencia se ha invertido. Por primera vez en la historia, hay más gordos que flacos en el mundo. En estos 40 años, la cifra de personas que padecen sobrepeso se ha multiplicado por 500 y ha pasado de 105 millones en 1975 a 641 millones en 2014.

---

<sup>7</sup> D. Romaguera, T. Norat, A. C. Vergnaud, et al., «Mediterranean dietary patterns and prospective weight change in participants of the EPIC-PANACEA Project», *Am J Clin Nutr*, 2010; 4, 912-21.

<sup>8</sup> M. Ezzati, et al., «Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants», *The Lancet*, marzo 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30054-X.

Pero este crecimiento alarmante de la obesidad en el mundo no se ha producido en todas las regiones. En los países del centro de África (Eritrea, Etiopía y la zona sub-sahariana) y del sur de Asia (Bangladesh, India) el bajo peso continúa siendo un serio problema. La FAO estimaba en 2012 que hay aún 10.000 niños en el mundo que mueren al día por desnutrición. El sobrepeso y la obesidad es la acumulación de grasa en el organismo y se produce principalmente cuando las calorías ingeridas son superiores a las calorías que se queman por la actividad física. Seguramente los cambios alimentarios y de estilo de vida tienen un papel relevante en esta pandemia de obesidad. Entre ellos cabe destacar el exceso de consumo de bebidas azucaradas (una lata de bebida azucarada de 350 ml contiene 10 terrones de azúcar), de hidratos de carbonos refinados y de proteínas y grasas de origen animal. A ellos hay que agregar el sedentarismo y la reducción de la actividad física que han propiciado las migraciones del campo a la ciudad.

Las clases bajas y de menor nivel cultural son las más afectadas por esta pandemia de obesidad. De acuerdo a los resultados de la Encuesta de Salud de Catalunya del año 2014, las mujeres con estudios primarios o sin estudios tienen una probabilidad cuatro veces superior de presentar obesidad que las mujeres con estudios universitarios. Todas las investigaciones prueban que la obesidad está inversamente asociada al nivel educacional. No es que sea la falta de educación en sí misma un factor de riesgo, sino que es un indicador de la mala alimentación y de sedentarismo. Las clases altas escapan en parte a esta problemática por disfrutar de una alimentación de mayor calidad y por la práctica de ejercicio físico en el tiempo libre. Por otro lado, en muchas regiones del mundo, la obesidad afecta mayormente a las mujeres. En el estudio internacional anteriormente mencionado se ha demostrado que las mujeres de los países de Centroamérica son uno de los grupos poblacionales con mayor crecimiento de la obesidad en el mundo.

La pandemia de obesidad mundial muestra el fracaso de las medidas que se han implementado hasta ahora y amenaza con quedar fuera de control. Es indudable que aunque el aumento de peso en un problema individual, se requiere una solución social. Las autoridades sanitarias deben plantearse nuevas y más radicales estrategias. Hay que forzar cambios en los modelos alimentarios estableciendo impuestos especiales a los alimentos y bebidas con alto poder calórico (bebidas y zumos azucarados, y grasas de origen animal) y subvencionar el consumo de alimentos con bajo poder calórico (frutas, verduras y cereales integrales). Paralelamente hay que promover la actividad física organizada, con gimnasios gratuitos en los barrios. Este enfoque social para contrarrestar el aumento de la obesidad requiere de la participación activa de los movimientos sociales, de los movimientos ecologistas y de todos los que se preocupan por la salud y el medio ambiente.

## El potencial impacto de algunas medidas para prevenir enfermedades crónicas

Hay estudios que demuestran la efectividad y el enorme impacto sobre la salud de la implantación de algunas medidas como las propuestas en el apartado anterior. En el Reino Unido, se ha mostrado recientemente en un estudio publicado por una de las revistas médicas más importantes del mundo que si se redujera el contenido de azúcar en un 40 % en bebidas como la Coca-cola y los zumos azucarados durante los próximos cinco años, disminuiría en 40 calorías la ingesta energética promedio diaria de la población.<sup>9</sup> Esto llevaría a una disminución del 1 % en la prevalencia de sobrepeso y del 2 % en la de obesidad en la población adulta de Reino Unido. Como consecuencia, se lograría reducir la incidencia de obesidad en un millón de adultos y prevenir la aparición de 290.000 casos de diabetes tipo 2 asociados a la obesidad en esta población. Creo que queda bastante claro que si estas medidas no se implantan es porque no existe voluntad política para hacerlo y por el temor de enfrentarse a poderosas compañías multinacionales.

Existen, asimismo, otros estudios que muestran también la importancia de la alimentación y el estilo de vida en la aparición del cáncer. El cáncer es en nuestra sociedad la principal causa de muerte en los varones y la segunda en las mujeres. La hipótesis de que la alimentación puede relacionarse con la aparición de un cáncer es tan antigua como la humanidad misma, y durante los últimos 50 años se han ido acumulando evidencias de estudios de laboratorio en animales y estudios observacionales y de intervención en poblaciones humanas que han mostrado la relevancia de los factores alimentarios en la aparición de diversos tumores. Hay evidencias científicas muy consistentes que muestran que un alto consumo de diversos tipos de frutas, verduras, cereales integrales ricos en fibras y compuestos antioxidantes, reducen el riesgo de numerosos tumores. Por otro lado, está científicamente reconocido que un alto consumo de carnes en conserva, de carnes rojas (ternera, cerdo, oveja, caballo) y de alcohol aumentan el riesgo de un amplio tipo de tumores.

Hay importantes investigaciones recientes que describimos en el libro sobre nutrición y cáncer anteriormente citado<sup>10</sup> que han demostrado que mantener un estilo de vida saludable, consistente en seguir una dieta como la mediterránea, consumir alcohol de forma moderada, no fumar, realizar actividad física diaria (caminar unos 30 minutos al día) y evitar la obesidad, posibilita la reducción en un 30% el riesgo de padecer cáncer de colon y recto, en un 25% el de mama y en más del 40% el riesgo de tener cáncer de estómago. Esto muestra que gran parte de las enfermedades crónicas que afectan a las poblaciones se pueden prevenir porque están relacionadas con patrones alimentarios y de estilo de vida que son potencialmente

---

<sup>9</sup> Ma Y., He F., Hashem K. et al. «Gradual reduction of sugar in soft drink without substitution as a strategy to reduce overweight, obesity and type 2 diabetes: a modeling study». *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016; [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)004777-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(15)004777-5).

<sup>10</sup> Véase nota 3.

modificables. Es muy importante que la mayoría de la población disponga de toda esta información que la ciencia nos proporciona para que no se deje influenciar por alimentos presuntamente milagrosos y que le permita llegar al profundo convencimiento de que mantener una vida saludable, siguiendo las pautas de lo que está científicamente comprobado, vale la pena porque representa prevenir una parte importante de las enfermedades crónicas.

La prevención debe ser la principal estrategia en la lucha contra el cáncer. Pero esto no depende solo de decisiones individuales, como hemos visto con la obesidad; debe ser abordado como un problema a nivel social, y consecuentemente, como parte de las políticas de salud pública. Se requiere para ello un cambio radical de prioridades en la distribución del gasto sanitario, en el que se debe incrementar en forma considerable las inversiones para promover y proteger la salud.