

La dieta mediterránea en distintos grupos de edad

Inmaculada González Morales¹, Margarita Torres Amengual¹, Casilda
Antonia Martínez Fernández² y Trinidad Luque Vara³

¹Hospital Torrecárdenas (España); ²Distrito Almería (España);

³Centro Penitenciario Melilla (España)

Objetivo principal: determinar la influencia de la edad en los cambios dietéticos en una población de Almería. Metodología: muestreo por conglomerados, con un total de 150 personas, divididos en menores de 40 años, entre 41 y 64 años y mayores de 65 años, se les administró un cuestionario validado de 14 preguntas, con dos opciones de respuesta. Resultados principales: el 68.7% obtuvieron como resultado una adherencia óptima, siendo el 31.34% mayores de 65 años. El 29.3% obtuvieron un nivel de adherencia media, un 1.99% pertenecientes al grupo de edad más longevo y el 2% adherencia baja, perteneciendo un 0% al grupo de edad mayores. La edad relacionada con la puntuación final de la encuesta obtuvo una correlación positiva moderada (Correlación de Pearson $p < 0.000 < 0.05$; $R = 0.514$). Conclusión final: los participantes obtuvieron una adherencia a la dieta Mediterránea media-alta. El grupo de menores de 40 años obtiene resultados más bajos que los otros dos grupos. Por lo tanto, existe una relación estadística entre la edad y la puntuación final, indicando que ha mayor edad mayor puntuación. Esto alerta de que la adherencia a la dieta mediterránea se está perdiendo generacionalmente.

Palabras clave: Hábitos alimenticios, preferencias alimentarias, grupos de edad, educación en salud.

The Mediterranean diet in different age groups. Main objective: To determine the influence of age on dietary changes in a population of Almeria. Methodology: cluster sampling, a total of 150 persons, divided in under 40 years old, between 41 and 64 years old and over 65 years old. They were given a validated questionnaire of 14 questions with two possible answers. Main results: 68.7% obtained an optimal adherence, 31.34% of them were over 65 years old. 29.3% obtained a medium adherence, 1.99% of them belong to the oldest age group. 2% obtained a low adhesion, 0% of them were over 65 years old. The age related with the final score of the survey obtained a moderate positive correlation (Pearson correlation $0.000 < p < 0.05$; $R = 0.514$). Final conclusion: The participants obtained a medium-high adherence to the Mediterranean diet. The group of persons under 40 years old gets lower results than the other two groups. Therefore, there is a statistical relationship between age and the final score, indicating that the older they are the higher score they obtain. This fact alerts us that adherence to the Mediterranean diet is being lost generationally.

Keywords: Food habits, food preferences, age groups, health education.

La alimentación es un factor importante y determinante en la prevención de enfermedades de origen cardiovascular, algunos tipos de cáncer, diabetes mellitus, entre muchas otras patologías. También es un fenómeno social, donde la comunidad, zona geográfica, entorno familiar y laboral tienen una influencia importante sobre ésta.

De entre las dietas conocidas, como equilibradas en el aporte calórico y cualitativo, encontramos la dieta mediterránea, como un régimen caracterizado por su influencia territorial (Carbajal y Ortega, 2001; González et al., 2002).

Diversos estudios han demostrado que, poblaciones mediterráneas, entre ellas Grecia, Italia, Francia y España, tienen mejor esperanza de vida, una de las razones es debida a la dieta específica regional (Carbajal y Ortega, 2001). En esta dieta es componente esencial el aceite de oliva como principal grasa alimentaria, influyendo en el sabor de los alimentos y como aporte de nutrientes esenciales. El aceite de oliva es rico en ácido oleico aumentando los niveles de HDL-colesterol, pobre en linoleico y linolénico, posee antioxidantes naturales como la vitamina E y polifenoles (Albin y Villamil, 2003).

La dieta mediterránea, además, se caracteriza por un consumo elevado de verduras, hortalizas, fruta, frutos secos, cereales y legumbres. En segundo lugar, posee un consumo más moderado de alimentos proteicos como pescado, huevos, y lácteos, y bajo contenido en proteínas animales como la carne (Ayeche y Durá, 2010; Trichopoulou et al., 2005). Dentro de esta dieta, también se incluye el consumo de vino durante las comidas, aunque cabe aclarar que en este caso, debe ser considerado beneficioso el consumo moderado, un elevado consumo aportaría consecuencias negativas.

Los resultados de investigaciones son consistentes al relacionar la influencia del papel de la dieta mediterránea sobre la salud. El estudio llevado a cabo por Trichopoulou (2005) realizado en nueve países Europeos, entre ellos España, con más de 70.000 participantes concluyó con que la dieta mediterránea tenía beneficios ante los usuarios más longevos disminuyendo la mortalidad. Otro estudio, determinó que la existencia de menor incidencia de cáncer de mama en países mediterráneos podría relacionarse con la dieta mediterránea (Trichopoulou, Bamia, Ligiou, y Trichopoulos, 2010).

El estudio de Trichopoulou, Costacou, Bamia y Trichopoulos (2003), denominado *Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population*, donde participaron aproximadamente 22.000 participantes, en Grecia, determinó que existe una fuerte reducción de la mortalidad frente a mayores puntuaciones de adherencia a la dieta mediterránea, estimándose cifras de hasta el 25% de la mortalidad total.

Por otro lado, otro estudio (González et al., 2002) donde la muestra consistió en, aproximadamente, 40.000 personas, en España, de edades comprendidas entre 29 y

69 años, concluyó que, pese a que existieron diferencias entre las puntuaciones de los distintos grupos sociales, en puntuación final no existieron diferencias significativas entre individuos con niveles socioeconómicos diversos. Indicativo de que la adherencia a la dieta no tiene relación con el bienestar socioeconómico, sino más bien con la herencia familiar y comunitaria.

Podemos asociar también, según Martínez-González et al. (2008), la adherencia a la dieta mediterránea con una disminución de la posibilidad de desarrollar diabetes mellitus, con una reducción relativa del 35%.

En España, a nivel social, en las últimas décadas, se han modificado los patrones alimentarios, la inserción de la mujer en el mundo laboral ha influenciado sobre el patrón alimentario en cuanto al poco tiempo para la elaboración de alimentos y la inserción de alimentos preparados o precocinados en la dieta habitual. Con los cambios sociológicos acontecidos se han modificado los hábitos relacionados con ésta, modificando el tiempo empleado en la adquisición y elaboración de nuestra dieta (Díaz, 2009).

Para mantener un estado óptimo de salud, es primordial que la alimentación sea la adecuada, siendo ésta variada y equilibrada, y España está abandonando sus patrones dietéticos mediterráneos. En el estudio de Villalón et al. (2012) se evaluó el grado de adhesión a la dieta mediterránea en varios grupos de edad comprendidos entre 40-50 años, 50-60 años y 60-70 años, resultando que la población con intervalos de edad más jóvenes obtuvieron puntuaciones de 7.8 puntos de media, el grupo intermedio de edad obtuvo 8.3 puntos de medio, ambos grupos de edad obtuvieron una adherencia baja a la dieta mediterránea, mientras que la población con intervalos de edad de 60-70 años presentó mayor grado de adherencia al patrón mediterráneo (con 11.4 puntos de media), este estudio demuestra que la edad es un factor determinante para la mejor adhesión al patrón mediterráneo basándose en que los grupos con mayor edad mantienen su herencia dietética, mientras que las poblaciones más jóvenes han perdido tal legado por las nuevas modas sociales.

Mediante el presente estudio pretendemos determinar la influencia de la edad en los cambios dietéticos en una población de la provincia de Almería. Por lo tanto, los objetivos del presente estudio son:

- Identificar el tipo de adherencia a la dieta mediterránea de los participantes.
- Determinar la relación entre la edad del encuestado y la puntuación en la dieta.

MÉTODO

Participantes

Participaron un total de 150 personas, se recolectó la muestra en una jornada de salud realizada en Septiembre de 2014, Almería. El tipo de muestreo fue por

conglomerados, el número total de participantes se determinó por cumplimentación de tres grupos de edad, menores de 40 años, entre 41 y 64 años, y mayores de 65 años; en cuanto se equilibraron los grupos, se cerró la recogida de datos.

Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, los participantes debían ser los responsables o co-responsables de la alimentación en su núcleo familiar, encargados de confeccionar la dieta, elección de alimentos,... este criterio de inclusión fue determinante para el estudio y para el correcto desarrollo del trabajo debido a que tal responsabilidad en la alimentación familiar aporta la predisposición a mantener la adherencia a la dieta mediterránea del individuo y su entorno familiar; usuarios que quisieran participar voluntariamente en el estudio.

Se excluyeron a todos los participantes que por dificultad comunicativa no pudieran completar el estudio, a todos los que no se encargaran de confeccionar su dieta habitualmente: compra y elección de alimentos.

Instrumentos

Para la recolección de datos, a los participantes del estudio se les facilitó una encuesta que recogió datos demográficos tales como edad, sexo, y si eran responsables o co-responsables de la alimentación en su unidad familiar.

El instrumento utilizado fue el *Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea* (Castilla et al., 2010), cuestionario validado que consta de 14 preguntas, con dos opciones de respuesta, a cada respuesta con adherencia a la dieta mediterránea se le asigna un punto, siendo la puntuación mínima final de 0 puntos y máxima de 14 puntos; de manera que a mayor puntuación mayor adherencia.

Procedimiento

Se instó a participar a todos los usuarios que acudieron a una jornada de salud en Almería, informando a los usuarios la finalidad del estudio. Se solicitó consentimiento expreso e informado de la voluntariedad a participar en él y se les explicó la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que consideraran oportuno.

Se recogió la información en formato papel, de forma autoadministrada. Una vez recogidos los datos se procedió al análisis de los mismos.

Análisis de datos

Para el tratamiento de los datos se determinaron las variables:

- Edad: variable cuantitativa que se recodificó en categórica, clasificada en tres grupos: menores de 40 años, entre 41 y 65 años, y mayores de 65 años.
- Sexo: variable categórica dicotómica, hombre y mujer.
- Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea: variable cuantitativa. Se recodificaron las puntuaciones finales, tras sumar los 14 ítems, clasificándolos en:

Adherencia a la dieta mediterránea óptima: 8 puntos o más.

Adherencia a la dieta mediterránea media: entre 4-7 puntos.

Adherencia a la dieta mediterránea baja: 3 puntos o menos.

El análisis de las variables se realizó mediante el programa estadístico SPSS 20.0. Para el análisis descriptivo se utilizó media, desviación típica, y frecuencia en porcentajes. Los datos se expresaron mediante tablas, histogramas y gráficos de dispersión para facilitar su lectura.

Se utilizó la prueba ANOVA para la determinación del contraste por grupos de edad y puntuación final de la adherencia a la dieta mediterránea. Para determinar el grado de relación entre edad del encuestado y adherencia a la dieta mediterránea (puntuación final de la encuesta) se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

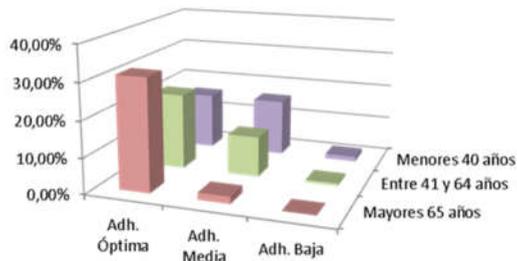
Participaron un total de 150 personas, divididos en tres grupos de edad. La edad media de los encuestados fue de 52.69 años \pm 18.32 DE, con un rango de 20 a 86 años. El 71.3% fueron mujeres.

La media de puntuación del cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea fue de 9 puntos \pm 2.43 DE.

La puntuación, según subgrupos, fue en menores de 40 años de 7.32 puntos \pm 0.31 DE, entre 41-65 años de 9.42 puntos \pm 0.30 DE, y en mayores de 65 años de 10.26 puntos \pm 0.28 DE.

Por categorías (Gráfica 1) el 68.7% obtuvieron como resultado una adherencia óptima, siendo el 31.34% mayores de 65 años. El 29.3% obtuvieron un nivel de adherencia media, un 1.99% pertenecientes al grupo de edad más longevo y 2% adherencia baja, perteneciendo un 0% al grupo de mayores.

Gráfica 1. Clasificación de adherencia a la dieta mediterránea según grupo de edad



Existieron diferencias significativas entre el grupo de menores de 40 años y los otros grupos dos (ANOVA de un factor $0.000 < 0.05$) (Tabla 1).

Tabla 1. Relación entre grupos de edad y puntuación de la encuesta

(I) Grupos de edad	(J) Grupos de edad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Menor de 40	Entre 41 y 64	-2.10000*	.42207	.000	-3.0993	-1.1007
	Mayor de 65	-2.94000*	.42207	.000	-3.9393	-1.9407
Entre 41 y 64	Menor de 40	2.10000*	.42207	.000	1.1007	3.0993
	Mayor de 65	-.84000	.42207	.118	-1.8393	.1593
Mayor de 65	Menor de 40	2.94000*	.42207	.000	1.9407	3.9393
	Entre 41 y 64	.84000	.42207	.118	-.1593	1.8393

*La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

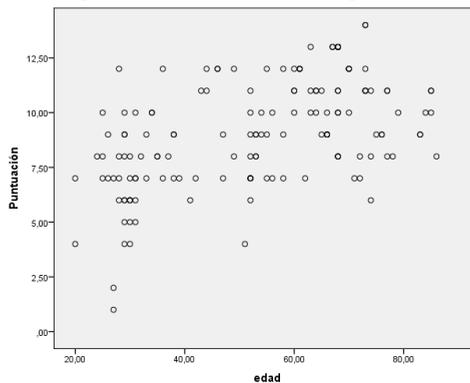
Tabla 2. Índice Correlación de Pearson puntuación del cuestionario adherencia a la dieta mediterránea con edad del encuestado

	Puntuación	Edad
Puntuación	Correlación de Pearson	1
	Sig. (bilateral)	.000
	N	150
Edad	Correlación de Pearson	.514**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	150

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Se relacionó la edad con la puntuación final de la encuesta, obteniendo una correlación positiva moderada (Correlación de Pearson $p<0.000<0.05$; $R=0.514$) (Tabla 2, Gráfica 2), indicándonos que a mayor edad mayor puntuación en la encuesta.

Gráfica 2. Gráfico de dispersión edad del encuestado vs puntuación final de la encuesta



En la tabla 3 se aprecian las frecuencias de respuesta de los encuestados. En cuanto a los alimentos: El aceite de oliva, frutos secos y carnes blancas obtuvieron puntuaciones altas en todos los grupos, la elaboración de sofrito resultó ser habitual en la forma de preparación de platos de los encuestados.

Los usuarios que adoptaron mayor adherencia en la verdura (respondieron dos o más) respondieron que, al menos una de ellas se consumía en ensaladas o crudas.

En cuanto, a la adherencia a fruta y verdura se obtuvieron frecuencias intermedias, mientras que el consumo de pescado y legumbres valores bajos.

Tabla 3. Frecuencias de respuesta en el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea

Ítems del cuestionario		≤40 años N (%)	41- 64 años N (%)	≥65 años N (%)	Total N (%)
Uso del aceite de oliva como principal grasa para cocinar	Sí	47 (34.3%)	47 (34.3%)	43 (31.4%)	137 (91.3%)
	No	3 (23.1%)	3 (23.1%)	7 (53.8%)	13 (8.7%)
Cantidad de aceite de oliva total al día (<i>en cucharadas</i>)	≥2	30 (24.6%)	44 (36.1%)	48 (39.3%)	122 (81.3%)
	<2	20 (71.4%)	6 (21.4%)	2 (7.1%)	28 (18.7%)
Raciones de verdura u hortalizas/día (<i>guarnición o acompañamiento = ½ ración</i>)	≥2	18 (20.9%)	29 (33.7%)	39 (45.3%)	86 (57.3%)
	<2	32 (50.0%)	21 (32.8%)	11 (17.2%)	64 (42.7%)
Consumo de piezas de fruta Diario (<i>incluido zumo natural</i>)	≥3	10 (15.6%)	20 (33.7%)	34 (53.1)	64 (42.7%)
	<3	40 (46.5%)	30 (34.9%)	16 (18.6)	86 (57.3%)
Consumo de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos/día. (<i>1 ración = 100-150 gr.</i>)	<1	30 (30.0%)	34 (34.0%)	36 (36.0%)	100 (66.7%)
	>1	20 (40.0%)	16 (18.8%)	14 (28.0%)	50 (33.3%)
Consumo de mantequilla, margarina o nata/día.	<1	41 (34.7%)	44 (37.3%)	33 (28.0%)	118 (78.7%)
	>1	9 (28.1%)	6 (18.8%)	17 (53.1%)	32 (21.3%)
Consumo de bebidas carbonatadas/día.	<1	40 (32.8%)	42 (34.4%)	40 (32.8%)	122 (81.3%)
	>1	10 (35.7%)	8 (28.6%)	10 (35.7%)	28 (18.7%)
Consumo de vino/semana. (<i>vasos</i>)	≥3	5 (6.8%)	21 (28.8%)	47 (64.4%)	73 (48.7%)
	<3	45 (58.4%)	29 (37.7%)	3 (3.9%)	77 (51.3%)
Consumo de legumbres semanal (<i>1 ración = 150 gr</i>)	≥3	11 (23.9%)	17 (37.0%)	18 (39.1%)	46 (30.7%)
	<3	39 (37.5%)	33 (31.7%)	32 (30.8%)	104 (69.3%)
Consumo de pescado o marisco semana (<i>1 ración = 100-150 gr pescado ó 4-5 piezas marisco</i>)	≥3	10 (16.9%)	21 (35.6%)	28 (47.5%)	59 (39.3%)
	<3	40 (44.0%)	29 (31.9%)	22 (24.2%)	91 (60.7%)
Consumo de repostería comercial semanal	<3	32 (31.1%)	39 (37.9%)	32 (31.1%)	103 (68.7%)
	>3	18 (38.3%)	11 (23.4%)	18 (38.3%)	47 (31.3%)
Consumo de frutos secos a la semana. (<i>1 ración = 30 gr</i>)	≥1	28 (27.7%)	35 (34.7%)	38 (37.6%)	101 (67.3%)
	<1	22 (44.9%)	15 (30.6%)	12 (24.5%)	49 (32.7%)
Consumo preferente de carnes blancas a carnes rojas.	Sí	39 (35.1%)	41 (36.9%)	31 (27.9%)	111 (74.0%)
	No	11 (28.5%)	9 (23.1%)	19 (48.7%)	39 (26.0%)
Consumo semanal de alimentos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada con aceite de oliva (<i>sofrito</i>)	≥2	43 (31.9%)	45 (33.3%)	47 (34.8%)	135 (90.0%)
	<2	7 (46.7%)	5 (33.3%)	3 (20.0%)	15 (10.0%)

El vino, obtuvo valores intermedios en el total de los 150 encuestados, pero valorado por subgrupos se evidencia que el consumo es mayor según grupo de edad, obteniéndose valores más elevados en mayores de 65 años, el grupo menor de 40 años

obtuvo un 6.8%. Las carnes rojas, repostería, mantequilla y/o margarina y bebidas carbonatadas obtuvieron valores bajos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La media de puntuación en todos los grupos de edad obtuvo como resultado una adherencia a la dieta Mediterránea media-alta, indicativo de que, en esta muestra de participantes, se mantiene una adecuada adherencia a la dieta mediterránea.

Pero, tras la clasificación por grupos de edad, observamos que el grupo de menores de 40 años obtiene resultados significativamente más bajos que los otros dos grupos. Tras la aplicación de la correlación de Pearson se pudo determinar que existe una relación estadística entre la edad y la puntuación final (a mayor edad, mayor puntuación).

En el presente estudio, se obtienen unos resultados que van en la línea del estudio de Villalón et al. (2012), donde las mayores adherencias a la dieta mediterránea se obtuvieron en grupos de mayor edad, alertando de que la adherencia en España a la dieta mediterránea se está perdiendo generacionalmente, posiblemente debido a circunstancias como: la disminución de tiempo para la preparación y elaboración de alimentos, la inserción de la mujer al mundo laboral, el estrés... Las nuevas modificaciones sociales provocan una disminución en la calidad alimentaria y según estudios revisados (Martínez-González et al., 2008; Trichopoulou, 2010) existe una relación positiva entre la adherencia a la dieta y morbilidad, indicándonos que, a largo plazo podría existir un aumento de enfermedades relacionadas con una mala alimentación, aumento de enfermedades cardiovasculares, degenerativas,...

Una de las limitaciones del presente trabajo es la de poder acceder a un mayor número de participantes, pero tras la comprobación de los resultados con estudios anteriores podemos determinar que tal muestra es representativa, y deberíamos ampliar tal línea de investigación para averiguar dónde radica exactamente la dificultad para adherirse correctamente a nuestro patrón alimenticio por excelencia. Cabe destacar también que, dentro del mismo territorio español, encontramos también diversidad en cuanto a la dieta y a los enfoques de adhesión de la misma, por lo tanto, este punto debe tratarse con especial cuidado.

Desde el punto de vista de salud, es recomendable fomentar el apoyo a este tipo de alimentación, mediante educación sanitaria, para ello, tal y como se ha comentado anteriormente, es imprescindible añadir información a este estudio sobre las dificultades de adhesión. La interacción con la población sana en este punto proporcionaría, una reducción de costes sanitarios a largo plazo, al conseguir un descenso de la prevalencia de patologías descritas anteriormente en la población.

La educación nutricional es también generacional, y podemos concluir con que la adhesión a la dieta se está perdiendo y conforme las generaciones avanzan su progreso es la desaparición. Desde programas de salud se hace indispensable fomentar tal educación, y la enfermería tiene un papel importante en la educación sanitaria, que desde centros de salud se puede aplicar para obtener tal información y actuar sobre la misma.

REFERENCIAS

- Albin, A., y Villamil, J. (2003). Aceite de oliva: tradicional sabor mediterráneo rejuvenecido en tierras uruguayas. *INIA*, 9(101), 25-28.
- Ayechu, A. y Durá, T. (2010). Calidad de los hábitos alimentarios (adherencia a la dieta mediterránea) en los alumnos de educación secundaria obligatoria. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 33(1), 35-42.
- Carbajal, A., y Ortega, R. (2001). La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable. *Revista Chilena de Nutrición*, 28(2), 224-236.
- Castilla, M.L., Jiménez, C.P., Lama, C., Muñoz, J., Obando, J., Rabat, J.M., Repollo I., y Sagrista, M. (2010). *Guía de consejo dietético intensivo en atención primaria*. [Sevilla]: Consejería de Salud. Recuperado de: <http://libros.metabiblioteca.org/handle/001/225>
- Díaz, A.A., y Travé, T.D. (2009). Dieta mediterránea y adolescentes. *Nutrición Hospitalaria*, 24(6), 751-762.
- González, C.A., Argilaga, S., Agudo, A., Amiano, P., Barricarte, A., Beguiristain, J.M., ..., Tormo, M.J. (2002). Sociodemographic differences in adherence to the Mediterranean dietary pattern in Spanish populations. *Gaceta Sanitaria*, 16(3), 214-221.
- Martínez-González, M.Á., De la Fuente-Arrillaga, C., Nuñez-Cordoba, J.M., Basterra-Gortari, F. J., Beunza, J.J., Vazquez, Z., ..., Bes-Rastrollo, M. (2008). Adherence to Mediterranean diet and risk of developing diabetes: prospective cohort study. *BMJ*, 336(7657), 1348-1351.
- Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C., y Trichopoulos, D. (2003). Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2599-2608.
- Trichopoulou A, Orfanos P, Norat T, Bueno-de-Mesquita B, Ocke MC, Peeters PH, ..., Trichopoulos, D (2005) Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study. *BMJ*, 330(7498), 991-996.
- Trichopoulou, A., Bamia, C., Lagiou, P., y Trichopoulos, D. (2010). Conformity to traditional Mediterranean diet and breast cancer risk in the Greek EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) cohort. *American Journal of Clinical Nutrition* 92(3), 620-625.
- Villalón, M., Cutillas L., Martínez-Martínez, F., López, H., Oliveras, M.J., y Samaniego- Sánchez, C. (2012). La Oficina de Farmacia: una herramienta para conocer el grado de adherencia a la dieta mediterránea de la población. *Ars Pharmaceutica*, 53(3), 26-33.

Recibido: 25 de febrero de 2016

Recepción Modificaciones: 15 de marzo de 2016

Aceptado: 20 de marzo de 2016