

LA IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD ■ DEL EQUILIBRIO NUTRICIONAL A LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE ■ MITOS Y RITOS DE LA ALIMENTACIÓN ■ DIETAS MÁGICAS ■ PLAN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA ■ UN PROGRAMA DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA ■ NUESTRA ALIMENTACION EN LA ENCUESTA DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA ■ FORMACIÓN PEDAGÓGICA EN LOS COMEDORES ESCOLARES ■ IDONEIDAD DE LA OFERTA ALIMENTARIA DE LOS COMEDORES ESCOLARES DEL ÁREA DE SALUD 9 ■ LA ENFERMEDAD CELÍACA

viure en **SALUT**

número **5** maig / 2002 **5**

Nutri ció

Menjar i
beure de
manera
saludable



GENERALITAT VALENCIANA

CONSELLERIA DE SANITAT
DIRECCIÓ GENERAL PER A LA SALUT PÚBLICA

viure en SALUT

EDITA

Generalitat Valenciana.
Conselleria de Sanitat
Direcció General de Salut Pública

DIRECCIÓ

Unitat d'Educació per a la Salut

REDACCIÓ

Javier Parra

ASSESSORAMENT LINGÜÍSTIC

Servei d'Assumptes Generals

MAQUETACIÓ

Javier Parra

FOTOGRAFIA

Javier Parra

DISSENY DE LA PORTADA

Javier Parra

COORDINACIÓ D'ESTE NÚMERO

Joan Quiles

COL.LABORADOS D'ESTE NÚMERO

Manuel Gallar. Laura Garcés
Consuelo López. Soledad Luján.
José Fco. Martínez. María del Mar Martínez.
Joan Quiles. Chelo Ramírez.
Luis Rojo. Elías Ruiz.
Isidro Vitoria.

Servicio de Higiene de los Alimentos de la
Dirección General para la Salud Pública.
Oficina del Plan de Salud de la
Conselleria de Sanidad.

IMPRESSIÓ I FOTOCOMPOSICIÓ

Talleres Gráficos Ripoll SA

DEPÒSIT LEGAL

V-1063-1988

VIURE EN SALUT s' envia gratuïtament a tots els col·legis, ajuntaments i centres sanitaris de la Comunitat Valenciana. També es trameta a les associacions, entitats o persones que ens envien la butlleta de subscripció o que ens ho sol·liciten per carta o per telèfon.

Agrairíem que se'ns comunicara qualsevol anomalia observada en la recepció, per tal de corregir-la, i també els canvis de domicili.

La Conselleria de Sanitat, entitat editora de VIURE EN SALUT, no s'identifica necessàriament amb les opinions, expressades pels redactors i col·laboradors de la publicació.

VIURE EN SALUT autoritza la reproducció dels seus textos, sempre que se'n cite la procedència. Alhora, demanem que ens feu arribar dos exemplars de la publicació on s'inclouen els seus continguts.

Us convidem a fer una revista cada vegada més vostra. No dubteu a donar-nos la vostra opinió sobre la revista; expressar el vostre acord o desacord amb els articles d'opinió que hi apareixen, aportar suggeriments, plantejar dubtes o peticions, etc. Esperem les vostres col·laboracions.

Adreceu-vos a:

Direcció General de Salut Pública

Unitat d'Educació per a la Salut

96 386 80 00

Misser Mascó, 31-33

46010 VALÈNCIA

CARTES A viure

La secció Fil Directe vol obrir les seues pàgines als lectors de VIURE EN SALUT. Volem conèixer la teua opinió. L'extensió serà com a màxim de 50 línies mecanografiades a dos espais. Aniran firmades i amb el número de DNI. VIURE EN SALUT es reserva el dret de publicació així com el d'ajustar-ne l'extensió en l'espai disponible.

ÚLTIMS NÚMEROS PUBLICATS:



VS54:
Salut, un enfocament de gènere



VS53:
Humanització de l'atenció sanitària



VS52
Telemedicina



VS51:
Crònics



VS 50:
Assistència socio sanitària



VS 49:
Salut mental

BUTLLETA DE SUBSCRIPCIÓ GRATUÏTA

Cognoms i Noms: _____

Domicili: _____

Localitat: _____ Telèfon: _____

Província: _____ C.P: _____

Data de naixement: _____ Professi6: _____

TRAMETRE A: Direcció General de Salut Pública
Unitat d'Educació per a la Salut
Misser Mascó,31-33
46010 VALÈNCIA



SUMARI

Nutrició VS 55

fil directe

2Cartes a Viure

editorial

3

informe

4.....La Importancia de la nutrición
de la salud y la enfermedad
CONSUELO LÓPEZ

6.....Del equilibrio nutricional a la
alimentación saludable.
JOAN QUILES

8..... Mitos y ritos de la
alimentación
MANUEL GALLAR

10..... Dietas mágicas
JOSÉ FCO. MARTÍNEZ

**Plan de Seguridad Alimentaria
de la Comunidad Valenciana**
SERVICIO DE HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

12.....Un programa de detección y
prevención de la anorexia
y bulimia nerviosas en la
Comunidad Valenciana
LUIS ROJO. ELÍAS RUIZ

**Nuestra alimentación en
la Encuesta de Salud de la
Comunidad Valenciana**
OFICINA DEL PLAN DE SALUD

14.....Formación pedagógica en
los comedores escolares
SOLEDAD LUJÁN. LAURA GARCÉS.
M^o DEL MAR MARTÍNEZ

15.....Idoneidad de la oferta
alimentaria de los comedores
escolares del Área de Salud 9
CHELO RAMÍREZ

16.....La enfermedad celíaca
ISIDRO VITORIA

agenda

18.....Cursos. Congressos. Seminaris.

recursos

19 Materials temàtics

L'alimentació és un fet consubstancial a la supervivència de l'ésser humà que presenta grans implicacions en la salut de les persones. Este fet no tindria importància si fóra esporàdic, però hem de recordar que qualsevol de nosaltres menja habitualment entre 3 i 5 vegades al dia, els set dies de la setmana, durant tota la seua vida, i açò suposarà potencialment una interacció prolongada nutrients-no nutrients i organisme, que pot ser positiva o negativa, segons els elements que la componen.

La dieta de cada persona depén del lloc on viu, la disponibilitat d'aliments i la cultura que compartix. Des d'esta perspectiva, hi ha modes col·lectius d'alimentació, com el model o dieta mediterrània, que poden tindre avantatges en termes salut, en contraposició a altres pràctiques alimentàries com el consum del denominat "menjar fem". En el nostre cas, el canvi en els hàbits i la pèrdua dels nostres valors alimentaris per a assimilar-ne altres de més occidentalitzats pot arribar a ser un problema que a mitjà termini ens allunye dels beneficis nutricionals que fins hui disfrutàvem.

En este número de VIURE EN SALUT, abordarem temes que destacaran el paper de la nutrició en la salut tant de l'individu com. de la comunitat. Repassarem la relació de diferents aspectes nutricionals respecte al creixement, les malalties cardiovasculars, el càncer, la diabetis o l'obesitat, entre altres. Intentarem comprendre les bases racionals que justifiquen posar en pràctica una alimentació saludable i fonamenten certes orientacions pràctiques a través d'un model pedagògic com és l'escala de l'alimentació saludable. A més, analitzarem les dades nutricionals que es desprenen de l'Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana 2000-2001, sobre l'alimentació dels valencians.

La societat actual presenta certes creences i atorga als aliments certes virtuts o problemes que són font de l'expressió de les seues idees, interpretacions, pors o, de vegades, falses notícies que han calat en el saber popular. Per això presentem un article que intenta raonar els diferents factors que influïxen en la configuració de molts mites i ritus alimentaris que estan presents en la nostra forma de menjar.

S'acosta l'estiu i moltes persones busquem solucions ràpides per a alleujar la sobrecàrrega ponderal que mals hàbits de vida ens han produït. Per això ens ha semblat pertinent tractar una reflexió sobre el diversificat món de les dietes màgiques, conclouent que qualsevol restricció alimentària no ha de perdre l'essència d' una alimentació saludable, almenys assumint que ha de ser completa, variada i equilibrada.

A més, no volem oblidar un altre aspecte de primer orde relacionat amb el món, de la nutrició. Les recents crisis agroalimentàries han fet que els consumidors reclamen més transparència i informació sobre diferents aspectes relacionats amb el control dels processos que porten els aliments de la granja a la taula. Presentem una breu introducció al Pla de Seguretat Alimentària de la Comunitat Valenciana, configurat com a instrument per a garantir la salut i la seguretat dels consumidors.

També hem volgut acostar-nos al món dels menjadors escolars per a cridar l'atenció sobre alguns dels defectes que s'hi poden observar en la confecció dels menús i destacar l'important paper que tenen com a llocs pedagògics per a reafirmar hàbits higiènics, de pràctiques com a comensals i, com no, per al coneixement dels aliments i la gastronomia d'un entorn concret.

En relació amb l'àmbit escolar, es presenta un estudi sobre detecció i prevenció de l'anorexia i la bulímia nerviosa que es farà, com a experiència pilot, durant el pròxim curs escolar, en tres àrees sanitàries, i que intenta detectar escolars susceptibles de patir trastorns de la conducta alimentària, al mateix temps que desenvolupar un programa de prevenció d'estos problemes.

Dins dels distints temes a tractar va paréixer oportú abordar una patologia com la malaltia celíaca, per ser la causa més comuna i important dins de les síndromes de malabsorció, que afecta aproximadament 1 de cada 2.000 valencians.

La Direcció General per a la Salut Pública és conscient del rellevant interès que la nutrició té per a tots, i la considera com un estil de vida saludable que s'ha de fomentar a tots els nivells. Esperem que els continguts d'esta publicació puguen satisfer tots els seus lectors habituals i que pugua ser utilitzada com a instrument educatiu en tots els àmbits. Bon profit!

La importancia de la nutrición en la salud y la enfermedad

CONSUELO LÓPEZ

Sin duda, la alimentación es un factor cardinal, aunque no único, para alcanzar un estilo de vida saludable capaz de asegurar al individuo el óptimo nivel de salud física y mental. Sin embargo, mientras que la desnutrición ha dejado de ser un problema generalizado en nuestra sociedad, cada vez hay más patologías asociadas al desequilibrio de nutrientes.

No existe ninguna duda respecto a la directa relación entre la correcta alimentación, adecuada a las necesidades nutricionales del sujeto, y sus niveles de salud. Numerosos estudios de epidemiología nutricional han demostrado cómo los hábitos alimentarios de las poblaciones y la morbilidad/mortalidad de las mismas responden a sus consumos alimentarios y estilos de vida.

Estas conclusiones nos obligan a valorar los patrones alimentarios de los diferentes grupos de población para modificarlos, si procede, y utilizarlos como instrumento de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Sin embargo, aceptando la importancia de la dieta en las Intervenciones de salud pública nunca debe contemplarse en solitario sino como un factor más del concepto de los estilos de vida saludable. La ausencia del ejercicio físico como actividad habitual, el predominio de la vida sedentaria, el consumo de tabaco, alcohol y las pautas laborales no saludables contribuyen, muy directamente, a la mala salud de las poblaciones.

Un estilo de vida saludable es aquél que proporciona al individuo el óptimo nivel de salud física y men-

tal. El estatus de salud de una población puede medirse a través de la expectativa de vida, las tasas de mortalidad y morbilidad, así como las discapacidades, sin olvidar la propia percepción subjetiva que tiene la gente de su propia salud y que, por supuesto, entra en conflicto con el propio concepto de una vida de calidad.

De acuerdo con las estadísticas europeas de mortalidad los principales problemas de salud son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer de origen alimentario, la diabetes, la obesidad etcétera. Los programas de salud pública tratan de reducir los factores que inducen estas patologías mediante acciones y programas de promoción de la salud y educación sanitaria.

La OMS señala al sedentarismo como la causa principal de las enfermedades cardiovasculares y de la obesidad, y estima que estas patologías producen más de dos millones de fallecimientos por año en el mundo y que es probable que un tercio de los cánceres existentes pudieran evitarse si la alimentación fuera saludable, se mantuviera un peso correcto y se practicara ejercicio físico a lo largo de la vida.

Cuando se alían factores tan negativos como una mala alimentación, la ausencia de ejercicio físico y el tabaquismo dan como resultado hasta un 80% de las cardiopatías coronarias prematuras.

En países tan distintos como China, Finlandia o Estados Unidos los estudios epidemiológicos han señalado que cambios en los estilos de vida, relativamente modestos, han sido suficientes para prevenir la aparición de prácticamente el 60% de los casos de diabetes tipo 2.

España se encuentra en el área de los denominados países desarrollados donde la disponibilidad de alimentos de buena calidad es una realidad inquestionable y podríamos afirmar que, en general, la desnutrición, si bien no está totalmente eliminada, constituye un problema de grupos marginales minoritarios. Sin embargo, sí existen enfermedades asociadas con el desequilibrio de nutrientes, por exceso o por defecto. Por esta razón entre las prioridades de salud pública se encuentran recogidas las que nacen de una política de alimentación y nutrición que trata de crear y estimular los medios suficientes en todos los sectores, más o menos directamente implicados en la alimentación y nutrición.

En estos últimos años se ha producido un gran avance en el conocimiento de temas relativos a alimentación/nutrición/seguridad alimentaria/salud, lo que ha permitido conocer en profundidad las re-

laciones entre la composición de la dieta y sus repercusiones sobre las enfermedades crónicas degenerativas, la presencia de contaminantes y las posibilidades de diseñar alimentos/frontera, nutracéuticos, funcionales o alicamentos, para proporcionar al consumidor los medios de proteger su salud poniendo a su alcance recursos, hasta ahora inexistentes. En paralelo, las instituciones europeas sanitarias han intensificado las medidas legislativas para que las alegaciones de salud con las que se hace publicidad constantemente de los nuevos alimentos no induzcan a error o sean parcialmente ciertas.

Prevención, promoción y educación

Los programas que se originan desde las instituciones de Salud Pública tienen como objetivo la prevención, la promoción y la educación.

Según el Glosario de Promoción de la Salud, publicado en 1999 por la OMS y editado en español por el Ministerio de Sanidad y Consumo la **prevención** de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Cualquier programa de salud pública aspira, además, a **promover la salud** que es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, como se recoge en el clásico documento conocido como la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*.

La promoción de la salud tiene entre sus Instrumentos esenciales a la **educación para la salud** que, según la definición del aludido Glosario de la OMS, viene referida a las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente y que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria.

Finalmente, quisiéramos detenernos, aunque sea de forma breve, en aquellos aspectos relacionados con la salud, la nutrición y la enfermedad que tiene su origen, al menos parcialmente, en la forma de alimentarse de las poblaciones.

Crecimiento

El crecimiento es un fenómeno biológico que necesita de un aporte continuo de energía y nutrientes. Consiste en un aumento de la masa corporal que se acompaña de un proceso de remodelación morfológica y de maduración funcional.

Por supuesto, la talla final y el peso que un individuo llega a alcanzar no depende de un solo factor. Sobre la base genética existen muchas posibilidades de modulación y control de tipo ambiental, en-

tre los que la nutrición es uno de los más importantes.

La correcta alimentación es decisiva desde el estado intrauterino pudiendo afirmarse que "a igualdad de potencialidad genética y en ausencia de enfermedad, es la cantidad, calidad, proporción y equilibrio de los nutrientes ingeridos y aprovechados los que determinan la talla final de un individuo" (Waddington).

Las infecciones gastrointestinales y respiratorias, las situaciones de malabsorción, las enfermedades crónicas como el asma, la insuficiencia renal, etcétera, comprometen la talla del individuo por mecanismos diversos pero con la participación de factores nutricionales. Además, un estado nutricional deficiente altera la inmunidad y favorece la aparición de infecciones. Por supuesto la influencia de factores psicosociológicos tiene repercusiones, sin lugar a duda, en los cambios alimentarios y nutricionales.

Enfermedades cardiovasculares

En los países europeos las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte, responsable de un 50% de la mortalidad total. En España sigue siendo la primera causa de muerte, aunque la tasa de mortalidad ha ido disminuyendo en los últimos 15 años.

Desde los años 50 los estudios de epidemiología nutricional vienen demostrando la relación entre dieta, niveles plasmáticos de lípidos y arteriosclerosis. Los factores de mayor implicación son: la grasa saturada, grasa total de la dieta, colesterol de la dieta y calorías totales, fibra dietética y antioxidantes, si bien existen factores no dietéticos que tienen mucho que ver con la aparición de dicha patología: tensión arterial, diabetes, consumo de tabaco, estrés, etcétera.

Neoplasias

Los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que los cánceres de mama, colon y próstata son los más frecuentes en los países desarrollados. El riesgo de su aparición se relaciona, principalmente, con el consumo de grasa saturada y el consumo de carne y derivados. Sin embargo, el consumo de dietas ricas en frutas y vegetales, en especial los que se toman crudos, protegen a la población de diversas neoplasias de origen epitelial, principalmente las del tracto respiratorio superior y los digestivos. Un 87% de los estudios epidemiológicos concluyen en la existencia de asociaciones positivas con estos consumos, probablemente debido a que las frutas y los vegetales en general contienen sustancias con efecto antitumoral; algunas vitaminas; betacaroteno; vitaminas C y E; fibra; algunos minerales como el selenio, y otras sustancias como los glucosinolatos, los indoles, los flavonoides, los fenoles, los inhibidores de proteasas-, los esteroides, etcétera. Estas propiedades antitumorales se deben a mecanismos de acción como la detoxificación de enzimas, efecto antioxidante, inhibición de formación de nitrosamina, fijación y dilución de los carcinógenos, etcétera.

También una dieta de un perfil más vegetariano, con abundante consumo de frutas y verduras se asocia a un menor consumo de grasas. Recorde-

mos que las plantas crucíferas (col de Bruselas, repollo, coliflor, etcétera.) se encuentran entre los alimentos con un mayor efecto protector frente al cáncer.

Diabetes mellitus, tipo 2 o insulino dependiente

Constituye el subtipo de diabetes más frecuente: un 80% de los casos existentes. Su prevalencia oscila entre el 3% y el 5% de nuestra población. Los nuevos estilos de vida parece están favoreciendo el aumento de esta patología. Cuando se consume una dieta hipergrasa e hipercalórica se puede desarrollar obesidad con mucha facilidad y ésta aumenta de forma importante el riesgo de que aparezca la diabetes tipo 2. Willet y Colditz afirman que podría prevenirse, en el 64% de los hombres y en el 74% de las mujeres, las diabetes existentes en el mundo si la población no llegara a ser obesa.

Hay una clara relación dieta/diabetes pero, además, una vez contraída la enfermedad su evolución está muy condicionada por los hábitos alimentarios.

Obesidad

Se calculan unos 300 millones de obesos en el mundo e, independientemente de los factores genéticos responsables de esta enfermedad, se sabe que está potenciada por el consumo de una dieta hipercalórica y una vida sedentaria

La obesidad es un factor de riesgo muy importante para la diabetes, la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular, las enfermedades de la vesícula biliar, la gota, artrosis y algunos tipos de cáncer.

La distribución de la grasa corporal influye en la presentación de estas enfermedades. La denominada "obesidad en forma de manzana", por ejemplo tiene mucha mayor repercusión en la aparición de los trastornos metabólicos cardiovasculares.

En nuestro país el estudio CAENPE llevado a cabo en la población escolar de la Comunidad de Madrid valoró la obesidad a partir de los pliegues subcutáneos, viéndose que el 11,45% de los niños y el 7,16% de las niñas la presentaban.

Enfermedades esqueléticas

La desmineralización ósea u osteoporosis es otro de los problemas existentes en nuestra sociedad.

Los factores relacionados con el desarrollo de la osteoporosis podemos sintetizarlos en ingesta de calcio y fosfatos, aporte de Vitamina D en la dieta o mediante exposición solar, consumo de proteínas y de sodio, así como el balance calórico total.

La solución pasa por una dieta equilibrada, la práctica habitual del ejercicio físico, no fumar, beber con moderación y, en algunos casos, el tratamiento hormonal.

Enfermedad oral (caries)

El 80% de la población escolar se ve afectada por las caries. El consumo de azúcar ligado a la falta de higiene favorece la formación de la placa dental que es el elemento predisponente a la caries y las enfermedades periodontales. El tratamiento

con flúor mediante el uso de dentríficos fluorados o en aplicación tópica, además de la incorporación de flúor a las aguas de consumo, son formas de abordar el problema desde la salud pública.

Malformaciones congénitas

Los estudios recientes efectuados en nutrición han demostrado que pueden reducirse en un 50% las posibilidades de existencia de defectos en el tubo neural en el niño, cuando la dieta de la mujer embarazada se suplementa con preparados multivitamínicos que contienen ácido fólico.

Trastornos del comportamiento alimentario

Anorexia nerviosa. La décima revisión (1992) de la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) en el capítulo relativo a trastornos mentales y del comportamiento establece la siguiente definición para la anorexia nerviosa: "Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo". Es una enfermedad que afecta fundamentalmente a las mujeres, 9 de cada 10 durante la pubertad y la prevalencia se sitúa en el 0,5% y el 1% del total de las mujeres. Debido a la pérdida voluntaria de peso por la restricción y/o hábitos purgativos, las pacientes llegan a un estado de desnutrición calórica severa, en la que hay manifestaciones y signos de desnutrición al nivel de todos los sistemas biológicos: endocrino, gastrointestinal, cardiovascular, renal, óseo y hematológico.

Bulimia. En 1980 se identificó la bulimia como una enfermedad causante de trastornos fisiológicos motivados por trastornos psíquicos identificables. La prevalencia para todas las edades en mujeres está fijada en el 2% al 3% de la población

Conclusión

Sirva este resumen para sintetizar la importancia que la alimentación tiene como instrumento de protección y promoción de la salud, teniendo como marco la definición de Salud dada por la OMS: "Completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la ausencia de enfermedad o invalidez".

Artículo realizado con motivo del 28 de mayo, Día Nacional de la Nutrición propuesto por la Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada

Consuelo López Nomdedeu.

Especialista en Educación Nutricional. Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.

Bibliografía

1. Promoción de la Salud. Glosario. Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización Mundial de la Salud. Madrid 1999
2. Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Sanidad y consumo. Madrid 1998
3. Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, Mataix Verdú J. Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Ed. Masso, Barcelona, 1995
4. OMS, Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Serie Informes Técnicos, 797. Ginebra. OMS, 1990
5. National Research Council. Dieta and health. Implications for reducing chronic disease risk. Washington: National Academy Press, 1989
6. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: una antología. Publicación científica Nº. 557. Washington, D.C. OPS,1996

Del equilibrio nutricional a la alimentación saludable

JOAN QUILES

Una alimentación saludable va mas allá de la cantidad de comida que ingerimos.

Una alimentación saludable debe aportar en las proporciones adecuadas todos los nutrientes que necesita nuestro organismo. Para ello se puede emplear el símil de una escalera de cuatro peldaños (alimentación suficiente, completa, variada y equilibrada) y un pasamanos (alimentación higiénica y segura).

El hecho alimentario es una circunstancia que envuelve la supervivencia y la salud de las personas. Para poner en práctica una alimentación saludable se deben comprender las bases racionales que la justifican.

Desde el nacimiento hasta la muerte todos tenemos la necesidad de comer. No sólo basta comer y beber, sino que además es posible, y deseable, hacerlo de la forma más correcta. Nuestra preocupación por una buena alimentación no puede centrarse sólo en la cantidad -comer más o menos-, sino que resulta fundamental adecuar la proporción y calidad de lo que se ingiere para nutrirse correctamente.

Una alimentación completa, variada y sin excesos, asociada con una adecuada dosis de ejercicio físico puede ser, junto a otras prácticas, una buena base para conseguir un alto grado de bienestar físico, psíquico y social, y poder afrontar la vida de forma gozosa, solidaria y autónoma.

La escalera para una alimentación saludable

Una **alimentación saludable** es aquella que nos provee de energía suficiente para cubrir la gastada

diariamente e incorpora todos los nutrientes que el organismo necesita en proporciones adecuadas. Para ello debe incluir una gran variedad de alimentos y, tanto en su composición como en el manejo y procesos culinarios a los que es sometida, no debe suponer ningún riesgo para la salud.

Para explicar los rasgos que deben caracterizar una alimentación saludable podemos utilizar el símil de una escalera de cuatro peldaños. En este modelo para subir un escalón debemos tener apoyado el pie en el peldaño anterior y siempre deberemos asirnos en el pasamanos.

Los peldaños definen las características que la alimentación debe cumplir: suficiente, completa, variada y equilibrada. El pasamanos refiere un básico para lograr que la alimentación sea fuente de salud, no debe contener ni sustancias (toxinas, contaminantes), ni seres vivos (virus, bacterias o parásitos) que puedan atentar contra la salud de la personas.

Primer escalón: nutrición suficiente

El ser humano está constituido de materia y energía. Uno de los principios básicos de la nutrición implica la búsqueda de energía para suplir la que diariamente se pierde. Gastamos energía sólo por vivir, por respirar, por estar totalmente a reposo (dormir): esa mínima energía es lo que se denomina gasto energético basal. Además, en nuestro cuerpo la energía se gasta bajo diferentes formas: para mantener la temperatura constante (energía térmica), para transmitir los impulsos nerviosos (energía eléctrica) o para mover los músculos (energía dinámica).

Todos estos gastos de energía han de ser a través de la alimentación. La medida de la energía en el ámbito de la nutrición se realiza en términos de kilocalorías o en kilojulios. Una kilocaloría es igual a 4'18 kilojulios.

Ciertos nutrientes de los alimentos, los llamados nutrientes energéticos o principios inmediatos, son capaces de aportar energía al ser humano: así los glúcidos o hidratos de carbono liberan 4 kilocalorías (16'7 kJ) por gramo; los lípidos o grasas 9 kilocalorías, (37'6 kJ) por gramo; y los prótidos o proteínas, 4 kilocalorías (16'7 kJ) por gramo.

La **nutrición** del ser humano debe ser **suficiente** en cuanto a **energía** se refiere. Todas las personas no gastan lo mismo. Las diferentes etapas de la vida conduce a tener diferentes tipos de gasto: utilizamos energía para mantener los procesos vitales mínimos en condiciones de máximo reposo (gasto basal); pero también utilizamos energía para realizar todas nuestras actividades de trabajo y ocio (gasto por actividad física); y en algunas etapas de la vida, para completar el crecimiento

propio o de otros seres (embarazo). El gasto basal es inherente a cada individuo y poco modificable; sin embargo, el mayor componente que tiene la facultad de ser modificado a voluntad es el producido por el ejercicio físico.

Para la población española se han calculado las necesidades energéticas (SENC, 2001) que figuran en la tabla 2.

Segundo escalón: nutrición completa

A los requerimientos de energía, se une la necesidad de conseguir aquellos "materiales" que han de formar, sustituir o reparar estructuras en el cuerpo, son los nutrientes con función plástica. Por último, se requieren otros nutrientes cuya función será facilitar las reacciones bioquímicas que se producen en el organismo, son los nutrientes que desempeñan funciones reguladoras.

Ejemplos de nutrientes energéticos son los hidratos de carbono ya sean sencillos o complejos y las grasas o lípidos; como nutrientes plásticos podemos citar las proteínas o el calcio; y como nutrientes reguladores, las vitaminas y muchos minerales (hierro, zinc, iodo o calcio).

Se calcula que existen alrededor de cuarenta nutrientes imprescindibles para el ser humano. Los que son necesarios en grandes cantidades son llamados **macronutrientes**, entre los que encontramos los glúcidos, los lípidos o las proteínas. Otros son requeridos en cantidades más pequeñas, como las vitaminas o los minerales; son los **micronutrientes**. Además, existen otras sustancias relacionadas con la nutrición como el agua y las fibras que desempeñan un papel muy importante en el buen funcionamiento de nuestro organismo

Todos los nutrientes deben estar presentes en nuestra dieta para una correcta nutrición del ser humano. Tanto los nutrientes que el cuerpo precisa para cubrir sus necesidades energéticas, como las plásticas como las reguladoras. Nuestra alimentación es como un gran rompecabezas al que no le debe faltar ninguna pieza si queremos que sea adecuada.

Tercer escalón: la alimentación variada

Los nutrientes entran al cuerpo a través de los alimentos. Los alimentos son complejos que llevan sustancias que son nutrientes y otras que no lo son. Según su contenido en nutrientes los alimentos pueden clasificarse diciendo que son fuente importante de uno u otro nutriente. Así la leche y los lácteos son fuentes importantes de proteínas y calcio; las carnes, los pescados y huevos, de proteínas y hierro; las frutas y verduras, de fibras, agua y algunas vitaminas; los cereales y dulces, de glúcidos; y las grasas, de lípidos y vitaminas liposolubles.

1 Escalera de alimentación saludable



2 Necesidades energéticas

Edad (años)	Kcal/día	
	Hombres	Mujeres
1-3	102 Kcal/Kg/día	102 Kcal/Kg/día
4-6	1.700	1.700
7-9	2.000	2.000
10-14	2.600	2.200
15-19	3.000	2.300
20-39	3.000	2.200
40-59	2.800	2.200
60-69	2.400	2.000
70-79	2.200	1.900
> 80	2.000	1.700

3 Composición en nutrientes de grupos de alimentos

Lácteos	Carne, pescado y huevos	Legumbres	Verduras, hortalizas y frutas	Cereales y derivados	Aceites y grasas
Proteínas	Proteínas	Proteínas	HdC	Proteínas	—
—	—	HdC	—	HdC	—
Lípidos (AGS)	Lípidos (AGS/AGPI)	—	—	—	Lípidos (AGS/AGMI/AGPI)
—	—	Fibras	Fibras	Fibras	—
—	—	B ₁	B ₁	B ₁	—
B ₂	B ₂	B ₂	—	B ₂	—
—	Folatos	Folatos	Folatos	Folatos	—
B ₁₂	B ₁₂	—	C	—	—
—	—	—	Carotenos	—	—
A	—	—	—	—	A
D	D	—	—	—	D
—	—	—	—	—	Tocoferol
Calcio	—	Calcio	—	Calcio	—
—	Hierro	Hierro	Hierro	—	—
Zinc	Zinc	Zinc	—	Zinc	—
Magnesio	Magnesio	Magnesio	Magnesio	Magnesio	—

Para nuestra alimentación podemos utilizar miles los alimentos, tanto naturales como procesados. La situación geográfica, las condiciones climatológicas, la economía, la cultura, las creencias religiosas condicionan, entre otras circunstancias el hecho alimentario y conforma el lenguaje culinario y gastronómico propio de cada país. A parte de esto la disponibilidad, creencias y gustos personales dan la posibilidad de variar diariamente la realización de comidas y cenas, haciendo que nuestra alimentación contribuya a la cultura, y a la alegría de vivir. Aunque sólo existe una forma de nutrirse adecuadamente, existen muchas maneras de combinar los alimentos para acercarnos a ella.

Existen algunas razones para intentar una dieta variada. Una dieta monótona, que incluya poca variedad de alimentos, acaba por ser aburrida y puede condicionar la presencia de ciertos nutrientes, puesto que ningún alimento contiene absolutamente todos los nutrientes. Una dieta variada tiene mayores posibilidades de ser completa, ya que algunos alimentos carecen de ciertos nutrientes mientras que otros los contienen de forma abundante.

Además, en el caso de que algún componente de ciertos alimentos fuera potencialmente perjudicial, una dieta variada disminuiría probablemente el riesgo de toxicidad por su excesivo acumulo.

Conseguir una dieta variada y completa es una tarea bien sencilla, basta elegir uno o dos alimentos de cada uno de los grupos de alimentos y distribuirlos entre las diferentes comidas del día.

Cuarto escalón: alimentación equilibrada

Hasta aquí hemos resaltado la importancia de comer de todo; pero, ¿la misma cantidad de todo? Hablar de alimentación es hablar de equilibrio. Cuando introdujimos el término alimentación suficiente vimos la necesidad de poner equilibrio entre la energía que ingerimos y la que gastamos, cuando justificamos el concepto de alimentación variada se vio la oportunidad de equilibrar los beneficios y riesgos al utilizar alimentos diferentes. Pero no sólo existen estos equilibrios en nutrición, existen otros. Así se recomienda que la energía que aportamos al cuerpo con la alimentación venga principalmente en forma de hidratos de carbono (más del 55% del aporte energético total), algo a partir los lípidos (menos del 30%) y sólo un poco como proteínas (entre el 10 %y 15%).

Como quiera que estos términos de porcentajes son difíciles de manejar, se ha intentado explicar el equi-

librio de la alimentación a través de guías alimentarias que, de forma gráfica e intuitiva, permiten elaborar planes de comida para la población sana.

Se han tentado distintos modelos como rombos o pirámides, habiendo obtenido una gran aceptación las distintas **pirámides de la alimentación**. En ellas se distribuyen los alimentos o grupos de alimentos en diferentes escalones o pisos, según la presencia ideal que deben tener en la alimentación diaria. De esta forma, en la base de la misma se sitúan aquellos alimentos que deben suponer el soporte de la dieta; y conforme subimos los distintos niveles, encontramos los alimentos cuya presencia deberá ser menor, bien en cantidad o en número de raciones.

En la *Pirámide de la alimentación saludable adaptada a la Comunidad Valenciana* (Quiles J y Espi P, 1996) se ha mantenido el mismo código de colores que en la *Rueda de los alimentos*, rojo para los alimentos plásticos, verde para los alimentos reguladores y amarillo para los alimentos energéticos. En el nivel inferior, que es el más amplio ya que constituye la base de la alimentación, encontramos los alimentos ricos en hidratos de carbono que son los que proceden de los cereales (arroz, trigo, maíz...), las legumbres (alubias, lentejas, garbanzos), las patatas y los frutos. En el nivel inmediatamente superior, encontramos aquellos alimentos que nos proveen de nutrientes reguladores, nos referimos a las frutas y verduras. Un tercer nivel lo constituyen aquellos alimentos que son, sobre todo, plásticos, entre ellos distinguimos los lácteos, los pescados, las carnes y los huevos. En el vértice de la pirámide se representa el aceite, del cual se debe moderar su utilización.

Los círculos externos nos informan sobre algunos consejos básicos:

- la práctica de ejercicio físico adecuado;
- la moderación en el consumo de bebidas alcohólicas; no obstante puede ser aceptable el consumo de 1-2 vasos (100-200 ml) de vino/día en adultos sanos;
- el consumo de dulces de forma ocasional;
- cocinar con poca sal y sin adicionar sal a los alimentos en la mesa; y
- la moderación del consumo de café y de refrescos.

Para la realización de una **alimentación equilibrada** se recomienda:

- Tomar entre 4 y 6 raciones diarias de los alimentos que se sitúan en su base. Para intentar la máxima variedad, a lo largo de la semana puede resultar interesante consumir dos veces arroz, dos veces pasta y dos veces legumbres. De forma diaria pan y patatas; y ocasionalmente, frutos secos.
- Del segundo nivel se aconseja el consumo diario mínimo de dos frutas y dos raciones de verduras, procurando que diariamente una de las frutas sea rica en vitamina C (fresas, naranjas, mandarinas, kiwis...) y que, al menos, una de las raciones de verduras sea cruda, por ejemplo en forma de ensalada.
- En cuanto a los lácteos, situados en el tercer nivel, se debe consumir de forma diaria de dos a tres raciones.
- Para el pescado, la carne y los huevos, en conjunto, el consumo debería ser considerado de forma semanal, no aconsejándose sobrepasar las dos raciones al día. Se intentará que predomine el pescado sobre las carnes (pollo, pavo, conejo, cerdo, ...) y la presencia de huevos será de tres a cuatro unidades a la semana. Las carnes rojas se consumirán sólo de forma ocasional.
- El consumo de grasas ha de ser moderado, sobre todo en aquellas de origen animal (manteca, mantequilla y tocino). Se recomienda el consumo diario de aceite de oliva, de semillas (girasol, soja, maíz...) o de ambos alternativamente.

El pasamanos: alimentación higiénica y segura

Aunque un alimento presente un aspecto extraordinario y apetitoso, esto no basta para garantizar que es inocuo para la salud, ya que puede estar contaminado por microbios o por sus venenos (toxinas), algunos de los cuales tienen la capacidad de provocar infecciones. Muchos alimentos presentan condiciones inmejorables (nutrientes, humedad y temperatura) para que determinados gérmenes se multipliquen y se desarrollen en ellos.

Desde la nutrición suficiente a la alimentación equilibrada, cada uno de los escalones debe apoyarse en la higiene y limpieza de los alimentos desde su compra hasta el último momento, el bocado. Una **alimentación segura** vela por nuestra salud.

Joan Quiles i Izquierdo.

Técnico Superior de la Unidad de Clímateo. Dirección General para la Salud Pública. Profesor asociado del Dpto. de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández. Elx.

Mitos y ritos de la alimentación

MANUEL GALLAR

Frente a la vigencia de mitos y errores que caracteriza la cultura alimentaria, una estrategia elemental del consumidor ha de ser el uso de una mentalidad crítica tanto ante las creencias erróneas sobre nutrición que subsisten, como ante la publicidad engañosa que se aprovecha de la desinformación que aún existe sobre la alimentación.

Anuestro juicio, el estudio de los mitos de la alimentación ha de hacerse desde dos puntos de vista: el antropológico, que proporciona una valoración social y cultural, y el epidemiológico, que nos permite tomar el pulso real de la situación. Al respecto existen variadas e interesantes contribuciones recientes. Intentaremos aquí hacer síntesis de esta doble visión mediante nuestras reflexiones y aportaciones en el campo de la nutrición comunitaria.

Los humanos hemos sostenido y sostenemos creencias erróneas en materia alimentaria; curiosa contumacia que contrasta con la enorme variedad de publicaciones y programas de radio y televisión que repiten hasta la saciedad las cuatro verdades de la alimentación equilibrada. Sigue en vigencia, pues, la reflexión del antropólogo e historiador Carlson I. Ritchie: "Me he interesado principalmente por el efecto que los alimentos han tenido sobre la historia y creo que han sido los conceptos erróneos sobre la alimentación, y no los correctos, los que han demostrado tener mayor influencia. Creencias como que las especias aumentaban la virilidad, que el azúcar era esencial para la salud, o que para ser fuerte había que beber mucha cerveza, han condicionado más los destinos de la humanidad que las auténticas y consolidadas leyes de la alimentación"¹.

La alimentación y la nutrición son temas de interés permanente. Ya en los primeros tiempos, la pitanza

fue asunto preocupante, condicionando modos de vida en toda la historia e inquietando a madres y religiones hasta el punto de elevar a dogma de fe ciertas costumbres bioquímicamente acertadas. No en vano comemos ancestralmente arroz con lentejas ni hacemos ascos a ciertos bichos, si son éstos las únicas fuentes de aminoácidos esenciales a nuestro alcance. Nuestros gustos, dirá Harris, dependen de nuestras necesidades nutricionales². Pero no es todo tan sencillo. La cultura encierra muchas contradicciones: de hecho, una sociedad técnica y científicamente avanzada como la occidental, sostiene un tipo de alimentación que incrementa por sí misma la morbimortalidad cardiovascular³ mientras reclama una dieta, la mediterránea, que, con buena dosis de entelequia, no terminamos de seguir ni los propios mediterráneos⁴. Ni somos tan avanzados, ni todavía sabemos tanto de nutrición. Echemos un vistazo a la evidencia científica: unos⁵ nos dicen que un huevo diario no es tan malo como dicen otros⁶; que la fibra no encierra tantas bondades carcinoprotectoras⁷; que el vino ya no es tan desaconsejable^{8,9} que una dieta rica en leche y derivados no es tan mala como se pensaba¹⁰... Aunque el problema de estas conclusiones puede radicar en la letra pequeña, esa que se nos olvida leer con demasiada frecuencia. Hasta los grandes sabios de la hegemónica ciencia inductiva se equivocan y lo que hoy tachan de charlatanería mañana puede ser ascendido a la categoría de hallazgo sin precedentes. De ello dijo bien Domínguez⁴ que "La única verdad absoluta es que no existen verdades absolutas".

Hablar de alimentos es tema cotidiano de conversación y controversia, porque gusta y preocupa. Bien sabemos que *somos lo que comemos*, en un sentido molecular y aún mental: hasta las anoréxicas sienten en sus entrañas tan conocido aforismo. De nuevo la paradoja: la obsesión por la alimentación puede desnutrirnos hasta la muerte en medio de una sociedad cuyo índice de masa corporal asciende peligrosamente. Esta otra dimensión de la mitología alimentaria -la cognitiva- también ha de formar parte de su cuerpo de conocimientos para una mejor comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria¹¹.

En medio de toda esta complejidad necesitamos recapacitar una vez más -y no será la última- acerca de la vigencia de los mitos y errores de la cultura alimentaria. Clasificamos a continuación sus pilares:

a) Ignorancia. La cultura de nuestra sociedad experimenta un interesante fenómeno: la ignorancia más atrevida convive con una sobreinformación abrumadora que anega la capacidad de asimilación del ciudadano de a pie.

Por otro lado, y como sucede en muchos campos del saber que concitan la curiosidad y la discusión, como pasa con la historia, la literatura o el arte, todo el mundo cree saber mucho de

nutrición. Además, hay una tendencia generalizada al reduccionismo de ideas y conceptos en una ciencia tan nueva, diversa y contradictoria como ésta, de la que todavía les queda mucho por saber a sus propios profesionales.

b) Tendencia a las creencias mágicas. El ser humano siempre ha sido proclive a las creencias mágicas. Desde los tiempos prehistóricos, los primeros hombres y mujeres han sostenido ciertas creencias y celebrado rituales, especialmente destinados a asegurar la provisión de alimentos. Incluso gracias a este anhelo nació el arte, pues, como afirma Leackey, la vida en la glaciación fue una perpetua lucha para obtener suficiente comida, y por eso se tenía que apelar, mediante diversas creaciones artísticas, a poderes mágicos que facilitaran la caza¹².

La tradición cultural milenaria de las principales civilizaciones se ha encargado de conservar intactas ciertas creencias que afectan también a las costumbres alimentarias. La religión ha servido, entre otras cosas, para preservar y optimizar los recursos autóctonos alimentarios de sus feligreses².

Muy relacionada con las creencias y las religiones está la poderosa influencia del dogmatismo. Cuando alguien sella su discurso diciendo "Palabra de...", está dejando claro nadie debe ni puede comprobar sus incuestionables argumentaciones. Y es que, en general, es más cómodo creerse algo que intentar comprenderlo. Si a ello sumamos el hecho de que *la fe mueve montañas*, resulta que para muchos funciona la simple actitud de creer sin pedir demostración.

El mundo de la nutrición deportiva constituye un paradigma de la asociación mito-rito: muchos consumidores de productos de nutrición deportiva se benefician de su efecto placebo; no es casual la estética "robocop" de sus envases comerciales, muchos de ellos con ingredientes no avalados por la evidencia científica, e incluso con riesgos potenciales para la salud.

c) Maniqueísmo. Otra de las tendencias también seculares de nuestra cultura es la de la visión maniquea de hechos y creencias. En las creencias sobre la alimentación, dicotomizar las cosas en buenas y malas es un acto fácil de asimilar y constituye un tipo de esquema mental y cultural estable y perdurable. Son variados los ejemplos (tabla 1). Esta dicotomía está parcialmente justificada, pero su efecto a largo plazo genera fobias, rechazos incuestionables y extremismos absurdos en los que a menudo se ceban sabrosos intereses comerciales.

d) Modas alternativas: lo natural, lo oriental, lo ecológico y lo biológico. Estas tendencias están en parte justificadas ante sus amenazantes contrapartidas: fabricación intensiva de productos sintéticos, transgénicos, oscuras manipulaciones, vacas locas, dioxinas... Este aspecto es francamente difícil de analizar. Detrás de ambas posturas subyacen intereses comerciales que

enrarezcan las argumentaciones éticas. Hasta algunos que defienden la inocuidad de los alimentos transgénicos actúan erráticamente y contribuyen a la crispación cuando culpan a los profesores de ciencias de primaria y secundaria de la ignorancia social del tema, justificando así las campañas de reciclaje que les generan pingües emolumentos.

e) Intereses comerciales. Como cualquier otro producto comercial, el alimento está sometido a toda clase de manipulaciones publicitarias encaminadas a incrementar su venta. Son muchos los ejemplos que logran la cuadratura del círculo (tabla 2). La falta de una clara normativa reguladora al respecto permite que muchas de estas estrategias asienten ideas erróneas sobre la alimentación en el consumidor.

Vigencia de los mitos de la alimentación

Nuestro departamento llevó a cabo un estudio¹³ al respecto sobre una muestra de 223 personas, la mayor parte de ellas adolescentes escolarizados en Elda. Se les pasó un cuestionario de contestación dicotómica (verdadero/falso) sobre creencias y conocimientos en alimentación y nutrición.

En la tabla 3 se exponen los principales resultados, que ponen en evidencia el elevado grado de creencias erróneas, si bien, algunas de las más tradicionalmente arraigadas están perdiendo vigencia (tabla 4).

¿Cómo prevenir la mitología alimentaria?

Estos resultados nos llevan a la conclusión de que los errores de la alimentación siguen siendo considerables, lo que obliga a recomendar una estrategia básica de prevención para el consumidor:

- **Información básica.** Entre toda la oferta de libros divulgativos, debemos seleccionar aquellos firmados por autores de prestigio profesional. Proponemos dos publicaciones aplicables tanto a la población general como al ámbito educativo: *Comer bien para vivir mejor*¹⁴, y *100 errores de la alimentación*¹⁵, y *Alimentación y Sociedad*¹⁶, que referimos al final de este artículo.
- **Aplicar los principios del método científico.** Se trata de la estrategia elemental que debemos adoptar para no creer lo primero que nos cuentan: Es muy importante inculcar esta mentalidad crítica en los centros docentes. Las preguntas

clave contra ciertas ideas o creencias son: ¿En qué se basan? ¿Qué tipo de estudio las avalan? ¿Dónde está publicadas? Incluso tratándose de

estudios aparentemente prestigiosos, debemos leer la letra pequeña (el método empleado) para asegurar nos de su validez externa.

• **Desenmascarar intereses comerciales.** Debemos aprender a desconfiar de quienes defienden ciertos productos: puede que trabajen para esa marca, o incluso tratarse de prestigiosos profesionales "comprados" por aquella. Muchas argumentaciones en materia de dietética están destinadas no a demostrar con una base científica y racional, sino exclusivamente a *convencer* al lector o espectador¹⁷.

• **Consultar con profesionales de confianza,** preferentemente especialistas en nutrición y dietética: diplomados universitarios y técnicos superiores en Dietética; médicos, farmacéuticos y licenciados en ciencia y tecnología de los alimentos.

Manuel Gallar Pérez-Albadalejo.
Departamento de Sanidad.
Instituto de Enseñanza Secundaria La Melva. Elda.

1 Ejemplos de maniqueísmo

Malo	Bueno
Grasa saturada	Grasa insaturada
Colesterol bueno (HDL)	Colesterol malo (LDL)
Leche entera	Leche desnatada
Fritos	Plancha
Mantequilla	Margarina
Aceite de girasol	Aceite de oliva
Alimentos de alto índice glucémico	Alimentos de bajo índice glucémico
Carnes	Vegetales
Alimento transgénico	Alimento no transgénico
Suplementos de industria farmacéutica	Suplementos de herbolística

2 Estrategias publicitarias engañosas

Información del etiquetado	Observaciones
"Pan sin colesterol"	El pan no lleva colesterol
Producto "no transgénico" (en alimentos que nunca lo han sido)	La intención es provocar un favorable agravio comparativo con otras marcas
Alimentos "ligeros"	Muchos no indican cuánto de ligeros. Esta tipificación carece de marco legal.
Alimento "natural", "casero", "biológico"	Uso de palabras positivas
"¿Acaso no quieres lo mejor para tu hijo?"	Chantaje emocional

3 Valoración de los principales mitos

Mito	N = 223 (100%)	Verdadero (%)	Falso (%)	NS/NC (%)
Los huevos crudos alimentan más que fritos o hervidos		45	55	8
No es bueno tomar más de dos huevos a la semana		52	47	5
El yogur natural es mejor que el de sabores		57	40	17
El yogur no contiene bacterias		29	65	6
El pan integral engorda menos que el blanco		66	30	4
Es mejor comer la fruta antes de las comidas		61	35	4
Tomar un tomate diario previene el cáncer		38	48	15
Un ajo crudo al día es bueno para el corazón		68	22	10
El zumo de pomelo ayuda a quemar grasas		48	34	18
La margarina engorda menos que la mantequilla		65	28	7
La carne contiene abundantes toxinas		45	45	10
Para los niños es mejor el pescado blanco que el azul		44	45	10
Para freír es mejor el aceite de girasol que el de oliva		39	54	7
El aceite frito engorda más que el crudo		74	17	9
La sal engorda		48	46	6
Las especias picantes pueden producir úlcera de estómago		86	11	3
Los aditivos son malos para la salud		45	40	5
Los edulcorantes no me inspiran mucha confianza		60	29	11
El horno microondas no me inspira mucha confianza		46	48	6
La vitamina C previene la gripe		81	13	5

4 Mitos de menor vigencia en la actualidad

Mito	N = 223 (100%)	Verdadero (%)	Falso (%)	NS/NC (%)
El agua puede engordar		19	78	59
La leche es innecesaria a partir de la adolescencia			93	
Para freír es mejor mezclar aceite de oliva con aceite de girasol		13	81	6
La leche y la fruta son incompatibles		13	81	6
El marisco es pobre en colesterol		27	65	9

Bibliografía

- Ritchie, Cl. Comida y civilización. Madrid: Alianza Editorial, 1993.
- Harris, M. Bueno para comer. Madrid: Alianza Editorial, 1990.
- Keys A. Coronary heart disease in seven Countries. *Circulation*, 1974;41(supl. I):1-211
- Domínguez JA, Vizcaya MF, Solano C. La dieta mediterránea: ¿leyenda o realidad? En Gallar M, Maestra J, Hernández J. Alimentación y sociedad, 2ª parte. Elda: Excmo Ayuntamiento, 2002
- Hu, FB et al. A prospective study of egg consumption and risk of cardiovascular disease in men and women. *JAMA*, 1999; 281(15):1387-1394
- Rojas E. Conceptos generales de alimentación y nutrición. En Entrala A. Manual de Dietética. Madrid: Aula médica, 1994
- Austolker J. Diet and cancer. *Br Med J*, 1994; 308:1610-1614.
- Renaud S, de Lorgeril M. Wine, alcohol, platelets and French paradox for coronary heart disease. *Lancet*, 1992; 339 (1): 523-526. 9. Klatsky AL, Friciman GD, Siegelaub AG, Gérard MJ. Alcohol consumption and blood pressure: Kaiser-permanent multiphasic health examination data. *N Engl J Med*, 1997; 296 (1):1194-200
- Mark A et al. Dairy consumption, obesity, and the insulin resistance syndrome in young adults. *JAMA*, 2002; 287: 2081-2089.
- Gallar M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. 3ª ed. Madrid: Thomson Learning, 2002.
- Leackey, RE. La formación de la humanidad. Barcelona: óptima, 1993.
- Gallar M. Errores y mitología de la alimentación. En Gallar M, Maestra J, Hernández J. Alimentación y sociedad. Elda: Excmo Ayuntamiento, 2001.
- Quiles J, Suria C. ¡Comer bien para vivir mejor! Monografías Sanitarias. Serie D, nº22. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, 1.996.
- Mariscal, C. 100 errores de la nutrición. Madrid: Temas de hoy, 1998.
- Gallar M, Maestra J, Hernández J. Alimentación y sociedad. Elda: Excmo Ayuntamiento, 2002.
- Cervera, P. Contra la desinformación alimentaria-nutricional. Alimentación, Nutrición y Salud, 2000; 7 (1):1-3.

Dietas mágicas

JOSÉ FRANCISCO MARTÍNEZ

En los últimos años ha aumentado notablemente la aparición y el consumo de dietas fraudulentas que, a riesgo de poner en peligro la salud de las personas que las siguen, proponen soluciones mágicas, tanto para aumentar la longevidad o la curación de patologías como el cáncer, como para adelgazar. Estas últimas, sin duda como consecuencia de la presión mediática, se han convertido en las estrellas de entre las dietas más increíbles y absurdas.

En todos los países desarrollados, y el nuestro no es una excepción, la nutrición está de máxima actualidad, pues la sociedad contemporánea muestra un interés creciente por los problemas que presenta la alimentación del hombre y va tomando conciencia de su estrecha relación con la salud, puesta de relieve por el impresionante progreso que han experimentado los conocimientos científicos sobre la naturaleza de los procesos nutritivos en los últimos años.

Por otra parte, y por desgracia, este interés motivado por el deseo de disfrutar de una vida larga y sana, va acompañado de la proliferación de toda suerte de recomendaciones basadas en mitos y creencias irracionales, que chocan frontalmente con las bases científicas de la nutrición. Así, han surgido y siguen haciéndolo de forma continuada una serie de “**dietas mágicas**” que constituyen uno de los mayores problemas de la nutrición en las sociedades industrializadas. Aunque hay muchas personas que de buena fe pueden transmitir información inadecuada y errónea, también es cierto que apoyados en esas doctrinas existen negocios muy lucrativos que pueden conducir a situaciones patológicas irreversibles. El problema se agrava si tenemos en cuenta que la tendencia a consumir este tipo de dietas se ha visto incrementado notablemente en los últimos años. Bajo el epígrafe de dietas mágicas se incluyen todas aquellas que carecen de base científica pretendiendo poseer unas cualidades indemostrables desde el punto de vista médico (la “magia” se opone al concepto de “ciencia”). Dentro de este tipo de regímenes, las que gozan de mayor popularidad son las dietas de adelgazamiento, que constituyen en la mayoría de los casos no sólo un fraude sino también un peligro para salud. Este tipo de dietas nacen como consecuencia de la actual obsesión por perder peso y conseguir el llamado “peso ideal” que tanto se empeñan en preconizar los medios de comunicación, a los que podríamos hacer copartícipes y responsables de parte de esta situación. La obesidad y la

delgadez extrema, se constituyen hoy por hoy en un grave problema de salud pública. Muchas personas (sobre todo en la adolescencia) están notablemente preocupadas por perder peso cuando, paradójicamente, se encuentran en rangos de peso normales o incluso bajos. Al hablar de dietas mágicas, no nos estamos refiriendo exclusivamente a las de adelgazamiento, sino también a todas aquellas que pretenden aumentar la longevidad y la curación de toda suerte de patologías que van desde la artrosis hasta el cáncer: son las **dietas curallotodo**. En otras ocasiones asistimos a la proliferación de **alimentos naturales** con una serie de virtudes no debidamente contrastadas; es impensable que después del exhaustivo estudio de los productos de la tierra, los científicos hubieran ocultado alguna propiedad importante.

Aunque el papel de las vitaminas y minerales en la salud está fuera de toda duda, el mal uso de los mismos se basa, a veces, en expectativas infundadas: la prescripción de vitaminas para aumentar el apetito del niño inapetente” o para ayudar a crecer” no tiene sentido cuando se utiliza una dieta adecuada y equilibrada.

También podemos encontrarnos con las **dietas alternativas**, dentro de las cuales destaca a distancia sobre las demás, la vegetariana, a la cual se atribuyen una serie de “excelencias” que pueden comprometer la salud del sujeto que la consume. Desde los tiempos más remotos, nuestros antepasados han atribuido a algunos alimentos las virtudes más extraordinarias que, sorprendentemente, aparecen más o menos disfrazadas en un buen número de los sistemas dietéticos actualmente en circulación. “La credulidad del hombre en materia de nutrición es ilimitada”. Muchos de nuestros conciudadanos creen, a piesjuntillas, en las virtudes sobrenaturales que se atribuyen a ciertos alimentos, pero además, el consumidor se ve literalmente acosado por toda clase de opiniones infundadas y contradictorias y se encuentra a menudo en un estado de confusión que le impide

El Plan de Seguridad Alimentaria de la Comunidad Valenciana

La reciente crisis agroalimentaria en el ámbito europeo hace que la seguridad alimentaria se imponga como una seria exigencia a los responsables sanitarios y de modo más amplio a los poderes públicos en general.

Los consumidores reclaman más información y más transparencia sobre determinados aspectos de la actividad de control e inspección de los alimentos y exigen de los poderes públicos un mayor control.

Todo ello ha puesto de relieve la necesidad de desarrollar una verdadera política alimentaria que otorgue la mayor importancia a la protección de los consumidores y su salud, basada en la obligación de comercializar solo alimentos seguros, sanos y adecuados para el consumo. La

protección de la salud en relación con el consumo de productos alimenticios tiene que ser una prioridad absoluta en todo, momento, y no solamente un asunto al que se atiende en situaciones de emergencia.

La seguridad alimentaria aparece como una de las condiciones previas para reforzar la protección de la salud de los consumidores. Resulta asimismo esencial para el buen funcionamiento del mercado.

Sólo un nivel elevado de seguridad y un control público eficaz pueden reducir la incidencia de alarmas de carácter sanitario relacionados con los productos alimenticios que puedan tener repercusiones importantes para la demanda de los consumidores, los beneficios de la industria y el empleo. Una legislación y un marco reglamen-

tario eficaces son indispensables. Por otra parte, dada la complejidad creciente de la producción y la distribución alimentaria, es necesario tener en cuenta la totalidad de la cadena alimentaria. Carece de sentido controlar estrictamente determinadas partes de la cadena alimentaria si hay contaminación en otros puntos de esa cadena.

El desarrollo de una política de seguridad alimentaria deberá comprender todas aquellas medidas tendientes a **garantizar que:**

- Se tenga en cuenta la información científica más reciente y completa al decidir medidas legislativas o de otra índole.
- Se adopten medidas de control en todos los puntos críticos de la cadena alimentaria (producción primaria, elaboración, transporte, manipulación distribución y exposición en el punto de venta final).
- Se adapten las estructuras de los servicios de manera que se pueda alcanzar plena-

mente este objetivo, así como la naturaleza de los controles.

- Se tenga en cuenta que la responsabilidad principal de la producción de alimentos seguros y salubres recae sobre todo en los productores y la industria.
- Se adopten medidas apropiadas para garantizar la correcta información del consumidor sobre la naturaleza y el contenido de los productos alimenticios.

A todo ello se dirige el Decreto 101/2000, de 27 de junio, del Gobierno Valenciano, recoge como imprescindible la elaboración de un Plan de Seguridad Alimentaria, para cuya aprobación, ejecución seguimiento crea una comisión de seguridad alimentaria de composición tripartita, administración, consumidores y empresarios del sector agroalimentario, composición que responde al deber de los poderes públicos de garantizar la salud pública, a la responsabilidad de los empresarios en la producción

distinguir la fantasía de la realidad. Informar a los ciudadanos de las falsedades que encierra en muchos casos una propaganda dietética es fundamental, pero no lo es menos el hecho de diseñar un sistema capaz de impedir que este tipo de propaganda errónea llegue al público, imponiendo como condición necesaria la presentación de pruebas fehacientes acerca de la veracidad de sus informaciones.

Hecho este breve repaso sobre la cantidad de “**milagros dietéticos**” que quedan detallados en las tablas reseñadas al final del artículo, nos proponemos a continuación a resaltar el apartado que hace referencia a las **dietas de adelgazamiento**.

La obesidad es consecuencia, la mayoría de las veces, de una ingesta de calorías superior a las necesidades por el sujeto, que no necesariamente tienen que ser muchas. Por otro lado, y con frecuencia, el concepto de “gordo” y “delgado” tiene más relación con la moda, que con el riesgo para la salud. La obsesión por adelgazar es una realidad de la sociedad actual, estamos sometidos al impacto mediático de los “cuerpos 10” que invitan continuamente a reducir de peso para asemejarse al modelo de turno, de esta manera, el perder peso a dejado de ser un problema exclusivo de los obesos. Esta preocupación extendida incluso a aquellas personas con peso normal ha provocado la proliferación de dietas y remedios adelgazantes accesibles a cualquier persona y cuya utilización realizada de una forma indiscriminada puede producir graves problemas de salud, tanto agudos como crónicos.

Como ejemplo de esta propaganda y publicidad desbordada, durante los meses de primavera revistas dedicadas sobretudo a la mujer, incluyen páginas especiales e incluso números monográficos sobre el tema “adelgazar”. Este aspecto preocupa de forma especial a los especialistas en Endocrinología y Nutrición, y que según expone Bender (1994): “quizás donde más se engaña a la gente es en el campo del tratamiento de la obesidad. Hay millones de personas esperanzadas que siguen las dietas más increíbles y absurdas”. No conviene olvidar que independientemente de la parafernalia montada en torno al mundo del sobrepeso y la obesidad, los profesionales de la salud también tenemos gran parte de responsabilidad, ya que en muchos casos la tratamos con una frivolidad tal, que no extraña a nadie la evolución de los conceptos en dietética.

El estado actual de la ciencia nos indica que una dieta de adelgazamiento ha de ser la consecuen-

de alimentos seguros y salubres, así como al derecho de los consumidores y usuarios a la información y a ser oídos en los asuntos que les afecten.

Se configura el **Plan de Seguridad Alimentaria de la Comunidad Valenciana** como un instrumento en el que se concreta el conjunto de acciones de carácter interdepartamental conducentes a garantizar la salud y seguridad de los consumidores en materia alimentaria, a partir de la definición de los objetivos específicos que se pretenden alcanzar y de la necesaria colaboración entre los distintos sectores implicados, aprovechando al propio tiempo la amplia experiencia existente en los distintos departamentos que conforman la administración de la Generalitat Valenciana y en el resto de administraciones públicas, en el campo de la salud y la producción agroalimentaria.

El Plan se enmarca en el ámbito de la política de seguridad alimentaria impulsada por la Unión Europea y contempla el enfoque, las iniciativas y

las medidas definidas en el libro blanco sobre seguridad alimentaria elaborado por la Comisión (Bruselas, 12.1.2000, COM (1999) 719 final)

El Plan de Seguridad Alimentaria, basado en un planteamiento global e integrado a lo largo de toda la cadena alimentaria, desde la producción primaria hasta la puesta a disposición del consumidor del producto alimenticio, y en todos los sectores de la alimentación, se estructura en cinco grandes apartados:

- En el primer apartado se contienen las directrices y elementos esenciales.
- El segundo apartado señala las áreas de actuación, como son el sector de producción primaria, el sector de transformación y comercialización de alimentos, y el sector de aguas de consumo público, definiéndose en cada una de ellas los objetivos que se pretenden alcanzar y las líneas de actuación.
- El tercer apartado se apoya en cinco principios básicos que actúan como mecanismos

de intervención en las diferentes áreas, concretados en el autocontrol que las empresas del sector de agroalimentación realizan sobre sus propios sistemas de producción, el uso de códigos de prácticas correctas como instrumento de orientación a los agentes económicos del sector alimentario en el cumplimiento de las normas sobre higiene de los productos alimenticios, el control oficial efectuado por las Administraciones competentes para la comprobación de los alimentos y otros productos primarios, la trazabilidad, que permite ante la pérdida de seguridad de un producto la aplicación de procedimientos adecuados para su retirada del mercado, y, finalmente la información y formación al consumidor.

- El cuarto de los apartados resulta de la conjunción de los anteriores, y en él se diseñan los programas de actuación y se definen los órganos administrativos a los que, de modo parti-

cular, corresponde la ejecución de los programas y actuaciones que contempla el Plan.

- Por último, cierra el Plan de Seguridad Alimentaria el apartado dedicado a su gestión, en el que se delimitan las estructuras y organismos soporte de las actuaciones, en concreto la Comisión de seguridad alimentaria, su secretaría y el comité técnico; se detallan los distintos órganos de gestión que intervienen en el desarrollo y ejecución del Plan de Seguridad Alimentaria así como sus atribuciones genéricas con incidencia directa en la materia; se concretan los recursos personales que se destinan en cada departamento al desarrollo y ejecución del plan; y, finalmente, se contienen los mecanismos de coordinación necesarios para asegurar su desarrollo global e integrado, en aras a un eficiente funcionamiento del sistema.

Servicio de Higiene de los Alimentos.
Dirección General para la Salud Pública

Dietas mágicas

Dietas de adelgazamiento

- **Clasificación**
 - Hipocalóricas desequilibradas
 - Disociadas
 - Excluyentes
 - Psicológicas
 - Otras: Monodieta, líquidas, "sin fundamento"
- **Productos y remedios "supuestamente adelgazantes"**
- **Fórmulas dietéticas y fibra**

Dietas "curalotodo"

- **Son capaces de prevenir y/o tratar un gran grupo de dolencias**
 - 1) **Disociadas.** No son sólo útiles para la reducción de peso sino que además previenen el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Consumir proteínas y carbohidratos juntos puede producir: anemia perniciosa, asma diabetes, reuma, úlcera, eczemas, bocio, tumores y TBC.
 - 2) **Cura de savia y zumo de limón.** Pérdida de peso además de curar la cefalea, aumentar la capacidad de concentración, fortalecer el cabello y aumentar las defensas.
 - 3) **Trofología.** Alimentos curativos. Ejemplos: la naranja y la piña actúan como antibióticos; el pan como antidepresivo; etcétera.
 - 4) **Dietas astrológicas.** Relaciona el signo del zodiaco con el valor nutricional de los alimentos. Es la denominada "Astrobioquímica".
 - 5) **Dietas de los colores.**
 - 6) **Dieta de los grupos sanguíneos.**

Dietas alternativas

- Vegetariana
- Macrobiótica

Alimentos naturales

Productos y remedios supuestamente adelgazantes

-Carnitina
-Vinagre de sidra

-Lecitina de soja
-Spirulina

+ Dieta hipocalórica

- **Plantas medicinales (fitoterapia)**
- **Diuréticas**
 - Alcachofa (*Cynara angustifolia*)
 - Cola de caballo (*Equisetum arvense*)
 - Ortosiphon
 - Philosella
- **Laxantes**
 - Hojas de sen (*Cassia angustifolia*)
- **Lipolíticas**
 - Té verde (*Camellia thea*)
 - Algas marinas: *Fucus vesiculosus*, *laminaria...*
 - Guaraná (rico en teobromina, cafeína y teofilina)

cia de un menor consumo energético en relación con el gasto y ello puede conseguirse cumpliendo una serie de requisitos:

- 1) La reducción deberá hacerse hasta alcanzar el peso adecuado y luego mantenerlo de por vida. La prescripción de una dieta más o menos hipocalórica estará en función del grado de obesidad, de su gravedad y de la “urgencia” que tengamos en hacer perder peso (no requiere la misma estrategia la pérdida de 6 Kg. en un sujeto con sobrepeso, que la necesidad imperiosa de adelgazar a un sujeto de 120 Kg. que padece una apnea del sueño).
- 2) El menor aporte calórico debe ir acompañado de un aumento en la densidad de nutrientes, de tal manera que la reducción de calorías no suponga una disminución de nutrientes esenciales; por tanto deberá ser equilibrada manteniendo la adecuada proporción de hidratos de carbono, proteínas y grasas.
- 3) La planificación de la ingesta calórica del individuo debe hacerse en base al conocimiento de su ingesta habitual. No todos los pacientes necesitan 1600 Kcal. al día. “Cada paciente es un mundo individualizado” y por tanto no hay dietas standard.
- 4) La dieta programada deberá en lo posible, ajustarse a los hábitos alimentarios del individuo, a sus gustos, a sus horarios, etcétera, de tal manera que haga más sencillo su cumplimiento.

En definitiva, lo que se postula es que no hace falta seguir ninguna dieta “con nombre propio” ya que un balance energético negativo y una dieta equilibrada en los diferentes nutrientes es la única manera sensata de disminuir y mantenerse en un peso adecuado.

También conviene desconfiar de aquellos productos que prometen:

- 1) Coma lo que quiera.
- 2) Pierda peso sin dejar de comer.
- 3) Pierda peso mientras duerme.
- 4) Pierda siete kilogramos. en siete días.
- 5) Contiene moléculas devora grasas.

.....
José Francisco Martínez Valls.

Profesor Titular de Medicina. Universidad de Valencia.
Médico Adjunto del Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Responsable de la Unidad de Obesidad Mórbida del Hospital Clínico Universitario de Valencia

Un programa de detección y prevención de la anorexia y bulimia nerviosas en la Comunidad Valenciana

LUIS ROJO. ELÍAS RUIZ

Concebido como un proyecto intersectorial en el que participen profesionales de la salud y la enseñanza, esta iniciativa de la Conselleria de Sanidad y de la Conselleria de Educación busca detectar a la población adolescente susceptible de padecer, o estar padeciendo, un trastorno de la conducta alimentaria para su valoración, diagnóstico y orientación.

La anorexia nerviosa y tal vez en menor grado, pero no de menor importancia, la bulimia nerviosa han pasado a ser vocablos de uso casi habitual. Quien no conoce a alguien con un familiar, generalmente una chica joven, que padezca alguna de estas enfermedades, puede tener la desgracia de vivirlo en la propia familia.

¿Qué ha pasado en estos años para que estos trastornos, que parecían no existir, repentinamente

estén en boca de todos? ¿Se puede hacer algo para frenarlos o prevenirlos? ¿Quién debería hacerlo? ¿La responsabilidad es de los padres, de los profesores o de las instituciones públicas?

Tal vez demasiadas preguntas para contestar en poco espacio. Adelantemos que entre los propios expertos en estos temas no existe un acuerdo total sobre si estos trastornos se han hecho más frecuentes. Tiempo atrás los pacientes eran ocultados por la familia y tratados en balnearios. Sólo pocos casos llegaban a los hospitales. Los propios médicos conocían mal estas patologías que eran diagnosticadas con frecuencia de modo erróneo. Aunque es posible que se esté produciendo un incremento en la frecuencia de estos trastornos, y las influencias sociales y culturales no son ajenas a ello, casi con toda seguridad el incremento se hace a costa fundamentalmente de formas de gravedad moderada. Además en el afloramiento público influyen otros factores como son una mayor conciencia profesional, la mejor identificación de los casos, la mayor conciencia social, menor estigmatización de las pacientes, el incremento de búsqueda de ayuda por familiares y pacientes, y la mayor facilidad de acceso a los servicios asistenciales.

Las razones anteriores no evitan que exista una preocupación profesional, social e institucional por este problema de salud.

Presentamos en estas líneas un programa de detección precoz y prevención de los trastornos alimentarios (anorexia y bulimia nerviosas) cuyo ámbito de actuación será la totalidad de la población escolar de la Comunidad Valenciana. Se trata de un proyecto que el primer autor presentó a la Conselleria de Sanidad (Dirección General para la Salud Pública y Dirección General para la Prestación Asistencial) y a la Conselleria de Cultura

y Educación, en el que éstas se han implicado de forma entusiasta, y que pretende acceder, utilizando para ello las tecnologías de comunicación más actuales (entre ellas Internet), a un grupo amplísimo de nuestros escolares. No conocemos un proyecto de intervención sanitaria y educativa tan ambicioso como el que aquí anunciamos.

Objetivos

- Detectar a la población de 12 a 14 años que manifieste ser susceptible de padecer o estar en riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa o bulimia nerviosa), aunque sea en forma leve o moderada.
- Incorporar a esta población a un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria, que se ha revelado eficaz para, este objetivo.
- Realizar una evaluación diagnóstica estandarizada de los casos posibles. Los adolescentes en los que sea positiva esta evaluación, casos probables, serán:
 - Si la alteración es típica o moderada remitidos, previa información y consentimiento familiar, para evaluación médica a Unidades de Salud Mental o Centros de Atención Primaria.
 - Si la alteración es ligera: se hará una reevaluación a los 6 meses.
- Conocimiento real de la amplitud del problema de los trastornos de conductas alimentaria entre adolescentes de nuestra comunidad.

En el desarrollo del programa se han tenido presentes aspectos:

- La privacidad de los datos, de modo que en ningún caso, mediante el uso de códigos que permanecerán en los departamentos de orientación de los centros educativos, se intercambiarán datos de identificación personal.

Nuestra alimentación en la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana

La salud es un fenómeno complejo resultado de la interacción de diversos factores, los determinantes de la salud. Simplificando, la salud de una persona va a depender de su biología, del entorno que le rodea, del estilo de vida que sigue y del sistema sanitario que le atiende. A este respecto, uno de los hallazgos más importantes reside en que, porcentualmente, es el estilo de vida el factor que más influye en el mantenimiento de la salud de las personas. Además es un determinante modificable ya que depende del

comportamiento del propio individuo. La forma en que se alimenta una persona es una parcela muy importante dentro del estilo de vida. En este sentido cada vez hay más evidencias de que la alimentación repercute directamente sobre la salud. Una alimentación inadecuada puede incrementar el riesgo de aparición de ciertas patologías, muchas de ellas de las sociedades desarrolladas (enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, ciertos tipos de cáncer, etcétera.). Sin embargo, una buena ali-

mentación, equilibrada y saludable, puede prevenirlas.

El objetivo es claro: seguir una dieta saludable para mantener un estado nutricional óptimo en función de la edad, el sexo, la actividad física, el clima, el estado fisiológico o una situación de enfermedad. Para conseguir este objetivo, la persona debe aportar en su alimentación cada uno de los nutrientes necesarios en cantidades adecuadas.

Para mantener unos buenos hábitos de alimentación los especialistas en nutrición recomiendan seguir las guías de alimentación, basadas en criterios científicos, que resumen gráficamente y de una manera sencilla las cantidades adecuadas que se deben consumir de cada grupo de alimentos.

En principio, expuesto así y de una manera simplista el tema, parece que la cosa no entraña demasiada dificultad. Pero esto no es así. Los hábitos alimenticios de las personas se perfilan ya en las primeras etapas de la vida, formando parte de la educación familiar e influenciadas por el entorno social y cultural. Estos hábitos quedan muy arraigados y van a repercutir, positiva o negativamente, sobre la salud del individuo durante toda su vida.

Es de sumo interés conocer cómo se alimenta una población para comprender el impacto que puede estar teniendo dicha alimentación sobre sus problemas de salud y, al mismo tiempo, generar estrategias para modificar patrones de alimentación inadecuados y potenciar los correctos.

- La necesidad de mantener informada y contar con el consentimiento de las familias implicadas.

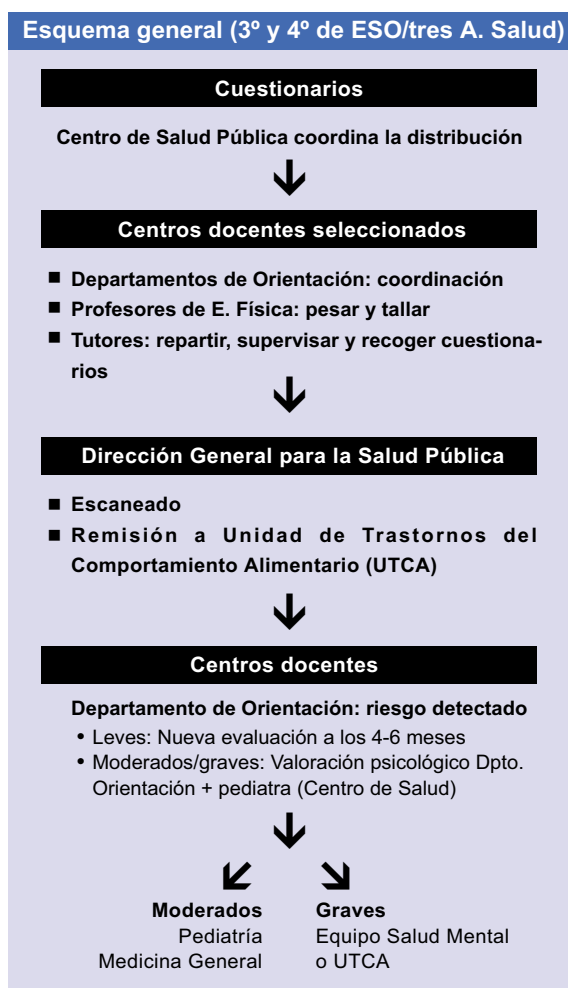
Instrumentos desarrollados

- 1) Cuadernillos de evaluación. Se han desarrollado unos cuadernos, que los escolares deberán rellenar, en los que se recogen datos generales (edad, sexo, peso, talla) e incluyen unos cuestionarios específicos para la detección de estas patologías. En ningún caso figuran datos que permitan la identificación de los sujetos, cuya codificación queda en poder de los departamentos de orientación de los centros educativos participantes.
- 2) Sistema de lectura automatizada de los datos.
- 3) Envío de los datos a través de Internet a un servidor en el que se corrigen de forma automática.
- 4) Generación de correos electrónicos a los Departamentos de Orientación de cada centro, con el listado codificado de los individuos de esos centros que deben ser evaluados de modo más específico. No se trata de adolescentes que padezcan necesariamente esos trastornos, sino que tengan posibilidades de padecerlos. Se prevé, inicialmente hasta su ajuste, un alto número de falsos casos.
- 5) En los departamentos de orientación se realiza, sirviéndose de un programa específico de Internet, una evaluación diagnóstica.
- 6) El programa genera un diagnóstico (incluyendo formas leves de estos trastornos) y un informe de la evaluación. Este informe será facilitado de modo personal a la familia desde los centros de orientación. En él vendrán recogidos los resultados de la evaluación y una orientación sanitaria. Para su seguimiento deberán dirigirse a:

- Casos leves: reevaluación a los 4 meses.
 - Casos moderados: derivación a Salud Mental o reevaluación a los dos meses.
 - Casos completos: derivación a Salud Mental.
- Para los casos dudosos habrá disponible un sistema de consulta a través de Internet o un teléfono de información.

Agentes

El proyecto ha tomado forma merced a la participación de un grupo de trabajo con miembros de la Conselleria de Sanidad y de la Conselleria de Educación, concretamente de la Dirección General para la Prestación Asistencial, Dirección General para la Salud Pública y Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa y Política Lingüística. Culminando con las aportaciones e implicación de las Subdirecciones Territoriales de Educación, Inspecciones Educativas y las Direcciones de Salud Pública y de Área de Atención Primaria. Es por tanto un **proyecto intersectorial**, en el que la



coordinación de los distintos agentes implicados es fundamental para llegar a buen término. Pero realmente los pilares en los que se sustenta el proyecto son las personas que por su cercanía a los adolescentes intervendrán directamente:

- Directores de los centros docentes y consejos escolares que promoverán en sus centros la realización del estudio, conscientes de la inquietud social que existe en relación con estos problemas, por percepción directa y a través de los profesores y padres.
- Profesionales de los departamentos de orientación, cuya formación en estos problemas, junto con su capacidad para trabajar con el equipo educativo y alumnos del centro docente les permitirá participar de una forma activa. Estos serán elementos clave en la relación con los centros sanitarios y la derivación de los casos detectados. A ellos, principalmente, se les encomendará el manejo del módulo diagnóstico vía Internet.
- Tutores, profesores que viven día a día el problema en sus aulas, llevarán a cabo la parte

práctica de autocumplimentación de los cuestionarios por los alumnos.

- Profesores de Educación Física, especialmente sensibilizados en los aspectos de salud de sus alumnos, facilitaran la obtención de los datos antropométricos requeridos.
- La participación de los profesionales de los centros sanitarios es la otra parte fundamental, involucrando a:
 - Médicos de familia, cuando los casos tengan más de 14 años.
 - Pediatras en los menores de 14 años
 - Equipos de salud mental cuando sea pertinente la derivación a los mismos.

Los técnicos de los Centros de Salud Pública, participarán de forma decisiva, coordinando el proyecto en el ámbito de Área de Salud, facilitando información y formación, así como vigilando la evolución, del programa junto a las Inspecciones Territoriales de Educación.

El proyecto verá la luz durante el Curso 2002-2003 mediante un estudio piloto de aplicación en los centros docentes correspondientes a tres áreas sanitarias, con escolares de ESO.

Esta experiencia será decisiva para conocer su efectividad y, en su caso, la pertinencia de generalización a toda la Comunidad Valenciana en los cursos posteriores.

Facilitará la creación en un futuro de herramientas formativas y pedagógicas para los profesionales tanto de educación como de sanidad, además del desarrollo de un programa *on-line* para la formación de profesionales de Atención Primaria, incluyendo los aspectos relativos a las actuaciones con la familia y la consulta *on-line* y la elaboración del programa de Educación para la Salud tanto para padres como para los escolares.

Luis Rojo Moreno.

Responsable de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital Universitario La Fe. Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Valencia.

Elías Ruíz Rojo.

Doctor en Farmacia. Conselleria de Sanitat. Dirección General para la Salud Pública.

Nota: Este Proyecto se ha desarrollado como una aplicación específica del programa de evaluación de los casos ingresados en la Unidad de Hospitalización para Trastornos de Conducta Alimentaria del Hospital Universitario La Fe, realizado gracias al patrocinio desinteresado de Pharmacia y la colaboración de Joaquín Campbell, Jefe del Servicio de Documentación Médica de esta empresa.

Según la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001, nuestra población se está alejando de la dieta mediterránea y una proporción importante no sigue las recomendaciones hechas en las guías de alimentación. En concreto, en cuanto a la población adulta, de un primer análisis de los datos se desprende que casi un 30% consume carnes rojas más de tres veces a la semana y el 14% consume fiambres, o embutidos una vez o más veces al día, mientras que el pescado es consumido menos de tres veces a la semana por el 63% de la población. Casi el 50% de los adultos no come ensaladas o verduras crudas diariamente. Respecto a las frutas, el 33% no consume frutas todos los días y el 52% no toma ningún cítrico al día. Respecto a los lácteos, el 13,3% de los adultos no los toma

diariamente. Respecto a la población menor de 16 años, aunque el 93% de los niños consume lácteos, sólo el 41 % de ellos toma más de dos raciones diarias (lo recomendado), y el 4,3% dice no consumir ningún tipo de estos productos. Semanalmente, el 43% de esta población consume entre tres y seis raciones de carne, y el 37,3% derivados cárnicos, llegando a un 10% los que los consumen de forma diaria. Sin embargo, el consumo de pescado se acerca más a lo deseable; el 60,4% consumen entre una y dos raciones a la semana y el 25% entre tres y seis raciones a la semana. Sólo el 26% de los niños consume verduras y hortalizas a diario, y el 63% consume diariamente fruta. El 32% refiere tomar pasteles, dulces o bollería industri-

al más de tres raciones por semana. Respecto a las golosinas, el 18% dice consumirlas diariamente y sólo un 25% tomarlas de forma ocasional. Se observa un aumento en el consumo de carnes y grasas en detrimento de hidratos de carbono complejos, verduras, frutas y lácteos. Se detectan ciertos cambios en los hábitos de alimentación que no siguen los patrones de la beneficiosa dieta mediterránea a favor de una alimentación menos variada, hipercalórica y con exceso de grasas y productos animales. Es fundamental velar por el mantenimiento de una alimentación adecuada en nuestra población, incidiendo especialmente en la infancia, así como la responsabilidad que asumen en este tema los padres, educadores, medios de

comunicación y la industria de la alimentación. En este sentido el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana plantea como uno de los objetivos generales promover una alimentación saludable adaptada a todos los grupos de edad, género y estados de salud. Es necesario implementar programas educativos dirigidos a aumentar las capacidades para producir, comprar y comer alimentos sanos, empezando en el seno de la familia y continuando durante la edad adulta, teniendo presente que una sociedad cuanto mejor come más sana es.

Oficina del Plan de Salud
Conselleria de Sanidad

Formación pedagógica en los comedores escolares

SOLEDAD LUJÁN. LAURA GARCÉS. M^a DEL MAR MARTÍNEZ

El centro escolar, y en concreto su comedor, resulta el marco más coherente donde ofrecer y reforzar los conocimientos teóricos, prácticos, habilidades y actitudes que inciden en la educación alimentaria de los niños, a través de la realización de actividades pedagógicas sobre alimentación y salud.

Los cambios acontecidos en la actualidad en los países desarrollados han propiciado cambios en las costumbres alimentarias, dado que con la entrada masiva de las mujeres en el mercado de trabajo la comida familiar resulta cada vez más extraordinaria. Por ello, actualmente el comedor escolar resulta imprescindible para atender al colectivo infantil. Según datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2002, un 15,9% de los niños realiza durante el periodo escolar su comida principal en el comedor escolar.

En el contexto de un programa escolar sería necesario aprovechar pedagógicamente el binomio espacio-tiempo que constituye el comedor escolar para estrechar conocimientos teóricos, prácticos, habilidades y actitudes que inciden en la educación alimentaria de los niños. Así, el centro de enseñanza, tanto las clases como en el comedor escolar, es el marco coherente donde, además de asegurar el aporte nutricional adecuado a las características de los escolares, se debe realizar actividades pedagógicas sobre alimentación y salud.

La normativa vigente en materia de comedores escolares es la de 1986, y establece que el profesor-educador puede ser cualquier profesor del centro. Los cambios legislativos y profesionales obrados en el entorno escolar, significan que este espacio sea en general cubierto por los denominados "cuidador-educador de comedor escolar y recreo", evitando de esta forma la interferencia con el trabajo escolar de los profesores. Según esta normativa corresponde a ellos la vigilancia, durante las comidas y la realización de actividades de educación en el tiempo libre durante el tiempo anterior y posterior a las comidas. Además especifica que la gestión del comedor escolar debe ser llevada a cabo por el personal docente del centro y que se debe contratar el servicio con empresas de alimentación que cumplan todos los requisitos establecidos en la normativa vigente.

Sería deseable que se arbitraran fórmulas adecuadas para facilitar la formación de los cuidadores de comedor en temas de nutrición, dietética, higiene de los alimentos y otros aspectos de restauración colectiva de manera continuada.

El comedor escolar adquiere, por tanto, especial relevancia, al configurarse como un elemento dinámico que proporciona la oportunidad para estimular y poner en práctica los contenidos de los programas sobre educación nutricional. Cuando se plantea como objetivo de un programa educativo conseguir hábitos alimenticios permanentes, se debe actuar sobre diversos niveles:

- adquisición de los conocimientos teóricos necesarios;
- adaptación de las propuestas teóricas a la aplicación de la vida diaria;
- motivación psico-afectiva del sujeto hacia las nuevas prácticas que se proponen y así garantizar el éxito de la gestión pedagógica validando positivamente la metodología empleada;
- desarrollar hábitos alimenticios saludables;
- promover la adaptación del niño a una diversidad de menús y a una disciplina en el acto de comer (solidaridad, cortesía, tolerancia...);
- ofrecer una planificación alimentaria que aporte sustancias nutritivas que el niño necesita para su normal desarrollo, e
- interesar a la familia en los beneficios que pueden obtenerse de su colaboración conjunta con los responsables del comedor escolar, tanto en lo referido a su salud como a su educación nutricional.

Todos estos objetivos pueden alcanzarse mediante distintas actividades realizadas en el aula, el comedor escolar y en la propia familia.

Las pautas que debe seguir un programa dirigido a promover la educación nutricional deberían incluir: política escolar en materia de nutrición, un plan de estudios para llevarlo a cabo, instrucciones apropiadas a los escolares, incluir la presencia de personal entrenado y utilizar métodos para evaluar dicho programa. Además, parece interesante realizar una propuesta para la formación pedagógica acerca del desarrollo de una actividad sobre educación nutricional en el tiempo de comedor-recreo.

Soledad Luján Sanchis.
M^a del Mar Martínez Bonito.
Laura Garcés Martínez.

Grupo de Estudios Pedagógicos para la Promoción de la Salud en los Comedores Escolares.

Idoneidad de la oferta alimentaria de los comedores escolares del Área de Salud 9

CHELO RAMÍREZ

Durante la etapa de escolarización, la comida diaria en los comedores escolares constituye una parte fundamental de la dieta de los niños, resultando, además, claves para el aprendizaje y la adquisición de hábitos alimenticios saludables. Es, por tanto, fundamental analizar la oferta alimentaria que se ofrece en estos comedores.

Es universalmente reconocido que la alimentación en la edad escolar incide de manera decisiva en la salud y en la calidad de vida.

A esta edad, el comedor escolar adquiere enorme importancia por dos razones: en primer lugar porque la alimentación ofertada puede afectar al estado nutricional del niño por constituir una parte importante de la dieta diaria, que se repite cinco días a la semana, durante muchas semanas al

año: en segundo lugar, como revelan diferentes estudios, porque puede ser la clave de intervención para el aprendizaje y adquisición de hábitos alimenticios saludables.

Con objeto de conocer la idoneidad de la oferta alimentaria de los comedores escolares del Área de Salud 9, el Centro de Salud Pública de Alzira, aprovechando la documentación facilitada por la Dirección de Salud Pública de las áreas 3 y 4 de la Comunidad Valenciana, realizó un estudio en este sentido, que comprendía los siguientes objetivos:

- Elaboración de un registro de centros educativos con comedor escolar.
- Análisis y evaluación cualitativa de las minutas ofrecidas en los comedores escolares, con objeto de detectar posibles errores alimenticios.
- Relación entre la calidad de los menús ofertados y la gestión del comedor.
- Establecimiento de recomendaciones.

El estudio se llevó a cabo en 19 de los 22 colegios con comedor escolar existentes en los municipios del Área de Salud 9 de la Comunidad Valenciana.

La recogida de información se efectuó utilizando un protocolo y una encuesta (cuestionario de frecuencia de consumo) facilitada por el Centro de Salud Pública de Valencia (áreas de salud 3 y 4) adaptada del cuestionario del I.M.S. de Barcelona sobre comedores escolares.

El análisis y evaluación de la calidad de las minutas se realizó tomando como base el modelo de dieta equilibrada expuesto en la *Pirámide de la alimentación* adaptada para la *Comunidad Valenciana* (Quiles y Espi, 1995).

pecializada en la gestión de los comedores escolares.

- 2) **Análisis y evaluación de los menús.** Los resultados obtenidos del análisis de las diferentes minutas se exponen en las gráficas adjuntas. Como puede comprobarse, la dieta escolar no cubre las necesidades básicas en ciertos aspectos. La mayoría de los minutas ofertadas no cumplen las recomendaciones establecidas en la pirámide de la alimentación. Se observa un bajo consumo semanal de verduras, legumbres pescado y fruta.
- 3) **Relación calidad menús/gestión del comedor.** Los errores alimenticios detectados se observan tanto en comedores con cocina propia como en los gestionados por empresas especializadas.

Recomendaciones

Del análisis de los resultados resulta evidente la necesidad de realizar un programa de intervención que incluya los siguientes aspectos:

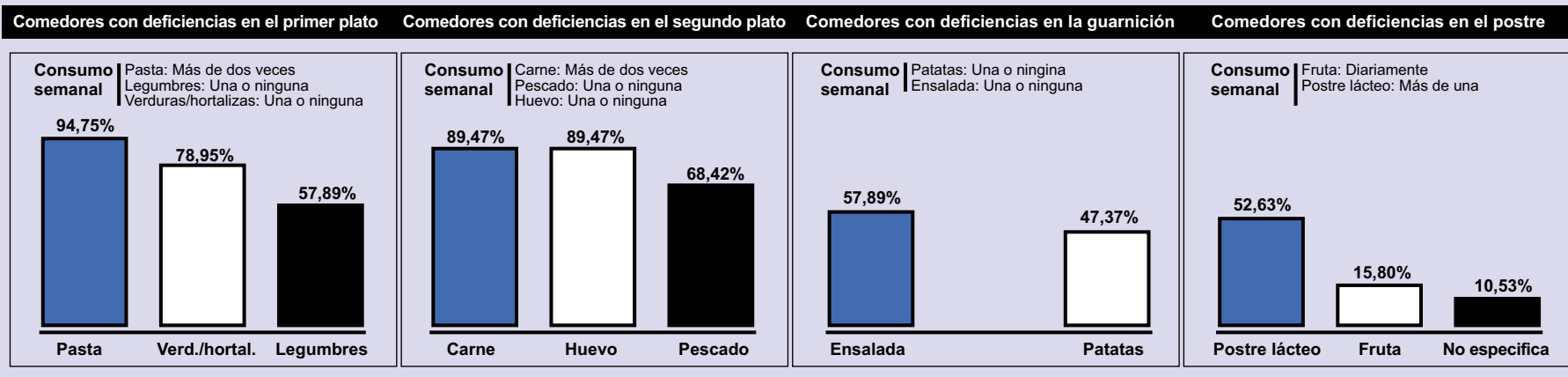
- Realización de cursos de educación alimentaria dirigidos, a las personas encargadas de confeccionar los menús o de contactar con las empresas suministradoras, con el fin de que puedan ofrecer a los niños una dieta que, siendo apetecible para su edad, cumpla con el modelo de dieta equilibrada establecido en el pirámide de la alimentación.
- Realización de charlas informativas sobre alimentación y nutrición a los padres para que, conociendo los menús ofertados en el comedor puedan complementarlos de forma correcta en el hogar.
- Realización de charlas dirigidas a los alumnos, que planteadas de forma sencilla e interactiva incidan en la adquisición de hábitos alimenticios saludables.

Resultados

- 1) **Gestión de los comedores escolares.** Se constató una gran incidencia de la empresa es-

Chelo Ramírez Sampedro.
Técnico medio de Promoción de la Salud.
Centro de Salud Pública de Alzira.

Análisis y evaluación de los menús



La enfermedad celíaca

ISIDRO VITORIA

La intolerancia al gluten presente en algunos alimentos está en el origen de la enfermedad celíaca. Así, el único tratamiento disponible para estos enfermos es el seguimiento durante toda la vida de una estricta dieta sin gluten. Ésta debe basarse en alimentos naturales, evitando, en lo posible, alimentos elaborados, en los que es más difícil garantizar la ausencia de gluten.

La enfermedad celíaca (EC), conocida también como enteropatía sensible al gluten, se caracteriza por un síndrome de malabsorción intestinal secundario a una afectación inflamatoria de la mucosa del intestino delgado tras la ingesta de gluten. En otras palabras, se trata de una intolerancia permanente al gluten por lesión de la mucosa del intestino delgado.

Desde el siglo II ya fue referida por Areteo de Capadocia en relación con personas desnutridas que tenían deposiciones abundantes y malolientes y que empeoraban cuando ingerían trigo. Sin embargo, no sería hasta 1888 cuando Samuel Gee publicaría una descripción clínica muy minuciosa de una patología que denominó enfermedad celíaca debido a la distensión abdominal que tenían estos pacientes (koelios = vientre). En 1950, Dicke comprobó que la enfermedad se desencadenaba al tomar harinas de trigo y centeno. Tres años más tarde, este autor junto con Weijers y Van de Kamer demostraron que la acción tóxica de la harina estaba ligada a la fracción proteica de los cereales, el gluten, y más concretamente, a la gliadina (fracción soluble en alcohol del gluten).

Epidemiología

La EC se presenta casi exclusivamente en sujetos de raza blanca, habiendo sido descrita en Europa, América y Australia principalmente. En Europa oscila entre 12 y 203 pacientes por 100.000 habitantes, con una media de 90 pacientes por

100.000. En otras regiones como la India, Pakistán, Oriente Medio y Cuba la prevalencia es menor. En España probablemente hay un celíaco por cada 250 a 500 habitantes.

La EC se produce por una respuesta inmune mediada por linfocitos T frente al gluten ingerido en personas genéticamente predispuestas (La influencia de los factores genéticos se observa por la mayor prevalencia en los familiares de primer grado). Por tanto, en la EC confluyen tres factores:

- Factor tóxico: gliadina (fracción soluble en alcohol del gluten).
- Factor genético.
- Factor inmunológico.

Clínica

Puede presentarse de formas distintas siendo a veces difícil el diagnóstico.

Forma clásica. En los niños clásicamente se presenta como una diarrea crónica malabsortiva con heces grasas (brillantes y espumosas), asociado a cambio de carácter (tristeza, apatía, depresión o irritabilidad), con estacionamiento de la curva de peso o con pérdida de peso. Además hay anorexia e incluso vómitos. En la exploración se observan signos de desnutrición tales como cabello ralo, palidez cutáneo-mucosa, pañículo adiposo escaso (signo del pliegue) y distensión abdominal. En los adultos la presentación común es el de una diarrea crónica con anemia ferropénica y/o con distensión abdominal. Por tanto la forma clásica de enfermedad celíaca se caracteriza por diarrea, ferropenia, distensión abdominal y cambio de carácter.

Formas oligosintomáticas. Se caracterizan de forma general por talla baja y retraso puberal. Como síntomas gastrointestinales encontramos esomatitis aftosa recurrente, dolor abdominal recurrente y esteatorrea. Otros signos no intestinales son anemia por déficit de folato; osteopenia u osteoporosis; hipoplasia del esmalte dental; déficit de vitamina K; hipertransaminasemia; trombocitosis por hiperesplenismo; artralgias o artropatías; polineuropatías; ataxia; epilepsia (con calcificaciones cerebrales); infertilidad; abortos recurrentes; ansiedad y depresión; queratosis folicular, y alopecia.

Diagnóstico

El diagnóstico correcto solo se consigue tras la biopsia intestinal. La biopsia intestinal se efectúa introduciendo por la boca, hasta la parte superior del intestino delgado (yeyuno), una sonda provista en su extremo de una cápsula especial que permite obtener una muestra minúscula de la mucosa intestinal, para ser analizada en el microscopio.

Algunas de las pruebas utilizadas para determinar indirectamente la alteración de la mucosa del intestino delgado, **aunque en ningún caso pueden sustituir a la biopsia**, son las siguientes: determinación de grasa en heces, absorción de la d-xilosa con o sin su determinación de sangre, determinación de folatos en suero o hematíes y determi-

nación de anticuerpos antigliadina (AAG-IGA y AAG-IGG), y antitransglutaminasa.

Una dieta sin gluten

El tratamiento de la enfermedad consiste en el seguimiento de una dieta estricta sin gluten durante toda la vida. El celíaco debe basar su dieta en alimentos naturales: legumbres, carnes, pescados, huevos, frutas, verduras, hortalizas y cereales sin gluten: arroz y maíz. Deben evitarse, en la medida de lo posible, los alimentos elaborados y/o envasados, ya que en estos es más difícil garantizar la ausencia de gluten. La ingestión de pequeñas cantidades de gluten, de una manera continuada, puede causar trastornos importantes y no deseables. Según la Federación de Asociación de Celíacos de España (FACE), se deben seguir las siguientes normas:

- No debe iniciarse una dieta sin gluten sin haber realizado previamente una biopsia intestinal que demuestre la intolerancia al mismo, por la alteración de la mucosa. La prescripción de esta dieta sólo porque hay sospecha de intolerancia a esta proteína o por resultado positivo en la prueba de anticuerpos específicos, sin haberse realizado una biopsia intestinal que lo confirme es un error que se comete con frecuencia y lo único que se consigue es retrasar o enmascarar el diagnóstico de una posible enfermedad celíaca.
- La dieta debe seguirse estrictamente durante toda la vida. La ingestión de pequeñas cantidades de gluten puede producir lesión de las vellosidades intestinales, aunque no siempre estas lesiones tiene por qué ir acompañadas de síntomas clínicos.
- Se eliminará de la dieta cualquier producto que lleve como ingrediente **trigo, avena, cebada, centeno, triticale** y/o productos derivados (almidón, harina, panes, pastas alimenticias, etcétera).
- El celíaco puede tomar todo tipo de alimentos que no contengan gluten en su origen: carnes, pescados, huevos, leche, cereales sin gluten (arroz y maíz), legumbres, tubérculos, frutas, verduras, hortalizas, grasa comestibles y azúcar.
- El consumo de productos manufacturados conlleva asumir riesgos potenciales. Hoy en día, la lectura de la etiqueta del producto, en el momento de la compra, no es una medida del todo segura, porque la legislación vigente **no obliga**:
 - A especificar el origen botánico, de las harinas, almidones, féculas, sémolas y cualquier otro derivado de los cereales trigo, avena, centeno y triticale utilizados.
 - A declarar el gluten cuando se utiliza como soporte de aromas u otros aditivos
 - A declarar el gluten cuando se utilizan como componente de un ingrediente compuesto, en proporción inferior al 25%.
 Aún así, es conveniente **leer siempre la etiqueta del producto que se compra**, aunque siempre sea el mismo, y comprobar que dicha información se ajusta a lo que señala la publicación **Lista de alimentos sin gluten**, vigente en ese momento.
- Al adquirir productos elaborados y/o envasados, debe comprobarse siempre la relación de in-

Clasificación de alimentos según su contenido en gluten

Contienen gluten con seguridad	Pueden contener gluten	No contienen gluten
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pan y harinas de trigo, cebada, centeno, avena o triticale ■ Bollos, pasteles, tartas y demás productos de pastelería ■ Galletas, bizcochos y productos de repostería ■ Pastas italianas (fideos, macarrones, tallarines...) y sémola de trigo ■ Leches y bebidas malteadas ■ Bebidas destiladas o fermentadas a partir de cereales: cerveza, whisky, agua de cebada, algunos licores... ■ Productos manufacturados en los que entre su composición cualquiera de las harinas citadas y en cualquiera de sus formas: almidones, almidones modificados, féculas, harinas y proteínas. 	<p>Solamente permitidos previo informe del fabricante de que no contienen gluten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Embutidos: chopped, mortadela, chorizo, morcilla, etc ■ Quesos fundidos de sabores ■ Patés diversos ■ Conservas de carnes ■ Conservas de pescados con distintas salsas ■ Caramelos y gominolas ■ Sucedáneos de café y otras bebidas de máquina ■ Frutos secos tostados con sal ■ Helados ■ Sucedáneos de chocolate ■ Colorante alimentario 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leche y derivados: quesos, requesón, nata, yogures naturales y de sabores, y cuajada ■ Todo tipo de carnes y vísceras frescas, congeladas y en conserva natural, cecina, jamón serrano y jamón cocido de calidad extra ■ Pescados frescos y congelados sin rebozar, mariscos frescos y pescados y mariscos en conserva al natural o en aceite ■ Huevos ■ Verduras, hortalizas y tubérculos, frutas, arroz, maíz y tapioca, así como sus derivados ■ Todo tipo de legumbres ■ Azúcar y miel ■ Aceites y mantequillas ■ Café en grano o molido, infusiones y refrescos ■ Toda clase de vinos y bebidas espumosas ■ Frutos secos naturales y fritos (con o sin sal) ■ Sal, vinagre de vino, especias en rama y grano, y todas las naturales

Medicamentos que contienen gluten

Con fecha 12 de Julio de 1989 existe una resolución de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (BOE núm. 179) por la que se dan normas para la declaración obligatoria de gluten presente como excipiente en el material de acondicionamiento de las especialidades farmacéuticas. Esta resolución entró en vigor en el año 1991, de modo que los medicamentos fabricados desde 1992 ya se ajustan a esta norma, y mediante la lectura del prospecto puede saberse con certeza si contiene gluten o no. No obstante, en caso de duda debe consultar a su farmacéutico.

gredientes que figura en la etiqueta. Si en dicha relación aparece cualquier término de los que se citan a continuación, sin indicar la planta de procedencia, debe rechazarse el producto, salvo que figure como permitido en la última edición de la **Lista de alimentos sin gluten**, que periódicamente actualiza la Federación de Asociaciones de Celíacos.

- 7) La relación de ingredientes que suele aparecer en el etiquetado de productos alimenticios, que contienen o pueden contener gluten son: Gluten, cereales, harina, almidones modificados (E-1404, E-1410, E-1412, E-1413, E-1414, E-1420, E-1422, E-1440, E-1442, E-1450), amiláceos, fécula, fibra, espesantes, sémola, proteína, proteína vegetal, hidrolizado de proteína, proteína vegetal, malta, extracto de malta, levadura, extracto de levadura, especias y aromas.
- 8) Como norma general, deben eliminarse de la dieta todos los productos **a granel**, los elaborados **artesanalmente** y los que no estén etiquetados, donde no se pueda comprobar el listado de ingredientes.
- 9) Se ha de tener precaución con la manipulación de alimentos, en bares y restaurantes (tortillas de patata que puede llevar levadura, patatas fri-

tas hechas en freidoras que se utilizan también para freír croquetas o empanadillas, salsas ligadas con harina, rebozados, purés o cremas de verdura naturales a los que se añaden picatostes de pan de trigo, etcétera), e igualmente en comedores escolares (ej.: si un primer plato consiste en cocido de alubias con embutido, no vale retirar el embutido y servir la alubia al celíaco, porque si el embutido lleva gluten, quedará en la salsa). Consúltese la forma de elaboración e ingredientes en cada plato, antes de consumirlos.

- 10) Se evitará freír alimentos sin gluten en aceites donde previamente se hayan frito productos con gluten.
- 11) Precaución con las harinas de maíz, arroz, etcétera, de venta en panaderías o supermercados. Pueden estar contaminadas si su molienda se ha realizado en molinos que también muelen otros cereales como trigo o avena.
- 12) No encargue ni adquiera panes de maíz fuera de las panaderías o tahonas que recomiendan las asociaciones de celíacos. La elaboración de un pan sin gluten en una panadería que trabaja con harinas de trigo conlleva un alto riesgo de contaminación y el hecho de utilizar in-

gredientes sin gluten no garantiza la ausencia de gluten en el producto final, si no se han tomado las medidas adecuadas.

- 13) En aquellas casas en las que hay un celíaco, se recomienda eliminar las harinas de trigo y el pan rallado normal y utilizar en su lugar harinas y pan rallado sin gluten o copos de puré de patata para rebozar, albardar, empanar o espesar salsas. De esta forma, muchos de los alimentos que se preparen los puede tomar toda la familia, incluido el celíaco. Por último, precaución con los alimentos importados: un mismo fabricante puede emplear, según las distintas normativas de los países, distintos ingredientes para un producto que se comercializa bajo la misma marca comercial.
- 14) Ante la duda de si un producto contiene gluten, no lo consuma.

Isidro Vitoria Miñana.

Sección de Gastroenterología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Lluís Alcanyis (Xàtiva). Profesor del Curso de Formación Pediátrica para Farmacéuticos 2002.

Una de las funciones fundamentales de la profesión farmacéutica es la atención a los pacientes en todos los aspectos relacionados con el medicamento, y muy especialmente cuando los pacientes requieren una atención específica diferenciada. En este sentido, dentro de la función social que incumbe al farmacéutico en defensa y promoción del derecho a la salud de los ciudadanos, el pasado febrero el Colegio de Farmacéuticos de Valencia y la Asociación Celiaca, firmaron un convenio de colaboración para ayudar a difundir los problemas que genera esta enfermedad, conscientes

Farmacias, la información más cerca

tanto el colegio como la asociación de que los enfermos celíacos requieren un asesoramiento y seguimiento especial del tratamiento de sus dolencias. La colaboración establecida en el convenio tiene por objeto fomentar el mutuo conocimiento de la enfermedad celiaca y el cuidado de los enfermos que la padecen, a través de la puesta al día de los conocimientos de los farmacéuticos y de la información de éstos a la población en general y a los

enfermos celíacos en especial. La Asociación Celiaca facilitará al Colegio de Farmacéuticos, para su distribución a las oficinas de farmacia, toda la información que esté a su disposición sobre productos de alimentación en los que conste la ausencia de gluten, sobre medicamentos con efectos adversos para esta enfermedad y sobre su distribución y suministro. El Colegio de Farmacéuticos, por su parte, organizará conferencias y cursos de forma-

ción para su colegiados, contando con información científica y técnica de que dispone la Asociación en especial sobre los avances científicos que se vayan produciendo en la industria alimentaria con efectos positivos para la enfermedad celiaca. Si es posible y el colegio lo necesitase, la asociación facilitará personal técnico capacitado para impartir alguna parte de los cursillos. El Colegio de Farmacéuticos ha puesto a disposición de la asociación su servicio de información del medicamento para que se le dirijan las preguntas que sobre la materia puedan surgir.

cursos
congressos
seminaris
conferències

CURSOS, BEQUES I AJUDES DE L'ESCOLA VALENCIANA D'ESTUDIS PER A LA SALUT (EVES)

Informació:
Secretaria de l'EVES
C/ Juan de Garay 21, 46017-VALÈNCIA
Tel. 963 86 93 69 Fax: 963 86 93 70
<http://eves.san.gva.es>
El termini de preinscripció finalitza un mes abans de la data de començament dels cursos

► **FORMACIÓ DE CONDUCTORS-PORTALLITERES I PORTALLITERES (2a edició València)**

Dates:
24 - 28 de juny de 2002.
Duració:
30 hores.
Matrícula:
100,56 €
Preinscripció:
20 dies abans de cada edició.

► **CURS INTRODUCTORI D'ANÀLISI DE DADES LONGITUDINALS. METODOLOGIA I APLICACIONS EN CIÈNCIES DE LA SALUT**

Dates:
1 - 5 de juliol de 2002.
Duració:
30 hores.
Matrícula:
156,92 €
Preinscripció:
Fins al 3 de juny de 2002.

► **CONVOCATORIA DE BEQUES I AJUDES 2002**

- Ajudes per a l'organització de reunions i actes científics de caràcter sanitari.
- Ajudes a publicacions i revistes científiques.
- Beques per a cursos i estada d'especialistes en sanitat en centres o instal·lacions prestigiosos.

- Beques per a projectes d'investigació en biomedicina.
- Beques per a projectes d'investigació en programes de salut.
- Beques per a la formació i col·laboració en els projectes d'investigació de l'EVES.

CURSOS DE POSTGRAU I D'ESPECIALITZACIÓ DE LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Informació i preinscripcions:
Fundació Universitat-Empresa.
ADEIT
Plaça Verge de la Pau, 3
46001-VALÈNCIA
Tel. 96 398 39 26 Fax: 963 5128 18
www.adeit.uv.es
formacion.adeit@uv.es

► **DIPLOMA DE RECURSOS HUMANS EN SALUT**

Organitza:
Departament d'Infermeria.
Dirigit a:
Llicenciats; i Diplomats en Ciències de la Salut. Relacions laborals. Treball Social.

Duració i horari:
Octubre fins al desembre de 2002. 115 hores. Dilluns, dimecres i dijous, dissabtes pel matí.
Matrícula:
275,00 €
Preinscripció:
Fins al 9 de setembre de 2002.

► **DIPLOMA EN DIDÀCTICA DE L'EDUCACIÓ PER A LA SALUT ALS CENTRES DOCENTS.**

Organitza:
Departament de Didàctica de les Ciències Experimentals i Socials.
Dirigit a:
Llicenciats o diplomats.
Duració i horari:
Setembre fins al desembre de 2002. 100 hores. Vesprades, de 17.30 a 20.30 h.
Matrícula:
0 €
Preinscripció:
Fins al 10 de setembre de 2002.

► **MÀSTER DE DESENVOLUPAMENT INFANTIL I ATENCIÓ PRIMERENCA**

Organitza:
Departament de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia.
Dirigit a:
Diplomats en Magisteri, Logopèdia, Fisioteràpia i Treball Social. Llicenciats en Psicologia, Medicina, Pedagogia i Psicopedagogia.
Duració i horari:
Octubre de 2002 fins al desembre de 2003. 440 hores. Divendres, de 16 a 21h., i dissabte, de 9 a 14 h.
Matrícula:
2.110,00 €
Preinscripció:
Fins al 15 de setembre de 2002.

► **DIPLOMA DE SEXOLOGIA I PLANIFICACIÓ FAMILIAR**

Organitza:
Departament Psicologia Evolutiva i de l'Educació. Col·legi Oficial d'Infermeria de València. Institut de Sexologia i Psicoteràpia Espill.
Dirigit a:
Llicenciats i Diplomats. Professionals relacionats en la matèria.
Duració i horari:
Octubre de 2002 fins al març de 2003. 110 hores. Dimecres, de 16.00 a 20.00 h.
Matrícula:
510,00 €
Preinscripció:
Fins al 17 de setembre de 2002

► **CERTIFICAT DE FONTS D'INFORMACIÓ EN LES CIÈNCIES DE LA SALUT. EINES EN INTERNET**

Organitza:
Departament d'Història de la Ciència i la Documentació. EUE. Institut d'Història de la Ciència i Documentació "López Piñero".
Dirigit a:
Titulació universitària prèvia. Diplomats en Infermeria. Diplomats en Biblioteconomia i Documentació. Professionals.
Duració i horari:
Novembre de 2002 fins al juny de 2003. 55 hores. Divendres, de 16.00 a 21.00 h.
Matrícula:
300,00 €
Preinscripció:
Fins al 28 de setembre de 2002

► **DIPLOMA DE D'INFERMERIA EN EDUCACIÓ PER A LA SALUT**

Organitza:
Departament Psicologia Evolutiva i de l'Educació. Col·legi Oficial d'Infermeria de València.
Dirigit a:
Diplomats universitaris en infermeria. Fisioterapeutes, psicòlegs i pedagogs.
Durada i horari:
Novembre de 2002 fins al març de 2003. 102 hores. Dimarts i dijous, de 16.00 a 20.00 h.
Matrícula:
450,00 €
Preinscripció:
Fins al 26 d'octubre de 2002

► **DIPLOMA D'ESPECIALISTA EN ERGONOMIA I PSICOSOCIOLOGIA APLICADA.**

Organitza:
Departament de Medicina Preventiva, Salut Pública, Bromatologia, Toxicologia i Medicina Legal. Departament de Psicobiologia i Psicologia Social.
Dirigit a:
Llicenciats, enginyers tècnics o superiors diplomats. Professionals.
Duració i horari:
Novembre de 2003 fins al juliol de 2004. 250 hores. Dimarts i dijous, de 16.30 a 20.30h.
Matrícula:
1.202,00 €

Preinscripció:
Fins al 30 d'octubre de 2003.

► **MÀSTER DE REPRODUCCIÓ HUMANA**

Organitza:
Departament de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia.
Dirigit a:
Llicenciats en Medicina, Biologia. Altres titulats universitaris de grau superior.
Duració i horari:
Desembre de 2002 fins al juliol de 2003. 494 hores. L' horari variarà en funció de cada àrea.
Matrícula:
2.525,00 €
Preinscripció:
Fins al 15 de novembre de 2002.

CURSOS DE LA UNIVERSITAT INTERNACIONAL MENEZES Pelayo. COMUNITAT VALENCIANA

Informació:
Palau de Pineda
Plaça del Carme, 4, 46003-València
Tel. 96 386 98 02/04 Fax: 96 386 98 23
www.uimp.es
secretaria_valencia@uimp.es

► **SIDA I DROGUES, UNA NOVA PERSPECTIVA**

Duració:
30 hores
Dates:
Del 10 al 14 de juny de 2002
Matrícula:
110 €
Dirigit a:
Professorat d'ensenyança no universitària.

► **COMUNICACIÓ-INFORMACIÓ EN L'ÀMBIT SANITARI**

Duració:
30 hores
Dates:
Del 24 al 28 de juny de 2002
Matrícula:
110 €

► **COMPRESIÓ I TRACTAMENT DELS TRASTORNS ALIMENTARIS. QÜESTIONS CRUCIALS EN LA PRÀCTICA QUOTIDIANA**

Duració:
30 hores
Dates:
Del 10 al 12 de juliol de 2002
Matrícula:
110 €

► **PSICOLOGIA DE LA MALALTIA CRÒNICA**

Duració:
30 hores
Dates:
Del 24 al 28 de juny de 2002
Matrícula:
110 €
Lloc:
Alacant. Auditori de la CAM. (Isabel la Catòlica, 7)



Manual básico de nutrición clínica y dietética

Edita: Conselleria de Sanitat.

Editat en castellà.

En la confecció d'este manual, dirigit als professionals sanitaris, han participat un grup de metges, farmacèutics i infermeres, procedents de diferents àrees de l'hospital, membres de la Comissió de Nutrició de l'hospital Clínic Universitari de València. La intervenció multidisciplinària proporciona una àmplia perspectiva sobre els temes que aborda: dietètica i dietoteràpia; nutrició enteral; nutrició parenteral; nutrició en pediatria, etc.



Anorexia y Bulimia

Edita: Conselleria de Sanitat i Associació Valenciana per a la Lluita contra l'Anorèxia i la Bulimia.

Editat en castellà.

De forma senzilla i assequible, en esta publicació es descriuen els efectes nocius d'estos greus trastorns alimentaris, així com les possibles eixides. La Informació es presenta en forma de preguntes i respostes, a través de les quals s'explica què són, com s'inicien estos trastorns, les seues conseqüències físiques i psíquiques, què es pot fer en la família i en l'entorn de l'adolescent malalt, etc.



Plan de Seguridad Alimentaria de la Comunidad Valenciana

Edita: Conselleria de Sanitat.

Editat en castellà.

Els actuals models de producció i consum d'aliments generen nous riscos. L'avaluació i correcta gestió dels quals ha de formar part de qualsevol política de salut pública i producció agrària. El Pla de Seguretat Alimentaria recollit en esta publicació adopta un enfocament global, abraça tota la cadena alimentària i coordina el conjunt d'organismes amb competències en este àmbit, posant especial èmfasi en la participació i col·laboració de tots els agents socials.

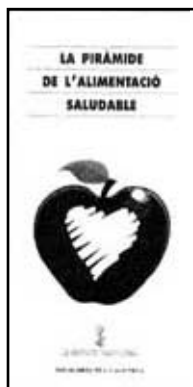


¡Comer bien para vivir mejor!

Edita: Conselleria de Sanitat i Consum. IVESP.

Editat en castellà.

¡Comer bien para vivir mejor! és un text de fàcil lectura que, partint dels dubtes i preguntes arrellegades en els distints cursos d'alimentació dirigits a la comunitat en què han col·laborat els autors, condueix el lector a senzills consells per a la pràctica quotidiana d'una alimentació saludable. Com a Instrument educatiu constituïx un resum de coneixements bàsics, de gran utilitat tant per als destinataris de les accions educatives com per als agents educatius.



La piràmide de l'alimentació saludable

Edita: Conselleria de Sanitat. Direcció General per a la Salut Pública.

Editat en valencià i castellà.

A través de la coneguda figura de la piràmide nutricional, este fullet ens mostra com ha de ser una alimentació saludable. En dita piràmide es reflectix la quantitat i freqüència de consum aconsellada per a cada u dels quatre grups en què es dividixen els aliments: aliments rics en hidrats de carboni; fruites i verdures; lactis, peix, carn i ous; greixos ...

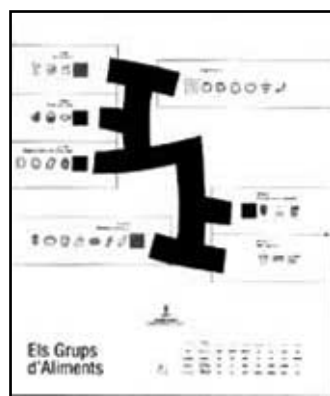


La dieta equilibrada

Edita: Conselleria d'Ocupació, Indústria i Comerç

Editat en castellà.

Mitjançant este CD interactiu és possible confeccionar una dieta diària personalitzada, amb indicació dels principals valors nutritius dels aliments triats. També oferix la possibilitat de conèixer l'equilibri de la nostra dieta, mitjançant l'anàlisi dels aliments consumits al llarg d'una setmana, o construir una dieta a la mesura en funció de les diferents necessitats. Finalment, el CD inclou una llista dels aliments rics en els principals nutrients i models de dietes estàndards recomanades per edats. Este CD es un material per a préstec del Programa d'Educació del Consumidor a l'Escola.



Els Grups d'Aliments

Edita: Conselleria de Sanitat. Direcció General per a la Salut Pública.

Edició bilingüe valencià/castellà.

El cartell representa els set grups d'aliments, els seus continguts en nutrients i les seues funcions en l'organisme. La situació dels grups en el cartell segueixen l'orde de l'u al set, separats per una figura central destacada, que ajuda a prestar atenció al conjunt.

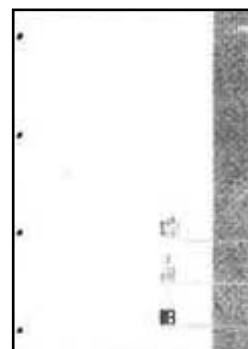


La piràmide de l'alimentació saludable

Edita: Conselleria de Sanitat. Direcció General per a la Salut Pública.

Edició bilingüe valencià/castellà

La piràmide de l'alimentació és una forma gràfica de destacar el concepte de dieta equilibrada. Els aliments o grups d'aliments hi figuren en distints escalons o pisos. En la base de la piràmide estan aquells aliments que han de suposar el suport de la dicta; a mesura que pugem escalons, trobem els aliments amb una menor presència diària, bé en quantitat o en nombre de racions. Per a la Comunitat Valenciana els nutricionistes Quiles i Espí han fet una adaptació de la dita piràmide que es presenta en este cartell.



Come y crece

Edita: Conselleria de Sanitat Direcció General per a la Salut Pública.

Editat en castellà.

Amb format de fitxes, este material correspon a la Unitat 2 de l'Arxiu Viure en Salut d'EpS d'Educació Primària. Dirigides als professionals de la docència que treballen en Educació per a la Salut de manera integrada en el currículum escolar, s'hi proposen una sèrie d'activitats als alumnes que els servisquen de reflexió i d'aportació de coneixements sobre la nutrició.



VS | 56

Pròxim número:
Esquizofrènia



GENERALITAT VALENCIANA

CONSELLERIA DE SANITAT
DIRECCIÓ GENERAL PER A LA SALUT PÚBLICA