

Desde mi balcón

(From my balcony)

Bilbao Larrañaga, Juan J.

Eusko Ikaskuntza. Miramar Jauregia. Miraconcha, 48.

20007 Donostia – San Sebastián

BIBLID [1137-439X (2008), 30; 47-60]

Recep.: 09.03.07

Acep.: 09.03.07

La epidemia de malnutrición existente, es de causa multifactorial y representa la afectación humana del desarrollo no sostenible, con sus mismas causas. Sus consecuencias son imprevisibles, ya que las economías difícilmente soportarán sus costes. Las alternativas individuales son limitadas, porque se requiere un abordaje tanto individualizado como comunitario, en las que la población se implique.

Palabras Clave: Alimentación. Malnutrición. Dieta Mediterránea. Intervención Comunitaria. Modelo social. Modelos asistenciales. Hábitos alimentarios.

Gaur egungo malnutrizio epidemia faktore askori zor zaio, eta garapen ez iraunkorraren giza eragina irudikatzen du, kausa berak dituela. Horren ondorioak ezin aurreikusizkoak dira, ezen horren kostuak nekez jasango baitituzte ekonomiek. Banakako alternatibak mugatuak dira, arazo honi bai banan-banakoaren aldetik bai komunitatearen aldetik ekin behar zaiolako, biztanleek inplikatuturik egon behar duela.

Giltza-Hitzak: Elikadura. Malnutrizioa. Mediterraneoko dieta. Esku-harmen komunitarioa. Eredu soziala. Laguntza ereduak. Jateko ohiturak.

La multifactorielle est la cause de l'épidémie de malnutrition existante et représente l'affectation humaine du développement non durable, avec ses mêmes causes. Ses conséquences sont imprévisibles, car les économies supporteront difficilement ses coûts. Les alternatives individuelles sont limitées, car il faut un abordage aussi bien individualisé que communautaire, dans lequel s'implique la population.

Mots Clé : Alimentation. Malnutrition. Régime Méditerranéen. Intervention communautaire. Modèle social. Modèles d'assistances. Habitudes alimentaires.

El título corresponde a lo que puedo observar desde mi lado de la mesa, ya que por el lado opuesto discurre la vida, en toda la riqueza del concepto. Es por tanto la mesa de un médico de atención primaria un observatorio privilegiado para contemplar la vida en todos sus aspectos.

Desde esta perspectiva veo la evolución de la especie con una visión ácida, no exenta de la intención de corrección, de tanta estupidez humana. Esta visión no deja de ser la expresión de un fracaso, de una impotencia permanente, cuando uno se plantea los elementos que se deben cambiar y percibe a sus congéneres como permanentemente infelices persiguiendo imposibles y con satisfacciones condicionadas por elementos ajenos.... “este oso nunca conseguirá a la modelo, no porque ella se niegue, sino porque es prácticamente imposible”.



Y les puedo asegurar que esto ocurre.

En nuestra comunidad la primera causa de mortalidad es el cáncer y la segunda las enfermedades cardiovasculares. Entre las dos superan el 50% de la mortalidad bruta. Ambas tienen una tendencia creciente y están en relación con la variable ambiental.

De generación y desarrollo lento como enfermedades, el desenlace dista mucho temporalmente de las causas que las originaron y nuestras intervenciones se producen en fases tardías, por lo que estas intervenciones tienen escaso impacto sobre la salud.

Permanentemente las variables ambientales se mantienen como variables modificables, pero no intervenimos casi nada sobre ellas, impulsados por el modelo social de entender la enfermedad como solucionable por un recurso externo, “el fármaco”, “la cirugía”, “la tecnología”.

En lo referente a la dieta, en el concepto clásico, se entendía por “dieta” toda una forma de vida, desde los hábitos alimenticios hasta los sociales, desde la concepción de la vida hasta la actitud ante la misma.

Desde el punto de vista médico, se entiende por dieta, las limitaciones y/o las condiciones de los alimentos, respecto a lo que los individuos deben de comer y beber. La visión es puntual, referida a situaciones concretas y por ello restringida a tales situaciones.

Para la población, viene a significar “lo que me van a prohibir”. Y un biólogo, pensará en las sustancias que llevan los alimentos y sus repercusiones en los seres vivos.

Pero si además le añadimos un apellido como “mediterránea”, la confusión es un laberinto de conceptos. Es por tanto necesario matizar a qué nos estamos refiriendo y concretar sobre lo que estamos hablando, ya que hay diferencia entre los extremos del mediterráneo, así como que no debe haberlas entre sus orillas, por otra parte en el “mare nostrum” se han producido cambios notables, casi no tiene peces que suministrarlos.

A los elementos comunes hay que añadir su asociación y relación con otros hábitos, que nos llevan a contemplar el concepto “dieta” desde la perspectiva de los clásicos. Incluso el simple cálculo de los gastos metabólicos obliga a repasar las costumbres de nuestros pacientes al valorar la simple actividad física, lo que significa que de una manera indirecta estamos contemplando el concepto de “dieta” desde la perspectiva clásica.

La nutrición se refiere a los elementos necesarios para mantener el metabolismo, la temperatura, la reparación de los órganos y las funciones internas de organismo que nos mantienen vivos y en relación con el medio. Los nutrientes son los hidratos de carbono, las grasas, las proteínas, las vitaminas, los minerales y el agua.

No hay elementos en la naturaleza que nos suministre principios inmediatos de forma exclusiva, sino que nos los presenta mezclados en diferentes proporciones en los alimentos, lo que nos obliga a ingerir múltiples elementos, de cuyo conjunto obtenemos las cantidades de nutrientes adecuados, estos elementos son los alimentos, a la vez los alimentos nos aportan los nutrientes.

Un alimento es toda sustancia que ingerida nos aporta calor y/o energía para el trabajo, nos suministra materiales para el crecimiento y/o la reparación y/o la reproducción y/o para la regulación de la producción de energía y el resto de los procesos.

Los nutrientes pueden clasificarse en esenciales, aquellos que no pueden ser sintetizados por el organismo, que deben ser ingeridos de productos ajenos y los no esenciales, que pueden ser sintetizados por el organismo desde moléculas distintas.

Este concepto de esencialidad puede ser tanto relativo como absoluto. Por un lado será relativo dependiendo de la fase en la que se encuentre el individuo, crecimiento, gestación, enfermedad que se corresponde a una determinada can-

tividad del nutriente para esa determinada fase o incluso relacionado con un determinado equilibrio que debe mantener con otro nutriente, porque las mismas necesidades son variables y dinámicas a lo largo de la vida. Por otro lado la necesidad puede ser absoluta y afecta a unas 52 sustancias considerando, ácidos grasos, aminoácidos, vitaminas y minerales. No se consideran esenciales los hidratos de carbono ya que pueden ser sintetizados desde otras moléculas, pero lo son para aportar la energía necesaria para mantener la combustión interna.

El agua merece una mención especial, no hay vida sin agua. El agua está presente en todas las funciones de la vida. La cantidad y calidad del agua se transmite a los alimentos y va vehiculizada en ellos.

Los alimentos transportan más elementos que los nutrientes. Plaguicidas, insecticidas, toxinas naturales, hongos, aditivos, metales pesados, residuos de productos usados para mejorar la producción como los antibióticos, todos ellos pueden ser contenidos por los alimentos, de hecho nuestro sistema defensivo se mantiene en guardia porque entra en contacto con todas estas sustancias. Por otra parte, de la misma manera que nosotros seleccionamos determinados elementos hace millones de años, cada ser vivo eligió los suyos, los vegetales eligieron sus elementos esenciales y los animales los suyos, según las especies.

Cuando comemos los alimentos ingerimos muchas sustancias que pertenecen a otras especies, ingerimos los suyos, utilizamos los que necesitamos, acumulamos muchos y eliminamos otros.

Por todo ello en el concepto de alimento se incluyen variables y conceptos muy amplios y que justifican que en la variedad no solo encontramos todos los elementos esenciales necesarios, si no que además obtenemos una cierta protección ante la acumulación de elementos indeseables en ellos.

Este ejemplo de la acumulación de plomo en la fruta, nos permite valorar que determinadas desviaciones de la normalidad puede conllevar determinados riesgos, imaginemos a una persona que sólo se alimentara de fruta.

Si repasamos los objetivos de una dieta, repararemos que el primero de los objetivos es nutrir y alimentar, por lo tanto no hay causa que justifique la restricción innecesaria en una dieta. Cuando lo hacemos de forma innecesaria es posible que el paciente no fallezca por la enfermedad, pero sí por inanición de todos o de algún elemento.

Como segundo objetivo es, que debe ser equilibrada desde dos puntos de vista, por un lado la relación entre la energía que se gasta y la que se ingiere, lo que obliga a estudiar los hábitos y las costumbres del paciente (modelo clásico de dieta) y por otro el equilibrio entre los principios inmediatos, asegurándonos de que son suministrados en forma, cantidad y equilibrio adecuados, la diversidad de los alimentos.

Por último deberá estar adaptada a los gustos y posibilidades del paciente (otra vez la visión clásica de dieta).

La relación entre niveles de colesterol total y mortalidad por enfermedad coronaria quedó establecida en las seis cohortes en que se agruparon los siete países del estudio.

Es notable la diferencia entre países, tanto para el nivel de colesterol como para el riesgo de fallecimiento.

En el “Estudio Burriana”, publicado a primeros del 2006, que describe lo que ocurre en una población castellonense y representativa de la cultura mediterránea, se puede apreciar que la progresión de la diabetes continua imparable. Entre los datos hallados por Bayo en el estudio Lejona en 1993 y los del estudio Burriana han transcurrido 13 años y la prevalencia de la enfermedad se ha duplicado, aunque la mejora en su diagnóstico ha sido notable, el incremento en la prevalencia hace que la población no diagnosticada siga siendo importante. Por otra parte la “dieta mediterránea” no parece protegernos de la epidemia, sin embargo estudios posteriores, aún no publicados parecen apuntar lo contrario.

De forma pormenorizada, los grupos de edad 50-59 y 60-69 parecen los más afectados. La alteración hidrocarbonada alcanza el 36% de los varones de 50-59 y tan solo el 15% en las mujeres. Pero en el grupo de 60-69 alcanza el 41% y en los varones el 46%, llamando la atención el fuerte impulso que experimenta en las mujeres de este grupo de edad. Tanto la postmenopausia como la jubilación son factores que producen cambios en la expresión del fenotipo.

En lo referente a la obesidad casi el 10% de la muestra presenta IMC mayor de 35 y un 33% expresa IMC mayor de 30, es decir 1 de cada 3 individuos que participan en el estudio es obeso.

Respecto a los perfiles lipídicos, siguen presentando colesterolos bajos y HDL-colesterol superiores a 50. Tal vez sea esta la expresión de los factores protectores.

Este resumen de actuación, tomado de una guía de reciente publicación, pone de manifiesto uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos respecto al problema de la obesidad. Se derivan de ellas algunas interpretaciones que se podrían resumir en las siguientes:

- a) Las intervenciones van a ser individuales, luego el modelo asistencial que se aplicará será el biológico. Como entidad patológica es lo mismo Obesidad que Neumonía (pulmonía).
- b) La clasificación que se aplica corresponde a niveles de importancia. Plantea las intervenciones en el nivel de prevención secundaria, es decir una vez manifestado el problema. Presenta el problema como una entidad estática y no relacionada con las fases evolutivas de los individuos.

- c) Plantea que los éxitos conseguidos serán superiores en el nivel especializado, frente al primer nivel, esto es una suposición que contradicen múltiples estudios de eficacia/eficiencia en las intervenciones. Aleja las intervenciones del lugar donde se genera el problema, contraria al espíritu de aproximar los servicios al ciudadano. Estas actuaciones ya se han demostrado ineficaces en otras patologías de causa multifactorial y desconoce que el nivel de confianza de la población en los profesionales del primer nivel es muy superior a la del segundo y tercer nivel.
- d) Carece la guía de una valoración de la dimensión del problema y los recursos necesarios, siguiendo el “Estudio Burriana” mas del 10% de la población debe ser remitida al segundo y tercer nivel, sin garantizar el seguimiento, ni la recuperación de las perdidas, ni los costes de accesibilidad, ni que el grueso de las intervenciones iniciales se dirige a población activa. La tozuda realidad, como el estudio Burriana, ya nos adelantan que se requieren recursos que no existen.
- e) El número de profesionales del nivel secundario y terciario a movilizar multiplica el gasto de las intervenciones a realizar hasta niveles no cuantificados sin garantizar un coste/eficiencia mínimamente aceptable.

No parece necesario explicar lo que se entiende por globalización, en poco tiempo, todos comeremos y beberemos lo mismo, fabricado en cualquier sitio y desconociendo lo que comemos o bebemos. En este viaje hemos perdido facultades que tardaron generaciones en conseguirse, hemos olvidado cosas elementales y nuestras jóvenes generaciones adquieren creencias mas propias de un mundo de “Walt Disney”, que de un medio agresivo. Este es el alto precio que pagamos por una civilización aparentemente desarrollada, vendida como paraíso y esclavizada por las leyes del mercado. Este modelo occidental no parece el mejor de los posibles.

Hemos desplazado los impulsos reguladores, los hemos sustituido por otras motivaciones no sujetas a control. Tanto los reflejos del hambre como los de la saciedad, incluso otros que pueden hacernos sentir apetencia por un determinado tipo de alimento, están provocados por nuestro Sistema Nervioso Central en base a las necesidades del conjunto de nuestras células. Normalmente no hacemos caso de estos estímulos, unas veces porque antepoemos nuestras necesidades psíquicas o sociales, y otras porque simplemente hemos perdido la facultad de captarlos.

Hemos sustituido la figura del responsable familiar, en quien se deposita la confianza de la utilización de los alimentos, por otras personas, en el mejor de los casos, o instituciones ajenas. Una paella es un alimento completo al que solo le falta la vitamina C que se deteriora con el calor, pero la sabiduría popular que diseñó la paella sin conocer nada sobre principios inmediatos, añade el limón como complemento, esto hoy es impensable. Comemos solos, se ha perdido el valor simbólico de los alimentos.

Es doloroso comprobar como las nuevas generaciones desconocen la diversidad de los alimentos, su relación con los principios inmediatos y su conve-

niente combinación. Nuestros niños ya piensan que los alimentos crecen en las estanterías y son mejores los más atrayentes por su envoltorio, desechan los alimentos sin envoltorio. En sus juegos cargan de simbología malos hábitos y refuerzan su tendencia a la monotonía alimentaria. Pero si esto es grave, mas lo es la presión de los mercados, los ejemplos pueden ser las oferta 3x2 o las megaraciones.

En 1963 Neel, un biólogo genetista estudiando comunidades en el Amazonas elaboró la hipótesis de “El gen ahorrador”, por la cual, determinadas comunidades habían seleccionado individuos que acumulaban energía en forma de grasa en época de abundancia de alimentos, lo que les hacía tolerar mejor, sobrevivir y reproducirse en las épocas de escasez. Este modelo ventajoso fue seleccionando individuos, esta selección natural tiene como consecuencia la aparición de obesidades persistentes.

Corría el año 1988 cuando Reaven, profesor de la universidad de Stanford, publicaba la hipótesis que relacionaba diabetes 2, hipertensión, alteración de los lípidos y obesidad, que con gran frecuencia se dan en los mismos individuos, con lo que se dio en llamar Síndrome X metabólico.

Un año mas tarde Moncada aislaba el “óxido nítrico” del endotelio vascular y convertía a las tuberías arteriales en un órgano con funciones y vida propia, de unos 400 metros cuadrados. En este órgano es donde se producen los eventos cardiovasculares, segunda causa de mortalidad en nuestra comunidad.

En 1994 (Friedman) aisló la “leptina” en el tejido graso de ratas y posteriormente en humanos. Posteriormente se han aislado otras moléculas del tejido graso. Lo que hasta entonces era considerado como un elemento de acumulación de los excesos de energía, la grasa, pasaba a formar parte de otro órgano nuevo, uno más de los órganos metabólicamente implicado en las dinámicas internas y relacionado con la diabetes 2, la hipertensión, la dislipemia y otras patologías.

Como conclusión podemos afirmar que desde la perspectiva de la hipótesis del “gen ahorrador”, los individuos expuestos a situaciones de abundancia de forma permanente, presentan además de obesidad, un incremento en la morbimortalidad por todas las causas.

La leptina fue identificada del tejido graso y posteriormente otra serie de sustancias, desde factores de crecimiento pasando por factores que intervienen en la coagulabilidad de la sangre, hormonas y factores vasoactivos. Todo ello sitúa al nuevo órgano graso en una situación preferente en la enfermedad cardiovascular que nos permite entender mejor la fisiopatología de la misma y su asociación con el resto de comorbilidad de la obesidad.

En el modelo mendeliano, se entiende por gen lo que se expresa en un fenotipo. El modelo explicativo en el que nos movemos es mas complejo. Aunque existen obesidades monogénicas, debidas a la mutación de un gen, tienen una

muy baja prevalencia. La mayoría de las obesidades están generadas en un modelo multifactorial, entre los que la propia implicación de múltiples genes sería un factor.

En el ejemplo que se expone, referido a la diabetes 2, observamos como diferentes genes que se expresan en funciones diferentes, la resistencia a la insulina y a la disfunción de la célula beta, no tienen porqué ser los mismos, ni tan siquiera del mismo cromosoma. Posteriormente alteraciones moleculares refuerzan el efecto inicial e incluso favorecen la expresión de nuevos genes y acaba manifestándose el fenotipo diabetes 2.

Los factores ambientales actúan favoreciendo la expresión de determinados genes, bien de una forma directa o por modificación de ambientes moleculares. En el inicio es la interacción entre la predisposición, carga genética, y los factores ambientales los que inician el proceso, como procesos inicialmente diferentes.

Cuando tratamos de la expresión de varios fenotipos, están implicados múltiples genes, unos propios del carácter a transmitir, otros implicados en la permisividad de la expresión en diferentes grados. Al estudio de las relaciones entre los genes se le conoce como "Genómica".

Cada gen se expresa como una proteína, a su vez esta informa de que ha sido sintetizada correctamente en una forma de retroacción o feed-back. Pero las proteínas también están sujetas a los cambios ambientales que influyen en su función, lo que multiplica las posibilidades y variables. Al estudio de estos fenómenos se le conoce como "Proteómica". A las intervenciones que utilizan estas vías genéticas con fármacos se le denomina "Farmacogenómica". Las relaciones entre estos campos empiezan a constituir un espacio del conocimiento que en su momento dará soluciones, pero no por el momento.

Para comprender el peso del "ambiente" como factor determinante se me ocurre este ejemplo de recién nacidos. Entre un feto microsómico y uno macrosómico existe una diferencia de 2 kilogramos, pero sólo hay una diferencia, que es la exposición a un ambiente fetal diferente, en un corto espacio de tiempo, en un momento crítico del desarrollo y expresa dos fenotipos absolutamente diferente.

El macrosómico sería ejemplo del fenotipo "gen ahorrador", el microsómico del llamado "fenotipo ahorrador", por el que es capaz de reducir o bien optimizar la utilización de la escasez de alimentos, disminuyendo sus necesidades y requerimientos en épocas de escasez. Ambos tienen la misma probabilidad de desarrollar diabetes de adultos.

Hasta hace 10 años la preocupación mundial estaba dirigida a las poblaciones desnutridas, pero hoy el número de alimentados en exceso supera al de desnutridos. Considerando ambas poblaciones podemos concluir que 1 de cada 3 humanos está mal nutrido, bien por exceso, bien por defecto. También conviene

destacar que las poblaciones en riesgo de desnutrición se ha modificado y son las poblaciones marginadas o las desplazadas las que tienen mayor riesgo. Mientras que en las de riesgo por exceso son las de las clases superiores de los países subdesarrollados y las clases bajas de los países desarrollados los que tienen mayor riesgo.

Cuando intervenimos con restricción alimentaria para reducir el peso, obtenemos un fenómeno que se repite en todos los estudios. Primero aparece una fase de caída brusca, después una fase de estabilización del peso a pesar de mantener la restricción alimentaria, para posteriormente reiniciar la progresiva recuperación del peso manteniendo la misma ingesta. Todos los ensayos clínicos manifiestan una curva similar, variando en la intensidad del efecto y el tiempo de duración de las fases.

Cualquier estudio con utilización de fármacos nos presenta el mismo efecto, además el “gold estandar” con el que se comparan son la dieta y el ejercicio.

Por otra parte las intervenciones sobre IMC menores de 30 suelen conllevar la consecución de los objetivos, pero pasado el “mágico” 30 y a medida que nos alejamos de él, conseguir el objetivo es progresivamente mas difícil, aunque la pérdida de 10 kgs ya aporta beneficios.

Una explicación de este fenómeno de recuperación pudiera ser que estos individuos responden a la restricción alimentaria optimizando la utilización metabólica y reduciendo sus requerimientos.

Por otra parte olvidamos como fuimos diseñados, solíamos recorrer grandes distancias con un ejercicio aeróbico de baja intensidad en el que la energía la aportaban las grasas, reservándose los hidratos para las situaciones de alarma y reacción rápida. Por lo que el ejercicio debe de prescribirse como aumento de la actividad.

Otro factor que olvidamos es que para estos cambios se precisa situaciones psicológicas y sociales muy estables, porque el cambio de carácter y el entorno social se van a modificar, si añadimos el tiempo que debe de mantenerse el esfuerzo, configuramos un panorama realmente difícil, en el que las situaciones cambiantes serán lo habitual.

Una última curiosidad es que en los pacientes que de diferentes maneras recuperan un peso mas adecuado, las alteraciones tanto físicas como biológicas causadas por la obesidad y detectadas suelen revertir, siempre se encuentran con un estado físico notablemente mejor, con la consecuente recuperación de la calidad de vida, sin embargo todo ello no suele ser un estímulo suficiente.

En realidad la pregunta a plantear sería: ¿La probabilidad de que la especie humana desaparezca en el próximo siglo es mayor, menor o igual a la de otras especies? Esta reflexión debe de partir de la previsión del impacto que los cam-

bios ambientales tendrán sobre las especies. La previsión nos anuncia que aproximadamente un 50% de las especies desaparecerá por este impacto y olvidamos que la especie humana es una más de las especies.

Este problema se puede ver de muchas maneras, pero todas dramáticas.

La prevalencia en E.E.U.U de la obesidad se ha duplicado o triplicado dependiendo de que consideremos los datos referidos a la población total o lo hagamos por grupos de edad.

Es fácil percatarse de la alta tasa del grupo de edad 50-59 que triplica su prevalencia con relación a la que le correspondía 30 años antes, pero ¿Dónde estaban estos individuos hace 30 años? ¿Qué ha ocurrido? ¿Dónde estarán los que ahora tienen 20-29 dentro de 30 años?

Existe una relación directa entre la mortalidad y la obesidad.

Todo el modelo alimenticio se ha modificado en los últimos 50 años. Los cambios son tan radicales y han ocurrido a una velocidad que no han permitido nuestra adaptación.

Se delega en desconocidos la manipulación y elección de los alimentos y estos han pasado de ser elementos que cubren una necesidad a ser elementos de consumo, por lo que nos inducen a consumir elementos innecesarios. También hemos perdido la capacidad de combinación adecuada de los alimentos, hoy es implantable el diseño de una comida como la paella a la que solo le falta la vitamina C y para ello te dan el limón para añadirsele.

Desconocemos y aun creemos que los alimentos crecen en las estanterías, transmitimos unos valores inadecuados a las jóvenes generaciones y somos víctimas del lleve 3 y pague 2 o al incremento innecesario de las raciones.

A nivel individual, si el fenotipo expresado es la consecuencia de factores genéticos y ambientales, significa que tenemos factores, no modificables, los primeros y factores modificables, los segundos.

Si estamos ante problemas multifactoriales el abordaje deberá ser familiar por: Identificación de futuros o actuales candidatos no diagnosticados o personas en riesgo. Posibilidad de identificar factores ambientales condicionantes de la expresión del fenotipo y su modificación.

Facilitación y solidarización del grupo en los objetivos, con efecto multiplicador de las intervenciones. Adquisición de hábitos adecuados desde la infancia en población de alto riesgo, con retraso en la edad del debut (enlentecimiento del ateroma). Sin olvidar que las poblaciones no son homogéneas.

A nivel colectivo, los factores ambientales están en íntima relación con el modelo social, son paralelos a los que han motivado los cambios climáticos o el calentamiento atmosférico. Su abordaje pasa por la modificación de un mode-

lo de crecimiento insostenible a un modelo de crecimiento sostenible, del abandono de una gestión por objetivos de rentabilidad a una gestión por valores.

Los individuos, aunque únicos, suelen iniciar sus relaciones y la adquisición de los hábitos en el entorno familiar, posteriormente y con la socialización establecen relaciones con el entorno.

En todos los casos la normalidad debe ser entendida como los modelos familiares y de relación contenidos bajo una curva de Gauss, lo que nos obliga a contemplar las variables de la normalidad como elementos naturales de la misma normalidad, siendo lo que caracteriza las diferencias tanto individuales, como familiares y sociales en los hábitos.

Desde la visión de los individuos el concepto “normal” está referido a lo que ellos hacen, sin establecer la comparación con otros comportamientos o hábitos y sin poder discernir si son buenos o malos. Esta falta de criterio comparativo hace vulnerables a los individuos tanto frente a los hábitos sociales, condicionados, como familiares, disfuncionales. Por todo ello el término “normal”, referido a la alimentación, suele ser el primer obstáculo y su abordaje implica entrar en el mundo de las creencias, valores y afectos del individuo.

Como ejemplo de agresividad del medio frente a la fragilidad del individuo, que acabará integrando como “normal” el consumo de determinados elementos, podemos considerar el gasto en publicidad que invierten las multinacionales en el mercado americano, que ascendió en el año 1997 a 11.000 millones de dólares, mientras que la inversión en publicidad de la Administración Americana alcanzó los 333 millones. Hay otra consideración relevante, esta inversión es realizada por la industria como parte de la inversión necesaria para conseguir un espacio de mercado, es decir un objetivo económico y que se volverá a repetir en la próxima reevaluación del objetivo conseguido o incrementado si el objetivo no fue conseguido, mientras que la inversión de la Administración se limita a la financiación de una campaña, independientemente de si esta consiguió o no sus objetivos. La indefensión de los ciudadanos es manifiesta y la “normalidad” una realidad desviada.

Podemos afirmar que los hábitos alimentarios se conforman por las cargas afectivas, simbólicas y rituales que se generan entorno a los alimentos. Se refuerzan desde el nacimiento a la muerte y desde el centro, la familia, a la periferia, el entorno.

Existen varios modelos asistenciales, desde el “biológico”, basado en la relación causa efecto, pasando por el “mágico” que se basa en las creencias o el “ecológico”, que considera al individuo como parte de un todo armónico.

La Ley General de Sanidad del 86 decidió que el modelo asistencial del Sistema Nacional de Salud fuera el llamado bio-psico-social, en el que el individuo era la suma de los tres factores, el biológico, el psicológico y el social, cuya interrelación configuraba la existencia de patologías que pueden iniciarse en cual-

quiera de ellos pero que en cualquier caso el impacto siempre afecta a los tres aspectos del individuo, tanto la causa como el efecto siempre es multifactorial. De forma resumida podemos afirmar que la necesidad puede venir desde cualquiera de los aspectos, de la misma manera que la factibilidad o las dificultades. De la misma manera que la multifactorialidad es el denominador común del enfermar. Con esta visión y con carácter general, en el orden alimentario, la necesidad parte del aspecto biológico, la factibilidad la situaríamos en la fuerza de voluntad y las dificultades en el entorno social. Por todo ello es el modelo bio-psico-social asistencial el adecuado para abordar los problemas de malnutrición.

20 años después de la aprobación de la LGS, se nos ofrece a los médicos de AP este algoritmo de decisión. Puedo afirmar que se trata de un documento propio del modelo asistencial biológico. Para un problema multifactorial como la malnutrición conseguirá, en el mejor de los casos, enseñarle al paciente las instalaciones sanitarias, para que finalmente las abandone por aburrimiento. Reparen que en el final de las ramas se incluye la medicación de coste anual próximo a los 1.000 euros y no financiados por la S.S.

Se puede considerar que se trata de un esquema pero es más importante lo que traduce.

Esta aseveración de que se producirá el abandono, se confirma cuando el paciente afirma: "...no voy a ir a ningún otro médico...". ¿Qué hacemos con las pérdidas que generan estas intervenciones biologicistas? ¿Dónde y como acabarán estos pacientes a los que, por un error en el abordaje se les empuja al abandono? No existen, desaparecen o incluso afirma que "No precisa intervención....." y al final todos serán éxitos de una u otra manera.

Si nuestra población ha olvidado lo que son, de donde vienen y como se combinan adecuadamente los alimentos, deberemos enseñárselo. Esto formaría parte de una primera intervención comunitaria. Cuando nos planteamos este tipo de actuaciones comunitarias hemos de contar con equipos multidisciplinares, en la que la figura del publicista es fundamental, ellos son los que saben, por los resultados obtenidos en sus campañas de mercado, como incidir y modificar los hábitos.

Es ahora cuando la hipótesis de los "memes" como transmisores de comportamientos se nos presenta como un modelo explicativo del fenómeno de los cambios alimenticios.

Por todos estos motivos debemos elegir con cuidado los mensajes, en este caso el vino que figura a la derecha de la pirámide alimenticia no debe estar incluido, ya que este consejo debe ser personalizado e individual. Los australianos demostraron que este consejo de forma general para toda la población incrementaba la mortalidad total por incremento de las muertes violentas, accidentes de tráfico, etc.

Traigo aquí los resultados de una intervención comunitaria, el estudio Karelia. Karelia es una región al norte de Finlandia, que presentaba en los años 70 una elevadísima mortalidad cardiovascular, 30 años más tarde ha reducido la misma al nivel de la de Finlandia que a su vez ha disminuido, la he elegido por ser la que menos sesgos presenta y corresponder a un país democrático. Existen otras de tiempo más limitado y de países con regímenes dictatoriales. Ningún trabajo o ensayo clínico se aproxima a sus resultados y demuestra la rentabilidad coste/eficiencia de la intervención. La reducción de la mortalidad cardiovascular se iguala a la del resto de la población, incluso cuando esta es decreciente. No es posible discutir estos resultados. Solo se necesitan, necesidad, ganas e imaginación. Recomiendo su lectura refrescante.

Estas tres siguientes proyecciones están tomadas del Informe sobre La salud Mundial del 2002 de la O.M.S. en la que recuerda algunas de las responsabilidades que corresponden a los estamentos superiores. Refiriéndonos a los problemas de malnutrición en nuestro medio se echan de menos estos principios.

COMO RESUMEN

La epidemia de malnutrición que tenemos presente y para la cual no estamos protegidos por la dieta mediterránea, es de causa multifactorial, asociada al modelo social imperante, que representa la afectación humana del desarrollo no sostenible, similar al calentamiento de la atmósfera y al cambio climático.

Que sus consecuencias no son previsibles por cuanto que las economías difícilmente soportarán sus costes tanto directos como indirectos.

Hoy día las alternativas terapéuticas son muy limitadas y sus abordajes individuales requieren de modelos asistenciales diferentes a los que predominan en el modelo asistencial, junto con intervenciones comunitarias en las que la población se implique.

Parece incuestionable la necesidad de un cambio en el modelo social conducente a un desarrollo sostenible.

BIBLIOGRAFÍA

O.M.S. *Informe sobre la salud en el mundo 2002*.

JALÓN GONZALEZ-MORENO, Mercedes. "Estimación de la ingesta de nutrientes mediante los estudios de dieta total". In: *Endocrinología Nutr.*, 53(5), 2006; 300-308.

Diabetes mellitus y otros factores de riesgo cardiovascular mayores en una población del Mediterráneo español. Estudio Burriana. V PALLARÉS-CARRATALÁ F PIÑÓN-SELLÉS JL DIAGO-TORRENT (En nombre de los investigadores del Estudio Burriana*) *Endocrinología Nutr.*, 53(03), 2006; 158-167.

VERSCHUREN, W.M.M.; JACOBS, D.R.; BLOEMBERG, B.P.M. et al. *JAMA*. 1995; 274:131-136.

Textbook of diabetes. Pickup & Williams. Third Edition, 2004. Bristol and London: Blackwell Publishing.

Principios de Medicina Interna. Harrison. 14ª Edición 2005. Madrid: MacGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.

El paciente con exceso de peso: guía práctica de actuación en Atención Primaria 39. *Rev Esp Obes*, 4 (1), 2006: 33-44.

PUSKA, P.; TUOMILEHTO, J.; NISSINEN, A.; VARTIAINEN, E., eds. The North Karelia Project. 20 years results and experiences. Helsinki: National Public Health Institute, 1995.