

**II JORNADES ALIMENTACIÓ NUTRICIÓ
PREVENCIÓ DE TRASTORNS DE
CONDUCTA ALIMENTARIA**

2006

9 i 10 de novembre

TEATRE XESC FORTEZA

LA RED DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD (REEPS) Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN

M^a Carmen Fernández

Recapitulación:

Creemos sinceramente, que en nuestra Comunidad Autónoma se dan las condiciones suficientes y necesarias para que los centros educativos de nuestras Islas puedan integrarse en la REEPS, por las siguientes razones:

1^a. Existe una voluntad manifiesta por parte de la Administración Estatal, en materia educativa, no sólo de impulsar la educación en valores, incluida la EpS entre ellos, de modo que la educación en valores se convierta en un derecho para todos los ciudadanos y ciudadanas integrados en la educación obligatoria de todo el territorio nacional. Como consecuencia de ello, dicha educación, queda plasmada en las Leyes Orgánicas, no sólo en sus propósitos y fines, sino también con objetivos y contenidos generales relacionados con todas las Áreas Curriculares y con objetivos y contenidos específicos relacionados con la educación en valores en todas las etapas de la educación obligatoria

2^a. Existe también voluntad manifiesta por parte de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, en materia educativa y sanitaria, pues desde el momento en que fueron transferidas la competencias en materia educativa en nuestra Comunidad, sus máximas autoridades crearon el Servicio de los Centros de Profesores, para impartir en sus sedes respectivas la “Formación Permanente del Profesorado” derivada de la nueva situación: la inclusión en la LOGSE de los temas transversales (educación en valores); formación, que también se está llevando a cabo desde la Dirección General de Ordenación, Innovación y Formación del Profesorado a través de una Comisión de Formación Permanente del Profesorado y los Planes Cuadriennales diseñados

Personalmente nos consta, el esfuerzo que están realizando las autoridades competentes en diseñar un Plan de Formación para todo el Profesorado de todos los centros escolares de nuestras Islas, de modo que los conocimientos adquiridos puedan ser implementados en todos los centros escolares.

3ª. Por otra parte la Consejería de Sanidad y Consumo, demuestra su interés con la implementación del Programa de Educación Sanitaria (Niño sano:0-14 años) en todos los Centros de Atención Primaria de nuestra Comunidad, desarrollándolos a través de diferentes temáticas

4ª. Personalmente nos consta también, que el Profesorado de los centros docentes de nuestras islas, están concienciados de la necesidad e importancia en la educación en valores, puesto que he podido personalmente constatar y observar sus enseñanzas, a través de actividades innovadoras y con gran creatividad de talleres, medios y recursos utilizados.

5ª. A nivel de la Administración Local y en concreto el Ayuntamiento de Palma, ha demostrado reiteradamente y desde hace muchos años su voluntad manifiesta y sensibilidad hacia la educación en valores y en concreto en EpS, dirigidos fundamentalmente a las escuelas públicas, privadas, concertadas y guarderías de la ciudad respaldadas por el Patronato Municipal, a través de los servicios y prestaciones organizados a través de:

- La Regiduría de Sanidad y Consumo (Promoción de hábitos saludables y alimentación): Talleres, relacionados con la alimentación y nutrición, consumo etc.; inspecciones de cocina, asesoría, control de menús escolares, análisis alimentario, etc.
- La Regiduría de Acción Social (Prevención de drogodependencias)
- La Regiduría de Educación, que a través de Dinámica Educativa, dispone de una amplia y variada oferta de cursos de formación relacionados con valores y que cuentan con

abundante bibliografía, medios y recursos adaptados a las diferentes etapas educativas, incluida la formación de adultos. Un ejemplo de ello son: las colonias escolares de verano, etc.

- La Regiduría de Deportes, con sus diversas instalaciones y programas
- Dinamización Ciudadana, a través de las Casas Culturales, con sus diversos programas y cursos lúdicos, formativos, y de promoción del bienestar personal
- etc.etc.

6ª. En el ámbito universitario, la UIB, bien sea a través de sus enseñanzas regladas en los Planes de estudios de las diferentes Facultades que la integran, así como a través de los cursos, relacionados con la educación en valores en general y en concreto en EpS que viene ofertando a las personas interesadas en estas temáticas, forman parte ya de una larga tradición en esta institución, contribuyendo de este modo a la educación y formación de todas aquellas personas interesadas en estas temáticas

7ª. Otras instituciones, entidades y organismos... han demostrado su interés y sensibilidad sobre la salud física, mental, social y ambiental de todas las personas que viven en nuestra comunidad, solicitando y colaborando en mejoras e intervenciones puntuales que repercutan positivamente sobre la salud global de nuestra comunidad

ESTRATÈGIA NAOS. PROGRAMES I ACTIVITATS RELACIONADES AMB L'ALIMENTACIÓ DE L'AJUNTAMENT DE PALMA

Regidoria de Sanitat i Consum

Roser Mir Ramonell

ELS OBJECTIUS D'AQUESTA PRESENTACIÓ SÓN:

- Descriure l'estratègia NAOS del Ministeri de Sanitat i Consum (MSC)
- Conèixer la prevalença de l'obesitat a Espanya, a la CAIB, i a Palma
- Informar sobre els programes educatius duits a terme per la Regidoria de Sanitat i Consum de l'Ajuntament de Palma, relacionats amb l'alimentació / nutrició

Estratègia NAOS

LA SIGLA NAOS CORRESPON A AQUESTES INICIALS:

NUTRICIÓ

ACTIVITAT FÍSICA

PREVENCIÓ DE L'OBESITAT

SALUT

El MSC lidera aquesta estratègia a través de la coordinació d'experts de l'Agència Espanyola de Seguretat Alimentària i més de 80 organitzacions.

OBJECTIUS PRINCIPALS DE L'ESTRATÈGIA NAOS

- A. Sensibilitzar la població sobre l'impacte positiu dels hàbits alimentaris saludables i l'estímul de la pràctica d'activitat física regular, en la reducció de malalties cròniques i la mortalitat atribuïbles a l'obesitat, i millora de la salut.
- B. Promoció de l'educació nutricional en el medi familiar, escolar i comunitari.
- C. Col·laborar amb les empreses del sector alimentari i begudes per promoure la producció distribució de productes que contribueixin a una alimentació més sana i equilibrada.

D. Sensibilitzar els professionals sanitaris per impulsar la detecció sistemàtica de l'obesitat i sobrepès adoptant una actitud proactiva en la seva prevenció, especialment en nins i joves, a través de l'educació.

E. Seguiment de les mesures proposades des d'un observatori de l'obesitat i avaluació dels resultats en els grups de població a què van destinats.

FORMACIÓ I DIVULGACIÓ

- A través del web del MSC, www.aesa.es

ALTRES ENLLAÇOS

- Conselleria de Salut i Consum de la CAIB, www.dgsalut.caib.es

PREVALENÇA DE L'OBESITAT I SOBREPÈS A ESPANYA, CAIB I PALMA

1. SITUACIÓ A ESPANYA (estudi Seedo, 2000; estudi Enkid, 1998-2000)

- De 2 a 24 anys: l'obesitat és del **13,9%** (16,1% en la prepubertat). El sobrepès, és del **26,3%** (> en homes, 15,6%) .

- De 25 a 60 anys: l'obesitat és del **14,5%** (> en dones, 15,7%, augmenta amb l'edat). El sobrepès és del **38,5%**.

- Només Itàlia, Malta i Grècia, tenen major prevalença d'obesitat entre els nins de 10 anys que Espanya. La zona sud (Múrcia, Andalusia i les Illes Canàries) sofreix les xifres més altes.

- En definitiva, en el nostre entorn el risc de desenvolupar obesitat és major en les dones, en persones d'edat avançada, en els grups socials amb menor nivell de renda i educació, així com a les àrees rurals.

2. SITUACIÓ A LA CAIB D'OBESITAT I SOBREPÈS

- De 16 a 65 anys: **12,5%** tenen obesitat i el **16,2%** sobrepès (estudi ENBI 1999-2000 UIB).

- De 25 a 64 anys: el **13%** tenen obesitat i el **17%** sobrepès (enquesta de salut de la Conselleria de Salut de la CAIB 2001).

El Programa del nin sa, d' Atenció Primària del l'bsalut, du a terme les revisions periòdiques des del naixement fins als 14 anys, amb el control de pes i talla, i també realitza educació nutricional a través de programes específics (diabetis, obesitat...).

3. SITUACIÓ A PALMA D'OBESITAT I SOBREPÈS

(Dades de revisions mèdiques escolars de la Unitat Tècnica de Sanitat i Consum de l'Ajuntament de Palma, 1999-2003)

Nins de 1r i 5è, de 6 i 10 anys. Biaixos: a) població dels 22 col·legis públics de Palma més desfavorits; b) increment de la població immigrant, que va passar de l'11,8% l'any 2000-01, al 22,9% l'any 2002-03 .

Palma (1999-2003), de 6 i 10 anys: obesitat: entre 9,1 i 5,1%; sobrepès: entre 14,2 i 8,5%.

ESPANYA, de 6-12 anys: obesitat 16,1%.

1. INTERVENCIONS EDUCATIVES:

A) ACTIVITATS / TALLERS EDUCATIUS (2005/06)

Tots els col·legis de Palma poden sol·licitar aquestes activitats a través de la pàgina web de l'Ajuntament (<http://www.palmademallorca.es/educacio>), dins el Programa de Dinàmica Educativa, en l'apartat de salut i consum.

Totes les activitats es realitzen a l'aula de consum del Mercat de l'Olivar, a excepció de l'activitat del Desdejuni saludable que es fa al propi centre educatiu i es destinen als alumnes del cicle inicial i mitjà de tots els col·legis de Palma d'educació primària, i instituts de secundària.

- a. "El desdejuni saludable" (de 6 a 9 anys)
- b. "Com ens hem d'alimentar?" (de 10 a 16 anys)
- c. "La salut com prioritat, prevenció d'anorèxia i bulímia" (d'11 a 16 anys)
- d. "Conèixer un mercat municipal" (de 6 a 9 anys)

Noves activitats previstes per al curs 2006/07:

- e. "Alimentació i emocions"
- f. "Mengem les fruites i verdures de temporada; prevenció de l'obesitat"
- g. "Tallers de cuina mediterrània en el Mercat de Santa Catalina", prova pilot.

a. "EL DESDEJUNI SALUDABLE"

Es du a terme a través d'un conveni entre l'Ajuntament de Palma i el Col·legi d'Infermeria.

Consta de:

A) Sessió teòrica, els objectius de la qual són:

- Sensibilitzar els escolars sobre la relació que existeix entre el tipus de consum, el moment d'ingesta dels aliments i la salut, així com sobre la importància del desdejuní, i l'adquisició d'hàbits alimentaris saludables.

- Conèixer els aliments autòctons i de temporada més adequats per prendre en la primera ingesta del dia.

B) Sessió pràctica:

Els alumnes degusten aliments autòctons que formen part d'un desdejuní saludable (formatge, oli d'oliva verge, ametles mallorquines, pa i fruita) (espònsors: Mercapalma, Fruita Bona i Semilla, de la Conselleria d'Agricultura i Pesca de la CAIB respectivament).

Es destina a: educació primària 1r cicle: 1r, 2n; 2n cicle: 3r, 4t; 3r cicle: 5è.

b. "COM ENS HEM D'ALIMENTAR?"

Els avanços científics, la tecnologia, les mesures sanitàries i d'higiene han permès no sols canvis considerables en la dieta, sinó que a més s'ha introduït una major oferta de productes, els quals no són en molts de casos l'elecció més adequada quan es tracta de confeccionar una dieta saludable: pizzas, hamburgueses, precuinats, brioixeria, laminadures...

Objectiu de l'activitat:

Consisteix que l'alumne aprengui a constituir un menú equilibrat qualitativament en la seva composició alimentosa, tant diària, com en la rotació d'aliments setmanal.

Donant suport a aquesta explicació es realitzen exercicis pràctics a l'aula per consolidar els conceptes explicats. Després d'això es degusta un desdejuní saludable, i posteriorment es realitza una visita al mercat, ensenyant in situ les varietats d'aliments autòctons, per grups segons la piràmide alimentària, i condicions sanitàries (distinció d'aliments frescs, etiquetatge...).

S'ha dirigit a: educació primària: 5è, 6è; educació secundària: 1r, 2n, 3r, 4t; batxillerat: 1r, 2n; educació d'adults.

c. "LA SALUT COM A PRIORITAT, PREVENCIÓ DE TRASTORNS ALIMENTARIS"

L'activitat té com objectiu que els joves aprenguin, de forma participativa, la importància que té per a la seva salut desenvolupar una bona autoestima, així com habilitats socials adequades, per prevenir els principals trastorns alimentosos com l'anorèxia, la bulímia o l'obesitat.

Aspectes treballats:

L'autoestima, fent reflexions sempre en positiu sobre les qualitats d'un mateix i sobre les dels companys, fent èmfasi en la importància que això té per al propi benestar, i la relació que establim amb els altres. També es treballa l'aspecte del tipus de comunicació (assertiva, passiva, agressiva) que el nin estableix, i es fa *role playing* com a pràctica amb els nins, enfilant-se a través de la piràmide alimentària, que sentir-nos bé interiorment està condicionat pel nostre benestar físic, que obtenim a través d'una correcta alimentació.

A la segona part de l'activitat s'emfatitza la importància d'un desdejuni saludable i se'ls explica, mentre el degusten, en què consisteix un desdejuni complet i equilibrat amb el suport de la piràmide alimentària.

Aquesta activitat, es dirigeix als alumnes d'educació secundària.

d. "CONÈIXER UN MERCAT MUNICIPAL"

Aquesta activitat consisteix a explicar als alumnes què és i per a què serveix l'Oficina Municipal d'Informació al Consumidor (OMIC), a més d'una visita guiada pel Mercat de l'Olivar recorrent les diferents seccions que corresponen als grups d'aliments de la piràmide alimentària, fent especial incidència en les varietats de fruites i verdures autòctones, en els seus preus segons la temporada de consum, en la diferenciació dels productes frescs o no, (peix, carn, verdura...). Després de la visita se'ls ofereix un desdejuni saludable.

Aquesta activitat dóna a conèixer als nins la manera de fer una compra alimentària correcta, sabent diferenciar productes frescs, condicions higièniques dels locals, varietats, espècies...

Es destina a: primària i secundària.

NOVES ACTIVITATS PER AL CURS 2006-2007:

e. "MENGEM FRUITES I VERDURES DE TEMPORADA. PREVENCIÓ DE L'OBESITAT"

Objectius:

- Conèixer i diferenciar les fruites i verdures de temporada.

- Fomentar hàbits d'higiene alimentària correctes per a la prevenció de l'obesitat augmentant el consum de fruita, verdura, analitzant i identificant tots els factors que poden mantenir-nos en un pes i creixement correcte, i especialment en el foment de l'exercici físic.

Es realitza a través d'una xerrada interactiva i la realització d'exercicis pràctics.

Població diana: educació primària 1r cicle; 2n cicle, 3r cicle.

f. "ALIMENTACIÓ I EMOCIONS":

En aquesta activitat es defineixen les emocions i s'expliquen les seves funcions adaptatives. També s'explica el concepte de la intel·ligència emocional, i com un bon maneig de les emocions pot permetre una correcta adaptació al medi social i laboral.

L'alimentació està vinculada a experiències molt positives com la convivència, el respecte, els llaços familiars, l'art, els sentits... i d'altra banda a aspectes negatius, quan el consum alimentari es vincula com estratègia per a la resolució de problemes. Per prendre consciència d'això s'explica com certs aliments es vinculen en cada persona a determinats estats emocionals negatius, es fomentaran els hàbits saludables d'alimentació, d'activitat física i un bon maneig de la intel·ligència emocional.

Està dirigida a: alumnes de secundària.

g. CORRECCIÓ DE MENÚS

Les comissions dels menjadors escolars han de dur a terme programes de participació de l'alumnat en temes d'educació per a la salut i adquisició d'hàbits saludables. (Resolució núm. 17004 del conseller d'Educació, de 9 de setembre de 2003, BOIB núm. 131, de 18 de setembre de 2003).

A partir del curs escolar 2006-07, s'ha posat en marxa un sistema d'assessorament de menús per a guarderies i centres escolars de Palma, pel qual els directores o professors encarregats poden sol·licitar aquesta assessoria a través del Servei de Dinàmica Educativa, amb la mateixa sistemàtica que la resta d'activitats educatives. Es pretén així fer més activa la participació del personal docent en aquest tema.

g. "TALLERS DE CUINA MEDITERRÀNIA AL MERCAT DE SANTA CATALINA" (prova pilot)

Consisteix a cuinar una recepta de cuina mediterrània, que sigui completa en fonts de nutrients i diversos grups d'aliments, per exemple una coca de verdures amb peix. L'activitat serà portada a terme amb un nutricionista, i una pallasca amb àmplia experiència en el tracte infantil, que cometran errors, perquè siguin els mateixos nins els qui els corregeixin. Durant el curs 2007 es farà una prova pilot, i els col·legis que hi tindran accés seran els del mateix barri del Mercat de Santa Catalina, per al foment d'una major integració del nin en el mercat del seu propi barri.

Es destina a: 1r, 2n i 3r de primària.

MATERIAL EDUCATIU DISTRIBUÏT A LES DIFERENTS ACTIVITATS:

FULLETS: *Que han de menjar els nostres fills?* (2003)

Consells pràctics per millorar l'alimentació i prevenir l'obesitat (2006)

CARTELLS: *Mengem les fruites i verdures de temporada* (2006)

Piràmide alimentària (2005)

LLIBRES: *Com ens hem d'alimentar 2005-06* (realitzat per la Unitat Tècnica de Sanitat, en col·laboració amb la UIB), i destinat a mestres i personal sanitari, amb la finalitat de formar formadors en matèria de nutrició.

ALTRE MATERIAL: estovalles individuals amb piràmide alimentària.

Quaderns sobre el sistema d'anàlisi de perills i punts crítics de control APPCC per a la seguretat alimentària;

FORMACIÓ DELS MANIPULADORS D'ALIMENTS (EN GRUPS ESPECÍFICS)

- Escoles Municipals (90 mestres)
- Centre Penitenciari de Palma, cursos 2005/06, 70 i 50 interns respectivament.

ALIMENTACIÓN Y DIETA DE LAS PERSONAS MAYORES.

Josep Yarza Colomar

En plena época de dietas milagro, dietas pseudo científicas, astrológicas, filosóficas, surgen también normas para todos los gustos y para todas las situaciones de la vida del ser humano, influenciadas por corrientes ideológicas orientales y/o por hipótesis no siempre debidamente contrastadas ni demostradas.

Se olvida con demasiada frecuencia que el ser humano es omnívoro y que la mejor manera de alimentarse de una manera sana, es comiendo de todo, en su debida proporción.

Solamente se deben utilizar dietas restrictivas, en aquellos casos que por razones de enfermedad, intolerancia o alergia, esté indicada tal restricción. En los demás casos debe recomendarse una dieta racional, como la de la *pirámide alimentaria*, reduciendo o aumentando las calorías totales para mantener o conseguir el peso ideal.

Las modas y la sociedad de consumo son los enemigos de la dieta racional y han invadido todos los sectores de la sociedad; también del grupo de los llamados de la tercera edad. Por ello en esta ponencia he recopilado los datos científicamente fiables que nos permiten conocer sus necesidades y con arreglo a ellas, elaborar una dieta para estos colectivos que ya han pasado la madurez de la vida y están en el declive de la misma.

Tras la definición de lo que se considera envejecimiento, hago un breve repaso del estado fisiológico del ser humano en la vejez y la ancianidad, destacando los cambios estructurales y funcionales más significativos que se encuentran en su organismo, y las teorías que con mayor o menor aceptación, por los científicos, intentan explicar el envejecimiento. Seguidamente paso a comentar los cambios metabólicos del anciano respecto a los diferentes nutrientes, sus necesidades y problemas, indicando ya, cuales serán las correcciones adecuadas de su alimentación. Finalmente hago un resumen de lo más importante a tener en cuenta en la dieta de dicho colectivo.

La nutrición en las personas mayores, no difiere substancialmente de la nutrición de los adultos, salvo en unas pocas cuestiones específicas, pero está muy supeditada a su estado de salud, a sus circunstancias sociales y económicas y a su grado de autonomía.

El anciano ha sufrido unos cambios hacia la involución, fruto del paso del tiempo, que no ha sido posible detener. No existe dieta ni régimen de vida ni tratamiento farmacológico, capaz, por ahora, de impedir el envejecimiento fisiológico, al cual además se le unen las secuelas de procesos patológicos y de situaciones ambientales sufridos a lo largo de la vida.

Queda claro también que no existe una alimentación que permita vivir más años. La experimentación con ratones, no coincide con la realizada con humanos.

Lo nutrición de los ancianos la podemos considerar bajo un patrón general común: Reducción de grasas, reducción de calorías, normal o ligeramente aumentada en proteínas, baja en sal, alta en calcio, de fácil digestión, a base de tomas frecuentes y no abundantes, suficiente aporte de agua y de líquidos. Todo ello consecuencia de sus necesidades, pérdidas y funciones metabólicas generales y específicas.

Pero, además, en todos los casos habrá que adaptar y modificar la dieta, aumentando, suprimiendo, reduciendo o cambiando alimentos, en función de sus circunstancias: estado de salud, autonomía personal, ambiente social, economía.

Un anciano, limitado en su movilidad por un proceso reumático, o por la secuela de una fractura de cadera, diabético, y/o cardiópata, con una dentadura deficiente, si además carece de dinero para ir al dentista, sin duda sufrirá las consecuencias de todas esas limitaciones en su alimentación, estando básicamente en manos de sus cuidadores, si puede pagarlos.

BIBLIOGRAFÍA.

Gil Gregorio, P. Problemas clínicos más relevantes en el paciente geriátrico. GERIATRÍA. MEDICINA INTERNA. Farreras-Rozman. Ed. Doyma. 1996.

Grande Covián, F. NUTRICIÓN Y SALUD. 1988. Ed. Temas de Hoy.

Mertz, W. Effects and metabolismo glucosa tolerante factor. AUTOTEST NUTRICIÓN. E. Rojas Hidalgo. Ed. Ideosa. 1990.

Resnick, Neil M. Biología del envejecimiento. Principios de Medicina Interna. Harrison. Ed. Mc Graw-Hill – Interamericana de España, S.A.U. 2002.

Ribera Casado, J. M. GERIATRÍA. Concepto y generalidades. MEDICINA INTERNA. Farreras-Rozman. Ed Doyma. 1996.

Watkin, Donald M. Nutrición en el envejecimiento y en la ancianidad. LA NUTRICIÓN EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD. Robert S. Goodhart. Maurice E. Shills. Ed. Salvat. 1987.

INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS EN LA INFANCIA

Concepción Saez Torres

La intolerancia alimentaria es el síndrome clínico no mediado por mecanismo inmunológico producido por la ingesta de una determinada sustancia contenida en los alimentos.

Destacamos por su frecuencia en la población general y en la infancia: la intolerancia al gluten (enfermedad celíaca) y la intolerancia a la lactosa.

Enfermedad Celíaca

Es la intolerancia permanente al gluten que se presenta en individuos genéticamente predispuestos. Es la enfermedad crónica del intestino delgado más frecuente (0,5-1% población).

El gluten es una proteína presente en algunos cereales (trigo, cebada, centeno, avena, espelta, triticale). Su ingesta por parte de personas celíacas produce una lesión importante y característica en las vellosidades del intestino delgado.

La edad de aparición de los síntomas es variable y con frecuencia los síntomas intestinales están ausentes, manifestándose sólo los síntomas extradigestivos. Ello hace que en ocasiones sea difícil su diagnóstico.

- **Síntomas digestivos:** Diarrea, vómitos, dolor y distensión abdominal, pérdida apetito, pérdida de peso
- **Síntomas extradigestivos:** Apatía, retraso de crecimiento, alteraciones menstruales, abortos, infertilidad, anemia, osteoporosis, aftas, alteración esmalte dental, polineuropatía, dermatitis herpetiforme

La sospecha clínica, junto con la presencia en sangre de anticuerpos específicos orientan al diagnóstico de la enfermedad. Para confirmarlo es SIEMPRE necesario practicar una serie de biopsias intestinales: la primera, antes de eliminar el gluten de la dieta, que revela la presencia de atrofia característica de las vellosidades del intestino delgado y una segunda biopsia a los 2 años de exclusión del gluten que confirma la recuperación total de la mucosa.

El tratamiento de la enfermedad consiste en la exclusión del gluten de la dieta de forma ABSOLUTA y DE POR VIDA. La ingesta de pequeñas cantidades de gluten o ingestas ocasionales tienen el peligro de producir lesiones importantes en el tracto digestivo en ausencia de síntomas que alerten de las mismas.

La dificultad para cumplir la dieta sin gluten radica fundamentalmente en que:

- El 80% de los alimentos manufacturados contienen gluten. Por esto la dieta debe basarse en productos naturales que en su origen no contengan gluten.
- Etiquetado de los alimentos no siempre es correcto: Leer siempre el etiquetado de los alimentos. Manejar las listas de productos sin gluten ACTUALIZADAS elaboradas por la FACE (contienen gran variedad de alimentos de todo tipo).
- Productos sin gluten pueden contaminarse con gluten al procesarlos: Eliminar los productos a granel, sin etiquetar, o los artesanales, por el riesgo de contaminación con gluten en su elaboración.
- Productos más caros: dieta cuesta unos 150 euros/mes más cara.
- Medicamentos pueden contener gluten en sus excipientes: la legislación actual obliga a indicarlo en el prospecto.

Las claves en la alimentación del celíaco pasan por:

- Evitar confusión con productos con gluten: espacios en la cocina sólo para estos productos y con etiquetas a la vista.

- ❑ Evitar contaminación con gluten al cocinar: NO BASTA CON RETIRAR EL PRODUCTO CON GLUTEN DEL PLATO DEL CELÍACO UNA VEZ COCINADO TODO JUNTO
- ❑ Supervisar siempre la preparación de los alimentos fuera de casa: no tener miedo a preguntar e insistir.
- ❑ Si se sigue la dieta la persona celiaca puede llevar una vida NORMAL.

Intolerancia a la lactosa

Es el síndrome clínico producido por la ingesta de productos que contienen lactosa (azúcar de la leche) en personas con un déficit del enzima que degrada esta sustancia (lactasa). NO es una alergia a la leche.

Las causas que la producen son: déficit congénito de lactasa, déficit de lactasa neonatal, déficit primario de lactasa y déficit secundario a lesión intestinal (siendo estos últimos los más frecuentes)

En la persona intolerante, la presencia de lactosa sin digerir en el intestino produce una serie de síntomas como son: diarrea, dolor abdominal y flatulencia, de intensidad variable en función de la cantidad de lactosa ingerida. Estos síntomas parecen estar menos asociados al grado de déficit de lactasa y la causa de este déficit.

El diagnóstico se basa en la historia clínica y el test de hidrógeno espirado tras sobrecarga de lactosa. A diferencia de la intolerancia al gluten, la biopsia no es imprescindible salvo en aquellos casos en que el déficit de lactasa esté producido por una enfermedad del intestino para cuyo diagnóstico pueda ser necesaria.

El tratamiento consiste en evitar la ingesta de lactosa. Es importante tener en cuenta que a diferencia de la alergia a las proteínas de la leche y a la enfermedad celíaca, en este caso la persona con intolerancia a la lactosa tolera cantidades variables de la misma, sobretodo si se ingiere repartida a lo largo del día y junto a otros alimentos. Este hecho es importante porque la retirada de productos lácteos de la dieta puede acarrear un déficit severo de calcio y de vitamina D.

En personas con intolerancia a la lactosa debe fomentarse la ingesta de productos lácteos fermentados (donde la lactosa es digerida parcialmente por la bacterias contenidas en los mismos) y los quesos curados (tienen menos lactosa que otros tipos de queso).

Desde la aparición de fórmulas infantiles sin lactosa, el déficit congénito de lactosa ha dejado de ser una enfermedad mortal. Estas fórmulas han sido también ampliamente utilizadas en los casos de gastroenteritis aguda del lactante en los que la lesión de la mucosa produce un mayor o menor grado de déficit de lactasa. Actualmente, las recomendaciones en este sentido han cambiado y en estos casos se recomienda mantener la alimentación del lactante con fórmula normal o preferente con lactancia materna. Las leches sin lactosa quedan reservadas para aquellos casos de diarreas persistentes o en lactantes malnutridos.

Es importante conocer también las fuentes de lactosa "escondida" como pueden ser los productos de bollería industrial, aliños de ensaladas, algunos cereales de desayuno, etc. Asimismo muchos medicamentos contienen lactosa en sus excipientes (siempre se indica en el prospecto). Solicitar al médico cambio por otro equivalente exento de lactosa.

LOS ESTEROIDES ANABOLIZANTES COMO DROGAS DE ABUSO EN EL DEPORTE

Dr. Teo Cabanes Martin

Dr. José Ignacio Ramírez Manent

LOS ESTEROIDES ANABOLIZANTES COMO DROGAS DE ABUSO EN EL DEPORTE

INTRODUCCION

El ejercicio físico regular, incide en general, de forma muy positiva en aquellas personas que lo practican (niños, adolescentes, adultos), facilitando la prevención del consumo de drogas: alcohol, tabaco, heroína, cocaína, etc. y formando parte, en algunas ocasiones, de la terapia de deshabituación a las mismas. Cuanto más pronto se inicia a los niños en el deporte, más se les involucra en la importancia de este y se les concientia de los beneficios físicos y psíquicos que produce el desarrollo del mismo, en consecuencia es más difícil que estos adolescentes caigan en el consumo de drogas de abuso. La sociedad es la responsable de concientiar al adolescente sobre los beneficios de la práctica habitual del deporte. Esta función debe realizarla a través de los maestros, los padres, el personal sanitario y los medios de comunicación.

En algunos casos, esta actuación por parte de la sociedad, sobrepasa ciertos límites y aparecen los problemas secundarios a un afán competitivo que se adueña del deportista adolescente. Este anhelo competitivo lleva al deportista, con el fin de mejorar su rendimiento, a consumir drogas de abuso, que en ocasiones son proporcionadas por los propios entrenadores y que pueden causarle enfermedades físicas o psíquicas.

La práctica deportiva está influenciada por las características personales propias de cada individuo y por el tipo de esfuerzo realizado, el consumo de drogas puede afectar a las características personales del deportista. Los medios publicitarios aseguran que muchos medicamentos mejoran el rendimiento deportivo, siendo los esteroides anabolizantes el prototipo de sustancias que más se emplean con esta finalidad.

El uso de estas sustancias que aumentan el rendimiento deportivo, lo conocemos como doping.

Etimológicamente la palabra doping es un vocablo moderno, que aparece por primera vez en un diccionario inglés del año 1933.

Sobre el origen de esta palabra se esbozan dos teorías:

La primera la relaciona con la palabra de origen inglés "dope" o con la holandesa "doop", que definen a un líquido espeso utilizado como lubricante o alimento. La segunda prefiere elegir una palabra de un dialecto del sudeste de África, "dop", que se emplea para denominar a un licor fuerte utilizado por la población de Kafa durante sus cultos.

Desde el inicio de los tiempos, el hombre siempre ha querido ser el mejor sin importarle los métodos para conseguirlo. En la antigua Grecia se intentó aumentar la fuerza física mediante el consumo de carne, y la resistencia mediante la mezcla en infusión de diferentes plantas, que les daban de beber a los corredores de fondo antes de la competición. En China, se emplea desde

tiempos ancestrales la raíz del Ginseng por sus propiedades desfaticantes y tonificantes, el Ma Huang o Efedra para conseguir un aumento de la resistencia cardíaca y de la presión sanguínea.

Los guerreros Berseks, de la mitología escandinava, consumían una droga denominada bufoteína, extraída de la Amanita Muscaria rica en muscarina y caridina, lo que les proporcionaba una fuerza en el combate de hasta doce veces su fuerza basal.

En Perú, los pueblos indígenas mascaban las hojas de "Erythroxylon coca" de la cual se obtiene la cocaína, lo que les permitía obtener un alto rendimiento en su trabajo. Los Incas, masticando estas hojas, llegaban a recorrer 1.750 Km en cinco días, distancia que separaba a Quito de la capital del imperio.

Así pues, la estimulación mediante sustancias químicas con la finalidad de mejorar el rendimiento físico, se ha producido desde el inicio de la existencia del hombre.

Con este mismo fin, ya en una era más moderna, los deportistas del siglo XIX y principios del XX utilizaron cafeína, cocaína, estricnina y posteriormente el arsénico (Licor de Fowler o Licor de Pearson, dependiendo de si se empleaba el potasio o el sodio en su composición).

Reflexionemos entonces sobre el verdadero significado de doping. Existen dos palabras prácticamente idénticas: "Dopado" o "Drogado", con ligeras variaciones de matiz. Podemos definir dopado como "La utilización de medios o agentes destinados a aumentar el rendimiento del atleta, que pueden llegar o no a causar perjuicios, ya sean físicos, psíquicos, o de ética deportiva". En la definición de drogado, entraría todo medio químico o medicamento utilizado con el fin de aumentar de manera anormal y peligrosa las posibilidades físicas del organismo.

Las sustancias químicas dopantes que se emplean con más frecuencia son medicamentos, los cuales lejos de su función terapéutica, se administran al deportista para que mediante sus efectos farmacológicos directos o colaterales, le permitan competir con ventaja respecto a los demás, con el riesgo de perjudicar su salud.

CLASIFICACION DE LAS SUSTANCIAS PROHIBIDAS EN LAS LISTAS DE DOPAJE

La Resolución del 21 de diciembre del 2005, publicada en el BOE del día 26 del mismo año, agrupa las sustancias y métodos prohibidos en competición y fuera de la misma de la siguiente forma:

Sustancias y métodos prohibidos en competición y fuera de competición

S1. Anabolizantes

1. Esteroides anabolizantes androgénicos (EAA):

- a) EAA exógenos
- b) EAA endógenos

2. Otros anabolizantes

S2. Hormonas y sustancias relacionadas

S3. Beta-2 Agonistas

S4. Antagonistas estrogénicos

S5. Diuréticos y otras sustancias enmascarantes

Métodos prohibidos

M1. Incremento en la transferencia de oxígeno

M2. Manipulación química y física

M3. Dopaje genético

Sustancias y métodos prohibidos sólo en competición

S6. Estimulantes:

1. Estimulantes A

2. Estimulantes B

S7. Analgésicos narcóticos

S8. Cannabis y derivados

S9. Glucocorticosteroides

Sustancias prohibidas sólo en determinados deportes

P1. Alcohol

P2. Betabloqueantes

ESTEROIDES ANABOLIZANTES. GRUPO S1.

Entre el 70 y 80 % de la población de Estados Unidos ha consumido drogas de abuso en alguna ocasión. El consumo de estas drogas muestra una tendencia al descenso a partir de los 35 años. Entre las drogas de abuso, se encuentran las que emplean los deportistas con la finalidad de mejorar su rendimiento en las competiciones. Dentro de estas últimas están los esteroides anabolizantes, que se desarrollaron en la década de los años 30 y fueron muy utilizados durante la II Guerra Mundial, para favorecer la recuperación del metabolismo proteico de las víctimas con caquexia. Se sabe también, que fueron ampliamente empleadas por el ejército alemán, para aumentar la agresividad de sus tropas

Los esteroides anabolizantes, son sustancias naturales o sintéticas cuyo principal representante es la testosterona. Su acción esencial es el aumento de la síntesis proteica y el desarrollo de los caracteres sexuales masculinos secundarios.

Se introdujeron en las competiciones deportivas en la década de los 50 y su uso se ha ido extendiendo entre los deportistas con la intención de aumentar/mejorar su rendimiento, gracias a los efectos que producen sobre el peso y la fuerza muscular.

Aunque en un principio se pensó que el consumo de estos fármacos se limitaba a los deportistas de alta competición, actualmente hemos podido ver que su uso se difunde ampliamente entre los deportistas de todas las edades, niveles y deportes; y es realmente preocupante comprobar que su empleo se ha introducido en los deportes escolares juveniles y alevines de ambos géneros.

En la actualidad se calcula, que en los Estados Unidos hay más de un millón de personas que consumen esteroides anabolizantes, lo que genera un mercado negro en relación con el tráfico de estos compuestos, de más de un millón de dólares al año. El estudio de Fauner M., en una población de deportistas de Dinamarca en 1987, demostró que el consumo de anabolizantes en los deportistas de ambos géneros era de aproximadamente dos millones de dosis al día, con un ingesta diaria por persona equivalente a ocho veces la dosis terapéutica recomendada.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES

En el intento por determinar la prevalencia en el consumo de esteroides anabolizantes en los deportistas, se han realizado múltiples estudios a diferentes niveles. En 1981 la NCAA (Nacional Collegiate Athletic Association) autoriza un estudio en 1040 deportistas de cuatro deportes y los compara con la población general. En esa fecha, los resultados que se obtienen reflejan que ambos grupos consumen alcohol y marihuana sin que existan diferencias

significativas entre ellos. Sin embargo, un 2% de los deportistas reconocen el consumo de esteroides anabolizantes frente al 0% de la población general.

Posteriormente en 1983, Clement D.B. desarrolla un estudio en Canadá con 187 deportistas olímpicos de ambos géneros, y obtiene los siguientes resultados: el 57% toma alcohol de forma habitual, un 23% lo hace con la marihuana, un 10% con los estimulantes psicotrópicos, el 5% con esteroides anabolizantes y un 4% con la cocaína. En este estudio se resalta además, que aproximadamente una cuarta parte de los deportistas incluidos en el mismo, reconocen que en algún momento habían pensado en tomar esteroides anabolizantes para aumentar su rendimiento deportivo.

Más tarde es la Universidad de Michigan en 1985, la que publica un estudio en el que participaron 2048 deportistas de ambos géneros, los resultados obtenidos destacaban que las drogas de abuso más utilizadas eran el alcohol y la cafeína, con unos porcentajes del 88% y el 68% respectivamente, detrás de estas se encontraba la marihuana con un consumo del 36% en los deportistas estudiados, los antiinflamatorios en un 31%, la cocaína con un 17% y las anfetaminas con un 8%, mientras que el empleo de los esteroides anabolizantes solo lo reconocían un 6,5% de los deportistas.

Buckley en 1988, estudia una muestra de estudiantes de secundaria de ambos géneros en los Estados Unidos, en ellos encuentra que un 6% utiliza esteroides anabolizantes y que el 38% había iniciado su uso antes de los 15 años, lo que significa que aproximadamente 30.000 adolescentes nortamericanos consumían o en algún momento habían consumido estas drogas.

Desde entonces, se han sucedido múltiples estudios y publicaciones que demuestran un aumento en el consumo de esteroides anabolizantes cada vez más frecuente entre los deportistas, con un abuso más alto en determinados deportes. En su estudio Tricker y cols. en 1989, detectan que el 54% de los fisiculturistas consumen regularmente este tipo de sustancias.

Algo muy preocupante es el aumento del consumo de estas sustancias entre los adolescentes. Melia y cols. estudian una población de 83.000 adolescentes canadienses (1996), describen que el alcohol, los estimulantes, la cafeína y los esteroides anabolizantes son drogas de uso común y frecuente en esta población y que su empleo presenta una tendencia al alza. Scout y cols. en Nebraska el mismo año obtienen resultados muy similares, añadiendo a las drogas consumidas con mayor frecuencia entre la población estudiada el tabaco. Más tarde Kindlunhdh y cols. (1999) en Suiza, inquietos por el consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes, detallan un alto uso de estas drogas entre su población, 2.742 adolescentes de 16 a 19 años, entre las cuales añaden el empleo habitual de hachis, LSD, anfetaminas y opiáceos. Continuando en esta línea Copeland J. y cols. en Australia en el 2000 y Nilsson y cols. en el 2001 presentan nuevos estudios y dan la voz de alarma, el consumo de los esteroides anabolizantes se produce cada vez en una población más joven.

Movidos por el interés económico, algunos investigadores se lanzan a la búsqueda de sustancias dopantes, no inscritas en las listas oficiales, o de difícil detección con los métodos de investigación farmacológica actuales. De esta forma Handelsman en el 2004, publica la identificación de la tetrahidrogestrinona, el primer andrógeno de diseño moderno, como un indicador de alarma de la fabricación sofisticada e ilícita de los esteroides anabolizantes de abuso en los deportistas de elite, con el fin de que no puedan ser detectados. Sin comercializarse, la tetrahidrogestrinona fue aparentemente fabricada como un potente andrógeno que no pudo identificarse por la Convención del Comité Olímpico Internacional en los análisis de control de dopaje en orina de los deportistas. Lo que alerta de que debe invertirse en el desarrollo, al mismo tiempo, de los sistemas de detección antidopaje, con sistemas mucho más sensibles y específicos, como el espectrofotómetro de masas.

El abuso de esteroides anabolizantes emerge como un fenómeno psicosocial de gran importancia. En las últimas décadas el empleo de estas sustancias ha ido cambiando de un uso por los deportistas profesionales y amateur, hacia el resto de la sociedad, guardaespaldas, porteros, modelos, adolescentes preocupados por su figura. Las publicaciones sobre el consumo de esteroides anabolizantes describen multitud de efectos secundarios peligrosos, entre los que destacan un cambio de conducta peligrosa y agresiva de quienes los toman, tanto hacia ellos mismos como hacia los demás. A esto se une la fácil adquisición de estas sustancias en gimnasios, algunas tiendas de nutrición deportiva, Internet, lo que hace muy difícil su control.

En la actualidad los esteroides anabolizantes también han pasado a formar parte de algunos suplementos dietéticos. En febrero del 2006, Baume N. y cols. publican un estudio sobre la composición de 103 suplementos dietéticos que se adquieren por Internet. Los suplementos se clasificaron en cuatro categorías diferentes, de acuerdo a los componentes que se anunciaban en su composición: creatina, prohormonas, estimulantes mentales y aminoácidos de cadena ramificada. Todos los suplementos se analizaron en busca de la presencia de estimulantes y principalmente de compuestos o derivados de los esteroides anabolizantes. Al mismo tiempo, la investigación se focalizó en la búsqueda de los precursores y metabolitos de la testosterona y nandrolona. Tres de los productos estudiados contenían un esteroide anabolizante, metandienona, en cantidades muy altas. La ingesta de esos productos causaba una alta cantidad de metabolitos de la metandiona en la orina, lo que podría ser considerado como positivo en un test antidoping. De los resultados de ese mismo estudio, resulta también que un producto con creatina y tres productos con estimulantes mentales, contenían trazas de hormonas o prohormonas no declaradas en las etiquetas. La ingesta oral del producto con creatina revelaba la presencia en orina de los dos metabolitos más importantes de la nandrolona, la 19-norandrosterona y la 19-noretiocholanolona.

DEFINICION Y CLASIFICACION DE LOS ANDROGENOS

Los andrógenos u hormonas sexuales masculinas son compuestos de naturaleza esteroidea sintetizados en las células intersticiales de Leydig en el testículo y en menor cantidad por la corteza de la cápsula suprarrenal.

Podemos establecer una clasificación en: Esteroides androgénicos, los cuales son compuestos naturales que se emplean por su gran efecto androgénico (testosterona, metilttestosterona, fluoximesterona). Y esteroides anabolizantes, que son sustancias sintéticas derivadas de la testosterona con propiedades androgénicas y que se utilizan por su acción anabolizante (nandrolona, estanozolol, formebolona, metandriol, metenolona, estenbolona, oximetolona, etilestrenol, oxandrolona, etc).

Para valorar la potencia androgénica de un producto, existe una clasificación en base a la proporción de su actividad anabolizante/androgénica, consideramos a la testosterona como patrón oro con un cociente igual a 1, cuanto mayor sea este cociente mayor será la potencia anabólica del producto. Así el estanozolol y el etilestrenol son potentes anabolizantes con un cociente de 30 y 21 respectivamente, seguidos de la metenolona con 16, la nandrolona y oximetolona con 8 y con mucho menor poder anabolizante el metandriol con un cociente de 3,1, la metilttestosterona de 1,2 y la testosterona de 1,0. En los esteroides anabolizantes la eliminación del metilo del carbono que se encuentra en posición 19 reduce sus propiedades androgénicas, mientras que se mantienen y potencian sus propiedades anabólicas y formadoras de tejidos. Aún así es imposible separar completamente los efectos anabolizantes de los andrógenos, por tanto muchas de las acciones de estos productos son similares a las de las hormonas sexuales masculinas.

Los esteroides anabolizantes producen sus efectos a través de un receptor intracelular que pertenece al grupo de receptores de hormonas esteroides que se encuentran a muy baja concentración (5000 receptores por célula esteroide-dependiente).

Aunque la afinidad de los esteroides anabolizantes por el receptor es muy alta, una α -reductasa transforma en los tejidos la testosterona en dihidrotestosterona, esta última se une a una proteína citoplásmica receptora que la transporta hasta el receptor específico de la cromatina nuclear. El resultado de esta interacción es un aumento de la actividad de la RNA-polimerasa y la inducción de la síntesis de RNA y proteínas específicas. Con el estímulo androgénico se inicia la síntesis de ADN y la división celular.

En el músculo esquelético la acción anabolizante de estos compuestos se expresa en forma de un incremento del desarrollo muscular, lo que explica las diferencias características entre ambos géneros. Esta acción metabólica se debe al balance positivo del nitrógeno y otros iones (sodio, fósforo, calcio, potasio, etc.). Los esteroides anabolizantes aumentan el anabolismo y disminuyen el catabolismo proteico, inhibiéndose los procesos de desaminación y lipogénesis en el hígado. Además, estas sustancias estimulan

la actividad osteoblástica, y en la matriz ósea facilitan el depósito de sales fosfocálcicas. Como la actividad anabólica no se puede separar totalmente de la androgénica, la aparición de efectos virilizantes es muy alta en las mujeres y adolescentes prepuberales. Los esteroides anabolizantes ejercen también una acción anabólica sobre la eritropoyesis por efecto directo sobre la médula ósea, lo que se añade al aumento de la actividad de la eritropoyetina renal.

INDICACIONES CLINICAS

Los esteroides anabolizantes son drogas legales, con un uso ilícito. Legales porque como medicamentos tienen unas indicaciones aceptadas y autorizadas. Ilícitas como drogas de abuso, porque pueden modificar el rendimiento en una competición deportiva y por los efectos secundarios potencialmente peligrosos que producen estas sustancias.

INDICACIONES ACEPTADAS

Tratamiento de los procesos catabólicos: Están indicados el etilestrenol y la oxandrolona en las infecciones crónicas, traumatismos o cirugía mayor que requieren de un coadyuvante para los procesos catabólicos que se producen en el organismo.

Tratamiento de las anemias: La nandrolona se emplea en la anemia asociada a la insuficiencia renal. En el caso de anemias debidas a una insuficiencia de la médula ósea, déficit de producción de glóbulos rojos, anemias aplásicas congénitas o adquiridas y en las anemias hipoplásicas secundarias a fármacos esta indicada la oximetolona. Estas sustancias no substituyen la terapia con transfusiones o hierro.

Tratamiento de la osteoporosis: Se acepta que pueden prescribirse el estvenestrol y la oxondrolona como coadyuvantes en el tratamiento de la osteoporosis, en aquellos casos en que exista una pérdida de peso importante y disminución de fuerza.

Profilaxis y tratamiento del angioedema hereditario: Para disminuir la frecuencia y gravedad de los ataques de angioedema hereditario se emplean de forma profiláctica el estanozolol y la oximetolona, que pueden darse también como tratamiento en el momento de crisis.

Tratamiento de la hepatitis alcohólica: La oxandrolona y la oximetolona se recetan en la hepatitis alcohólica cuando se ha producido una pérdida de masa muscular importante en el paciente caquéctico.

INDICACIONES NO ACEPTADAS

Tratamiento de la artritis reumatoide: El etilestrenol se empleo como coadyuvante del tratamiento de la artritis reumatoide para aumentar el bienestar de los pacientes y mejorar su fuerza muscular. Hoy en día no se acepta esta indicación.

Síndrome de Turner: o disgenesia gonadal femenina, que se acompaña de talla baja. Se administraba oxandrolona, en la actualidad este tratamiento ha quedado obsoleto debido a la posibilidad de prescribir hormona del crecimiento.

Aumento del rendimiento deportivo: Aunque haya una tendencia a aumentar su consumo, el uso de esteroides anabolizantes por atletas tanto en las competiciones como durante los períodos de entrenamiento es ilegal. A pesar de que se cree que aumentan el rendimiento deportivo al incrementar la fuerza muscular, los estudios realizados hasta el momento son contradictorios y no concluyentes. Puede ser que produzcan pequeños cambios en el rendimiento deportivo, con un valor significativo en atletas de alta competición. Aún así el empleo de estos fármacos no se recomienda a los atletas, ya que su uso puede producir numerosos efectos indeseables serios y peligrosos. La comprobación de su consumo en diferentes competiciones deportivas ha sido motivo de adoptar medidas de sanción.

EFFECTOS SECUNDARIOS

El empleo de dosis suprafisiológicas de esteroides anabolizantes causa múltiples efectos secundarios, algunos de ellos muy graves.

Los que se presentan con mayor frecuencia en las mujeres son: hipertrofia de clítoris, ronquera o aparición de voz grave, crecimiento no natural de la piel, pérdida del cabello con distribución varonil del vello. Estos efectos secundarios son irreversibles incluso después de interrumpir rápidamente el tratamiento. También podemos encontrar acné, piel grasa y períodos menstruales irregulares. La administración simultánea de estrógenos no evita los efectos virilizantes en las mujeres.

Entre los efectos secundarios que se presentan con una frecuencia intermedia, aparecen los cambios en el estado mental, con un aumento de la hostilidad y las agresiones, un incremento significativo en la incidencia de depresión, manía y dificultad para conciliar el sueño, y en menor frecuencia psicosis y suicidio. Aparece también cansancio posiblemente secundario a la hipercalcemia, dolores óseos en ocasiones secundarios a leucemias, púrpura hepática, náuseas y vómitos. Por su importancia sobre la acción gonadal, destacamos la presencia de hipogonadismo con azoospermia que se presentan después del uso de esteroides anabolizantes durante largo tiempo, la mayoría de los trabajos publicados parecen coincidir en la reversibilidad de este efecto en casi todos los individuos al retirar el tratamiento

Los efectos secundarios que se presentan con menor incidencia son: dolor abdominal o de estómago, en algunos casos pérdida de peso secundaria al desarrollo de un carcinoma hepatocelular, melenas, cefalea continua, aliento fétido, hematemesis generalmente secundaria a necrosis hepática, coluria, urticaria, acolia, pérdida del apetito, púrpuras y petequias en mucosas, faringitis o fiebre debidas a púrpura hepática, escalofríos, diarrea, calambres musculares y aumento o disminución de la libido.

Como complicaciones tóxicas, se ha descrito la infección del punto de punción, en ocasiones con abscesos importantes que requieren drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico. En 1999 Rich y cols. realizaron un meta-análisis en el que hallaron tres casos de transmisión de HIV, un caso de transmisión de hepatitis B y un caso de transmisión de hepatitis C, al haber compartido la jeringa entre varios individuos.

Se ha visto también el aumento de la masa ventricular del corazón, una hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo con un aumento de la trombogenicidad y de los embolismos sistémicos, y en ocasiones muerte súbita.

Estudios publicados en los últimos años evidencian, que contrariamente al fin perseguido por los deportistas, de aumentar la masa y rendimiento muscular, el empleo de los esteroides anabolizantes puede ser causa de daño y destrucción muscular. Esto fue puesto en evidencia por Pertusi R. y cols. quienes estudiando una muestra de 84 atletas que tomaban esteroides anabolizantes, encontraron una elevación de las enzimas GOT, GPT y CK en el 56% de ellos, sin alteraciones de los niveles de gamma-GT.

Por último y como complicaciones más graves, destacar la muerte prematura de deportistas de competición que usaban esteroides anabolizantes, un estudio longitudinal durante doce años, en el que se comparo la mortalidad de esta población con la mortalidad de la población que no tomaba dichos fármacos, presentó una diferencia significativa muy alta en cuanto al índice de suicidios, infarto de miocardio, coma hepático y linfomas no Hogkin.

EDUCACION Y CONSUMO DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES.

La gravedad de los efectos secundarios descritos, el desconocimiento de los mismos por parte de la población deportista y no deportista, así como la mística existente sobre el poder que otorgan estas sustancias, ha hecho que se conviertan en un problema de salud importante.

Por tanto, la educación sanitaria es el medio que puede resultar más efectivo para evitar el abuso de los esteroides anabolizantes en distintos niveles. El objetivo principal es facilitar a las personas la adopción voluntaria de comportamientos que le conduzcan a un mayor nivel de salud. Se elaboraran una serie de actividades educativas a distintos niveles: entrenadores, padres, deportistas, profesores, administradores deportivos.

En la educación sanitaria del escolar tal objetivo se traduce en inculcarle los conocimientos, actitudes y habilidades necesarios para adoptar estas conductas. Las actividades incluirían conferencias impartidas sobre este tema a la comunidad, educación en las escuelas y a los deportistas incidiendo sobre los pocos beneficios que aportan y los graves efectos secundarios que presentan. Los comportamientos saludables que se adquieren en la etapa escolar constituyen un aspecto importante en la prevención de problemas de salud que pueden aparecer en edades posteriores.

Para que la educación sanitaria sea eficaz es fundamental una cuidadosa planificación de la misma. En ocasiones se asume que con una intervención educativa diseñada para un grupo de población, sin tener en cuenta los aspectos que la rodean, se logrará sin más modificar o introducir conductas, y por lo tanto mejorar el nivel de salud de dicho grupo; esta forma de trabajar sólo conduce a consumir recursos, tiempo y esfuerzos humanos innecesarios, sin obtener resultados concretos. Por lo tanto es necesario partir de un análisis de las necesidades y problemas de la población objetivo y del estudio de los factores asociados a dichos problemas, así como de las conductas no saludables y los factores que contribuyen al desarrollo de dichas conductas. Es también interesante, fomentar la publicación de los trabajos que exponen el problema que supone el consumo de estas drogas.

Por último, es importante el desarrollo y aplicación del futuro Real Decreto sobre el dopaje, para penalizar a aquellas personas que hagan uso, induzcan, faciliten o suministren el consumo de esteroides anabolizantes con el fin fraudulento de aumentar el rendimiento físico o psíquico del atleta.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Baume N, Mahler N, Kamber M, Mangin P, Saugy M. Research of stimulants and anabolic steroids in dietary supplements. *Scand J Med Sci Sports*. 2006 Feb; 16(1):41-8.
- 2) Kreuzer MP, Quidant R, Badenes G, Marco MP. Quantitative detection of doping substances by a localised surface plasmon sensor. *Biosens Bioelectron*. 2006 Ene; 21(7):1345-9. Epub.
- 3) Socas L, Zumbado M, Perez-Luzardo O, Ramos A, Perez C, et als. Hepatocellular adenomas associated with anabolic androgenic steroid abuse in bodybuilders: a report of two cases and a review of the literatura. *Br J Sports Med*. 2005 May; 39(5):e27.
- 4) Trenton AJ, Currier GW. Behavioural manifestations of anabolic steroid use. *CNS Drugs*. 2005; 19(7):571-95.
- 5) Thevis M, Geyer H, Mareck U, Schanzer W. Screening for unknown synthetic steroids in human urine by liquid chromatography-tandem mass spectrometry. *J Mass Spectrom* 2005 Jul; 40(7):955-62.
- 6) Malvey TC, Armsey TD 2nd. Tetrahydrogestrinone: the discovery of a designer steroid. *Curr Sports Med Rep*. 2005 Aug; 4(4):227-30.
- 7) Perry PJ, Lund BC, Deninger MJ, Kutscher EC, Schneider J. Anabolic steroid use in weightlifters and bodybuilders: an internet survey of drug utilization. *Clin J Sport Med*. 2005 Sep; 15(5):326-30.
- 8) Roccella M, Paterno G, Bonanno M, Tusa F, Testa D. New addictions in the third millennium: anabolic steroids as a substance of abuse. *Minerva Pediatr*. 2005 Jun; 57(3):129-35.
- 9) Urhausen A, Albers T, Kindermann W. Are the cardiac effects of anabolic steroids abuse in strength athletes reversible? *Heart*. 2004 May; 90(5):496-501.
- 10) Fraser AD. Doping control from a global and national perspective. *Ther Drug Monit*. 2004 Apr; 26(2): 171-4.
- 11) Pope HG, Kanayama G, Ionescu-Ploggia M, Hudson JI. Anabolic steroid users' attitudes towards physicians. *Addiction*. 2004 Sep; 99(9):1189-94.
- 12) Handelsman DJ. Designer androgens in sport: when too much is never enough. *Sci STKE*. 2004 Jul; 2004(244):pe41.
- 13) Kanayama G, Pope HG, Cohane G, Hudson JI. Risk factors for anabolic-androgenic steroid use among weightlifters: a case-control study. *Drug Alcohol Depend*. 2003 Jul; 71(1):77-86.
- 14) Kanayama G, Cohane GH, Weiss RD, Pope HG. Past anabolic-androgenic steroid use among men admitted for substance abuse treatment: an underrecognized problem?. *J Clin Psychiatry*. 2003 Feb; 64(2):156-60.
- 15) Irving LM, Wall M, Neumark-Sztainer D, Story M. Steroid use among adolescents: findings from Project EAT. *J Adolesc Health*. 2002 Apr; 30(4):243-52.
- 16) Kutscher EC, Lund BC, Perry PJ. Anabolic steroids: a review for the clinician. *Sports Med*. 2002; 32(5):285-96.
- 17) Pertusi R, Dickerman RD, McConathy WJ. Evaluation of aminotransferase elevations in a bodybuilder using anabolic steroids: hepatitis or rhabdomyolysis?. *J Am Osteopath Assoc*. 2001 Jul; 101(7):391-4.
- 18) Nilsson S, Balgi A, Marklund B, Fridlund B. The prevalence of the use of androgenic anabolic steroids by adolescents in a county of Sweden. *Eur J Public Health*. 2001 Jun; 11(2):195-7.
- 19) Parssinen M, Kujala U, Vartiainen E, Sama S, Seppala T. Increased premature mortality of competitive powerlifters suspected to have used anabolic agents. *In J Sports Med*. 2000 Apr; 21(3):225-7.
- 20) Boyadjiev NP, Georgieva KN, Massaldjieva RI, Gueorguiev SI. Reversible hypogonadism and azoospermia as a result of anabolic-androgenic steroid use in a bodybuilder with personality disorder. A case report. *J Sport Med Phys Fitness*. 2000 Sep; 40(3):271-4.
- 21) McCarthy K, Tang AT, Dalrymple-Hay MJ, Haw MP. Ventricular thrombosis and systemic embolism in bodybuilders: etiology and management. *Ann Thorac Surg*. 2000 Aug; 70(2):658-60.
- 22) Bahrke MS, Yesalis CE, Kopstein AN, Stephens JA. Risk factors associated with anabolic-androgenic steroid use among adolescents. *Sports Med*. 2000 Jun; 29(6):397-405.
- 23) Gruber AJ, Pope HG Jr. Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use in women. *Psychother Psychosom*. 2000; 69(1):19-26.
- 24) Copeland J, Peters R, Dillon P. Anabolic-androgenic steroid use disorders among a sample of Australian competitive and recreational users. *Drug Alcohol Depend*. 2000 Jul; 60(1):91-6.
- 25) Rich JD, Dickinson BP, Feller A, Pugatch D, Mylonakis E. The infectious complications of anabolic-androgenic steroid injection. *Int J Sports Med*. 1999 Nov; 20(8):563-6.
- 26) Kindlundh AM, Isacson DG, Berglund L, Nyberg F. Factors associated with adolescent use of doping agents: anabolic-androgenic steroids. *Addiction*. 1999 Apr; 94(4):543-53.
- 27) Gazzaniga MS. Brain, drugs and Society. *Science*. 1997; 275(24):459.
- 28) Scott DM, Wagner JC, Barlow TW. Anabolic steroid use among adolescents in Nebraska schools. *Am J Health Syst Pharm*. 1996 Sep; 53(17):2068-72.
- 29) Melia P, Pipe A, Greenberg L. The use of anabolic-androgenic steroids by Canadian students. *Clin J Sport Med*. 1996 Jan; 6(1):9-14.

- 30) Nakatani Y, Udagawa M. Anabolic steroid abuse and mental disorder. *Arukuru Kenkyuto Yakubutsu Ison*. 1995 Oct; 30(5):333-47.
- 31) Dickerman RD, Schaller F, Prather I, McConathy WJ. Sudden cardiac death in a 20-year-old bodybuilder using anabolic steroids. *Cardiology*. 1995; 86(2):172-3.
- 32) Maroto JM, de Pablo C. Ejercicio físico y corazón. Ed. Grupo Z. Barcelona. 1995. pp:39-63.
- 33) Buffer J.C. Fármacos y deporte. En: Robert B. Taylor. *Medicina de Familia. Principios y práctica*. 4ª Edic. Springer Verlag Ibérica. Barcelona. 1995; pp. 377-382.
- 34) Fauner M, Kisling A; Nielsen SL. Estimated consumption of anabolic steroids amount athletes in Denmark. *Nord Med*. 1995; 110(1):23-25.
- 35) Turek PJ, Williams RH, Gilbaugh JH 3rd, Lipshultz LJ. The reversibility of anabolic steroid-induced azoospermia. *J Uro*. 1995 May; 153(5):1628-30.
- 36) Yesalis CE, Bahrke MS. Anabolic androgenic steroids. Current issues. *Sports Med*. 1995; 19(5):320-40.
- 37) Malone DA Jr, Dimeff RJ, Lombardo JA, Sample RH. Psychiatric effects and psychoactive substance use in anabolic-androgenic steroid users. *Clin J Sport Med*. 1995; 5(1):25-31.
- 38) Pope HG Jr, Katz DL. Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use. A controlled study of 160 athletes. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 May; 51(5):375-82.
- 39) Velasco A, Lorenzo P, Serrano JS, Velazquez Farmacología. 16ª Edic. McGraw-Hill-Interamericana de España. Madrid. 1993. pp:821-38.
- 40) Bruno M. Anabolic steroids and their abuse in sports. *Clin Ter*. 1990 Nov; 135(3):159-72.
- 41) Scaro JL, Miranda C, Carrera MA, Martín B, Torrejón I, Buys MC. Trophic effect of testosterona on erithropoiesis in the mouse. *Sangre*. 1990; 35:209-12.
- 42) Perry PJ, Andersen KH, Yates WR. Illicit anabolic steroid use in athletes. A case series analysis. *Am J Sports Med*. 1990 Jul-Aug; 18(4):422-8.
- 43) Tenny R, McLain LG. The use of anabolic steroids in high school students. *Am J Dis Chid*. 1990; 144:99-103.
- 44) Tilley WD, Marcelli M, McPhayl MJ. Expression on the human androgen receptor gene utilizes a common promoter in diverse human tissues and cellules. *J Biol Chem*. 1990; 265:13776-81.
- 45) Tricker R, O'Neill MR, Cook D. The incidence of anabolic steroid use among competitive bodybuilders. *J Drug Educ*. 1989; 19(4):313-25.
- 46) Hallagan JB, Hallagan LF, Snydes MB. Anabolic androgenic steroid use by athletes. *N Engl J Med*. 1989; 321(15):1042-51.
- 47) Wilson JD. Androgen abuse by athletes. *Endocrine Rev*. 1988; 9(2):181-99.
- 48) Buckley WE, Yesalis CE, Friedl KE. Estimated prevalence of anabolic steroid use among male high school seniors. *JAMA* 1988; 260:3441-45.
- 49) Council on Scientific Affairs. Drug abuse in Athletes. Anabolic steroids and human growth hormone. *JAMA* 1988; 259(11):1703-5.
- 50) Anderson WA, McKeag DB. The substance use and abuse habits of college student athletes. Mission, K.S. National Collegiate Athletic Association. 1985.
- 51) Clement DB. Drug use survey: results and conclusions. *Phys Sports Med* 1983; 11(9):64-67.
- 52) Duda M. Drugs testing challenges: college and pro athletes. *Phys Sport Med* 1983; 11(6):64-67.

RESUMEN DE PONENCIA: "FACTORES SOCIOCULTURALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS"

Cira Gelabert

En la sociedad actual, la industria de la moda, los medios de comunicación y la publicidad nos bombardean con la idea de que para alcanzar el éxito y la felicidad es necesario estar delgado, contribuyendo así, a la expansión de los trastornos relacionados con la alimentación.

Entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) conocidos, existe en la actualidad, una especial preocupación por la anorexia y la bulimia, dado que comportan graves anormalidades en la ingesta y sus índices de prevalencia se han incrementado notablemente en las últimas décadas afectando sobretudo a chicas adolescentes cada vez más jóvenes con todos los riesgos para la salud que estos trastornos suponen para el desarrollo físico y psíquico de nuestra juventud.

La anorexia y la bulimia nerviosa son trastornos complejos en los que no existe una sola causa que los explique. La opinión más aceptada es que se han de dar una conjunción de factores para que se puedan presentar. Entre ellos distinguimos los factores predisponentes o de vulnerabilidad, los precipitantes y los mantenedores.

Los factores predisponentes hacen referencia a las características individuales (psicológicas) las situaciones familiares y sociales que vivimos que hacen a la persona más vulnerable a padecer un trastorno alimentario.

Los factores precipitantes hacen referencia a aquellas circunstancias estresantes que provocan el miedo a engordar y como consecuencia la persona empieza a realizar una dieta estricta. Estas circunstancias demandan sobretudo al adolescente, una capacidad de respuesta de la que muchas veces carece, creándose un nivel de tensión, que puede conducir al inicio del trastorno.

Los factores mantenedores intervienen una vez el trastorno se ha instaurado, manteniéndolo.

En esta ponencia he querido analizar especialmente la controvertida influencia de los factores socioculturales en el incremento de la prevalencia de los trastornos alimentarios: ¿Por qué afecta mayoritariamente a mujeres adolescentes? ¿Hasta qué punto nuestra sociedad favorece este tipo de trastornos? Dando respuesta a estos interrogantes se han podido extraer algunas conclusiones de cara a la educación para la salud. Todos podemos contribuir a la prevención de los trastornos alimentarios: la familia, los educadores, la industria de la alimentación, las administraciones públicas...se trata de seguir las directrices de una estrategia como la Naos, la salud de nuestra juventud está en juego.

DENOMINACIONES DE CALIDAD DE LES ILLES BALEARS

Miguel Angel Frau Caldentey¹

La mención "Denominación de Calidad" define al conjunto de alimentos tradicionales, identificados con un nombre geográfico, cuyas características y sistema de producción están regulados mediante una disposición administrativa y certificados por entidades de control externas.

Actualmente en la Comunidad Autónoma de les Illes Balears se comercializan 15 productos con denominación de calidad: 4 Denominaciones de origen (DO), 2 Indicaciones geográficas Protegidas (IGP), 5 Vinos de la tierra y 4 Denominaciones geográficas.

Seguidamente se detallan algunos de los aspectos más destacables de cada una de las denominaciones de calidad de les Illes Balears

1. LOS VINOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS

El cultivo de la vid y la elaboración de vino son actividades que desde muy antiguo han estado ligadas a les Illes Balears. Hoy, esta comunidad autónoma alberga dos denominaciones de origen y cinco de vinos de la tierra:

-Denominación de Origen Binissalem. Denominación de origen creada en el año 1990 como reconocimiento de la tradición en la elaboración de vinos de calidad, comprende cinco municipios de la zona central de la isla de Mallorca. La variedad autóctona mantonegro es la base de los vinos tintos de la comarca, en los que participan como mínimo en un 50% y da lugar a vinos de elevada graduación, fuerte personalidad, con cuerpo, bien equilibrados y aptos para la crianza. En cuanto a las variedades blancas, destaca la autóctona moll o prensal blanc, que es la base de los vinos blancos, dando lugar a vinos diferenciados, delicados y frutados.

-Denominación de Origen Pla i Llevant. La zona geográfica que comprende la DO Pla i Llevant es una de las zonas de la isla de Mallorca con más tradición vitivinícola, ya que la viña se cultiva en este territorio desde la dominación romana. Esta denominación de origen se aprobó en el año 2000 y ocupa la parte central y oriental de Mallorca. La DO Pla i Llevant ha apostado claramente por la innovación y adaptación a la demanda del consumidor, destaca el prestigio que han alcanzado los vinos monovarietales de la DO Pla i Llevant.

-Vino de la tierra Ibiza. La isla de Ibiza es la primera de las Baleares donde se introdujo la actividad vitivinícola, de mano del pueblo fenicio en el siglo VII a. C., y fueron los pobladores de la isla los que introdujeron este cultivo en las zonas próximas de la península. Las viñas ibicencas se han ido manteniendo a lo largo de los años gracias a que tradicionalmente los *payeses* han elaborado vino para su propio consumo. Las variedades *monastrell (tinta)* y *macabeu (blanca)* son las que caracterizan sus vinos de producción limitada.

-Vino de la tierra Isla de Menorca. La isla de Menorca, Reserva de la Biosfera, da nombre a los vinos de la tierra producidos con uva de esta área geográfica. Después de años de abandono de la viña, en Menorca se inició una importante recuperación de la viticultura y elaboración del vino, especialmente de *malvasia*. Destaca el hecho que una gran parte de las viñas menorquinas se encuentran dentro del Parque Natural de S' Albufera des Grau.

-Vino de la tierra de Formentera. El área de producción de uva y de elaboración es la isla que da nombre a esta indicación geográfica. Una de las actividades agrarias con más tradición en la isla de Formentera es la vitivinicultura, de la que se encuentran referencias desde el siglo XII. Actualmente, la vitivinicultura es la principal actividad agraria de Formentera, cuenta con grandes perspectivas de futuro y ha recuperado el sector primario de la isla. La variedad tradicional y predominante es la *monastrell*.

¹ Jefe del Servicio de Calidad Agroalimentaria
Instituto de Calidad Agroalimentaria de les Illes Balears
Conselleria de Agricultura i Pesca
Govern de les Illes Balears

-Vino de la tierra Serra de Tramuntana- Costa Nord. La actividad vitivinícola de la comarca Serra de Tramuntana-Costa Nord se inició con el asentamiento romano en la isla de Mallorca, destacando la actividad de la ciudad de Pollentia, donde llevaron a cabo una importante tarea vitícola. Especial tradición tiene el vino Malvasía, variedad que llegó a la comarca hacia el siglo XV o XVI, procedentes de Italia. El Archiduque Luis Salvador destaca el cultivo de Malvasía, valorando el vino de esta variedad de forma especial en mesas de reyes y obispos. Es un vino elogiado por escritores y poetas. El siglo XIX fue el de máximo esplendor para la viña y el vino en la comarca: hay constancia de más de 400 ha de viña tan solo en uno de los municipios. Ya en el siglo XX, viticultores y vinicultores de la zona reactivaron el sector; el esfuerzo de estas personas y las condiciones geoclimáticas de la comarca han permitido obtener vinos de características singulares, reconocidos y bien valorados por los expertos.

-Vino de la tierra Illes Balears. El área de producción de uva y elaboración del vino de la tierra Illes Balears es el conjunto de islas que forman el archipiélago. Los romanos introdujeron y desarrollaron el cultivo de la viña en las Illes Balears, continuó y mejoró con los sistemas de regadío durante la dominación árabe. En el año 1862 apareció la filoxera en Francia, tierra gran consumidora de vino, por lo que importó vinos de España de forma masiva para afrontar su demanda. Por ello la viña se extendió rápidamente en las Illes Balears alcanzando su período de máximo esplendor; en el s. XIX se exportaron grandes cantidades de vino hacia Francia desde los puertos de Palma, Portocolom y Alcúdia. Pero en 1891 la filoxera dejó abatidas las viñas de las Illes Balears, causando la desaparición de la que era la principal fuente de riqueza. En el siglo XX se repoblaron lentamente las viñas, hasta llegar a los años noventa, uno de sus mejores momentos, en términos de calidad de los vinos de Balears, gracias al esfuerzo de viticultores y vinicultores y al interés de los consumidores por productos de la tierra. Los vinos de las Illes Balears han adquirido unas cualidades y una personalidad reconocida. Prueba de ello son las elevadas puntuaciones conseguidas por algunos vinos de las Illes Balears en diferentes certámenes, concursos y ferias.

2. ALIMENTOS CON DENOMINACIÓN DE CALIDAD DE LAS ILLES BALEARS

-Denominación de Origen Protegida Mahón-Menorca. Queso con forma de paralelepípedo de aristas y cantos redondeados, con corteza lisa y compacta de color marrón amarillento. Se elabora con leche de vaca, cuajada a baja temperatura, se sala por inmersión y se madura siguiendo las costumbres de la isla. En el siglo XIII ya se producían en Menorca quesos de calidad apreciable, con un intenso comercio exterior, y tan valorado en la isla que era entregado a reyes como obsequio. En el siglo XV llegaban mercaderes a Menorca desde la Toscana italiana para comprar queso, que revendían en la vecina isla de Mallorca, antes de llegar al continente, donde eran muy apreciados y llegaron a conocerse en todo el Mediterráneo occidental como <<queso procedente del puerto de Mahón>> o <<queso de Mahón>>. En el siglo XVIII aparecieron los "curadores de queso", que se dedicaban a la recogida de quesos tiernos elaborados en todos los lugares de la isla, que curaban en sus instalaciones y los vendían en los mercados locales y nacionales. La DOP Queso Mahón-Menorca fue reconocida en 1985, y ampara quesos semicurados y curados.

-Denominación de Origen Protegida Aceite de Mallorca. Aceite de oliva virgen extra producido con aceitunas de las variedades Mallorquina, Arbequina y Picual. Según el grado de maduración de las aceitunas en el momento de la recolección, se distinguen dos tipos de aceite: el frutado de recolección más temprana y el dulce de aceitunas más maduras. Los fenicios y griegos introdujeron el olivo en la Península Ibérica y desde allí llegó a Mallorca. En el siglo XVI se produjo un importante avance en el cultivo y en la producción de aceite, siendo la principal fuente de riqueza de muchas fincas de Mallorca, especialmente en la Serra de Tramuntana. Durante los siglos XVII, XVIII y XIX el aceite de Mallorca tuvo un papel clave para la economía de la isla, tanto por su función básica en la alimentación, como producto de trueque y exportación. En uno de los documentos que mejor reflejan las costumbres y vida de la isla de Mallorca, *Die Baleren in wort und bild geschildert*, el Archiduque Luis Salvador de Austria durante su estancia en la isla en el siglo XIX, elogia la calidad del aceite mallorquín virgen para usarlo en las ensaladas y en el "pa amb oli", uno de los platos más preciados en la isla. El reconocimiento de la calidad del aceite de Mallorca a nivel exterior se evidencia ya a

finales del siglo XIX, cuando en Catalunya se otorgó el segundo premio de un concurso de calidad de aceites a un aceite mallorquín, y con el reconocimiento de la denominación de origen Aceite de Mallorca en 2002.

-Indicación Geográfica Protegida Sobrasada de Mallorca. Producto cárnico crudo curado, elaborado con carnes seleccionadas de cerdo, picadas, condimentadas con sal, pimentón y otras especias; se embute en tripa y se madura lenta y cuidadosamente según la experiencia adquirida de generación en generación. El gusto es suave y agradable y las especias están presentes en el regusto. La primera referencia histórica del nombre de sobrasada la encontramos en un documento siciliano de 1403, donde se describe un envío de alimentos, citando las sobrasadas. Se podría situar en Italia el origen del nombre de este embutido, aunque el embutido del cual heredó el nombre poco tiene que ver con el actualmente conocido, ya que hasta la llegada del pimentón desde América no adquirió las características actuales. A partir del siglo XVII, encontramos múltiples usos de la sobrasada en la gastronomía isleña, adquiriendo una gran importancia gastronómica. En el siglo XX se incorporan nuevos equipos y tecnología al proceso de elaboración para asegurar la calidad de la sobrasada, pero conservando las características y las presentaciones típicas y tradicionalmente elaboradas en las matanzas familiares. En 1993 se creó la indicación Geográfica Protegida Sobrasada de Mallorca, diferenciando dos tipos de sobrasada: Sobrasada de Mallorca, elaborada con carnes de cerdo y Sobrasada de Mallorca de Cerdo Negro: elaborada exclusivamente con carne de cerdo negro mallorquín y embutida en tripas naturales. Los cerdos son criados y alimentados en la isla de Mallorca de acuerdo con las prácticas tradicionales.

-Indicación Geográfica Protegida Ensaimada de Mallorca. Alimento de masa azucarada, fermentada y horneada, elaborada con harina de fuerza, agua, azúcar, huevos, masa madre y manteca de cerdo. Se caracteriza por su singular forma de espiral. Las primeras referencias de la Ensaimada de Mallorca datan del siglo XVII, consumidas con motivo de fiestas y celebraciones. A partir del siglo XVIII, el consumo de Ensaimada de Mallorca se popularizó entre las clases media y alta, constituyendo una pasta de consumo habitual en las meriendas, acompañando al chocolate a la taza, y con motivo de fiestas y otras celebraciones. Durante el siglo XIX la ensaimada logró una importante popularidad y difusión más allá de la isla. Se editaron numerosas publicaciones –recopilaciones de recetas, tratados de repostería, libros de viajes- en las que se hacía referencia a la Ensaimada de Mallorca. Actualmente, la Ensaimada de Mallorca constituye el producto de repostería por excelencia con el que se identifica la Isla de Mallorca y cuenta con un gran reconocimiento social. Está protegida por la IGP Ensaimada de Mallorca desde el año 1996.

3. BEBIDAS ESPIRITUOSAS DE LAS ILLES BALEARS

En la actualidad existen en las Illes Balears cuatro bebidas espirituosas con denominación geográfica, que son muy apreciadas tanto por los isleños como por los visitantes.

-Palo de Mallorca, bebida espirituosa que se elabora en la isla de Mallorca desde la mitad del siglo XIX. Se obtiene por maceración y/o infusión de la corteza de quina (*Cinchona*) y de raíces de genciana (*Gentiana lutea*), con azúcar, sacarosa caramelizada y alcohol etílico. Presenta un color oscuro, una densidad elevada y un aroma característico, del que predomina el aroma a alcohol y a caramelo. En boca predomina su sabor dulce, al que sigue el ardor del alcohol. Su nombre proviene de la corteza de la quina (conocida como "palo quina"), originaria de América del Sur, fue conocida en España como remedio para las fiebres. Las cortezas de la quina contienen sustancias que le dan un sabor amargo y astringente al extracto, pero le proporciona propiedades antipiréticas y antipalúdicas. Con el tiempo, y con el fin de mejorar el desagradable sabor de estos extractos, se añadieron concentrados de azúcares (de uva, de higos secos y de algarroba), que se recalentaban con la finalidad de concentrarlos y, en consecuencia, caramelizaban y oscurecían el extracto, enmascarando su sabor amargo. Este jarabe tenía una vida relativamente limitada ya que el producto fermentaba con facilidad, con lo cual se le optó por añadirle alcohol. Nace así el Palo de Mallorca, que poco a poco limitó la cantidad de quinina y de genciana, aumentó el alcohol y el azúcar, relegando su valor medicinal y convirtiéndose en un aperitivo apreciado y reconocido.

-Gin de Menorca, bebida espirituosa con denominación geográfica que comenzó a elaborarse en la isla de Menorca inicialmente para satisfacer la demanda de los ingleses durante su ocupación británica (de 1712 hasta 1802), aunque progresivamente pasó a ser valorado y consumido por los isleños, de manera que hoy en día forma parte de la historia, del gusto, de las costumbres y de las celebraciones de los menorquines y, por extensión, de muchos habitantes de las demás islas. En un principio, la ginebra se elaboraba a partir de aguardiente obtenido por la fermentación de cereales, seguido de una posterior destilación y aromatización con bayas de enebro. Posteriormente, se le fueron adicionando otros ingredientes, y poco a poco, se pasó a obtener la ginebra a partir de alcoholes agrícolas, diferentes de los cereales. El espíritu mediterráneo de Menorca hizo que se optase por un alcohol vínico, en lugar del procedente de los cereales. Este toque mediterráneo, juntamente con algunas hierbas aromáticas dio al Gin de Menorca su carácter y personalidad. El Gin de Menorca es una bebida transparente y con un marcado sabor a enebro, que se obtiene siguiendo el método tradicional inglés, que se basa en la destilación hidroalcohólica en alambiques de cobre, con la presencia de bayas de enebro y el reposo posterior de los destilados en barricas de roble blanco.

-Hierbas de Mallorca, bebida espirituosa anisada cuyos antecedentes se sitúan en los monasterios, donde los frailes elaboran un amplio abanico de aguardientes elaboradas con hierbas y frutas. Los payeses mallorquines, a mediados y finales del siglo XVIII, también elaboraban en sus casas. Posteriormente, se crearon industrias licoreras con una producción considerable, a pesar de que en la actualidad aún es muy común la elaboración casera de hierbas para el consumo propio, con recetas propias según el gusto de cada familia. Las Hierbas de Mallorca son de color verde a ámbar, con diversidad de intensidades y matices. Se detectan en ellas diversos aromas que envuelven el olor del anís, ya que se obtienen por la mezcla de una bebida espirituosa anisada con una solución hidroalcohólica aromatizada por maceración y/o destilación de plantas aromáticas producidas en la isla de Mallorca. En función del contenido en azúcares y del grado alcohólico adquirido se diferencian tres tipos de Hierbas de Mallorca: secas, mezcladas y dulces.

-Hierbas Ibicencas, bebida espirituosa con denominación geográfica que se elaboran en la isla de Ibiza desde hace más de 200 años. Son muy populares en las Illes Balears, con altos niveles de producción y consumo. Forman parte de la tradición de muchos hogares que desde siempre las han elaborado artesanalmente, con sus propias recetas y secretos nunca confesados y de aroma anisado mediante la maceración hidroalcohólica de diferentes plantas y con la presencia de anís. Se caracterizan por su color ámbar a verde, con diversas tonalidades. Las Hierbas Ibicencas son una confluencia de sabores y aromas que envuelven los del anís. Se obtienen básicamente por la extracción de aromas de diversas plantas procedentes de la zona de elaboración, en presencia de otras plantas como el anís estrellado o badiana y el anís verde o *matafaluga*.

EL PAPER DEL MENJADOR ESCOLAR EN L'OBESITAT INFANTIL

Margalida Mulet i Estrany
Directora d'ALCARI Escola de Cuina

QUÈ PODEM FER DES DEL MENJADOR ESCOLAR PER AJUDAR A EVITAR L'OBESITAT INFANTIL?

- 1- Podem elaborar un **MENÚ SALUDABLE**
- 2- Podem educar en **HABITS ALIMENTARIS SALUDABLES**
- 3- Podem **FORMAR-NOS I FORMAR** per tenir **RECURSOS** didàctics que ens ajudin a educar en hàbits alimentaris saludables
- 4- Podem **DONAR INFORMACIÓ** sobre l'adquisició d'hàbits alimentaris saludables

1- **MODEL DE MENÚ SALUDABLE:** criteris d'elaboració

a. Menú elaborat amb els criteris d'una dieta:

- **Equilibrada** = que aporti les calories necessàries
- **Variada** = que inclogui a cada menjada tots els nutrients:
 - a. Proteïnes: carn, peix, ous, làctics, llegums
 - b. Hidrats de carboni: arròs, pasta, patates, pa, altres cereals, llegums
 - c. Greixos: pocs greixos saturats (mantega, margarina, grasa de palma), Si greixos insaturats (oli d'oliva, de girasol, etc)
 - d. Vitamines: verdures i fruites crues, fruits secs
 - e. Minerals: verdures, llegums, fruita, fruits secs
- Que el **MENÚ SETMANAL** estigui organitzat perquè hi entrin els **ALIMENTS** més **BÀSICS** o més saludables:
 - a. Arròs, pasta llegums, verdures cuites, amanides, carn, peix, ous, patates, pa, fruita i làctics
- **Que d'utilitzin** tècniques de cuinat més saludables: planxa, forn, bollit, vapor, ofegat, estofat i evitant les fritures:
 - a. Cuinant i fregint amb olis de girasol o d'oliva i rebutjant els greixos saturats (palma, mescles)
 - b. Utilitzant pocs o cap producte preelaborat que incloguin molts greixos saturats i excés de sucres.
- **Sense oblidar**-mos d'incloure **DIÀRIAMENT** una ració de fruita o verdures crues (5 al dia!)
- **Utilitzant** productes higiènicament segurs i reglamentaris, "SEGURS" sobretot pel que fa referència als **OUS** (pasteuritzats), al **PEIX** (certificat sense espines), la **CARN** trocejada, sense esquerdes, les **AMANIDES** de 4^a gama o desinfectades, les **FRUITES** desinfectades.
- **Un menú** que passa els controls de qualitat higiènica marcats per les Normatives (APPCC):

- a. Traçabilitat dels productes
 - b. Anàlisis bacteriològics
 - c. Controls de les temperatures...
- **Un menú** que tengui present les al·lèrgies alimentàries: celíacs, lactosa, ou, peix, algunes fruites, al vermell, etc.

EXEMPLE D'UN MENÚ SETMANAL QUE PODEM CONSIDERAR "IDEAL" O AL MENYS ADEQUAT

DILLUNS: Pasta amb salsa casolana + Peix al vapor amb amanida + pa + logurt

DIMARTS: Sopa de verdura (puré, minestrone, etc) + Carn estofada amb patates + pa + Fruita

DIMECRES: Llegum (llenties, cigrons...) + Truita de patata pasteuritzada amb amanida + pa + cítric

DIJOUS: Arròs + Peix al forn amb verduretes + pa + Fruita

DIVENDRES: Sopa casolana de carn o peix + Pollastre rostit amb amanida + pa + logurt líquid

Per suposat que aquest menú podria sofrir variacions i millores, però el donam per correcte, ja que inclou cada dia:

- tots els nutrients
- una ració d'amanida i/o fruita
- tècniques de cuinat que aporten poc greix
- varietat d'aliments, varietat de gusts, varietat de textures
- cap fritura pròpiament dita, només la truita

2- QUINS HÀBITS HAURIEM D'EDUCAR ?

- a. **Mastegar el menjar**, no engolir, això equival a donar el temps necessari
- b. **Tastar tot el menjar**, això vol dir aprendre a menjar varietat d'aliments i a enriquir el paladar amb varietat de gusts i textures
- c. **Aprendre el límit de la gana**, ajudar a l'infant a identificar si té més gana amb la vista que amb l'estómac, identificar l'ansietat pel menjar
- d. **Ensenyar/influir** sobre quins aliments són necessaris i quins són superflus, quins s'han de menjar i quins es poden deixar
- e. **Afavorir la digestió** amb activitats adequades per aquest moment.

3- QUINA FORMACIÓ?

- a. Els professionals que s'encarreguen del Menjador Escolar i han d'educar els infants en hàbits alimentaris necessiten tenir una base de coneixement sobre **alimentació** però sobretot **formació pedagògica**. El menjador com un espai i activitat de l'escola ha de formar part del mateix projecte, no pot estar-ne deslligat.

Seguretat Alimentària al segle XXI. Nou enfocament de la seva gestió.

Jesús Martínez Sánchez

Cap del Servei de Seguretat Alimentària

Direcció General de Salut Pública i Participació

El final del siglo XX ha venido caracterizado por una serie de factores que han influenciado de manera decisiva en la adopción de un nuevo enfoque en la aplicación de las medidas de seguridad alimentaria.

La creación del Mercado Unico en la Unión Europea supuso la libre circulación de mercancías entre los diferentes países miembros, lo que llevó a la supresión de los controles en las fronteras y al refuerzo de las garantías ofrecidas en los lugares de origen, siendo necesario armonizar la legislación alimentaria a nivel europeo.

El comercio internacional de alimentos aumentó progresivamente debiéndose por tanto intensificar el control de los alimentos importados, y estar vigilante ante la posible aparición de nuevos riesgos alimentarios.

Aparecieron auténticas crisis alimentarias que, aunque en la mayoría de las ocasiones no tenían relación directa con la gravedad de los peligros detectados, llevaron a que la Unión Europea se replanteara la gestión de la seguridad alimentaria, aún reconociendo que las medidas llevadas hasta entonces habían posibilitado que nos encontráramos con unos niveles de protección de la salud en lo que a los alimentos se refiere realmente elevados.

En este sentido se elaboró el Libro Blanco sobre Seguridad Alimentaria, compendio de los principios y acciones que deberían caracterizar la política europea en la materia en el siglo XXI.

Estas acciones han supuesto la elaboración de nueva legislación alimentaria que conlleva a un nuevo enfoque en la gestión de la seguridad alimentaria para hacer frente a las nuevas tendencias en la producción de alimentos, al comercio internacional creciente, y a la demanda cada vez mayor de alimentos con finalidades que van más allá de satisfacer necesidades estrictamente de aporte de nutrientes básicos.

Se asume que la seguridad alimentaria es el resultado de diversos factores: deben establecerse normas en materia de higiene mediante la elaboración de legislación alimentaria, deben implantarse Controles Oficiales por parte de los Gobiernos para comprobar el cumplimiento de las normas por parte de los operadores de empresas alimentarias, y estos últimos deben establecer y poner en marcha programas y procedimientos de seguridad alimentaria basados en el autocontrol sanitario.

Es en este contexto que se delimitan responsabilidades y se reconoce a las empresas alimentarias como las principales protagonistas, teniendo la obligación de poner en el mercado alimentos que sean seguros, cumpliendo los requisitos de seguridad alimentaria.

Por otra parte las medidas de seguridad alimentaria deben fundamentarse en el análisis del riesgo, que consiste en un proceso formado por tres elementos diferentes, pero interrelacionados entre sí: la determinación o evaluación científica de los riesgos, la gestión y la comunicación. Se hacía necesario recuperar la confianza de los consumidores en las autoridades y en las empresas alimentarias por lo que se decidió crear un organismo independiente, de carácter científico, con la

finalidad de evaluar los riesgos relacionados con los alimentos, emitir opiniones y dictámenes que sirvieran de base para que las autoridades puedan adoptar las medidas de gestión de riesgo apropiadas, e informar a los consumidores. Se trata de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA).

Uno de los aspectos emergentes en las sociedades desarrolladas es la comercialización de alimentos en los que en su composición intervienen nutrientes o sustancias adicionadas o eliminadas para dar valor añadido (con aspectos nutricionales y de propiedades saludables) al producto, y sobre los que en su etiquetado y publicidad se hace especial mención a aspectos nutricionales y saludables.

Los consumidores pueden percibir los alimentos promocionados con declaraciones como productos que poseen una ventaja nutricional, fisiológica o en cualquier otro aspecto de la salud con respecto a productos similares u otros productos a los que no se han añadido estos nutrientes y otras sustancias. Esto puede alentar a los consumidores a tomar decisiones que influyan directamente en su ingesta total de nutrientes concretos o de otras sustancias de una manera que sea contraria a los conocimientos científicos. Para contrarrestar este posible efecto indeseable, es necesario imponer una serie de restricciones por lo que respecta a los productos acerca de los cuales se efectúan declaraciones.

Este tipo de alimentos, a los que por algunos sectores se les ha dado el nombre de “alimentos funcionales” van a estar sometidos a una amplia regulación a nivel de la Unión Europea mediante la aprobación de un Reglamento que pretende regular las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables que se efectúan a determinados alimentos. Se espera que sea una realidad a finales de 2006 o principios de 2007.

El fundamento científico debe ser el aspecto principal a tener en cuenta para el uso de declaraciones nutricionales y de propiedades saludables, y las empresas alimentarias deben justificarlas. Las declaraciones de propiedades saludables solamente deben autorizarse para su uso en la Unión Europea después de efectuar una evaluación científica del nivel más elevado posible. A fin de garantizar una evaluación científica armonizada de estas declaraciones, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) realizará estas evaluaciones.

Por lo tanto cobra cada vez mayor importancia la necesidad de ofrecer al consumidor una información clara, transparente y veraz de los alimentos que adquiere. Información necesaria para evitar publicidades engañosas, para facilitar la libre elección de alimentos, y también para advertir a ciertos grupos de consumidores de la presencia de ingredientes o sustancias catalogadas como alérgenos que pueden provocar en personas sensibles intolerancias y alergias alimentarias. Esto ya se recoge de manera explícita en la nueva normativa europea de etiquetado de alimentos.

En definitiva, nos encontramos ante una nueva situación, en la que se requiere el concurso y participación de todos los sectores que influyen en la consecución de la seguridad alimentaria: autoridades, comunidad científica, empresas alimentarias, asociaciones, entidades y consumidores finales. La seguridad alimentaria es cosa de todos.