



La búsqueda de la salud es un síntoma de mala salud.

Petr Skrabanek

9. Estilos de vida

Alcanzar una vejez saludable no depende solo de los genes y de ese imponderable que llamamos suerte, sino que en alguna medida difícil de cuantificar se relaciona con las conductas de riesgo del individuo y su estilo de vida, aunque hay quien la ha cuantificado: «Nuestra salud depende en un 20% de la genética y en un 80% de los hábitos de vida que llevemos», asegura María Blasco, investigadora y directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas.⁹⁰ Abstenerse de fumar, beber alcohol con moderación, hacer ejercicio físico de forma cotidiana, tener una pareja estable, mantener un peso adecuado, tener una actitud positiva ante los problemas y alcanzar un buen nivel de estudios pasan por ser los siete factores principales que permiten aventurar una larga y saludable vida.⁹¹

A estos siete factores habría que añadir el comer de forma saludable, algo que va más allá de mantener un peso adecuado y que por lo visto se ha vuelto complicado para mucha gente. Pero las cosas no quedan ahí. También influyen la calidad y la cantidad del sueño, las condiciones de la vivienda y del barrio, las relaciones sociales y las sexuales, vivir en un país con democracia y un largo etcétera de factores. Los epidemiólogos nos recuerdan que unos estilos de vida son más saludables que otros y que los determinantes de la salud son numerosos, aunque la relevancia de muchos de estos factores está lejos de ser bien conocida. En los textos de este capítulo se habla de todo esto y de los mensajes que reciben los ciudadanos, cargados de intereses y contradicciones.

Bioestilismo

Sobre los estilos de vida y su relación con la salud

La noción de estilo de vida se encuentra tan a gusto y tan bien instalada en la medicina que actualmente se nos antoja casi imposible entender la salud y la enfermedad sin su ayuda. Sin embargo, el concepto de estilo de vida o *lifestyle* es relativamente nuevo, pues empezó a utilizarse hace poco más de medio siglo en Estados Unidos para ilustrar que las personas pueden presentar muy diferentes comportamientos en asuntos tan cotidianos como la alimentación, el vestido, las relaciones personales, el consumo, el sexo o el empleo del tiempo de ocio, todo ello como reflejo no solo de su clase social sino también de sus valores y creencias.

Aunque siempre ha habido diferencias de hábitos y actitudes, hasta el siglo xx los grupos humanos eran relativamente homogéneos; solo desde entonces, con la ampliación y la diversificación del abanico de opciones, empezó a cobrar sentido el estudio de los distintos estilos de vida. En el campo de la medicina, la epidemiología se ha empleado a fondo en las últimas décadas hasta establecer que algunos comportamientos o hábitos son nocivos para la salud, ya sea el tabaquismo o el sedentarismo. La familiaridad con la que hoy se habla de factores de riesgo o se etiquetan ciertos estilos de vida como saludables o nocivos es, pues, el fruto aparentemente maduro de muchos estudios epidemiológicos.

El término «bioestilismo» parece referirse al estudio de los estilos de vida, pero este concepto fue acuñado por el médico checo Petr Skrabanek (1940-1994) para designar la hegemonía de cierta idea estadounidense de estilo de vida apli-

cada a la salud. El incisivo Skrabanek fue, en este sentido, el primero en alertar sobre los peligros inherentes a una posible dictadura del *healthy way of life*, como por ejemplo el suponer que hay muchos estilos de vida nocivos, pero solo uno saludable (consistente en no fumar, evitar los alimentos con colesterol, tener relaciones monógamas, machacarse haciendo *jogging* y *aerobic*, tomar fibra dietética, etc.), el considerar la salud como un deber de todo buen ciudadano, o el dar por sentado que el enfermo es culpable de su enfermedad por no haber adoptado a tiempo las medidas necesarias para prevenirla.

«La epidemiología ha dado quizá menos frutos de los esperados, pues solo permite hacer contadas recomendaciones generales sobre los estilos de vida»

Este discurso quizá haya sido desproporcionado, pero sin duda ha servido para ponernos en guardia frente a los excesos de la medicina preventiva y matizar que el enfermo es solo hasta cierto punto responsable de su salud. La epidemiología ha dado quizá menos frutos de los esperados, pues solo permite hacer contadas recomendaciones generales sobre los estilos de vida saludables. Ir más allá sí sería caer en el bioestilismo contra el que nos prevenía Skrabanek.



Nutrimiento

Sobre la complejidad y las contradicciones de la alimentación actual

Si queremos poner un buen ejemplo del efecto nocivo de la sobreinformación, de la disparidad de mensajes, de la complejidad de la toma de decisiones en el mundo actual y de la confusión como resultado de todo ello, no tenemos más que reparar en la alimentación. Comer nunca ha sido tan fácil y a la vez tan difícil como ahora. En los países desarrollados el problema ya no es la falta de alimentos sino la sobreabundancia, ya no es la ignorancia sobre lo que comemos sino el exceso de información y los mensajes contradictorios. Comer bien ya no es lo que era hace solo unas cuantas décadas, cuando este acto cotidiano no estaba lastrado como ahora por el peso de tantos intereses comerciales y el uso interesado de las verdades y medias verdades nutricionales.

«A los ojos de mucha gente los alimentos se dividen en buenos y malos, sin caer en la cuenta de que esto es un error»

La oferta de alimentos se ha disparado de tal forma que elegir bien y llevar una dieta equilibrada puede ser un problema. A los alimentos frescos se ha sumado una oferta increíble de productos procesados, de nuevas variaciones que juegan con los sabores, las formas, los colores y los ingredientes para crear un sinfín de nuevos productos de consumo que llevarnos a la boca. La publicidad y la información interesada se encargan de hacerlos apetecibles y, a menudo, de destacar sus posibles efectos beneficiosos para

la salud. Así, cada vez más, la salud es el gran reclamo para el consumo de ciertos productos, de tal forma que a los ojos de mucha gente los alimentos se dividen en buenos y malos, sin caer en la cuenta de que esto es un error.

Todos los alimentos, por el hecho de serlo, son buenos y pueden, en principio, incluirse en la dieta de una persona sana, aunque en su debida proporción y equilibrio, pues son las dietas –y no los alimentos– las que son buenas o malas. Los rechazos tajantes, las preferencias desmedidas y todo lo que vaya contra la dispersión y variedad en el consumo acaban conduciendo a desequilibrios dietéticos. Las epidemias de diabetes y obesidad que amenazan las sociedades desarrolladas responden a múltiples factores, pero tienen mucho que ver tanto con la falta de información como con el ruido informativo.

La relación con la comida es cada vez más una relación conflictiva. No solo no sabemos a ciencia cierta qué tienen de bueno o de malo ciertos alimentos, sino que algunos alimentos (los llamados funcionales, sobre todo) empiezan a utilizarse cada vez más para prevenir o tratar enfermedades, como si fueran fármacos, por lo que no estaría de más que se demostraran todas las propiedades curativas que se les atribuyen. «Hay muchas instancias interesadas en que nos alimentemos según criterios que les vienen bien y no basándose en lo que uno debería decidir de manera autónoma», advierte el historiador de la medicina y profesor de bioética Diego Gracia.⁹² Y la autonomía, ya se sabe, se cocina con información veraz, sentido crítico, buenas dosis de sentido común y una pizca de escepticismo.

Vivienda y salud

Sobre la casa, el barrio y su impacto en el bienestar

La mayor parte de nuestra vida transcurre en espacios cerrados, mayormente en casa. Y buena parte del tiempo restante, en tránsito por los alrededores. «El hombre es un ser de lejanías», decía Martin Heidegger. Pero estas lejanías son imaginarias, narrativas, temporales, en definitiva; en términos espaciales, somos seres de cercanías. ¿Cómo no van a ser importantes las condiciones de la vivienda y del barrio?

La casa, junto con la alimentación, el vestido, la asistencia médica y los servicios sociales, es un derecho recogido en la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (artículo 25). La vivienda está reconocida como uno de los determinantes sociales de la salud, y a su vez se relaciona con el que quizá sea el principal determinante junto con la biología: el nivel de renta. Toda la investigación epidemiológica y de intervención realizada apoya una idea que parece de sentido común: las mejores o peores condiciones de una vivienda se relacionan con la mejor o peor salud de sus ocupantes.

Pero el asunto es más complejo de lo que parece. Las pruebas científicas que miden el impacto de estas condiciones son parciales y limitadas. Está claro que la vivienda afecta a la salud en sus vertientes física (humedad, contaminación del aire), mental (soledad, ruido) y social (relaciones, oportunidades). ¿Pero hasta qué punto hay pruebas científicas de todo esto? La verdad es que se sabe más bien poco. Los riesgos para la salud mejor conocidos son las condiciones de temperatura y humedad, la presencia de radón, los ácaros, el humo de tabaco y los riesgos de caídas y de incendio.

Aparte de esto, hay datos confusos sobre la influencia del régimen de propiedad (puede

aportar un mayor grado de seguridad y control, pero las hipotecas pueden ser fuente de estrés y empobrecimiento económico), sobre si es mejor un piso o una casa individual, y otros aspectos. En una revisión publicada en 2003 en *Journal of Epidemiology and Community Health (JECH)*,⁹³ los autores concluían que las pruebas sobre el impacto en la salud de la mejora de las viviendas eran limitadas y no concordantes. Lo más evidente es una relación de dosis-respuesta entre la mejora de las viviendas y la mejora de la salud mental, así como una posible pero ligera ganancia en la salud física general.

«Lo más evidente es una relación de dosis-respuesta entre la mejora de las viviendas y la mejora de la salud mental»

Nadie elige vivir en una vivienda en malas condiciones ni en un barrio poco saludable, pero desde el momento en que hay viviendas insalubres y barrios problemáticos, estos acaban siendo el destino de los más desfavorecidos. Los efectos de los programas de regeneración urbana sobre la salud pública y las desigualdades de salud individuales tampoco parecen claros, según otra revisión publicada en *JECH*.⁹⁴ Así pues, faltan pruebas y evaluaciones del impacto de las intervenciones sobre la salud para orientar la acción política, que a su vez resulta difícil de evaluar. El área de intersección entre vivienda y salud es tan vasta, compleja y desconocida, que lo único que parece claro es que hace falta explorarla con más detalle.



Comida o medicina

Sobre el irresistible auge de los alimentos funcionales

A base de mirar con lupa los alimentos, la ciencia está consiguiendo que desde la humilde zanahoria hasta el primoroso aceite de oliva sean mucho más de lo que parecen. La vieja idea de que la comida es la mejor medicina está cada vez más refrendada por la ciencia, hasta el punto de que se está imponiendo en toda su literalidad. La irresistible penetración de los llamados alimentos funcionales nos descubre cada día que dentro de muchos productos naturales o elaborados se encuentra agazapada una eficaz medicina. Comemos, pues, no ya solo para nutrirnos, sino para prevenir o tratar con este o aquel alimento las enfermedades que nos amenazan.

La lista de alimentos que encajan en la categoría de funcionales es tan larga como variada. Pensemos, por ejemplo, en toda la oferta de productos lácteos con lactobacilos para mejorar la salud gastrointestinal. O en las leches enriquecidas con ácido oleico, con calcio, con vitaminas A y D, con ácidos grasos omega-3, con fósforo o con cinc; en las margarinas reforzadas con fitosteroles; en los cereales fortificados con más fibra y más minerales; en los zumos con una dosis extra de vitaminas; en la sal yodada... Son ya muchos los productos reforzados con vitaminas, oligoelementos y otros compuestos. Pero pensemos también en los alimentos naturales ricos en antioxidantes, en los panes integrales superfibrosos o en una taza de té rebosante de catequinas.

Cuando nos comemos una fruta, cerramos los ojos y casi podemos imaginar cómo todo un torrente de antioxidantes atraviesa las membranas mitocondriales de las células y se apresta a neutralizar a los peligrosos y cancerígenos radicales libres generados en la cadena oxidativa.

Podemos pensar también en el vino y todos sus efectos cardiosaludables, tan estudiados en los últimos años, y recordar aquello que empezaron a poner hace unos años algunos bodegueros de California en las etiquetas: «Orgullosos de fabricar este vino, le animamos a consultar con su médico de familia sobre los efectos del consumo de vino en la salud». O referirnos también al milenar aceite de oliva, un símbolo único de cultura y salud, avalado por miles de referencias en PubMed como un alimento que ayuda a prevenir el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y el deterioro cognitivo en la vejez, y que recientemente ha tenido en Jaén su primer Congreso Internacional sobre Aceite de Oliva y Salud.

«La etiqueta de alimento funcional no es más que el penúltimo invento del mercado para promocionar sus productos»

La asociación de medicina y comida tiene, sin embargo, un punto de perversión: la dieta sana es uno de los pilares de la salud, pero poner excesivo énfasis en algunos alimentos, por muy funcionales que sean, es la mejor manera de malograrla. Hay que entender que la etiqueta de alimento funcional no es más que el penúltimo invento del mercado para promocionar sus productos. La ciencia seguirá descubriendo más y más efectos saludables en determinados alimentos, pero conviene recordar que la salud no está en este o en aquel producto concreto, sino en el conjunto de la dieta.

Dormir

Sobre la reivindicación del lugar central del sueño en la salud

El sueño es el gran olvidado de la medicina y del bienestar en la acelerada vida moderna. Por diversas razones, durante mucho tiempo la medicina se ha desentendido de él, se ha centrado en el estudio de los trastornos de la vigilia y no ha sabido otorgarle el papel central que merece en el contexto de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Las cosas, sin embargo, han empezado a cambiar, y sobre el sueño –o mejor dicho, la falta de sueño– están empezando a caer responsabilidades inimaginables hace unos años. Dormir poco o mal es un factor de riesgo de múltiples problemas de salud, que van más allá de la simple fatiga.

«El sueño insuficiente, además de estimular el deseo de alimentos ricos en calorías, pone en marcha un círculo vicioso»

La reciente publicación de un artículo en la revista *Archives of Disease in Childhood*⁹⁵ sobre la influencia del déficit de sueño en los niños en el desarrollo de la obesidad es un ejemplo de lo que pueden sacar a la luz algunas investigaciones. Diversos estudios están poniendo de manifiesto en los últimos años que la reducción de las horas de sueño altera el sistema hormonal (la insulina, el cortisol y la hormona del crecimiento, entre otras hormonas) y el metabolismo, favoreciendo el desarrollo de la resistencia a la insulina, la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares. Según explica el autor del trabajo, el endocrinólogo Shahrad Taheri, de la Universi-

dad de Bristol, el sueño insuficiente, además de estimular el deseo de alimentos ricos en calorías, pone en marcha un círculo vicioso: provoca fatiga, lo que reduce la actividad física, que a su vez reduce el gasto energético y conduce a la obesidad, que por sí misma deteriora el sueño.

Los estudios de otros muchos expertos, como Eve Van Cauter, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chicago, están empezando a aportar algunas claves para entender cómo la alteración hormonal es la causa principal de todos los síntomas y trastornos de la falta de sueño, desde la irritación y la falta de memoria a la hipertensión y el envejecimiento acelerado. La secreción elevada de cortisol, un mecanismo defensivo ante la agresión que representa la falta crónica de sueño, podría además dañar las células cerebrales y el sistema inmunitario, aumentando la vulnerabilidad a las infecciones y a otras enfermedades.

Parece que la biomedicina empieza a tomarse en serio el estudio del sueño y sus trastornos. Solo en Estados Unidos ya hay más de 250 clínicas del sueño, y en todos los países están proliferando las unidades hospitalarias especializadas para abordar el insomnio, la apnea obstructiva y otros muchos trastornos del sueño. Queda mucha investigación básica por hacer, pero también muchos estudios clínicos y, sobre todo, una gran tarea de divulgación de la higiene del sueño, para deshacer ciertos mitos (por ejemplo, que los ancianos tienen que dormir menos) y alertar de los peligros de acortar las horas de descanso nocturno. El sueño, igual que la dieta sana y el ejercicio regular, es uno de los pilares de la salud y, como dijo Shakespeare, «el principal alimento de la fiesta de la vida».



Lecciones suplementarias

Sobre el ascenso y la caída de los suplementos antioxidantes

Los suplementos vitamínicos y especialmente los antioxidantes (vitamina A, betacaroteno y vitamina E) han gozado de un aura de salud envidiable. El mensaje dominante en las dos últimas décadas, avalado por estudios observacionales y algún ensayo clínico, era que los suplementos antioxidantes podían ayudar a prolongar la vida y prevenir el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Pero los tiempos han cambiado y, aunque todavía proliferan mensajes de apoyo, las pruebas acumuladas van desdibujando los supuestos *superpoderes* de estos suplementos y perfilando un panorama bien distinto. Estos complementos dietéticos, consumidos por el 10-20% de la población de Europa y de Estados Unidos, no solo no parecen atesorar las virtudes preventivas que se les atribuía, sino que incluso pueden resultar nocivos para la salud.

«El consumo de vitaminas antioxidantes ni alarga la vida ni mejora la salud en absoluto»

En este sentido, en *Journal of the American Medical Association*⁹⁶ se publica una revisión de lo más aleccionadora. El metaanálisis realizado a partir de 68 ensayos clínicos aleatorizados (232.606 participantes en total) por el grupo del danés Goran Bjelakovic, del Center for Clinical Intervention Research, en el Copenhagen University Hospital, pone de manifiesto que el consumo de vitaminas antioxidantes ni alarga la vida ni mejora la salud en absoluto. Es más, el análisis de los 47 ensayos clínicos con un sesgo bajo, que incluían

180.938 participantes, evidenciaba que la ingestión de betacaroteno, vitamina A y vitamina E, juntos o por separado, se asocia con un incremento de la mortalidad del 5%. Los autores han analizado también los efectos de los suplementos de vitamina C y selenio, y no han encontrado pruebas de que la primera aumente la longevidad, y aunque el consumo de selenio sí parece aumentarla, tampoco hay pruebas concluyentes.

Los hallazgos de esta revisión sistemática con metaanálisis contradicen las conclusiones de los estudios observacionales que avalaban los beneficios para la salud de los suplementos antioxidantes. Las pruebas que aporta parecen ser lo bastante sólidas como para desaconsejar un consumo tan generalizado de este tipo de suplementos dietéticos. Si todavía circulan mensajes a su favor no es porque no haya conclusiones científicas derivadas de múltiples ensayos clínicos de calidad, ya que, como afirman los autores, «los suplementos antioxidantes no solo parecen ser uno de los temas más investigados, sino también una de las cuestiones clínicas más adecuadamente estudiadas». Además, es muy posible que haya muchos más ensayos clínicos sin publicar, y probablemente serán los que muestren efectos neutros o negativos, por lo que el riesgo de mortalidad del 5% podría ser «conservador», según los autores. El asunto de los suplementos muestra claramente que la publicidad y la práctica clínica pueden estar muy distanciadas de las pruebas científicas, que la biología tiene razones que escapan a la lógica antioxidante y que los complementos dietéticos no son necesariamente seguros, entre otras lecciones suplementarias.

Publicado el 2 de marzo de 2007.

Kilos de preguntas

Sobre la epidemia global de obesidad y las cuestiones que suscita

¿Por qué hay ahora tantos gordos? ¿Son reales o imaginados, de carne y hueso o estadísticos? Ahora que las alarmantes cifras sobre el auge de la obesidad han dejado de ser noticia a fuerza de repetirse; ahora que la idea de «epidemia» ha calado en la población y, en fin, ahora que vivimos instalados en la gordura, bueno sería preguntarse si realmente estamos ante una epidemia y, si es así, qué es lo que ha pasado en las dos o tres últimas décadas para que ahora salgan gordos por todas partes y cómo encarar este problema de salud pública.

«Algunos expertos creen que la epidemia de obesidad se apoya en cifras poco claras y que esto desdibuja el problema y las soluciones»

Las cifras cantan, sí, pero también pueden desafinar y distorsionar la realidad cuando no son veraces. Y en relación a la supuesta epidemia global de obesidad, las hay fiables y poco fiables, como reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con estas cautelas, ahí van algunas: 1) en todo el mundo hay 1.000 millones de personas con sobrepeso (300 millones son obesos); 2) la incidencia de obesidad se ha triplicado en muchos países, desde Japón (del 0,84% en 1980 al 2,86% en 2001) a Estados Unidos (del 11,5% en 1990 al 34,1% en 2004), según la *Global Database on Body Mass Index* de la OMS; 3) la prevalencia de «obesidad» varía entre países del 0,7% al 78,5%. Pero, cifras aparte, el propio concepto de «obesidad» es arbitrario, complejo, multifactorial y lastrado de

connotaciones epidemiológicas, médicas, políticas, estéticas, numéricas y hasta ideológicas. La línea que separa la normalidad del sobrepeso y este de la obesidad son arbitrarias (dibujadas por valores del famoso índice de masa corporal): aumentar o reducir la proporción de gordos es solo cuestión de mover estas líneas. Y algunos expertos creen que la epidemia de obesidad se apoya en cifras poco claras (véase en *BMJ* el reciente debate *Is the obesity epidemic exaggerated?* con argumentos a favor⁹⁷ y en contra⁹⁸) y que esto desdibuja el problema y las soluciones.

Sea cual sea la gravedad de la epidemia, ¿cuál es su causa? Si los factores genéticos no pueden haber cambiado en un par de décadas, ¿qué es lo que ha propiciado que tanta gente engorde en todo el mundo? Y como las preguntas se enredan unas con otras, como las cerezas, cabe también preguntarse: ¿tiene algo que ver la creciente disponibilidad de alimentos de alto contenido energético?, ¿influye más una dieta hipercalórica o la falta de ejercicio? En los últimos años se ha constatado que ganar peso es mucho más difícil que perderlo, que el ejercicio físico es bueno aunque no se adelgace y que ninguna dieta resuelve el problema definitivamente. ¿Pero hasta qué punto el sobrepeso favorece la resistencia a la insulina, la hipertensión, el cáncer y otras enfermedades crónicas? Se ha llegado a afirmar que la generación actual podría vivir menos que la de sus padres por el auge de la obesidad y el sobrepeso, pero ni siquiera está claro que quienes tienen sobrepeso vivan menos que los que tienen un peso normal. ¿Cuánto cuesta la obesidad a los gobiernos? ¿Cómo hacerle frente? ¿Por dónde empezar? En fin, hay kilos y kilos de interrogantes, y lo preocupante es que tantas dudas dificultan la toma de decisiones.



Alcoholología

Sobre los sesgos y prejuicios al estudiar el alcohol y la salud

Un europeo occidental bebe, de promedio, tres veces más alcohol que el ciudadano medio mundial. En Luxemburgo, cada adulto consume de media sus buenos 18 litros de alcohol etílico puro al año, esto es, unas 1.500 cañas de cerveza o vasos de vino; así pues, el luxemburgués medio se toma todos los días sus cuatro dosis de bebidas alcohólicas. Luxemburgo es el país de la Unión Europea con mayor renta per cápita, pero también el que tiene un mayor consumo de alcohol entre los mayores de 18 años, según datos de la Organización Mundial de la Salud, por delante de otros como Irlanda, Francia, Alemania, Portugal o España, donde el consumo de bebidas alcohólicas es también más que notable.

En la mayoría de los países europeos el vino, la cerveza y otras bebidas alcohólicas son parte de la cultura y su consumo está profundamente arraigado en la vida social. Sin embargo, y a pesar de la globalización y la creciente homogenización de las costumbres, apenas se bebe en muchos territorios del mundo, especialmente el Norte y Este de África, y en otros se bebe mucho menos o de forma distinta.

«En relación con el alcohol se cumple también la máxima de que cada cual selecciona los argumentos que mejor justifican su propia conducta»

La percepción social del alcohol no es la misma en un país atiborrado de bares como es España que en un país donde está prohibido beber como Marruecos, del mismo modo que varía considerablemente entre las personas

y grupos sociales según sean sus patrones de consumo. Cualquiera que sea la relación de cada grupo social o individuo con el alcohol, lo cierto es que esta sustancia recreativa y alimenticia, según se mire, no deja indiferente a casi nadie. Y esto es válido también para los investigadores que se ocupan de estudiar la influencia de las bebidas alcohólicas sobre la salud

Numerosos estudios publicados en las últimas tres décadas han ayudado a elaborar el mensaje de que el vino y otras bebidas alcohólicas, consumidas con moderación, pueden ser beneficiosas para la salud, especialmente para la cardiovascular. Este mensaje de salud, que llegó incluso a plasmarse en la etiqueta de algunos vinos en Estados Unidos, no ha sido recibido de la misma forma en todo el mundo ni por todo el mundo; pensemos por ejemplo en un abstemio y en un bebedor social. A pesar de que el alcohol es, por distintas razones, un grave problema de salud pública en muchas sociedades, y de que las pruebas científicas que sustentan su posible efecto cardiosaludable son provisionales, en este asunto se cumple también la máxima de que cada cual selecciona los argumentos que mejor justifican su propia conducta.

Como escribió Bertrand Russell, «hasta un artículo científico y riguroso sobre los efectos del alcohol en el sistema nervioso central se vería traicionado por el simple hecho de que el autor fuera o no abstemio; en cualquier caso, mostraría siempre la tendencia a ver las cosas de forma que se justifiquen sus propios actos». ⁹⁹ ¿Qué razones e intereses hay detrás de los estudios sobre el alcohol? ¿Qué prejuicios tienen los investigadores? ¿Qué están dispuestos a creer los consumidores? Si hay un tema de estudio y opinión sometido a sesgos y prejuicios, ese es la alcoholología.

Atkins y compañía

Sobre las dietas milagrosas y el negocio del adelgazamiento

Si el doctor Robert Atkins estaba realmente gordo cuando murió en 2003 a consecuencia de una caída accidental, ¿qué van a pensar ahora los millones de seguidores de su dieta de adelgazamiento? La reciente revelación de datos confidenciales del informe clínico del controvertido cardiólogo, que parecen indicar que pesaba más de 110 kilos y que su salud cardiovascular era bastante precaria, podría tener sobre su popular dieta unos efectos más negativos que toda la evidencia científica puesta sobre la mesa por las autoridades sanitarias.

Atkins era el primer seguidor de su estrafalaria dieta de adelgazamiento, rica en grasas y prácticamente sin hidratos de carbono, por lo que la prueba de que la dieta no funcionaba en su precursor podría deteriorar los florecientes negocios de Atkins Nutritionals, cuyo sitio en internet es todo un supermercado (se venden todos los libros de Atkins y un extenso surtido de productos dietéticos basados en sus directrices), y donde ya se han apresurado a desmentir la obesidad del fundador antes de su muerte (*The truth about Dr. Atkins' weight*).

Pero no hay que hacerse ilusiones con que esta filtración vaya a traer la sensatez al acuciante problema del adelgazamiento en Estados Unidos, convertido ya en un gran enredo entreverado de salud, negocios y medias verdades. La dieta Atkins es solo uno de los muchos programas que prometen perder peso de forma milagrosa, sin hacer ajustes y renunciaciones esenciales, y contraviniendo lo que se considera el paradigma del perfil calórico saludable y equilibrado, esto es, que las calorías totales de la dieta provengan en un 60% de los hidratos de carbono, en un 25% de las grasas y en un 15% de las proteínas.

Las autoridades sanitarias de Estados Unidos se han esforzado en los últimos años en divulgar los preceptos de una dieta equilibrada, y los han resumido con la imagen de una pirámide, en cuya base están las frutas y los vegetales y en la que los dulces y las grasas se sitúan en la punta, para que la población sepa cómo comer de forma equilibrada, tanto si necesita adelgazar como si no. Pero según datos de los Centers for Disease Control and Prevention, solo uno de cada seis estadounidenses que siguen una dieta reduce el número de calorías y aumenta el ejercicio físico. Y así, claro está, no hay manera de adelgazar. Pero lo peor es que algunas dietas milagrosas pueden ser peligrosas para la salud. La de Atkins no cumple ninguna de las cinco principales condiciones del Physicians Committee for Responsible Medicine: contener un mínimo de fibra, tener abundancia de frutas y vegetales, ser baja en colesterol, baja en grasas totales y baja en grasas saturadas.

«La cruel ironía en EE.UU. es que cuanto más florecen las dietas y los negocios del adelgazamiento, más gordos hay»

La cruel ironía en Estados Unidos es que cuanto más florecen las dietas y los negocios del adelgazamiento, más gordos hay (en la década de 1990 los obesos aumentaron un 61% y los diabéticos tipo 2, un 49%). Y lo peor es que el modelo americano, en la dieta como en tantas otras cosas, se extiende por todo el mundo.



Contaminación interna

Sobre la influencia de los compuestos orgánicos persistentes en la salud

Todo lo químico, en oposición a lo natural, está hoy bajo sospecha, por más que este antagonismo sea ficticio (el hombre, los animales y toda la naturaleza son en definitiva pura química). Esta mala prensa se debe en buena medida a la demostrada toxicidad, tanto para el ser humano como para el medio ambiente, de muchos de los compuestos creados por el hombre. De las 100.000 nuevas sustancias puestas en circulación por la industria química en el último siglo, hay unos compuestos tóxicos especialmente preocupantes porque se acumulan en los seres vivos, se transmiten de madres a hijos y afectan a la salud. Son los llamados compuestos orgánicos persistentes o COP (POP en inglés), una serie de plaguicidas, pesticidas, aislantes, lubricantes y otras sustancias, entre las que el DDT y las dioxinas son algunas de las más conocidas.

«Los COP son una buena oportunidad para repensar nuestra democracia, nuestros hábitos de consumo y nuestro estilo de vida»

Una de las características que hace más peligrosos a los COP es su persistencia durante décadas en el medio ambiente y en el organismo humano. Como son liposolubles, se acumulan preferentemente en la grasa de los organismos y se difunden así a través de las cadenas tróficas. En el hombre penetran sobre todo con los alimentos, se mantienen circulando por la sangre e impregnan diversos órganos y tejidos. Los estudios epidemiológicos sobre las concentraciones séricas de estos contaminantes reflejan una gran variabilidad poblacional en función de la actividad

industrial y los hábitos de consumo de cada país. Aunque la información disponible es muy fragmentaria, en general las personas con sobrepeso y las de mayor edad tienen niveles de COP más altos. Para muchos epidemiólogos está claro que una parte importante de las enfermedades más prevalentes en nuestra sociedad, desde la diabetes al cáncer, está causada por estos compuestos, por más que la relación causal sea difícil de probar.

¿En qué medida la actual epidemia de diabetes se debe a los COP? ¿Cuántos de los 12 millones de nuevos casos de cáncer anuales tienen que ver con los COP? Es difícil saberlo, porque la etiología de estas enfermedades es compleja, pero muchos investigadores sostienen que estos compuestos son un riesgo real para la salud. El Convenio de Estocolmo, aprobado en 2001 y suscrito por la Unión Europea en 2005, prevé la eliminación o la reducción de los compuestos más peligrosos. Mientras tanto, ¿qué podemos hacer los ciudadanos? Individualmente, poca cosa, aparte de concienciarnos del problema, prevenir la obesidad y vigilar la dieta. Todos estamos contaminados por los COP y lo importante es no bajar la guardia colectivamente para que se hagan más estudios que promuevan la vigilancia y el control de estas sustancias. Recientemente se ha publicado el libro *Nuestra contaminación interna* (Los libros de la catarata, 2009), coordinado por los epidemiólogos Miquel Porta, Elisa Puigdomènech y Ferran Ballester, que resume todos los datos y estudios disponibles sobre estos compuestos. Y una de sus principales enseñanzas es que los COP son una buena oportunidad para repensar nuestra democracia, nuestros hábitos de consumo y nuestro estilo de vida, y algo tan consustancial a nuestra sociedad como es la noción de riesgo y su gestión.