



U.I.S.E.S.S.

BOLETIN U.I.S.E.S.S.

Año 15 Septiembre-Diciembre 2014 Número 3



U.I.S.E.S.S.



Editorial

- La dimensión subjetiva de la atención que conlleva su adherencia al tratamiento.



Contenido

- Representaciones culturales.
- Conceptos de la alimentación, actividad física y el afrontamiento de la enfermedad crónica degenerativa.
- Alimentación y ejercicio: Factores de riesgo modificables en enfermedades crónicas.
- Percepciones, conceptos y representaciones de la alimentación desde la perspectiva del nutriólogo mexicano que trata a pacientes que viven con diabetes.
- Cómo se percibe la alimentación y el ejercicio en el caso de DM2, obesidad y HAS.
- Mitos en la alimentación.
- *Noticias.*
- *Ubicación de la U.I.S.E.S.S.*
- *Directorio I.M.S.S.*
- *Agradecimientos.*

Editorial

La dimensión subjetiva de la atención que conlleva su adherencia al tratamiento

*Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha.
Investigadora U.I.S.E.S.S.*

La experiencia de cambiar mi forma de comer, mi actividad física y la manera como enfrente esta experiencia, lleva consigo la ruptura de hábitos, costumbres que son producto del relacionamiento de un “yo que se orienta hacia los otros”. Donde el sujeto se percibe a partir de cómo lo perciben los demás y actúa en relación a ellos. Lo importante es la interacción social en el tiempo y espacio, para¹ mantener o no el peso la PA, las cifras de glucosa normales y prevenir complicaciones. Se trata de acciones e interpretaciones en ámbitos sociales para llegar a diferentes patrones de cumplimiento de indicaciones del equipo de atención, como formas de vivenciar el padecimiento.

Entonces se trata de definir la situación para ver de qué se trata y llegar a una interpretación conjunta. Para Goffman, desde su dramaturgia (1991:173-178), la realidad social es reconstruida como una escena donde los actores representan e interpretan teniendo en cuenta al otro y llegar a una definición e interpretación conjunta. Esto es posible por medio de la comprensión intersubjetiva que garantiza la comunicación y la interacción. Así la realidad social se construye a partir de la negociación de significado entre los sujetos. De esta forma la interacción desde un “Nosotros”², complementariedad y solidaridad de los actores (Yo-Otro), se lleva a cabo en la frente un público (Ellos).

La definición de la situación se lleva a cabo en un triple relacionamiento: con el mundo exterior (que plantea las circunstancias); con el mundo interior de los actores, (intersubjetivo) y con un público (la normatividad). Entonces la interacción presupone un mundo separado de la definición de cada actor y no puede constituirse independientemente del mundo objetivo y social.³ Con estas dos idealizaciones se supera el carácter privado de la experiencia del sujeto y su semejante, pues ambos presuponen el mundo socialmente construido perteneciente a todos, separado e independiente de las diversas situaciones biográficas

Continúa pág. 2

Bibliografía

y de los distintos propósitos de cada actor. Estas tácticas para las tareas han sido introducidas en sociología por el concepto de "interacción estratégica",⁴ que se traducen en modalidades diferentes, según se tenga una relación igualitaria o jerárquica. En la primera prevalece la simetría que desemboca en reciprocidad. En la segunda son relaciones de influencia, imposición, coerción o dominación de un actor sobre otro. La interacción desde el poder es la representada por Touraine, que argumenta que aunque el sentido de la acción es determinado por el actor, ésta no es un producto individual, ni de un acto de interrelación; un actor colectivo inmerso en un contexto de relaciones de dominación, que se imponen como un orden social.⁵ Nuestro interés se centra en recuperar lo que se espera que el actor lleve a cabo en entornos relacionales próximos: en el grupo familiar, aunque en este ámbito incida la racionalidad institucional que legitima una atención médica. Los vínculos en nuestro estudio se refieren a los relacionamientos que establece el sujeto con el otro, para definir y actuar sobre situaciones específicas del curso de cambio. Estas pueden llegar a constituir la identidad "nosotros",⁶ como resultado de una comprensión intersubjetiva y en la participación de acciones. En Goffman como relaciones ancladas.

Los vínculos relacionales conforman "núcleos de interacción". Los núcleos se asientan en una malla que liga vínculos y prácticas, desde la percepción de cercanía y lejanía, en función del postulado de "lo que es próximo para mí, es más importante que lo que es lejano". O bien, de la definición de la situación, partiendo de su cuerpo y extendiéndose a su alrededor.⁸

El desempeño de acciones se denominan roles. Blumer, considera que si bien las grandes estructuras establecen las condiciones y limitan las acciones humanas, más no las determinan. Porque las personas actúan dentro de situaciones.⁹ Turner, en esta misma posición, los roles son construcciones creativas y negociadas de los actores y se construyen en el orden interactivo, antes que en el orden normativo. Por su parte Berger y Luckman, reconocen que, los roles representan el nexo institucional lo que se construye en el orden normativo y por el otro, representan el rol en sí mismo, es decir, en la especialización de prácticas, que se construyen en el orden interactivo (Berger y Luckman 1991:97-102). Amorrortu, Argentina.

En resumen, analizamos la vivencia del cambio de hábitos y costumbres para seguir o no la adherencia a indicaciones (alimentarias de cuidado y atención al cuerpo), como producto de relacionamientos, interacciones, y vínculos ubicados en una trama. Así, nos dirigimos a la búsqueda de los ámbitos de socialización, para ir más allá de la experiencia del sujeto como un "Yo parcial" en relación con "Otros", donde se desarrollan prácticas que pueden llegar a constituir regularidades garantizadas por costumbres, tradiciones, o resistencias vigentes para la atención a la enfermedad crónica (diabetes 2, hipertensión, obesidad, etc.).

1.- El mundo intersubjetivo experimentado e interpretado por otros como un mundo organizado y que se ofrece a la experiencia y a la interpretación del actor". (Schütz y Luckman, 1977:25).

2.- "La definición de la situación proyectada por un participante forma a parte de una proyección realizada y mantenida por la cooperación íntima de varios participantes" (Goffman 1973:79).

3.- Para Habermas sólo en esta concepción de la acción dramática se incluye la constitución de un mundo subjetivo que cuenta con autonomía y en relación con los mundos objetivo y social. Berger y Luckmann, proponen que la intersubjetividad es un proceso dialéctico de objetivación-subjetivación (Bizberg, Ilán, (1989), Individuo, identidad y sujeto, Estudios sociológicos, 21:509. Para Schutz el sentido común, incluye percepciones y referencias presentacionales, por las cuales, los objetos físicos de la naturaleza se transforman en objetos socioculturales. Así, en la realidad se encuentra el ámbito de los sentidos o de las cosas físicas, que conforman la realidad eminente, al convertir este en un mundo finito de sentido existe una forma específica de experimentarse a sí mismo y una forma específica de socialidad (Schutz, 1995:304-306). "Planteo actos provistos de sentido en la expectativa de que Otros interpretarán su sentido, y el esquema de mi planteo se orienta al esquema de la interpretación de Otros. (...) Así, sobre estos actos recíprocos de plantear e interpretar sentidos se construye al mundo social de intersubjetividad mundana; es también el mundo social de otro, y todos los restantes fenómenos culturales se basan en él" (Schütz, 1994,139).

4.- "Los cursos de acción estarán ejecutados a la luz de lo que uno piensa que los otros piensan acerca de uno mismo." (Goffman 1996:99)

5.- Los trabajos de Turner Bryan reinterpretan la sociología de Goffman, como la actuación del Yo a través del cuerpo socialmente interpretado, en el contexto del orden social, por conducto de las instituciones del sexo, la familia y el patriarcado. (Turner, 1989:68-69). "Pues cuestiones relativas a la fisiología del hombre y de la mujer representa una diferencia en la función reproductiva que da lugar a la identidad genérica, la que tienen que insertarse en lo natural por conducto de la socialización a partir de roles específicos, que son impuestos por los saberes y discursos científicos que lo controlan y, pretenden dominar y normalizar" (Foucault, Michel (1981:139), Historia de la sexualidad, 1- voluntad de saber, Siglo XXI, 7ª ed., México.

6.- La experiencia "nosotros" se constituye en una finalidad común, que reúne más de una subjetividad. En la experiencia "nosotros" como objeto de la acción, implica un sentimiento de solidaridad e involucramiento, donde aparece otro, en una situación de tercero, fuera de nosotros (ellos). Schütz, Alfred El problema de la realidad social, Amorrortu, Argentina (1995):45-46.

7.- Estas conllevan probablemente una comprensión de las circunstancias en las que el trato está previsto e incluso es obligatorio (vínculo entre relaciones). En comparación, las relaciones anónimas, no tienen un curso, se establecen si existe la ocasión de tratarse mutuamente. (Goffman, Erving (1979:46-49, 194-213), Relaciones en público. Microestudios del orden público, Alianza Editorial, España.

8.- Moles y Rohmer reconocen esta distancia en los siguientes niveles: el espacio del cuerpo propio, del gesto inmediato, el de la habitación, el de la vivienda, el barrial, el de la ciudad, el regional y el espacio de lo desconocido, más allá de las fronteras de todos los desplazamientos realizados por el individuo, pero que pueden estar disponibles en su entorno inmediato por las redes de comunicación. Este substrato recupera algunas ideas de Simmel y Goffman, que reproducen una normatividad institucionalizada.

9.- Ritzer George (1993), Teoría sociológica contemporánea, McGRAW-HILL, México, pp. 254-255.

10.- (Goffman, 1991:178-179).

Representaciones culturales

Javier E García de Alba García
Jefe de la U.I.S.E.S.S.

Introducción

Las representaciones de la realidad, como tales nos ofrecen un mapa del mundo y su función no es nada de trivial, ya que se anticipan a cualquier acción a desarrollar, al entender cómo está el mundo organizado.

Las representaciones culturales, brindan algo más que mapas, ya que dependiendo de las condiciones afrontadas, plantean efectos significativos sobre: la percepción, la memoria y el razonamiento (D´Andrade 1995). La importancia del concepto, se debate entre: el construccionismo extremo, quien sostiene que la cotidianidad está determinada por la cultura, en contraposición con el reduccionismo psicológico que plantea a la cultura como determinada por la naturaleza de la psique humana. Mediando entre estas corrientes el interaccionismo simbólico, bajo la hipótesis de una afectación mutua entre la cultura y la psicología.

Los trabajos que han apoyado la determinación de la cotidianidad por la cultura, se basan en:

- 1.- La hipótesis de Sapir-Whorf: quienes señalan que las categorías del lenguaje influyen en las categorías de sentido, al afectar la percepción, hipótesis confirmada por los estudios clásicos de Kay sobre la distinción de los colores y el lenguaje.
- 2.- Los experimentos de Lucy y Shweder sobre la memoria, en función de esquemas secuenciales y no secuenciales.
- 3.- Las investigaciones de Hutchins sobre modelos conceptuales de la realidad y su relación con el razonamiento.

Lo anterior ha llevado a la antropología a desarrollar una rama de la misma llamada antropología cognitiva, que se basa en la teoría del Consenso cultural, que asume que el nivel de conocimiento entre informantes, es debido a su acuerdo compartido con la cultura de un grupo, de ahí que una respuesta culturalmente correcta se base en la competencia del informante sobre el dominio cultural en cuestión.

Se hace notar que el consenso cultural, refleja efectivamente el conocimiento popular de la realidad, a diferencia del conocimiento especializado, como lo es el conocimiento científico.

La diabetes como ejemplo

Desde el punto de vista científico, la diabetes mellitus se considera un síndrome cuyo principal signo es la hiperglucemia y cuya causa, es la insuficiencia cuantitativa y/o cualitativa de la hormona insulina para ejercer su acción a nivel celular, introduciendo la glucosa circulante; y que las complicaciones de esta enfermedad se deben al efecto tóxico de la hiperglucemia en sangre, que se manifiesta inflamando y alterando las funciones del endotelio vascular de órganos mayoritariamente capilarizados como: los nervios de las extremidades, los riñones, la retina, etc.

Al efecto realizamos hace tiempo un estudio de consenso cultural sobre las causas y complicaciones de la diabetes mellitus en población de la

UMF # 24 de Tepic Nayarit en 19 pacientes (10 mujeres y 9 varones) con diabetes mellitus tipo 2, (García de Alba.2006) cuyas características promedio fueron las siguientes:

Edad 58.5 años, escolaridad 4 años, antigüedad de la enfermedad 7.8 años, Encontramos que la estructura del modelo de consenso cultural sobre las causas que producen la diabetes mellitus incluye: **Sustos, corajes, herencia, alegrías, preocupaciones, gordura, alcohol, sorpresas, depresión, parrandas y comer en exceso.**

Y que el modelo de consenso cultural **sobre las complicaciones** que presenta la diabetes mellitus es el siguiente: Problemas de la vista, amputación de un miembro, problemas del riñón, infección, pie diabético, heridas que no cierran, atrofia de la piel, circulación defectuosa, azúcar alto, impotencia, muerte, derrame en los ojos, piernas hinchadas y gangrena.

Comentario

Como se puede observar, las causas que atribuye, la población leiga, a la diabetes mellitus son mayoritariamente de orden emocional en contraposición a la etiología fisiopatológica de la disciplina biomédica. Respecto a las complicaciones, los pacientes aluden a la disfuncionalidad como el común denominador de los problemas resultantes de la diabetes mellitus.

Lo anterior nos lleva a considerar que los pacientes se mueven dentro del esquema representacional del padecer o de la diabetes como padecimiento, donde predominan los síntomas. A diferencia de los miembros del equipo de salud, cuyo esquema representacional se refiere a la enfermedad que se expresa semánticamente en base a signos.

Entonces el padecimiento y la enfermedad, son en realidad las expresiones objetivas y subjetivas del proceso salud-enfermedad, que se trasladan en mayor o menor medida según el actor, el tipo de padecimiento y enfermedad; como se esquematiza a continuación.

Aspecto subjetivo

Padecimiento:

XXXX XXXX XXXXXXXX XXX XX

Enfermedad:

Si podemos establecer esta correspondencia entre el padecer del paciente y la enfermedad que trata el equipo de salud, estamos en condiciones de establecer y desarrollar un manejo culturalmente comprensivo de la diabetes mellitus.

Bibliografía

Roy D´Andrade. The development of cognitive anthropology. Cambridge University Press. Cambridge. 1995.

García de Alba JE, Salcedo Rocha AL, López C B. Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. Desacatos. 2006. 21 (Mayo-Agosto): 96- 108.

Conceptos de la alimentación, actividad física y el afrontamiento de la enfermedad crónico degenerativa

Griselda Jacqueline Silva Díaz.
Medico Pasante del Servicio Social
Universidad de Guadalajara

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan un serio problema, tanto en términos de salud como económicos y sociales, también constituyen la principal causa de muerte en el mundo; de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, estas enfermedades son responsables en la actualidad de 17,5 millones de muerte anuales aproximadamente, representando un 30% de la mortalidad global. Aunque las enfermedades cardiovasculares son potencialmente letales, algunas son razonablemente prevenibles y tratables mediante el control de los factores de riesgo con dieta, ejercicios, cesación del tabaquismo, alcoholismo, etc. A pesar de esto, la prevalencia de dos importantes factores de riesgo, la obesidad y la diabetes, están aumentando marcadamente tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. ⁽³⁾

En los últimos años se ha comprobado que un exceso de peso graso está estrechamente relacionado con el riesgo de sufrir enfermedades crónicas como problemas cardiovasculares, hipertensión, diabetes tipo 2, obesidad, sobrepeso, neoplasias, dislipidemias, síndrome metabólico, alteraciones en el sistema inmune, etc.

El 70 % de la población de los países desarrollados se considera sedentaria. Este hecho, asociado con los hábitos dietéticos del llamado primer mundo, está haciendo que los factores de riesgo cardiovascular clásicos se perpetúen y que emerjan algunos nuevos, muchos de ellos interrelacionados. Se considera que el hábito sedentario es, junto con otros cambios del estilo de vida, un importante factor de desarrollo del síndrome metabólico (SM) y de diabetes mellitus tipo 2 ⁽¹¹⁾.

Desarrollo

La obesidad aumenta el riesgo de desarrollar distintas patologías incluyendo la insulinoresistencia (RI) y Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares, infarto cardiovascular, apnea del sueño, hiperuricemia, gota y osteoartritis¹.

La obesidad infantil, se asocia a un conjunto de factores de riesgo cardiovascular reconocidos como un síndrome metabólico (SM) que aumenta la predisposición a las enfermedades antes señaladas ⁽²⁻⁵⁾. Los seguimientos longitudinales permiten ponderar estos riesgos. ⁽⁸⁾

Son los condicionantes biológicos, genéticos y metabólicos los que determinan, en aproximadamente un 70%, la acumulación de masa grasa en la región abdominal, en vísceras y en la cadera.

La HTA es una enfermedad crónica de alto riesgo y que está afectando a millones de personas alrededor del mundo, por lo que pequeñas disminuciones en PAS y PAD de 2 mmHg logradas con el ejercicio físico, pueden reducir el riesgo de accidente cerebro vascular en un 14% y el 17%, y el riesgo de enfermedad coronaria en un 6% y 9%, respectivamente. ⁽⁶⁾

La diabetes mellitus tipo 2 es un desorden endocrino común caracterizado por la disminución en la sensibilidad de los tejidos periféricos a la acción de la insulina y/o defectos en la secreción de la misma, lo que trae

como consecuencia trastornos en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas, provocando finalmente alteración directa o indirecta de los diversos aparatos o sistemas del organismo ⁽²⁾

El síndrome metabólico (SM) se define como la presencia de tres o más alteraciones metabólicas de origen lipídico y no lipídico, que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) y diabetes mellitus 2 (DM2) ⁽¹⁾. Estas alteraciones incluyen hiperglucemia, presión arterial alta, niveles elevados de triglicéridos, niveles bajos de lipoproteína de alta densidad y obesidad, especialmente la adiposidad central. ⁽⁷⁾

Actividad física: Movimiento corporal producido por la contracción de músculo esquelético que requiere gasto de energía en exceso.

Ejercicio: Es el movimiento planeado, estructurado, repetitivo y corporal realizado para mejorar o mantener a uno o más componentes de buena salud. Es un subconjunto de actividad física.

Aeróbico: Consta de movimientos rítmicos, repetidos y continuos de grupos musculares grandes al menos 10 min. a la vez (por ejemplo, caminar, montar en bicicleta, así como ir trotando, nadando y muchos deportes).

Resistencia o isométrico: Consta de actividades que usan fuerza muscular para mover un peso en contra de una carga resistente (por ejemplo, levantamiento de pesas y ejercicios usando máquinas de peso). ⁽¹¹⁾

Conclusiones

Todo esto es posible mediante un equilibrio entre tratamiento farmacológico, nutricional y un programa regular de ejercicios físicos, así como una adecuada educación del paciente en relación con su enfermedad.⁵ El EF ha demostrado ser beneficioso para el individuo diabético pues algunos factores relacionados con el estado insulínico y glucémico pueden variar favorablemente mediante la modificación de respuestas metabólicas y endocrinas agudas y crónicas. Por tanto el EF debe ser incluido en la estrategia ideal de tratamiento del diabético, es decir, en la prevención y reducción tanto de la hiperglicemia crónica, como de la aguda, amparados en el concepto de que un mejor control de la glucemia desempeña un papel clave en la reducción de las complicaciones a largo plazo del diabético. ⁽³⁾

El EF ha demostrado reducir o enlentecer la progresión de la aterosclerosis en individuos con o sin diabetes o síndrome metabólico. Algunos factores que intervienen en este proceso son:

- Mejoría de la función endotelial. (atribuida al aumento en la síntesis y actividad del óxido nítrico).
- Disminución de la proteína C reactiva y otros marcadores inflamatorios.
- Reducción del peso corporal y adiposidad.
- Disminución de la concentración sérica de triglicéridos y aumento de colesterol HDL.
- Mejoría en la sensibilidad a la insulina.
- Disminución de la presión arterial sistémica.
- Modificación favorable de todos los componentes del síndrome metabólico.⁽³⁾

1. El ejercicio físico es un elemento indispensable, junto al tratamiento hipoglucemiante y nutricional en la diabetes mellitus.
2. El ejercicio físico, como parte esencial de un programa de rehabilitación cardíaca, es de utilidad en el control de la diabetes y en la prevención de complicaciones cardiovasculares.
3. El entrenamiento físico en pacientes portadores de diabetes mellitus con enfermedades cardiovasculares tiene iguales efectos que en individuos no diabéticos.
4. En estos pacientes debe emplearse un programa de ejercicios físicos individualizado con cuidados especiales. ⁽³⁾

La disminución de peso y el incremento de la actividad física conducen a la reducción de los factores de riesgo al mejorar la sensibilidad a la insulina ⁽³⁾. Entre sus efectos beneficiosos se señalan el aumento de las lipoproteínas de alta densidad (HDL), disminución de las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) y en algunos, de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), así como la disminución de la presión arterial y de la resistencia a la insulina. ⁽⁴⁾

Podemos concluir con que si el paciente modifica su estilo de vida no sólo logró reducir las cifras de tensión arterial en reposo sino que disminuyó las cifras de TA en cargas submáximas así como la frecuencia cardiaca basal y submáxima, reducción del peso corporal, del por ciento de grasa y del índice de masa corporal y por último mejoró la capacidad física de trabajo y el perfil bioquímico. ⁽⁵⁾

El ejercicio físico aeróbico combinado con ejercicios de contrarresistencia, dirigido por profesionales, es el mejor tratamiento posible para el paciente ya que, no solamente ayuda a perder peso, sino que además controla la frecuencia cardiaca, la capacidad funcional, la capacidad cardiovascular, mejora los niveles de ansiedad, estrés y depresión.

Se ha demostrado cómo la reducción de 5 a 6 kilogramos de peso puede tener modificaciones metabólicas sustanciales y producir impacto en los aparatos cardiovascular y osteomuscular. Idealmente, el paciente debe llegar a un peso normal y a un índice de masa corporal inferior 25. En los hipertensos con sobrepeso u obesidad, la reducción de solo 3 kg produce una caída de 7 a 4 mmHg de la presión arterial, mientras que la reducción de 12 kg produce caídas de 21 y 13 mmHg en la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica.

Para disminuir de peso, las necesidades de cada persona son diferentes y se determinan individualmente. Lo que podemos aconsejar es que se utilice la siguiente guía usando porciones moderadas, disminuyendo la cantidad habitual que el paciente consume.

Las modificaciones realizadas en los programas de rehabilitación integral y el aumento de pacientes que participan activamente en los ejercicios físicos han contribuido a que exista un mayor número de normopesos, dietas más saludables, disminución de la prevalencia de tabaquismo, menos complicaciones hipertensivas y disminución de las medias de las presiones máximas y mínimas.

Bibliografía

- 1- Asociación entre tejido graso abdominal y riesgo de morbilidad: efectos positivos del ejercicio físico en la reducción de esta tendencia Nutr Hosp. 2011;26(4):685-691
- 2- Homeostasis Model Assessment (HOMA) en Pacientes Diabéticos Tipo 2 Bermúdez P, Valmore, Cano P Climaco, Souki R Aida, Medina R Mayerlim, Lemus A Miguel, Leal G Elliuz, Arias M. Nelly, Ambard de las S Merlyn, Núñez P Maryluz, Andrade G John, Arria B Melissa, Bermúdez A Fernando, Contreras Freddy .
3. Consenso corazón y diabetes: Ejercicios físicos en pacientes diabéticos con enfermedades cardiovasculares Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular Volumen 17, Número 4, 2011.
- 4- Efectos beneficiosos de cambios en la dieta y ejercicios físicos en mujeres obesas síndrome metabólico Artículos Originales Vol. 4, No. 3 Septiembre-Diciembre, 2009.
- 5- Actividad Física vs Hipertensión Arterial, 2007 Investigaciones Medicoquirúrgicas Volumen II, Num. 10.
- 6- La actividad física en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial Vol. XIII, N°26 (2012) SSN 2215-2458.
7. Efecto de una intervención con ejercicio físico y orientación nutricional sobre componentes del síndrome metabólico en jóvenes con exceso de peso latreia Vol. 26 (1): 34-43, enero-marzo 2013.
- 8- Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial An Fac med. 2010;71(4):241-4.
- 9- Prevalencia del síndrome metabólico en niños y adolescentes chilenos con historia familiar de enfermedades crónicas no transmisibles.
- 10- Evidencia actual de intervenciones con ejercicio físico en factores de riesgo Cardiovascular R. Ramírez-Vélez a, M.E. Da Silva-Grigoletto b y J.M. Fernández Rev Andal Med Deporte. 2011;4(4):141-151.
- 11- Prediabetes y ejercicios Revista Cubana de Endocrinología 2011;22(1):26-28.
- 12- Intervención en hipertensos no controlados pertenecientes a la provincia de Matanzas en el año 2010 Revista Cubana de Higiene y Epidemiología 2011;49(3):373-383



Alimentación y ejercicio: Factores de riesgo modificables en enfermedades crónicas

Sandra Selene Murillo Guzmán
Enfermera Pasante del Servicio Social
Universidad de Guadalajara

Las enfermedades crónicas, como son la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad se han incrementado a nivel mundial desde hace algunas décadas, los factores de riesgo reconocidos para desarrollarlas están directamente relacionados con una alimentación inadecuada y la falta de actividad física, que está demostrado influye directamente en la salud física y mental de las personas.

Dado el riesgo inminente de que las enfermedades crónico-degenerativas sobrepasen la capacidad del sistema de salud con su consecuente carga económica asociada, se justifica la implementación prioritaria de un sistema de vigilancia focalizado a las unidades médicas de primer nivel de atención, el cual sea capaz de identificar los factores de riesgo modificables, llevar un seguimiento y control de los casos, y monitorizar y evaluar los resultados que permitan otorgar respuestas y propuestas al sistema de salud en cuanto a la creación de nuevas políticas y estrategias en la atención sanitaria.

Mantener estilos de vida saludable se vuelve indispensable para prevenir enfermedades crónicas, y en el caso de quien ya las padece representa un aspecto esencial para el autocuidado.

DESARROLLO

La Organización Mundial de la Salud, en un documento en el que se evalúan las relaciones entre la alimentación y la prevención de enfermedades crónicas, considera que existe una evidencia clara de que unos de los factores asociados positivamente al riesgo de obesidad es la ingesta de alimentos con elevada densidad energética y baja densidad nutrimental y el sedentarismo.⁽¹⁾

La monitorización y la vigilancia de los factores de riesgo conductuales y biológicos modificables asociados a estas patologías deben tener una prioridad a nivel nacional, que a través de los mismos se pueden identificar las estrategias e intervenciones para combatir los principales factores de riesgo asociados y secundariamente la disminución de la carga de estas enfermedades. Por lo cual es necesario desarrollar e implementar un sistema de vigilancia dirigido a la vigilancia de los Factores de Riesgo, con lo cual se evitarán y reducirán las grandes tasas de comorbilidades asociadas a ellas.

En las personas con factores de riesgo elevados para padecer enfermedades crónicas la actividad física y una alimentación adecuada son importantes por los beneficios fisiológicos y psicológicos que conllevan, entre los que se encuentra la reducción del índice de masa corporal, control de la glucosa sanguínea, disminución de la resistencia a la insulina, reducción de la presión arterial, control de los lípidos y reducción del estrés ⁽²⁾.

De acuerdo con su intensidad, la actividad física puede ser leve (caminar despacio, bicicleta estacionaria, nadar despacio, tareas domésticas simples, entre otros), moderada (caminar a paso rápido, bicicleta como transporte, nadar con esfuerzo moderado, trabajos domésticos exhaustivos), y vigorosa como caminar más rápido o trotar, bicicleta a alta velocidad, nadar rápidamente.

El ejercicio físico dirigido a tratar o prevenir enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad, debe hacerse de forma progresiva y con previa valoración individual, de forma tal que procure la modificación de hábitos de vida hacia actividades más saludables, que produzcan satisfacción y aseguren la adherencia del paciente al programa, como única manera de conservar los efectos benéficos alcanzados.

La educación se vuelve entonces necesaria, el paciente requiere fortalecer su capacidad estimativa de conocer y comprender lo que puede lograrse a través de la educación, para posteriormente llevar a cabo su autocuidado.

Las acciones de autocuidado a través del tiempo son aprendidas y desarrolladas por las personas en ambientes tanto estables como cambiantes, dentro del contexto de sus patrones de la vida diaria. El autocuidado debe ser aprendido y debe llevarse a cabo de manera continua.

Este hallazgo fortalece el papel esencial de la enfermera en la educación, ya que dentro de las instituciones de salud, principalmente en las de primer nivel de atención, ellas están en una posición estratégica para trabajar multidisciplinariamente y proponer estrategias psicoeducativas enfocadas al logro de un aprendizaje que el paciente pueda incorporar en su vida diaria.

CONCLUSIONES

La monitorización y la vigilancia de los factores de riesgo conductuales y biológicos modificables deben ser prioritarios ya que a través de los mismos se pueden identificar las estrategias e intervenciones para combatir los principales factores de riesgo asociados y secundariamente exista una disminución de la carga de esta enfermedad.

La prevención y el tratamiento de enfermedades crónico degenerativas requiere un equipo multidisciplinar que debe basarse en una mejora en los hábitos alimentarios, un incremento en la actividad física, un apoyo conductual y la administración de fármacos cuando sea aconsejable.

La educación para la prevención en la población general y en especial desde la infancia y en los grupos de riesgo, es la acción esencial de la enfermera en el primer nivel de atención en salud.

Los objetivos deben plantearse de forma realista en función del grado de la enfermedad, la capacidad de autocuidado y de los factores de riesgo asociados, con el objetivo de la reducción de la morbimortalidad con una mejora de la calidad de vida.

Bibliografía

1. Compean-Ortiz, L., Quintero-Valle, L. M., Del Ángel Pérez, B., Reséndiz-González, E., et al. (2013). Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem. *Aquichan*. Vol. 13, No. 3, 347-362.
2. B. VIZMANOS, C. HUNOT Y F. CAPDEVILA Alimentación y obesidad, *medigraphic*, Vol. VIII • Número 2 • Agosto 2006.
3. Martín, P.M & PE,PA (2007) nutrición y síndrome metabólico. *Rev. Esp. Salud pública*,81, 489-505.

Percepciones, conceptos y representaciones de la alimentación desde la perspectiva del nutriólogo mexicano que trata a pacientes que viven con diabetes

*MNC. León Felipe García Machuca. UNIVA
Doctorante en Ciencias Sociomédicas
Universidad de Guadalajara*

4. Barrera, M.D.P, Pinilla, A.E., Cortés, E. Mora, G, & Rodríguez M.N. (2008) Síndrome metabólico: una mirada interdisciplinaria, Rev. Colomb. Cardio, 15 (3), 111-126.
5. García- García, E., la Llata- romero, D. Vázquez-Velazquez.... (2208). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de Salud Pública de México: una reflexión, salud pública de México, 50 (6) , 530-547.
6. Pérez-Cuevas R, Reyes Morales H, Doubova SV, Zepeda Arias M, Díaz Rodríguez G, Peña Valdovinos A, et al. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(6):511-7.
7. Consenso mexicano sobre el tratamiento integral del síndrome metabólico, rev. Mex. Cardiol, 13(1), 4-30.
8. Ortega, L. S. Juan, C. S. & García A. A. (2014) Valoración de un programa de ejercicio físico estructurado en pacientes con obesidad mórbida pendientes de cirugía bariátrica, Nutrición hospitalaria, 29(n01), 64-72.

La alimentación humana es considerada un conjunto de interacciones biológicas y sociales mediadas por el contexto donde ésta sucede.¹

Se ha definido a la alimentación humana en los diccionarios de la lengua española como “conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene los nutrientes que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para una vida humana plena.”¹

La dieta, entendida como el consumo cotidiano de alimentos es un acto que se encuentra delimitado por la cultura y la vida social. Esta dieta a lo largo de la evolución humana se ha convertido en un acto causante de placer que cuando se realiza, con frecuencia está alejada de lo que la ciencia ha estimado como necesario para el mantenimiento de la salud.¹

Aceptar modificaciones en la dieta cotidiana hace a un lado el propósito de conservar o mejorar la salud, ya que en ella se involucra más que el interés por el bienestar biológico.¹

La dieta es un acto social y va más allá de proporcionar nutrientes y energía, ya que la mayor parte de la humanidad vive en comunidades o en familias, y por lo tanto se comparten a través de ésta, ideas y sentimientos entre otros elementos.¹

Los estudiosos de las ciencias sociales han clasificado los alimentos que componen la dieta en cuatro categorías: básico, primarios, secundarios, y periféricos.²

El alimento básico es el eje de la dieta, es el que está presente en casi todas las comidas y proporciona la mayor parte de la energía y a la vez es barato y fácil de obtener. Su preparación culinaria tiene como resultado platillos variados incluidos en las diferentes comidas del día. En México éste sería el caso del maíz.¹

Los alimentos primarios son los que están presentes en casi todas las comidas, acompañan al alimento básico y son conocidos por la mayoría de los integrantes del grupo social. En el caso de México estos productos han sido los de la época prehispánica como el jitomate, chile, frijoles, calabaza, y aguacate; y los que se sumaron después de la conquista española tales como res, cerdo, arroz y trigo.²

Los alimentos secundarios son los que no se consumen todos los días ni en todas las comidas. Forman parte de este grupo los chayotes y las papas, así como productos animales tales como huevo o carne de distintos orígenes y por último pero no menos importante el refresco.²

Los alimentos periféricos son los que no se incluyen en la vida cotidiana, solo en situaciones especiales tales como en fiestas y celebraciones. Ejemplos de éstos serían el guajolote y los quelites.²

El **Centro de Atención a Clientes Yakult**, tiene como razón de ser, promover la salud y la cultura a través de diferentes actividades **gratuitas**, que puedes consultar en nuestro sitio web www.yakult.mx, además contamos con servicio de Biblioteca y clases de activación física. Av. Chapultepec No. 451 esquina con Guadalupe Montenegro. Tel: 3827 1330



La dieta del mexicano promedio está compuesta de alimentos básicos, primarios, secundarios y periféricos.²

Para muchas familias mexicanas la tortilla de maíz es un alimento básico. Esto no es una generalización, ya que para otras personas (depende mucho de la región del país) los alimentos preparados con trigo sustituyen al maíz como alimento primario.³ Resulta relevante mencionar que el refresco de cola ha pasado a ser en muchas familias mexicanas un alimento secundario o periférico.³

Los alimentos básicos y primarios generalmente están sumamente arraigados en las costumbres personales y colectivas; por ejemplo en buena parte de los pacientes que viven con diabetes resulta difícil dejar de consumir productos derivados del maíz o del trigo. Ésta es una de las varias razones por las que los nutriólogos mexicanos encontramos la orientación alimentaria como complicada y debería de tomarse en cuenta que casi será imposible que los pacientes diabéticos abandonen por completo el consumo de estos alimentos, ya que además de prepararse a diario en sus hogares, sin ellos no se considera como una “comida real.” El consumo de estos alimentos es placentero, están presentes en celebraciones y forman parte de la identidad familiar, por lo tanto sólo se podría aspirar a limitar el consumo.³

El término de “comida real” para el mexicano urbano actual se trata de una comida servida en una mesa, donde hay cubiertos, servilletas, vasos, azúcar, sal, salsas picantes y limones. Se prefiere que sea compartida con más personas. Esta comida generalmente está armada de una sopa y un guisado de carne roja; todo esto acompañado de una bebida que generalmente son refrescos, o aguas de fruta endulzadas con azúcar. Esto sería un ejemplo de “comida real” popular, pero en contraste por ejemplo, en un restaurante de lujo sería considerado de mal gusto los limones, las salsas picantes o todo lo mencionado anteriormente.³

Existen otros factores condicionantes de la dieta, tales como la llegada de las cocinas extranjeras que se han hecho populares en México tales como las hamburguesas, los hot dogs, las pizzas o el sushi, sin que se dejen de consumir tacos, menudo, tamales o pozole.³

La comida también tiene el poder de crear vínculos sociales como por ejemplo, compartirle de la misma pieza de pan a un familiar, es un acto que integra automáticamente a este individuo al grupo, pero también puede suceder lo contrario, al negarles alimentos a determinadas personas manifiesta socialmente distinción.^{4,5}

Todo esto lleva a una conclusión: para el nutriólogo mexicano resulta todo un reto cambiar hábitos alimentarios para ajustarlos a lo que la ciencia indica. Se debería de tomar en cuenta todo este contexto sociocultural para evitar indicaciones dietéticas frías derivadas de la emergente ciencia de la nutrición.

Con frecuencia los nutriólogos mexicanos hacemos recomendaciones dietéticas ignorando que los pacientes no viven aislados, sino en socie-

dad. Es por esto que la mayoría de los pacientes generalmente no siguen las recomendaciones recibidas que en muchos casos son hojas en lo que viene escrito lo que se permite y lo que no se permite comer.

Identificar los componentes sociales, culturales y emocionales que llevan a un sujeto elegir los alimentos que compondrán su dieta es pieza clave para tener éxito en el tratamiento dietético. Un ejemplo claro de esto sería el siguiente: se suelen prohibir tajantemente a un diabético los antojitos mexicanos, haciendo a un lado el valor cultural y social de estos alimentos en los mexicanos, los cuales a veces son estelares en reuniones, celebraciones y rituales. Al dejar de consumirlos en esos contextos se crea una situación de exclusión y de presión social sobre el paciente que vive con diabetes creando así un alud de emociones negativas en el sujeto.¹

Un diagnóstico nutricional integral que tome en cuenta el entorno social y familiar ayudará a orientar mejor nutricionalmente a los pacientes que viven con diabetes.

Bibliografía

1. Vargas Luis. Una visión integral de la alimentación: cuerpo, mente y sociedad. Cuadernos de nutrición. Volumen 25 número 2. Marzo Abril 2002.
2. Padrón Mercado. Representaciones sociales asociadas al consumo hedónico de alimentos en restaurantes. Revista Latinoamericana de Psicología. Volumen 43. N3. pp. 487-496. 2011. ISSN 0120534.
3. Social representations of people with diabetes regarding their perception of family support for the treatment. 2011. Manoel Antônio dos Santos. Rev Esc Enferm USP2011; 45(3):649-56.
4. Pérez Romo. El cuerpo: Entre el dilema de comer y no comer. Salud y sociedad: Perspectivas antropológicas. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. 2009.
5. Moreno Altamirano. El drama social de la persona con diabetes. Salud y sociedad: Perspectivas antropológicas. Universidad Nacional Autónoma de México. 2009.



Cómo se percibe la alimentación y ejercicio en el caso de DM2, obesidad y HAS

*Julio Cesar García Martínez
Nutriólogo Pasante del Servicio Social
Universidad UNIVER Plantel Zamora*

Más que una enfermedad es uno de los principales problemas epidemiológicos, a nivel mundial, es el predominio de padecimientos crónico-degenerativos y, dado que no sólo son producto de factores hereditarios y ambientales, su carácter complejo, multidimensional y multifactorial, además de expresarse como un aumento del costo de la asistencia sanitaria, incluye en su evolución, tanto implicaciones médicas y psicológicas como sociales y familiares.

CÓMO SE PERCIBE LA ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO EN DM2

En cuanto a la alimentación se puede percibir de acuerdo a los niveles de hiperglucemia clasificando como pre-diabetes se identifica por un nivel de glucosa sanguínea mayor a 100mg/dl y menor a 126 mg/dl, por lo que se considera una fase precedente a la DM2 (OMS, 1999)

Ya que el nutriólogo establece las indicaciones, a su parecer, puntuales y espera que el paciente mecánicamente las lleve a cabo. Cita tras cita, se realiza el seguimiento mediante la entrevista y/o apoyo en estudios de laboratorio, resultando que el paciente mejora, y quizá empeora. En el mejor de los casos reprenden al enfermo y trata de persuadir discretamente de que si no se apegado a o recomendado alimenticias o a su alimentación diaria, no habrá mejoría posible. Es inimaginable que el nutriólogo pone lo mejor de su parte en el proceso, y seguramente todo su profesionalismo, pero el paciente no da el seguimiento requerido y obviamente tenemos un problema.

En la actividad física se recomienda el ejercicio de tipo aeróbico como la caminata, correr, natación, ciclismo, baile, saltar la cuerda, etc. El ejercicio aeróbico es aquel que mantiene un ritmo cardíaco elevado y constante durante un período prolongado, de manera que el cuerpo utiliza las reservas de energía como la grasa para alimentar a las células.

Es importante monitorear los niveles de glucosa en la sangre antes, durante y después de hacer ejercicio. Treinta minutos antes de hacer ejercicios, mida su azúcar en la sangre y anote los resultados en su diario de registro. Si su azúcar en sangre está dentro de su serie de valores normales.

CÓMO SE PERCIBE LA ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO EN OBESIDAD

La obesidad, que se define como un valor de índice de masa corporal (IMC) superior a 30, es una enfermedad crónica multifactorial causada por una interacción genético-ambiental, caracterizada por un exceso de tejido adiposo y con graves consecuencias para la salud por su asociación con otras enfermedades crónicas o comorbilidades como diabetes, artrosis, hipertensión arterial, insulinoresistencia, dislipidemias, además de la alta tasa de mortalidad que genera. Cuando el IMC es superior a 40 kg/m² se define como obesidad mórbida (OM) en cuyo caso aumento el riesgo de morbimortalidad de una forma exponencial. ⁽³⁾

El sobrepeso y la obesidad ocurren principalmente por comer más de lo que el cuerpo necesita y por no realizar suficiente actividad física, se presentan en todas las etapas de la vida: en niños, adolescentes y adultos. Cuando se come de más el cuerpo almacena el exceso de alimentos en forma de grasa que se acumula en distintas partes del

mismo y se empieza a engordar. La obesidad puede ocasionar la aparición de enfermedades como la diabetes, infarto y presión alta, entre otras.

La obesidad es una enfermedad que se origina por varias causas, entre ellas:

- Por no tener un horario fijo para comer o no hacer las tres comidas.
- Por problemas emocionales que nos llevan a comer más.
- Por comer en exceso alimentos que tienen gran cantidad de grasas y azúcar.
- Por no hacer actividad física.

Dado que existe una gran correlación entre el contenido lipídico de muchos alimentos y su densidad energética, una de las múltiples hipótesis sobre la regulación de la ingesta energética sugiere que el efecto que tiene una dieta rica en lípidos sobre la ingesta, se debe simplemente a la densidad energética incrementada en dichas dietas ⁽⁴⁾

La capacidad de actividad física depende de factores hereditarios, somáticos, ambientales y psicológicos. El aumento del nivel de actividad, lograda a través del entrenamiento, puede modificar en forma significativa esta capacidad. El entrenamiento físico consiste en someter al organismo a una carga o tensión de trabajo de intensidad, duración y frecuencia suficientes para producir cambios adaptativos observables o medibles. Para lograr un entrenamiento es necesario exponer al organismo a una tensión mayor de la que efectúa normalmente.

Debe permitir realizar actividad física de mediana a gran intensidad (60 a 90 % de su frecuencia cardíaca máxima teórica), por períodos prolongados (35 a 60 minutos), con sobrecarga del sistema de transporte de oxígeno, con pequeña participación anaeróbica y sin sensación de fatiga. En estas condiciones, en los primeros 30 min el 50% de la energía proviene de los ácidos grasos, alcanzando a los 120 minutos el 80%.

CÓMO SE PERCIBE LA ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO EN HAS

La HAS es una enfermedad crónico-degenerativa de mayor prevalencia en el mundo, en México afecta al 30.8% de la población entre 20 y 69 años de edad,⁽⁶⁾ en base a la persecución alimentaria es controlar y evitar complicaciones para esto necesario llevar una alimentación correcta, por lo que se recomienda⁽⁷⁾

- Consumir más de cinco verduras y frutas diariamente.
- Preferir los cereales integrales.
- Evitar caramelos, postres, mermelada, etcétera.
- No adicionar sal a los alimentos.
- Evitar alimentos fritos y capeados, preferirlos asados o al vapor.
- Disminuir consumo de pan de caja, bolillo, pan dulce.

Refiriendo a la actividad física son efectivos los programas que incluyen actividades como caminar, bailar, correr, nadar y montar en bicicleta, de 30 a 60 minutos al día y al menos de tres a cinco días por semana. Bien realizados, estos ejercicios pueden llegar a reducir los valores de tensión arterial.

Mitos en la alimentación

Julieta García de Alba V.
Lic. en Nutrición

Es muy común, que cuando tengamos una enfermedad o contemos con exceso de peso, algún familiar, amigo o incluso la televisión nos digan lo qué debemos y no debemos hacer con nuestra alimentación. Muchas veces creemos que algún alimento nos puede ayudar a bajar de peso y esto puede llegar a ser perjudicial para nuestra salud, es por esto que enlistaremos algunos de los mitos más comunes:

Bibliografía

1. Córdova-Villalobos, J. A., Barriguete-Meléndez, J.A., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., RosasPeralta, M., Hernández-Ávila, M., De León-May, M. E., Aguilar-Salinas, C. A. 2008. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública. Méx.; 50:419-427.
2. American Diabetes Association. ADA Standards of Medical Care in Diabetes—2009. Diabetes Care, 2008; 32(1):S13-61.
3. Zarich ZV et al. Metabolic syndrome, diabetes and cardiovascular events: current controversies and recommendations. Minerva Cardioangiol 2006; 54 (2): 19-214.
4. Zemel MB. Role of dietary calcium and dairy products in modulating adiposity. Lipids, 2003; 38 (2) 139-146.
5. Rev. méd. Chile vol.140 no.10 Santiago oct. 2012; 140: 1289-1296.
6. Hernández Hernández H, Meaney Mendiola E, Meaney Martínez A, Hernández Ávila M, Lezama Fernández MA, Aguilar Salinas C, et al, Manual de tratamiento farmacológico y control de la hipertensión arterial sistémica para el primer nivel de atención. Rev Mex Cardiol. 2009;20(Supl. 1):1-21.
7. Parra Carrillo J, Verdejo París J, Lemus Carmona E, Saucedo Sánchez N. Costo-efectividad del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial sistémica. Rev Mex. Cardiol. 2009;20(3):141-148

1.-“Las tortillas me engordan”.- Las tortillas son un alimento muy común en la dieta de los mexicanos, las tortillas en exceso pueden ayudar a aumentar de peso, sin embargo consumir tortillas moderadamente en cada tiempo de comida, no es perjudicial al contrario contienen fibra, niacina, calcio, potasio y zinc. Recuerda que debemos elegir de preferencia tortillas de maíz en lugar de las de harina y preferirlas de un tamaño promedio. ⁽¹⁾

2.-“Dejar de comer, es igual a bajar de peso”.- Esto es falso, al contrario, existe una teoría que en épocas prehistóricas las personas tenían lapsos largos de ayuno, por lo tanto cuando se encontraban con alimentos y los consumían el cuerpo inmediatamente lo almacenaba en energía para sus actividades diarias, aun contamos con esa habilidad, es decir, si te saltas algún tiempo de comida en lugar de bajar de peso, acumularas en grasa el alimento que consumiste. ⁽²⁾

3.- “Lo integral, engorda menos”.- El contenido calórico de un alimento integral a uno refinado, es igual incluso puede llegar a ser más, sin embargo debemos recordar que muchos de los alimentos integrales contienen fibra, lo que puede ayudarnos a bajar de peso puesto que provoca saciedad, ⁽³⁾ sin embargo es muy importante revisar la etiqueta, pues lamentablemente muchos productos integrales en especial las galletas y panes dulces contienen mucho azúcar y calorías, y muy poca fibra, por lo que puede llegar a ser perjudicial para nuestra salud.

4.- “Si tengo diabetes ya no puedo comer rico”.- La alimentación en el paciente diabético, no debe porque no ser apetitosa, tus platillos pueden ser deliciosos, siempre y cuando sean equilibrados, sin embargo no por tener diabetes comerás diferente y alimentos insípidos, toda la población en general debe comer equilibrado y saludable. Se recomiendan alimentos bajos en azúcares y altos en fibra. ⁽⁴⁾

Recuerda si algún amigo o pariente te da algún consejo alimenticio, no dudes en preguntarle a tu médico, nutriólogo o algún personal de salud.

Bibliografía

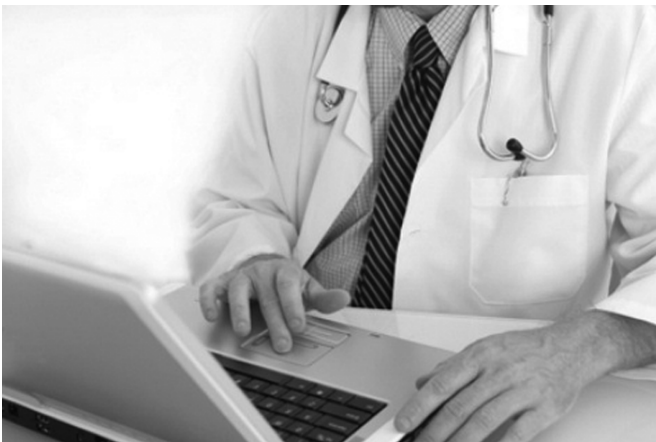
1. Bressani, R., Breuner, M., & Ortiz, M. A. (1989). Contenido de fibra ácido-y neutro-detergente y de minerales menores en maíz y su tortilla. Arch. latinoam. nutr, 39(3), 382-91.
2. Canizales-Quinteros, S. (2008). Aspectos genéticos de la obesidad humana. Rev. Endocrinol. Nutr, 16(1), 9-15.
3. Ibáñez, N. R. (2002). Hambre, saciedad y apetito. Su repercusión en el estado de nutrición de los individuos. Nutrición Clínica, 5(4), 296-308.
4. Mexicana, N. O. (1994). NOM-015-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria. Listado de Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud



Noticias

- Tenemos nueva página Web!!! Búscanos como: www.UISESS.org.mx, podrás encontrar nuestros boletines en digital.
- Damos la bienvenida al Nutriólogo Julio César García Martínez, quien realizará su servicio social en el área de nutrición de esta unidad, así como a la Dra. Griselda Jacqueline Silva Díaz, quien realizará su servicio social en el área de medicina.

¿Tienes algún comentario, sugerencia o te gustaría participar con nosotros?



Boletín U.I.S.E.S.S. es una publicación de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud.

Puedes escribirnos a los siguientes correos electrónicos:

Dr. Javier E. García de Alba García (Jefe de la U.I.S.E.S.S.)
javier.garciaal@imss.gob.mx

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha (Investigadora U.I.S.E.S.S.)
ana.salcedo@imss.gob.mx

El Boletín U.I.S.E.S.S. está indexado en:

- Índice Mexicano de Revista **IMBIOMED** Biomédicas:
www.imbiomed.com.mx
- DIALNET www.dialnet.unirioja.es
- LATINDEX www.latindex.org
- BENSON COLLECTION OF UNIVERSITY OF TEXAS LIBRARIES
- YAKULT www.yakult.mx

ISSN y Certificados en trámite

Ubicación de la U.I.S.E.S.S.

Belisario Domínguez No.1000,
Bajo la Farmacia Central del
del Centro Médico Nacional
de Occidente.
Colonia Independencia. Guadalajara,
Jalisco, México. CP. 44340
Teléfono y fax 36 68 30 00 Ext. 31818.



Sofúl^{LT}
Yakult

Puede ser consumido por toda la familia en sus cuatro deliciosos sabores: mango, natural, fresa y manzana.



Verse bien, se siente bien

- Contiene miles de millones de *Lactobacillus casei* Shirota
- Sin azúcar.
- Reducido en calorías.
- No contiene conservadores.
- Por su origen aporta calcio y proteínas.





Editora del Boletín

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha

Editor Asociado

Dr. Javier Eduardo García de Alba García

Versión Electrónica

Martha Angélica Gallardo García

Consejeros Eméritos

Dr. Jorge Alonso Sánchez

Dr. Alejandro Bravo Cuellar

Dr. Luis Vargas Guadarrama

Consejo Editorial

Dra. Adriana Balderas Peña

Dra. Lourdes Ramírez Dueñas

Dra. Blanca Ramírez Hernández

Dra. Yesenia Peña Sánchez

Dra. Blanca Miriam Torres Mendoza

Dra. Refugio Torres Vitela

Comité Editorial Internacional

Dra. Roberta D'Baer, Univ. of South Florida

Dra. Raminta Danylatute, Univ. of Wriqth

Dr. David Hayes Bautista, UCLA

Dra. Susan C. Weller, Univ. of Texas

Directorio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Director General

Lic. José Antonio González Anaya

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Javier Dávila Torres

Jefe de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Coordinador de Educación en Salud

Dr. Salvador Cázares Queralt

Coordinador de Investigación Médica

Dr. Fabio Salamanca Gómez

Directorio

Delegación Jalisco del I.M.S.S.

Delegado Estatal

Dr. Marcelo Castillero Manzano

Jefe de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Cisneros Sandoval

Enc. Coordinación de Planeación y Enlace

Dra. Elsa Armida Gutiérrez Román

Jefe de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud.

Dr. Javier E. García de Alba García

Agradecimientos:

A las autoridades institucionales y a Distribuidora Yakult Guadalajara por su apoyo para el diseño y la impresión de este boletín.



www.yakult.mx

Corrección

Hugo Enrique González Reyes

Diseño Gráfico

Oscar Gregorio Gómez Vázquez

El *Lactobacillus casei* Shirota es reconocido como probiótico

Por una sociedad más sana



Distribuidora Yakult Guadalajara S.A. de C.V.