

# Nutrición Hoy



Boletín trimestral

Órgano del Fondo Nestlé para la Nutrición de la Fundación Mexicana para Salud

Nutrición Hoy / Volumen 1 / Número 3 / julio - septiembre 2005

Presentación	1
Día mundial para la prevención de la obesidad	1
Sobre la imagen corporal y la obesidad: a propósito del Día Nacional contra la obesidad	3
El estilo de vida y la prevención de la obesidad	3
Serotonina, estrés y obesidad	4
Estrategias para la prevención de la obesidad y problemas relacionados con la nutrición	6
La nutrición y la prevención de enfermedades crónicas en grupos minoritarios.	8

## Presentación

En números anteriores de *Nutrición Hoy* nos hemos ocupado de diferentes aspectos de la obesidad. Dada la importancia que tiene este problema de salud, volvemos a ocuparnos de él en el tercer número de este boletín. La fecha de publicación, por otra parte, coincide con un evento internacional dirigido a llamar la atención mundial sobre la necesidad de acciones energéticas para controlar la epidemia y disminuir su incidencia. Esta llamada de la OMS, "*El día mundial para la prevención de la obesidad*" tiene su equivalente en México en el "*Día Nacional contra la obesidad*". Dos de las contribuciones de este número de *Nutrición Hoy* dan cuenta de estos acontecimientos. Otras dos aportaciones se refieren a dos aspectos importantes en prevención: el concepto de estilo de vida y la percepción cultural de la imagen corporal. Es importante revisar estos temas, identificar nuevas posiciones sobre ellos y aplicarlas en el diseño de intervenciones preventivas. En esta misma dirección se ubican los resúmenes de dos ponencias de la V Conferencia Nestlé de Nutrición. En el primero, el Profesor Kuller describe las bases científicas de las intervenciones preventivas en obesidad; en el segundo, la Profesora Kumanyika revisa los problemas derivados de la desigualdad de abordajes en función de la etnicidad de los receptores de los programas de salud. Finalmente, incluimos una breve revisión sobre algunos aspectos del metabolismo de los precursores de la serotonina, mediador cerebral que tiene un papel importante en la regulación del apetito. Pensamos que el material que contiene este número del boletín será de utilidad para nuestros lectores y contribuirá a fortalecer el interés por la obesidad y su control.

Dr. Pedro Arroyo  
Coordinador Científico del  
Fondo Nestlé para la Nutrición

## Día Mundial para la prevención de la obesidad

En octubre se celebrará El día Mundial para la prevención de la Obesidad, como parte de las acciones emanadas de la *Estrategia mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud* aprobada por la OMS en mayo de 2004. Dicha estrategia se fundamentó en El *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. En éste se señala que en la mayor parte de los países, ha aumentado rápidamente la carga de las enfermedades no transmisibles. En 2001 éstas fueron la causa de casi el 60% de todas las defunciones y el 47% de la carga de morbilidad mundial. Los factores de riesgo más importantes son: la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, escasa ingesta de frutas y verduras, exceso de peso y obesidad, falta de actividad física y consumo de tabaco. Cinco de estos factores de riesgo están estrechamente asociados a la mala alimentación y la falta de actividad física. Conforme a esto, la *Estrategia Mundial* aborda estos dos últimos factores responsables de las enfermedades no transmisibles más importantes, como las cardiovasculares, diabetes de tipo 2 y determinados tipos de cáncer. En países en desarrollo estas enfermedades afectaban

[www.fondonestlenutricion.org.mx](http://www.fondonestlenutricion.org.mx)

inicialmente a los sectores de mejor nivel socioeconómico, pero en la actualidad se concentran en las comunidades más pobres y contribuyen a las desigualdades sociales.

Las causas son las mismas en todos los países: mayor consumo de alimentos hipercalóricos con alto contenido en grasas, azúcares y sal; menor actividad física en el hogar, la escuela, el medio laboral, y en los desplazamientos.

Por tanto, respecto a la dieta se deben incluir las recomendaciones siguientes dirigidas tanto a las poblaciones como a las personas.

- Lograr un equilibrio energético y un peso normal,
- Limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans;
- Aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como de verduras, cereales integrales y frutos secos;
- Limitar la ingesta de azúcares libres
- Limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y consumir sal yodada

Respecto a la actividad física, se reconoce como un factor determinante del gasto de energía y, por lo tanto del equilibrio energético y el control de peso. Reduce el riesgo relacionado con las enfermedades cardiovasculares y la diabetes y presenta ventajas considerables en relación con muchas enfermedades, además de las asociadas con la obesidad. Sus efectos benéficos sobre el síndrome metabólico están mediados por mecanismos que van más allá del control de peso corporal excesivo. Por ejemplo reduce la tensión arterial, mejora el nivel de colesterol de lipoproteínas de alta densidad, mejora el control de la hiperglucemia en las personas con exceso de peso, incluso sin que tengan que adelgazar mucho, y reduce el riesgo de cánceres de colon y de mama en las mujeres.

Se recomienda que las personas se mantengan suficientemente activas durante toda la vida. Según el tipo y la intensidad de la actividad física se logran diferentes resultados de salud:

- Al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada con una frecuencia casi diaria, reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de diabetes, así como los cánceres de colon y mama.
- Un fortalecimiento de la musculatura y un adiestramiento para mantener el equilibrio permiten reducir las caídas y mejorar el estado funcional de las personas de edad.
- Para controlar el peso puede ser necesario un mayor nivel de actividad

En esta Estrategia Mundial, también se precisa que: debe considerarse que las modalidades de actividad física, difieren según el sexo, la cultura y la edad y que, las decisiones sobre la alimentación y la nutrición suelen recaer en las mujeres y están basadas en la cultura y las dietas tradicionales. Las estrategias y planes de acción nacionales deben tener en cuenta esas diferencias; además deben ser culturalmente apropiadas, contrarrestar las influencias culturales y adecuarse a los cambios registrados en el curso del tiempo.

Intervienen y asumen responsabilidades específicas en esta iniciativa: la OMS, los Estados Miembros, Asociados Internacionales (FAO, UNICEF, Banco Mundial, Consejo económico y social de la ONU, OIT, OMC, UNESCO, Bancos Regionales de Desarrollo, Universidad de las Naciones Unidas), Organizaciones de la Sociedad Civil y Organizaciones No Gubernamentales.

En México, el 4 de mayo del presente año se inició formalmente el programa *Vamos por el control de la obesidad* que incluye Jornadas educativas con el objeto de brindar a la población información sobre la diabetes y la obesidad; como parte de las actividades, se realizan pruebas de glucosa, del colesterol, de la presión arterial y densitometría. En la primera etapa se lleva a cabo en los Estados de: México, Jalisco, Michoacán, Veracruz, Oaxaca, Hidalgo, Guanajuato, Baja California y Nuevo León. El programa es presidido por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia y colaboran investigadores de la Secretaría de Salud, Federación Mexicana de Diabetes y Sociedad Mexicana de Nutriología.

Mercedes García

## Sobre la imagen corporal y la obesidad: a propósito del Día Nacional contra la obesidad

El próximo 29 de octubre se celebrará en México el Día Nacional contra la Obesidad, organizado por varias instituciones públicas y privadas bajo el cobijo de la Secretaría de Salud. La idea es hacer conciencia del problema de obesidad que presenta la población mexicana y promover diferentes formas de detectarla, prevenirla y tratarla.

El reconocimiento oficial de la obesidad como un grave problema de salud pública es, por supuesto loable, e implica un primer paso en términos de disminuir y prevenir la epidemia. Sin embargo, los mensajes que se emiten y las formas de recibirlas por parte de la población, tienen significaciones que vale la pena considerar, porque es posible que de ello dependa el éxito o fracaso de las campañas de prevención de la obesidad.

El desarrollo de la obesidad en la sociedad actual, tanto en México como en el resto del mundo, trae consigo ciertas representaciones sociales peculiares. En la medida que tenemos más conocimiento de la relación entre la comida e imagen corporal, el control de la ingestión de la comida se vuelve más importante en la regulación de las dimensiones corporales, por otra parte, no necesariamente, es visto como una cuestión de salud, sino que, de hecho, es visto más como una cuestión estética.

La promoción de la salud implica la generación de discursos médicos que buscan que los individuos modifiquen en algo su comportamiento de tal suerte que eviten la aparición de la enfermedad. Según Laplantine(1), en las sociedades occidentales donde la religión ha dejado de ser tan importante en términos de la regulación de las ideas y valores, el discurso médico se inserta en el discurso moral de manera que los sujetos pueden percibir la enfermedad como resultado de no haber hecho lo que se debe, es decir, de haber hecho algo malo. Del mismo modo, la medicina institucionalizada promueve ciertos comportamientos que en caso de cumplirse prometen una

serie de beneficios, y que, de no realizarse, ocasionan la enfermedad. En este sentido, pues, pareciera que las recomendaciones alimentarias se mirarían como una especie de tabla de los diez mandamientos que dictan lo que hay que hacer para tener una vida plena, pero que si por el contrario no se cumplen las recomendaciones, sobrevendrán catástrofes tremendas como la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial, etc. Esto se puede ilustrar claramente en los mensajes publicitarios que anuncian que tal o cuál alimento se puede comer sin culpa, es decir sin contravenir los diez mandamientos, haciendo lo moralmente correcto.

Al respecto Turner (2) plantea que el desarrollo de la civilización ha traído consigo formas de regulación de los instintos primordiales o básicos como la sexualidad y la alimentación. Uno de estos sistemas es la moralidad y por tanto la forma de comer y la vida sexual, ambas necesidades ineludibles para la vida y la reproducción de la especie, se han cargado de significados morales. De esto se desprende, entonces, que quién es obeso es porque no puede controlar sus instintos y cotidianamente rompe los preceptos morales. Es por tanto, un sujeto socialmente mal visto y rechazado.

Las interacciones entre la moral, el comportamiento alimentario y la imagen corporal son particularmente interesantes ahora en que la obesidad está más presente que nunca. El individuo está atrapado entre el discurso médico, que insiste en hacerlo responsable de sus decisiones alimentarias y en general de su estilo de vida, y la presión social para cubrir un ideal estético y moral.

En este sentido, la promoción de la salud debe considerar la forma cómo la población recibe los mensajes para no generar más ansiedad o culpa que lejos de disminuir el problema lo pueden agravar.

### Referencias

1. Laplantine F. Antropología de la enfermedad. Buenos Aires: Ediciones del Sol. Serie Antropológica; 1999.
2. Turner, B.S. The government of the body: Medical regimens and the rationalization of diet. *The Brit J Sociol.* 1982; 33(2): 254-269.

*Miriam Bertran*

## El estilo de vida y la prevención de la obesidad

En ocasión de la convocatoria mundial para prevenir la obesidad, fecha que conmemoramos en este número del Boletín, es de interés reflexionar sobre la idea del estilo de vida.(1) Se ha escrito mucho acerca de las causas de la obesidad, varias de las cuales se atribuyen a un estilo de vida inadecuado. En esta acepción, el "estilo de vida" es algo que se percibe como "agente de enfermedades", como algo concreto, específico y que puede ser causa de muerte. Inclusive, se han hecho estimaciones del número de muertes atribuibles al "estilo de vida". La concepción que subyace a esta noción de "estilo de vida" como "causa" de muerte se refiere a conductas individuales que ponen en riesgo a la salud. Por ejemplo, se ha estimado que en Estados Unidos la mayoría de las muertes que ocurren en ese país son imputables a tres aspectos negativos del estilo de vida: el consumo de tabaco (~ 400,000 muertes), los patrones de alimentación y de actividad física inadecuados (~ 300,000 muertes) y el consumo

de alcohol (~ 100,000 muertes). De estos tres factores ligados al estilo de vida, el segundo está relacionado estrechamente con la obesidad.

Este enfoque analítico centra la atención y la responsabilidad de su salud en el individuo. Es el sujeto el que adopta las conductas de riesgo y por tanto es el responsable de sus consecuencias y, en última instancia, de su muerte. Es la persona concreta la que decide fumar, la que es sedentaria y la que ingiere calorías en cantidad superior a sus necesidades. Esta visión privilegia a las causas biológicas de las enfermedades, y éstas son procesos orgánicos identificables por medio de una autopsia. Los ejemplos más claros son el cáncer del pulmón, el infarto del miocardio y la cirrosis del hígado. En éste análisis quedan fuera factores contribuyentes como el contexto social y los procesos del entorno macroeconómico, que están fuera de la voluntad del individuo.

Los programas de prevención más comunes de problemas como la obesidad, se basan en esta idea del estilo de vida. Estos programas buscan que el sujeto modifique su conducta por el convencimiento de que hay una racionalidad científica que explica la progresión de la enfermedad y aún la muerte, como resultado de las conductas riesgosas. Sin embargo, la experiencia muestra que la mayoría de estos programas fracasan por la dificultad para cambiar hábitos de vida. Se aduce como explicación la "resistencia al cambio de hábitos". Las bases científicas de esta estrategia de prevención dejan fuera del análisis una serie de factores que subyacen a la aparente "resistencia al cambio". Algunos de ellos se ubican en la subjetividad del individuo como es su historia infantil, que incluye el contexto en el que se adquirieron y consolidaron

hábitos de alimentación y de actividad física, así como las fuentes de ansiedad que subyacen al hábito del tabaquismo. En estos factores están las razones de la resistencia al cambio ante los argumentos de la racionalidad científica.

Otro conjunto de factores que suele estar fuera de la perspectiva de los programas preventivos son los elementos del contexto social que propician y catalizan conductas inadecuadas, ó que impiden ó dificultan la adquisición de otras más saludables. De estos factores el más destacado es la inserción del individuo en la escala laboral, que determina entre otras cuestiones el nivel de ingresos y por tanto el acceso a bienes y servicios, incluidos la alimentación, la educación, la información y las prestaciones en salud. La cultura y la organización familiar están también relacionadas con la pertenencia a una clase social, así como la ubicación espacial y la disponibilidad de espacios para las actividades físicas programadas. Si se miran los problemas de salud relacionados con el "estilo de vida" desde esta otra perspectiva, se entienden las dificultades que enfrenta el individuo para modificar su conducta, así como la parte de responsabilidad que le corresponde a la sociedad, ó el Estado. En última instancia, los problemas de salud a los que nos hemos referido, son en gran medida el resultado de la desigualdad social, y de las limitaciones ó franca incapacidad del Estado para prevenir las ó limitarlas.

Una posición un poco más ecléctica será aquélla en la que, si bien se le pide al individuo que asuma una responsabilidad frente a su propio cuerpo, no se dejan de lado y se actúa sobre los factores del ambiente social.

Referencia.

1. Coreil J, Levin JS, Jaco EG. Life style - An emergent concept in the sociomedical sciences. *Culture, Medicine & Psychiatry* 1985;9:423-437.

*Pedro Arroyo*

## Serotonina, estrés y obesidad

La serotonina es un neurotransmisor que regula las alteraciones psicoafectivas. Su deficiencia propicia trastornos como la ansiedad, la depresión, el cansancio, la somnolencia e indiferencia afectiva generalizada asociada con la inactividad, por mencionar sólo algunos.(1) Por su parte, la alimentación es uno de los procesos fisiológicos que más influye en los niveles de serotonina ya que su síntesis requiere como principal sustrato al triptófano; un aminoácido esencial. Además, se ha demostrado que el consumo de hidratos de carbono favorece la absorción de triptófano a nivel cerebral al provocar la liberación de insulina,(2) la cual disminuye los niveles de los aminoácidos (tirosina, fenilalanina, leucina, isoleucina y valina) que compiten con el triptófano por un acarreador para atravesar la barrera hematoencefálica.(3) Este mecanismo se debe a que la insulina activa el flujo de los aminoácidos hacia los adipositos, acción por la que no pasa el triptófano.(4) De esta manera, los niveles de triptófano permanecen intactos y puede ser acarreado al cerebro más fácilmente.

A su vez, la deficiencia de serotonina puede deberse, entre otras causas, a la deficiencia subclínica de vitamina B<sub>6</sub> (cofactor para la síntesis de serotonina), y a la depleción del triptófano propiciada por un permanente estado de estrés.(1) Al respecto, varios autores coinciden en que el consumo excesivo de alimentos ricos en hidratos de carbono (principalmente simples) de ciertas personas puede deberse, en buena medida, a su necesidad de aumentar los niveles de serotonina a fin de sentirse mejor.(2) Este hábito puede propiciar el desarrollo de la obesidad.(5) La figura 1 resume la secuencia de eventos que median entre la ingesta de hidratos de carbono, los niveles de serotonina circulante y la relación con el estrés.(1)

Varios autores han observado que la obesidad se relaciona con sentimientos frecuentes de frustración y estrés.(6) Al respecto se pueden citar los estudios de Leon-Munoz y cols.(7) quienes investigan la calidad de vida de 2,364 sujetos por medio del cuestionario Salud y Calidad de Vida/ SF-36 que mide ocho variables (actividades diarias/ limitaciones físicas/ dolor corporal/ salud física en general/ vitalidad/ vida social/ salud mental/ sueño). Estos autores observan que los sujetos obesos obtienen puntuaciones globales indicativas de una calidad de vida inferior a la de los sujetos no obesos, sobre todo en las variables que miden vitalidad, vida social, salud física y mental. Importa señalar que en relación con la salud mental, más del 95% de los sujetos obesos informó sentirse preocupado, tenso y estresado en el mes previo a la encuesta, en tanto que esta cifra fue de 23% en los no obesos. Por su parte, Ryden y cols(8) estudiaron la calidad de vida de 1,135 sujetos usando un cuestionario de escalas de personalidad de la Universidad Karolinska de Suecia, el cual mide 15 variables, entre ellas, seis investigan el nivel de estrés (ansiedad somática/ tensión muscular/ ansiedad psíquica/ monotonía/ impulsividad/ irritabilidad). Concluyen de su estudio que los sujetos obesos se distinguen de los no obesos por ser más impulsivos, monótonos, irritables y ansiosos.

El concepto de calidad de vida alude básicamente a las discrepancias que percibe un individuo entre sus expectativas de estado físico, emocional y social, en contraste con su estado físico, emocional y social en el momento en que se le interroga. Por su parte, el concepto de hambre no sólo implica la necesidad fisiológica de alimentarse sino que, de acuerdo a Bruch, (9) expresa simbólicamente un estado de necesidades sobre varios aspectos de la vida; alude concretamente a una sensación de insatisfacción interpersonal. Lo anterior sugiere que para la prevención y el manejo de la obesidad es necesario que los profesionales de la salud investiguen por medio de instrumentos de calidad de vida validados (como es el caso del SF-36 por mencionar sólo alguno), (10) a fin de identificar no sólo los problemas que atañen al campo de la nutrición, alimentación y actividad física, sino también los que corresponden al estado emocional de las personas.

#### Referencias:

1. Takeda E, Terao J, Nakaya Y, Miyamoto K, Baba Y, Chuman H, et al. Stress control and human nutrition. *J Med Invest* 2004;51:139-45.
2. Fernstrom JD. Tryptophan, serotonin and carbohydrate appetite: will the real carbohydrate craver please stand up! *J Nutr* 1988;118:1417-9.
3. Fernstrom JD. Brain tryptophan concentrations and serotonin synthesis remain responsive to food consumption after the ingestion of sequential meals. *Am J Clin Nutr* 1995;61:312-9.
4. The role of protein and amino acids in sustaining and enhancing performance. Washington, D.C.: Institute of Medicine; 1999.
5. Wurtman RJ, Wurtman JJ. Brain serotonin, carbohydrate-craving, obesity and depression. *Obes Res* 1995;3. Suppl 4:s477-s80.
6. Canetti L, Bachar E, Berry EM. Food and emotion. *Behav Processes* 2002;60:157-64.
7. Leon-Munoz LM, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Gutierrez-Fisac JL, Lopez-García E, Jimenez FJ, et al. Changes in body weight and health-related quality-of-life in the older adult population. *Int J Obes Relat Metab Disord*. En Prensa 2005.
8. Ryden A, Sullivan M, Torgerson JS, Karlsson J, Lindross AK, Taft C. A comparative controlled study of personality in severe obesity: a 2-y follow-up after intervention. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:1485-93.
9. Bruch H. Obesity and orality. *Contemp Psychoanal* 1969;5:129-49.
10. Callegari A, Michelini I, Sguazzin C, Catona A, Klersy C. Efficacy of the SF-36 questionnaire in identifying obese patients with psychological discomfort. *Obes Res* 2005;15:254-60.

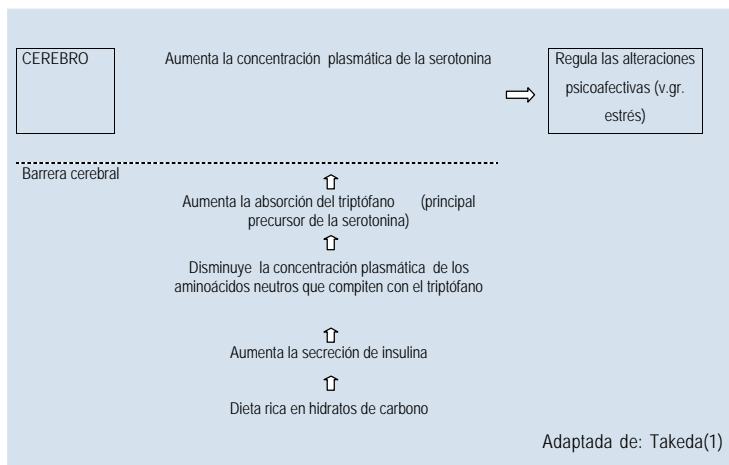


Figura 1. Secuencia de eventos que median entre la ingesta de hidratos de carbono y los niveles de serotonina.

Jeanette Pardió

## Temas de la V Conferencia Nestlé de Nutrición

### Estrategias para la prevención de la obesidad y problemas relacionados con la nutrición

La prevención de enfermedad y discapacidad son piedra angular para mantener la salud y calidad de vida de los individuos. Por tanto, hacia esas actividades debería enfocarse un mayor esfuerzo.

Trataré de resumir, a continuación, algunas consideraciones importantes que deben tener las personas a cargo de programas preventivos poblacionales.

1. Los estudios epidemiológicos descriptivos y analíticos son elementos importantes para recabar información sobre incidencia y prevalencia de enfermedades así como de mortalidad de una población. Permiten asimismo conocer la distribución de los factores de riesgo asociados a la aparición de enfermedad, y las interrelaciones que pueden tener diversas variables, genéticas, físicas, sociales y ambientales para favorecer la ocurrencia de enfermedad.
2. Un enfoque preventivo poblacional puede contemplar dos tipos de intervenciones:
  - 2.1. Uno de salud pública.
  - 2.2. Uno de medicina preventiva.  
Los métodos de salud pública intentan alcanzar un amplio porcentaje de la población en riesgo, en tanto que la medicina preventiva provee una intervención más personalizada y dirigida a un subconjunto de la población de alto riesgo. Un punto importante, a mi ver, es que se requiere una combinación de ambos tipos de intervención si se desea modificar el riesgo de una enfermedad en una población dada.
3. Las estrategias de salud pública y de medicina preventiva deben estar basadas en resultados de ensayos clínicos que tienen claramente documentado el beneficio de la o de las intervenciones propuestas.  
Es necesario recordar que las intervenciones que involucran gran número de individuos normales de bajo riesgo, pueden perjudicar en lugar de beneficiar si las intervenciones no se basan en evidencias científicas sólidas. Al respecto, la respuesta a tratamientos preventivos puede variar debido a características genéticas de la población en estudio o a comorbilidades asociadas con la enfermedad que se pretende prevenir o a interacciones con estilos de vida. Todos estos factores son importantes y deben ser evaluados en los ensayos clínicos de apoyo a la medicina preventiva.  
Algunas veces, los meta análisis de múltiples ensayos clínicos pueden identificar o aportar pistas importantes que aumenten las probabilidades de éxito de una medida preventiva. Pero un punto adicional sería tener en cuenta que un ensayo clínico exitoso no siempre puede ser implementado en una comunidad.
4. Existen los llamados estudios de eficacia que intentan evaluar perspectivas de un ensayo clínico exitoso para lograr una intervención preventiva igualmente exitosa.  
La experiencia actual indica que los esfuerzos comunitarios son superiores a los esfuerzos individuales. Los esfuerzos comunitarios para modificar medio ambiente físico y social son a la larga más baratos que los esfuerzos individuales. Los programas comunitarios permiten modificar la alimentación, por ejemplo, reducir ingestas de sal y grasas, y así reducir tasas de obesidad, de colesterol alto y de presión arterial alta. En contraposición, el consejo individual para cambiar la dieta de sujetos de bajo riesgo es habitualmente más costoso que el comunitario.
5. Los determinantes de la incidencia de una enfermedad dada en una población dependen de tres factores clave:
  - 5.1. Cómo es la distribución de los factores de riesgo de dicha enfermedad en la población.
  - 5.2. Cómo es la susceptibilidad a la enfermedad influenciada por factores genéticos y estilos de vida de la población.
  - 5.3. Cómo es la adherencia de la población a la medida preventiva, sea ésta farmacológica o no farmacológica.
6. Son pocos los estudios que aportan información sobre los puntos 5.2 y 5.3 de arriba. La poca información disponible apunta a que la adherencia está relacionada con nivel educativo y clase social.
7. Los cambios de estilo de vida pueden tener una doble repercusión:
  - 7.1. Modificar la prevalencia de los factores de riesgo de una enfermedad.



- 7.2. Contribuir a la aparición de nuevas epidemias.  
La capacidad de identificar estas dos tendencias constituye, de hecho, un indicador de la fuerza y eficacia de un sistema de salud pública para responder a los cambios adversos en los factores de riesgo así como enfrentar a epidemias antes de que alcancen incidencias catastróficas.
8. Se ha fracasado en prevenir que ciertas conductas adversas a la salud pasen de las clases sociales acomodadas a las de ingresos más bajos. Tampoco han sido exitosos los intentos para modificar subsecuentemente estos factores adversos en las poblaciones de menores recursos.
9. Los programas preventivos de salud pública deben ser extremadamente seguros de sus bondades. Incluso un efecto adverso pequeño puede borrar los beneficios de un programa específico. Este potencial de dañar a un gran número de sujetos está siempre presente y debe ser vigilado cuidadosamente al instaurar una medida preventiva.
10. Es un grave error considerar que todo programa de salud pública es bueno, y que el registro de resultados no es esencial. Incluso hay que tener en cuenta que puede tener efectos indeseables, v.gr. estigmatizar niños o adultos identificados como casos de obesidad o sobrepeso.
11. Los programas de salud pública deben ser desarrollados tomando en cuenta todas las propuestas de salud pública y de medicina preventiva disponibles. La meta es reducir la morbilidad e incapacidad en la población independientemente de los métodos que necesiten ser usados.  
Las poblaciones a nivel mundial y sus líderes esperan lo mejor de la salud pública y de la medicina preventiva con el fin de mejorar la calidad de la salud. Tenemos que actuar con esta meta en mente y plantear medidas preventivas útiles que superen las limitaciones físicas y socioeconómicas que aquejan a las naciones de todo el mundo.

*Dr. Lewis H. Kuller  
Universidad de Pittsburg*

## La nutrición y la prevención de enfermedades crónicas en grupos minoritarios

En los Estados Unidos, el término minoría es un término de consenso, evoluciona con el tiempo, y está definido en términos socioculturales y psicológicos. Las investigaciones relacionadas con el estado de salud de las minorías buscan identificar aspectos del estatus de esas minorías relacionadas fundamentalmente con las desigualdades socioculturales que llevan a desigualdades en la salud. Una segunda área de investigación es la de identificar y/o implementar políticas o programas apropiados de intervención que borren las desigualdades de salud de las minorías.

Las comparaciones entre minorías son complejas pues existen diferencias étnicas entre ellas así como una gran diversidad respecto a cómo llegaron a los Estados Unidos, cuáles fueron su dieta de origen, sus prácticas culturales, la región o vecindario en que habitan, sus ingresos, la composición de sus hogares, etc. Todos estos aspectos tienen que considerarse cuando buscamos identificar su riesgo de salud.

La evidencia actual sugiere que todos los grupos minoritarios están afectados mayoritariamente por enfermedades crónicas, algunos con riesgo más alto que el promedio. En este punto destacan las enfermedades del corazón que son la principal causa de muerte en todas las minorías. Asimismo, con excepción de la minoría asiática,

la mayoría de los grupos minoritarios estadounidenses están en alto riesgo de obesidad y diabetes.

En las investigaciones de salud que involucran nutrición, se han utilizado tres aproximaciones para definir prioridades.

1. La perspectiva dietética, es una derivación de las directrices actuales de prevención de enfermedades crónicas. Propugna por revisiones de la dieta y de la forma en qué se alimentan los grupos poblacionales.
2. La perspectiva de enfermedades crónicas. Plantea analizar los perfiles de riesgo de poblaciones específicas y sus implicaciones dietéticas.
3. La perspectiva comprensiva. Considera la factibilidad y prioridad relativa de las intervenciones propuestas, respecto a resultados de salud en la población.

**Perspectiva dietética.** En ella se plantean habitualmente dos hipótesis.

- a) Las poblaciones minoritarias inician con una dieta mala y son lentas para alcanzar objetivos dietéticos por razones diversas, básicamente culturales y económicas. Un ejemplo es, la dieta de contenido elevado de sal de personas provenientes de los países asiáticos.
- b) Existen minorías que tienen mejor dieta que la población mayoritaria estadounidense, v.gr. los mexicano-americanos que conservan su dieta tradicional mexicana; y algunas minorías asiáticas conservan su dieta sin cambios.

Un ejemplo de una influencia negativa en la aculturación occidental lo proporciona un estudio en que se comparan africano-americanos versus residentes de Nigeria y Camerún. Estos últimos mostraron menor tasa de obesidad que los descendientes de africanos que residen en el Caribe, en los Estados Unidos y en el Reino Unido. Esto es interpretado como el efecto obesigénico de la occidentalización.

En la ocurrencia de obesidad se han señalado factores de riesgo de índole social que guían los cambios en la dieta y en su calidad, entre ellos, la preferencia por alimentos rápidos, las bebidas refrescantes, los alimentos fritos, las "ofertas" de raciones extragrandes etc. Estos aspectos se han documentado en comunidades de bajos ingresos, v.gr. en comunidades de personas negras se ha observado dos y medio más consumo de alimentos rápidos que en el grupo blanco mayoritario.

Una alternativa para evaluar la dieta es el Índice de Alimentación Saludable (IAS=HEI Healthy Eating Index) que permite comparar lo que se está comiendo respecto a las recomendaciones dietéticas. En un estudio en que se compara el IAS de tres grupos étnicos, los mexicano-americanos tuvieron puntuaciones más altas que los negros y blancos no hispanos. Una de las razones de la mayor puntuación en los mexicano-americanos es un mayor consumo de fibra dietética, en tanto que en el otro extremo, los negros tienen una dieta particularmente baja en fibra aunado a un consumo bajo de verduras y uno alto de carne.

**Perspectiva de enfermedad.** Aquí surgen preguntas que es necesario responder y que hacen evidente la necesidad de más investigación en esta área. Algunos ejemplos de las preguntas del área podrían ser:

- ¿Si se igualan los modelos dietéticos de los grupos, son iguales sus perfiles de enfermedad?
- ¿El riesgo relativo de enfermedad está asociado con el mismo factor dietético, en todas las poblaciones?
- ¿Cuáles son los factores que tienen mayor efecto sobre el incremento de riesgo de enfermedad, v.gr. factores dietéticos, consumo de alcohol, condiciones estresantes de vida, otros?

**Perspectiva comprensiva.** Considera la factibilidad de las intervenciones con base en analizar la disponibilidad de alimentos. Por ejemplo, existen zonas urbanas estadounidenses que carecen de supermercados y de tiendas por lo cual la adquisición de frutas y verduras y de otros productos recomendados para reducir el riesgo de enfermedad, se hace muy difícil.

Una variante de la investigación en la perspectiva comprensiva incorpora a la comunidad, de modo que las propias personas evalúan la disponibilidad de alimentos y elaboran un plan de acuerdo a las circunstancias en la que ellos están. Pero se debe tener cuidado con este tipo de abordaje pues una alimentación adecuada es sólo un componente de una situación social dada, y hay que tener en cuenta la existencia de otros problemas. Por ejemplo, por qué existe y qué hacer ante una comunidad en que hay personas que no tienen suficiente comida y sin embargo están obesos.

El incremento de la obesidad en la población conforme se incrementa su tiempo de residencia en los Estados Unidos se hace evidente al comparar los datos de obesidad para diferentes generaciones de hijos de inmigrantes latinos. En la primera generación se observó 17% de obesidad, en la segunda 27% y en la tercera generación 31%. No sabemos aún si la cuarta generación seguirá aumentando más allá de este extraordinario 31% de obesidad infantil.

## Conclusiones

1. La prevención de la obesidad en niños es la más alta prioridad.
2. La reducción de sal es una de las más altas prioridades para las minorías afroamericanas.
3. La prevención y tratamiento de la diabetes y la obesidad son las prioridades más altas en todas las minorías estadounidenses.
4. Se requieren diferentes perspectivas en el estudio de las minorías afroamericanas y de indios americanos aborígenes por razones históricas que conllevaron una ruptura de sus prácticas culturales.
5. Es importante impulsar intervenciones basadas en la perspectiva comprensiva (ejemplo acceso a alimentos).
6. Las prioridades sentadas para la población general estadounidense son también importantes para el manejo de poblaciones minoritarias de este país.

*Dra. Shiriki Kumanyika  
Pennsylvania, E.U.*

Comentario: La mayoría de las observaciones de la Dra. Kumanyika son aplicables a un país multiétnico como es México. *Dr. Pedro Arroyo*

## Actividades académicas del Fondo Nestlé para la Nutrición

- **Seminario sobre Nutrición y Salud.** 16 de noviembre de 2005. Auditorio de la Licenciatura de Medicina, Universidad de Sonora. Blvd. Luis Encinas y Rosales. Col. Centro, C.P. 83000. Hermosillo, Sonora
- **Seminario Internacional "Transición nutricional: alcances y limitaciones del modelo.** Noviembre 24 – 25, 2005. Auditorio "Jesús Virchez" ubicado en el Claustro de Diseño de la UAM-Xochimilco. Calz. Del Hueso No. 1100 y Canal Nacional México. D.F.

Fondo Nestlé para la Nutrición (FNN), Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), *Presidente Ejecutivo de FUNSALUD*, Dr. Manuel Ruiz de Chávez; *Coordinador Científico del FNN* Dr. Pedro Arroyo; *Consultores del FNN/FUNSALUD*: É.S.P. Victoria Fernández, L.N. Jeanette Pardió, Q.F.B. Alvar Loria, M.C. Mercedes García; *Consultor UAM-X* M.C. Miriam Bertran; *Coord. Admvo.* Martha Pacheco; *Diseño Editorial* M.C. Victoria Castellanos e Ing. Marcos Casellín; *Teléfono:* 56 55 90 11 *Fax:* 56 55 82 11, *Correo:* parroyo@fondonestlenutricion.org.mx; *NESTLE-FUNSALUD* Lic. Jorge Arévalo Ch.