

# Nutrición Hoy



Boletín trimestral

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

Nutrición Hoy / Volumen 5/ Número 2/ abril - junio 2009

Nutrición en el crecimiento y desarrollo

La alimentación del niño  
preescolar

2

## Presentación

La obesidad es el tema de actualidad. En diversos contextos se habla de él con relación a su frecuencia, a su importancia sobre la salud, respecto de sus causas, de los factores que han originado su ascenso epidémico, etc. De toda esta avalancha de información hay un punto de vista especialmente preocupante. En círculos clínicos especializados se ha dicho que se trata de un problema de salud incurable. Una declaración así desarma a quienes son responsables de modificar su curso e inhibe a los profesionales que contienden con este problema desde diferentes trincheras.

En este número de *Nutrición Hoy* abordamos este problema de salud. Victoria Fernández hace una reseña detallada de las contribuciones de la investigación cualitativa publicadas en la literatura científica para entender la complejidad de los factores involucrados en el cambio de conducta y su resistencia en dos áreas básicas: la alimentaria y la de los patrones de actividad física. Su punto de partida es la afirmación de la importancia de esta estrategia de investigación – la cualitativa- que estudia procesos conductuales y las motivaciones que los subyacen. En el texto apreciamos las dificultades que enfrentan las personas afectadas y los miembros de los equipos de salud que las atienden. Mucha de esta información se deriva de otras latitudes, ya que en nuestro medio el avance de estas investigaciones es más limitado y lento.

El otro trabajo que presentamos en este número y que fue preparado por la Dra. Ana Luz Reyes se refiere a la alimentación del preescolar y su relación con la prevención y control de la obesidad. También hay información abundante sobre la importancia creciente de este problema en este segmento de la población. La información que se presenta habla de los requerimientos y recomendaciones de nutrimentos de los niños, así como las opciones para elaborar un plan alimentario factible y que se adecúe a su contexto familiar.

El número que se presenta incluye una reseña de la 69ª reunión científica de la Sociedad Americana de Diabetes a la que tuve la oportunidad de asistir. Esta reunión se celebra anualmente y este año tuvo lugar en la ciudad de Nueva Orleans. Dada la imposibilidad de resumir la gran variedad de temas presentados, seleccioné uno que me pareció especialmente importante: un debate acerca de la pertinencia de la definición de prediabetes y sus implicaciones para los programas de detección, prevención y control de esta enfermedad.

Finalmente, ofrecemos la convocatoria para el premio de nutrición del Fondo Nestlé para la Nutrición correspondiente a 2009.

**Dr. Pedro Arroyo**

**Coordinador Científico del Fondo Nestlé para la Nutrición**

Nutrición en la edad adulta

Sobrepeso y obesidad.  
Perspectivas de la  
investigación cualitativa

6

Temas Varios

Reseña de la 69ª  
Reunión Científica de la  
Asociación Americana de  
Diabetes

11

## La alimentación del niño preescolar

La edad preescolar se define como el periodo que abarca de los dos hasta los seis años de edad de un niño. Es una etapa importante durante la cual el niño establece preferencias y aversiones alimentarias que persisten en la vida adulta.

El objetivo de la educación nutricional del preescolar es educarlo en hábitos dietéticos adecuados y en un estilo de vida saludable. En México, la educación nutricional para niños menores a 5 años de edad está considerada dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 donde se establece que la atención al menor debe ser integral, incluyendo orientación alimentaria a la madre o al responsable del menor. Esta orientación debe estar enfocada a la utilización de alimentos de la comunidad de forma variada y combinada, además de hacer énfasis en la higiene al momento de su preparación. El médico familiar, el pediatra y nutriólogo deben realizar las recomendaciones pertinentes dentro del control del niño sano.

Es importante recordar algunos de los fenómenos que caracterizan a los niños menores, entre ellos, el que perfeccionan sus movimientos finos y gruesos, tienen un rápido aprendizaje del lenguaje y comienzan a socializar, adquieren hábitos, y aumentan su actividad física, su autonomía y su curiosidad. A los 3 años de edad completan su erupción dentaria y alcanzan madurez en sus funciones digestivas y metabólicas. Por otra parte, su velocidad de crecimiento va desacelerando, por ejemplo, del aumento de talla de 12 cm por año a los 2 años de vida, baja en el tercer año a 8-9 cm/año, y luego a 5-7 cm por año hasta alcanzar la adolescencia.

Hay dos fenómenos que aparecen en esta edad y que preocupan mucho a los padres: uno es la neofobia, temor por lo nuevo, que condiciona rechazar alimentos nuevos y que puede hacer que sus preferencias en frutas y verduras sean pocas. La sugerencia es tener paciencia y presentar los alimentos nuevos en repetidas ocasiones hasta que el menor se familiarice y los incluya dentro de su menú. El otro fenómeno es la reducción del apetito que acompaña

a la disminución en la velocidad de crecimiento, lo cual puede hacer pensar a los padres que sus hijos no comen lo suficiente. Pero lo cierto es que los niños sanos pueden regular su ingesta a lo largo del día y de la semana y sin embargo, cubrir sus requerimientos sin problema. En casos de menores que presenten una falta de apetito prolongada y ausencia de crecimiento adecuado, se debe buscar la existencia de un proceso patológico que condicione tal estado.

El máximo desarrollo de la deglución y masticación es hacia los 8 años por lo que los preescolares deben siempre estar acompañados durante las horas de comida para prevenir eventos adversos como el sofocamiento. Los alimentos a ofrecer tienen que desarrollar las habilidades para comer (picados, alimentos suaves) y es preferible evitar alimentos difíciles de controlar en la boca como nueces, palomitas de maíz y caramelos. Las instalaciones y el ambiente deben ser adecuados para el grupo de edad (una silla en donde el menor coloque sus pies en el piso, evitando la presencia de televisión y otros distractores).

### Requerimientos nutricionales

Las necesidades dependerán del gasto calórico necesario para mantener el metabolismo basal, termorregulación, actividad física y el crecimiento. Es importante tomar en cuenta si existe un estado de enfermedad o situación clínica que amerite ajustes en los requerimientos nutricionales.

En la tabla 1 se presentan las recomendaciones de energía para niños sanos de 2 a 8 años según la Dietary Guidelines for Americans.

### Distribución de los macronutrientos

Los hidratos de carbono son la fuente principal de energía del preescolar. La recomendación es que ocupen del 50 al 55% del requerimiento calórico total de modo que 10% sea de hidratos de carbono simples y 90% de complejos. En promedio se sugiere 130 gramos al día de carbohidratos.

**Tabla 1. Recomendaciones de energía**

Género	Edad	Sedentario	Moderadamente activo	Activo
Niño/a	2-3	1000	1000-1400	1000-1400
Niña	4-7	1200	1400-1600	1400-1600
Niño	4-8	1400	1400-1600	1600-2000

Dietary Guidelines for Americans 2005 [www.healthierus.gov/dietaryguidelines](http://www.healthierus.gov/dietaryguidelines)

Las proteínas deben ocupar del 10 al 15% del requerimiento total, o sea, 1.1 gramos por kilo de peso y por día. Es importante el aporte de proteína de alto valor biológico a través de los alimentos de origen animal que son buena fuente de aminoácidos esenciales. Las proteínas de origen vegetal proveen aminoácidos como lisina (cereales) y metionina (leguminosas) y deben incluirse también.

Se recomienda que las grasas ocupen del 30 al 35% del requerimiento calórico total, pero menos del 10% deberá estar ocupado por grasas saturadas, un máximo de 10% por grasas poliinsaturada tipo omega3 y omega6, 1-2% de ácido linoleico, y 10-15% de grasas monoinsaturadas. El aporte de colesterol no debe superar los 300 mg/día a partir de los dos años de edad.

El agua es otro factor a considerar para el preescolar: se recomiendan 1.5 ± 0.2 litros al día.

### Recomendaciones de vitaminas y minerales

Las recomendaciones en el aporte de vitaminas y minerales para prescolares sanos se presentan en las tablas 2 y 3. Es importante recalcar que una dieta variada y equilibrada cubre las necesidades de cada uno de ellos y que la suplementación debe restringirse a los casos en los cuales se documente deficiencia, o en los que se presente alguna condición clínica que obligue a cubrir el aporte correspondiente, por ejemplo, después de una resección de íleon terminal.

### Planeando el menú

El consumo diario de una cantidad adecuada de cada uno de los grupos de alimentos permite obtener una alimentación equilibrada. Muchos países han establecido pirámides de alimentos, y en México contamos con el Plato del Bien Comer que está incluido dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005 como un recurso importante en la promoción y educación de salud alimentaria. La cantidad de alimentos debe medirse en raciones las cuales debe cuidarse que tengan un tamaño adecuado. La Academia Europea de Pediatría sugiere que el tamaño de las raciones para niños de 2 y 3 años sean dos tercios del tamaño de las raciones de los niños de 4 y 6 años, mientras que la Academia Americana de Pediatría sugiere un sistema de cucharadas, v.gr. una cucharada por cada año de edad. En México contamos con el Sistema Mexicano de Equivalentes, el cual nos ayuda a distribuir de forma equilibrada los grupos de alimentos.

Hay recomendaciones para el porcentaje de energía que debe proporcionar cada uno de los tiempos de comida, tomando en cuenta que se deben incluir cuatro o cinco tiempos de alimentación en el transcurso del día, en un esquema que asigna 25% al desayuno, 30% a la comida, 30% a la cena, y 15% a las colaciones. Hay que tomar en cuenta la variación del apetito del preescolar, lo cual puede repercutir en variaciones en la distribución de estos porcentajes.

**Tabla 2. Recomendaciones de vitaminas por grupos de edad**

Edad IDR	Vit A µg/d	Vit C mg/d	Vit D µg/d	Vit E mg/d	Vit K µg/d	Tiamina mg/d	Riboflamina mg/d	Niacina mg/d	Vit B6 mg/d	Folato µg/d	Vit B12 µg/d	A. Pantoténico mg/d	Biotina µg/d	Colina mg/d
1-3	300	15	5	6	30	0.4	0.4	6	0.4	150	120	2	11	200
4-8	400	25	5	7	55	0.5	0.5	8	0.5	200	230	3	13	250
9-13		45		11	60	0.7	0.8	12	0.8		360	1.8	20	

H Bourges, E Casanueva, JL Rosado. Recomendaciones de ingestión de Nutrimentos para Población Mexicana. Edit. Panamericana

Es importante también tomar en cuenta las siguientes sugerencias a la hora de elaborar el menú del preescolar:

- Elegir alimentos frescos, de temporada, evitar en lo posible los alimentos procesados. Es importante mantener las tradiciones gastronómicas locales así como aprovechar la disponibilidad de alimentos de la región y a nivel del entorno familiar.
- Considere los vegetales y frutas naturales de preferencia y no en jugos y bebidas azucaradas que están asociados a sobrepeso y presencia de caries.
- Los alimentos de origen animal se sugiere que sean de los grupos de muy bajo a bajo aporte de grasa. Evitar los alimentos fritos y el consumo frecuente de embutidos altos en sal y grasas.
- Ofrecer dos raciones de lácteos al día.
- Se debe incluir carnes rojas ya que es buena fuente de hierro y vitamina B12 así como pescado por ser fuente de ácidos grasos esenciales.
- Alentar al consumo de agua natural.
- Comer en familia, establecer horarios que deben ser respetados y evitar distractores (televisión, videojuegos etc.).
- Es importante que en las estancias infantiles se les proporcione a los padres el menú, tamaño de las raciones así como la cantidad que consumió el pequeño a la hora de la comida para hacer un balance y valorar si es necesario complementar con una colación vespertina o durante la cena.

**Tabla 3. Ingesta dietética de referencia para minerales**

Edad	Calcio mg/d	Fósforo mg/d	Magnesio mg/d	Flúor mg/d	Hierro mg/d	Zinc mg/d	Selenio µg/d	Yodo µg/d
1-3	500	460	80	0.7	7	7	20	200
4-8	800	500	130	1	10	12	30	300

Dietary Reference Intake Food and Nutrition Board. En Manual Práctico de Nutrición en Pediatría p82.

Dentro de estas recomendaciones se debe considerar una actividad física de 60 minutos al día, realizada al aire libre junto con la familia, y buscando además, que sea divertida para ellos.

### Conclusión

La elaboración de un plan de alimentación equilibrado deberá ser elaborado por personal capacitado que tome en cuenta una valoración completa del niño, incluyendo peso, talla, edad, sexo, condición fisiológica y estado de enfermedad. El preescolar tiene una gran capacidad de aprendizaje lo que lo convierte en un modelo ideal para sembrar hábitos saludables que se preserven para el futuro. El adaptarse a las condiciones culturales, familiares, regionales y económicas así como encargarse de la capacitación de los padres y personal encargado del niño en materia de nutrición es otra de las misiones para el equipo de salud de hoy.

### Bibliografía

1. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para atención a la salud del niño. [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html) - 752k.
2. Cobaleda Rodrigo A, Bousoño C. Alimentación de los 2 a los 6 años. En: Muñoz MT y Suárez L (Coord). Manual práctico de nutrición en pediatría. Madrid: Sociedad de

Pediatría de Madrid y Castilla-AEP-Ergón; 2007. p. 79-89.

3. Bourges H, Casanueva E, Rosado JL. Recomendaciones de ingestión de nutrimentos para población mexicana. México: Médica Panamericana; 2005.

4. Pérez Lizaur AB, Rosselló Soberón ME. El plan de alimentación del niño preescolar y escolar. En: Meléndez G (editor) Factores asociados con sobrepeso y obesidad en el ambiente escolar. México: FUNSALUD- Médica Panamericana; 2008. p. 167-180.

5. Rosselló Soberón ME. Alimentación del preescolar y escolar sanos. En: Pérez de Gallo AB (editor). Manual de dietas normales y terapéuticas. Los alimentos en la salud y enfermedad. México: Prensa Médica Mexicana; 2005. p. 103-116.

6. Kleinman RE. Feeding the child. En: Kleinman RE (editor). Pediatric Nutrition Handbook. USA: AAP News; 2004. p. 119-132.

7. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. [http://cofepris.salud.gob.mx/RevistaRED/portada2007mjunio/NOM\\_043\\_SSA2\\_2005.pdf](http://cofepris.salud.gob.mx/RevistaRED/portada2007mjunio/NOM_043_SSA2_2005.pdf)

***Dra. Ana Luz Reyes Ramírez***

*Médica Pediatra con  
especialidad en Nutriología Clínica  
Consultor Privado*

## Sobrepeso y obesidad

### Perspectiva desde la investigación cualitativa

La Organización Mundial de la Salud plantea que en la mayor parte de los países los factores de riesgo responsables de la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles son: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, escasa ingesta de frutas y verduras, exceso de peso u obesidad, falta de actividad física y consumo de tabaco. La mayoría de estos factores está vinculado a la alimentación y actividad física, por lo cual la OMS propone una estrategia mundial dirigida a estos dos aspectos, con el propósito de abatir a las enfermedades no trasmisibles más importantes como las enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y determinados tipos de cáncer.<sup>1,2</sup>

Desde la perspectiva de salud pública las recomendaciones sobre alimentación y actividad física son parte de programas poblacionales y se espera que repercutan en las causas de morbilidad y mortalidad actuales. A nivel individual, se han documentado intervenciones efectivas para lograr la pérdida de peso corporal a través del equilibrio entre la ingesta calórica y la actividad física. Dichas intervenciones son señaladas en diferentes guías clínica dirigidas a la prevención y tratamiento del sobrepeso y obesidad.<sup>3,4</sup> Sin embargo, pese a la rigurosidad con la cual se elaboran las guías y la integración de la mejor evidencia, frecuentemente no son efectivas al aplicarse en los diferentes ámbitos de la práctica por factores inherentes a los procesos individuales, al contexto familiar, cultural y social.

El proceso individual desde la decisión de buscar una alternativa para perder peso, hasta lograrlo y mantener la baja o desistir, inicia con la motivación para perder peso y en ese sentido The Behavioral Risk Factor Surveillance System (2000) de los Estados Unidos, ofrece resultados de interés en una muestra de 93,876 mujeres en que más de la mitad tiene obesidad o sobrepeso. De éstas aproximadamente el 70% manifiesta su deseo de perder peso, pero menos de la mitad lo intenta, si bien varía esta proporción según sus características, negras, blancas o hispanas. Otros datos interesantes son que 20% de las mujeres con sobrepeso y obesidad pensaron que ellas están en su peso ideal y 9.6% de las mujeres con obesidad refirieron tener excelente salud y un porcentaje pequeño

de mujeres clasificadas como obesas refirieron estar en su peso normal. Los autores puntualizan la necesidad de diferentes mensajes en la promoción de la salud, v. gr. Unos dirigidos a quienes consideran estar en su peso normal pero no lo están; otros a quienes desean perder peso pero no lo han intentado; y otros a quienes ya lo intentaron sin lograrlo.<sup>5</sup> En México no contamos con estimaciones al respecto.

Por otro lado, cuando existe la motivación para perder peso, las personas pueden o no tener acceso a alguna alternativa y sobre este punto, se argumentan distintas razones atribuibles a los servicios de salud, por lo que las personas con sobrepeso u obesidad no reciben consejería, a pesar de tener contacto con los servicios. Por ejemplo en Estados Unidos se identifica que sólo el 42% de las personas con obesidad ha recibido consejería para dicho problema.<sup>6</sup> Los factores atribuibles a la inaccesibilidad a la consejería, por parte de los servicios y prestadores, son la falta de recursos de apoyo como psicólogos y nutriólogas, materiales educativos inadecuados y falta de tiempo para proporcionar una consejería adecuada, pero también hay componentes como la actitud de rechazo hacia los pacientes con obesidad.<sup>6</sup> Desde hace más de una década se discuten las actitudes de los médicos y algunos otros profesionales de la salud, hacia las personas con obesidad. Frecuentemente se traducen en un trato irrespetuoso o en referirse al peso de la persona de manera crítica u ofensiva en algunas ocasiones, lo cual se incrementa en pacientes con obesidad extrema. También se conoce que las personas con obesidad reciben en menor grado los servicios preventivos, si bien no hay claridad sobre si esto es resultado de factores del paciente o del médico, lo cierto es que esta situación eleva los riesgos en personas con esta condición.<sup>7</sup>

Más allá de la motivación y el acceso a consejería para perder peso, surge el problema de la efectividad de las intervenciones. Se sabe que la mayoría de las personas que participan de un programa para perder peso, no lo logran o bien tienden a recuperarlo.<sup>8</sup> Por ello es conveniente para los interesados en el tema, conocer los

procesos de las personas que han tenido la experiencia de estar en un programa o plan para bajar de peso.

A través de las experiencias de las personas y de los profesionales de la salud podríamos responder algunas preguntas tales como ¿Cuáles son las razones que impiden seguir un plan individual para perder peso? ¿Cuáles son las dificultades para mantenerse después de perder peso?

La investigación cualitativa con diferentes aproximaciones como la fenomenológica y la teoría fundamentada, ofrece información de estudios que exploran las percepciones y la experiencia de personas, a través de entrevistas semi-estructuradas, en profundidad y grupos focales. La metodología cualitativa nos ofrece información sobre grupos y contextos específicos y no pretende ser extrapolable. Pese a ello, a continuación se resumen estudios realizados en otros países que muestran coincidencias en algunos de los puntos explorados.

### **Razones para incorporarse a un plan o programa para perder peso**

Los participantes de los diferentes estudios refieren la preocupación por su salud como la razón para buscar perder peso. Por otra parte, es frecuente que las personas se enrolen en un programa o plan para perder peso de manera secundaria a un diagnóstico de salud como hipertensión, diabetes y/o hipercolesterolemia. Pero es indudable que la preocupación por la salud, así como por la figura y apariencia, están presentes en los diferentes estudios.<sup>8-11</sup>

La influencia familiar y las expectativas sociales se reconocen en algunos estudios como un factor de presión para buscar una alternativa para perder peso. Los entrevistados hacen referencia a la frecuencia con que intentan perder peso, por diferentes métodos aunque no sean parte de un programa v. gr. dietas, píldoras, ejercicio o métodos alternativos como hipnosis y ayunos. Los intentos fallidos por perder peso o la incapacidad de mantenerlo, produce en las personas diversas emociones, entre ellas,

dolor, desesperación, frustración y aburrimiento,<sup>11</sup> que puede llevar a desistir del objetivo de perder peso.

Por otro lado, existen percepciones que favorecen u obstaculizan que una persona siga un plan para perder peso. El estudio de Brown y cols. explora las percepciones de personas con obesidad y muestra que los participantes perciben los estereotipos negativos y un estigma por ser obesos. Hay médicos de los que perciben ambivalencia y ambigüedad para hablarles de su problema con el peso. Perciben que los profesionales deben pensar que son glotones y tontos porque saben que se asocia al estereotipo de ser gordo. También perciben a los profesionales de salud siempre con prisa y muy ocupados, tal vez sin el tiempo para abordar problemas del peso.<sup>12</sup>

La información anterior tiene sentido a la luz de experiencias referidas por médicos, sobre el proceso para decidir si dan consejería para perder peso o no. Por ejemplo, hay médicos que valoran la receptibilidad de las personas, probablemente influenciados por encuentros anteriores con el mismo paciente o con otros pacientes, de tal manera que cuando el médico considera inicialmente que la persona está lo suficientemente motivada y receptiva, busca el tiempo para “un momento educativo”, pero la decisión puede ser contraria.<sup>6</sup> Otro idea subyacente en el mismo estudio, es que los médicos consideran muy importante su papel en el problema de la obesidad, pero también piensan que hay muchas barreras ambientales como la amplia disponibilidad de alimentos de alta densidad energética e inseguridad para realizar actividad física; culturales, como el considerar el sobrepeso equivalente a salud, así como hábitos familiares y motivación de la familia para brindar apoyo. Este panorama lleva al médico a decidir no brindar consejería, o bien sólo lo hace cuando la causa de la consulta esté directamente relacionada con el sobrepeso u obesidad. Esta actitud es debido a experiencias previas, descritas como muy frustrantes por no conseguir la meta que el médico se propuso con relación al peso del paciente. Para los clínicos la mayor barrera es la motivación, por esta razón, algunos optan por explorar la motivación pero si no la consideran suficiente, optan por no insistir,

porque su experiencia en estos casos es de frustración y consideran que no pueden hacer más que educar.<sup>6</sup> En este sentido, existe una percepción pública generalizada y en algunos profesionales de la salud de que las personas con obesidad son flojas o hacen pocos intentos serios para perder peso.<sup>13</sup>

### **Barreras para seguir el plan o programa para perder peso y mantenerlo**

En los estudios revisados frecuentemente se argumenta la falta de tiempo para realizar actividad física y preparar los alimentos adecuados, a lo que se añaden las dificultades para quienes deben comer fuera de casa. Las mujeres refieren que el trabajar fuera de casa las hace preferir alimentos empacados, salir de casa sin desayunar, a veces no tener hora fija de comida, por lo que comen botanas y la cena es abundante.<sup>14</sup>

El costo de los alimentos saludables, la disponibilidad y la falta de información sobre como cocinarlos y el tamaño de las porciones, también son un obstáculo. En dos estudios, las participantes hacen referencia específica a su preferencia por alimentos accesibles y que den sensación de plenitud.<sup>14</sup> También se cita el gasto para traslados a las consultas y lugares para realizar la actividad física recomendada, por no contar con un lugar accesible para realizarla. Se argumentan, asimismo, las dificultades que representan los ambientes cargados de alimentos de alta densidad como el trabajo, eventos sociales y familiares. De tal manera que para evitar dichos alimentos requieren desarrollar diversas y constantes estrategias.<sup>15</sup>

Las mujeres afroamericanas refieren dificultades culturales para perder y mantener el peso, por ejemplo en sus reuniones de las iglesias y en fraternidades les ofrecen alimentos en abundancia preparados de acuerdo a su marco cultural.<sup>11</sup> En este mismo estudio, todas las participantes refieren intentos de perder peso pero reconocen su incapacidad para sostener la pérdida de peso. Por ello consideran que los programas o planes deben enfocarse más en los métodos para prevenir la ganancia de peso y evitar el ciclo de recaídas.<sup>11</sup>

### **Facilitadores para seguir el plan o programa para perder peso y mantenerlo**

Algunos de los aspectos referidos como facilitadores son la flexibilidad de las citas para acudir a consulta así como el deseo de obtener mayor información sobre alimentación saludable, disponibilidad de alimentos, estrategias de compra y preparación de alimentos tradicionales (técnicas culinarias favorables). Otro facilitador fue el miedo de padecer otro problema de salud.

Un aspecto que facilita seguir un plan es identificar a la actividad física como la clave para perder peso, aunque sólo se trate de caminatas. El éxito en perder peso confiere a las personas más energía y confianza para usar su ropa y las motiva a persistir en el programa. Las personas también se sintieron satisfechas por tener mayor información sobre los riesgos por su condición de obesidad o sobrepeso. El apoyo y motivación positiva de familiares y amigos, también es un facilitador importante. El ejercicio con otros fue una fuente de motivación y el premio se acentúa cuando la pérdida de peso es comentado por otros.<sup>15</sup>

Los participantes en el estudio de Jones y cols., destacan como un facilitador importante para el cambio en su alimentación y actividad física “sentirse responsable frente a alguien”, por lo que les resulta importante asistir a una clínica para manejar su peso, con opción a aclarar dudas y ser monitoreados en sus logros.<sup>15</sup>

Thomas y cols,<sup>16</sup> de los hallazgos de su estudio destacan el rol positivo de las redes sociales para motivar a los individuos a realizar actividad física, ya que quienes participaron en intervenciones con miembros de su red social reportaron más frecuentemente sentirse apoyados y aceptados.

### **Diferencias entre las personas que mantienen su peso y quienes lo recuperan**

En el estudio de Byrne<sup>8</sup>, las personas que después de perder peso lo recuperaban, son generalmente quienes no alcanzaron su meta inicial de pérdida de peso y



quienes se enfocan excesivamente en el peso y la figura para su auto-evaluación. Muestran escasa vigilancia del control de peso y un pensamiento dicotómico, también responden comiendo frente a los eventos adversos de la vida y para regular su humor. Por otro lado, las personas que lograron mantener su peso tienen una fuerte creencia en la importancia de un apoyo positivo, establecen un auto-monitoreo de su dieta y actividad física; desarrollaron estrategias para reducir las porciones, y para abatir el consumo de grasa, azúcar, botanas, alimentos rápidos, alcohol, jugo de fruta y eliminaron otros alimentos del consumo habitual.<sup>17</sup>

### Temas emergentes en grupos específicos:

La mujer hispana prefiere estrategias para realizar actividad física que involucren a un grupo, a la comunidad y que favorezca lugares seguros. Se ha documentado que las personas que viven en barrios más pobres hacen menos actividad física.<sup>14</sup>

El estudio de Barnes realizado en mujeres afroamericanas, aporta aspectos coincidentes con otras minorías en Estados Unidos, entre ellos, costo de la alimentación saludable, no contar con apoyo familiar y social, por lo cual el cuidado de los niños representa un impedimento para realizar actividad física. Sin embargo, las personas de este grupo que tienen éxito en bajar o mantener su peso, comprenden claramente el balance entre la comida y la actividad física. Otros aspectos de interés en este grupo de mujeres, son que consideran que las personas se ven muy delgadas o enfermizas si pierden peso, así como también les representan dificultades para realizar actividad física el pelo y el sudor.<sup>17</sup>

Hay un estudio que revela experiencias de grupos específicos como mujeres con obesidad y en postmenopausia. Ellas relatan el problema social y psicológico que experimentan, por su imagen corporal y el decremento de su salud y bienestar. Este estudio es desde la perspectiva de mujeres seguras o inseguras de su auto-eficacia, entendiendo por auto-eficacia la creencia de que uno es capaz de realizar conductas requeridas para producir los resultados deseados. Adams, la autora del estudio, reconstruye el proceso de estas mujeres, inicia con la búsqueda de

ayuda e involucramiento de la mujer, en un programa para perder peso, fundamentalmente por decremento de la salud y la presión social; posterior a la búsqueda de ayuda, siguió una fase de internalización, en la que se desarrollan las expectativas de resultados y fortalecimiento de las creencias de auto-eficacia, que las lleva a hacer un compromiso; la última fase se caracteriza por guardar el compromiso para lo cual usan estrategias, adquieren conocimiento, negociación de apoyo, se sobreponen a las tentaciones, se protegen de sí mismas, evalúan el progreso y alcanzan los resultados.<sup>10</sup>

Las experiencias de las personas que participan en programas para perder peso, ponen de manifiesto la necesidad del desarrollo de habilidades por parte de los profesionales de la salud, más allá de ser capaces de hacer recomendaciones para perder peso, aplicando las guías clínicas, cuya base fundamental son los estudios realizados en diferentes circunstancias a la aplicadas en diversos contextos clínicos. Por otro lado, los estudios cualitativos ofrecen información necesaria sobre la importancia que tiene actuar en favor o en contra del contexto cultural, sobre como miran la obesidad los diferentes actores (pacientes y profesionales), lo cual nos aporta conocimiento para realizar intervenciones más cercanas a las diferentes realidades y sentimientos de las personas que necesitan perder peso. Un organismo estadounidense, la National Task Force on Prevention and Treatment of Obesity, sensible a las malas experiencias de las personas con obesidad, propone una serie de recomendaciones para favorecer la accesibilidad a los servicios, las cuales contemplan: contar con material y equipo para atender a una persona con obesidad, pesar a los pacientes brindando privacidad y evitar comentarios sobre su peso y considerar que la palabra obesidad puede provocar una reacción extrema por parte de algunos pacientes y convertirse en una barrera para la negociación sobre sus problemas con el peso. El organismo también recomienda considerar estrategias para mejorar la salud sin necesariamente ofrecer un programa para perder peso, pero que las estrategias busquen limitar la ganancia y motivar para una alimentación saludable con actividad física.<sup>7</sup> Las recomendaciones también incluyen aspectos especializados de la obesidad extrema y su morbilidad que no discutiremos aquí.

Finalmente, el estudio de Thomas y cols.<sup>16</sup> sobre la experiencia de ser “gordo” actualmente en Australia, muestra procesos personales complejos y conmovedores que ilustran la necesidad de cambiar la óptica sobre la obesidad, cuando se es un profesional de la salud. Los relatos de los entrevistados permiten ver que hay una fuerte lucha con su peso la mayor parte de su vida, que han sufrido estigmatización, en la infancia o adolescencia o en la edad adulta. La mitad de los entrevistados han sido humillados por los profesionales de la salud por su peso. Los participantes perciben un incremento en la victimización contra las personas con obesidad. La reflexión final de los autores de este estudio invita a repensar la manera de aproximarse a las intervenciones contra la obesidad para evitar hacer daño con estereotipos y exacerbar las inequidades sociales.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Cap 5. Algunas estrategias para reducir riesgos. En: Informe sobre la salud en el mundo 2002. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002: 120-124.
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia mundial sobre alimentación saludable, Actividad física y salud. Plan de implementación en América Latina y El Caribe 2006-2007. Washington, D.C.; 2006.
3. Del Alamo A, González A, González M. Obesidad. Guías Clínicas. 2006;26(www.fisterra.com (acceso 17/02/09)):1-5.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence, National Collaborating Centre for Primary Care. Obesity: The prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. London: NICE; 2006.
5. Mack KA, Anderson L, Galuska D, Zablotsky D, Holtzman D, Ahluwalia I. Health and sociodemographic factors associated with body weight and weight objectives for women: 2000 behavioral risk factor surveillance system. *J Womens Health*. 2004;13:1019-1032.
6. Leverence R, Williams R, Sussman A CB. Obesity counseling and guidelines in primary care. A qualitative study. *Am J Prev Med* 2007. 2007;32:334-339.
7. National Task Force on Prevention and Treatment of Obesity. Medical care for obese patients: Advice for health care professionals. *Am Fam Physician*. 2002;65:81-88.
8. Byrne S, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obesity*. 2003;27:955-962.
9. Ziebbland S, Robertson J, Jay J, Neil A. Body image and weigh in middle age: a qualitative study. *Int J Obesity*. 2002;26:1083-1091.
10. Adams M. “Taking Charge of One’s Life”: A model for weight management success. *Qualitative Report* 2008;13:30-52.
11. Davis E, Clarck J, Carrese J, Cooper L. Racial and socioeconomic differences in the weight-loss experiences of obese women. *Am J Public Health*. 2005;95(9):1539-1543.
12. Brown I, Thompsom L, Tod A, Jones G. Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *Brit J Gral Practice*. 2006;56:666-672.
13. Schwartz MB, Chambliss HO, Bronwell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professional specializing in obesity. *Obes Res*. 2003;11(9):1033-1039.
14. Ramírez AG, Chalela P, Gallion K, Velez LF. Energy balance feasibility study for latinas in Texas: A quality assessment. *Prev Chronic Dis*. 2007;4:1-12.
15. Jones N. An investigation of obese adults’ views of the outcomes of dietary treatment. *J Hum Nutr Diet*. 2007;20:486-494.
16. Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, Herbert D, PA. K. Being ‘fat’ in today’s world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australian. *Health Expect*. 2008;11:319-320.
17. Barnes S, Goodrick K, Pavilk V, Markesino J, Laws D, Taylor W. Weight loss maintenance in africa-american women: Focus group results and questionnaire development. *J Gen Intern Med*. 2007;22:915-922

**Victoria Fernández**

## Reseña de la 69ª Reunión Científica de la Asociación Americana de Diabetes

La reunión anual de la American Society of Diabetes tuvo lugar en la ciudad de Nueva Orleans, Luisiana, EUA, del 5 al 9 de junio de 2009. Tuve la oportunidad de conocer avances recientes en la fisiopatología de la diabetes y en su tratamiento y prevención. Las presentaciones me permitieron darme cuenta de la trascendencia de la diabetes como un problema de salud pública que va creciendo en todo el mundo. La amplitud de temas en la reunión fue impresionante, lo cual hace difícil cubrirlos todos. Me limitaré en esta reseña a un tópico que me parece de interés para todos los involucrados en este padecimiento. Mi reseña se centra en el debate que hubo respecto a si la prediabetes es o no una entidad clínica con todas las de la ley para serlo. A favor de que sí lo es, abogó Jaako Tuomilehto del National Public Health Institute de Finlandia, y en contra, Nicholas J. Wareham de la Unidad de Epidemiología de la Universidad de Cambridge del Reino Unido.

Tuomilehto es uno de los principales creadores del Finnish Diabetes Prevention Study, y Wareham lo es de un organismo similar en el Reino Unido. La discusión enfrentó dos perspectivas acerca de la conceptualización y el abordaje que deben tenerse en cuenta para enfrentar las enfermedades crónicas que tienen un alto impacto poblacional. La diabetes posee estas características.

Tuomilehto sustenta su argumentación en la efectividad de la prevención del riesgo cardiovascular que se logra mediante la identificación e intervención en individuos con glucosa de ayuno alterada o con prueba de tolerancia alterada. Mediante esta estrategia, el programa de prevención de diabetes en la población de Finlandia ha logrado avances considerables. Para Tuomilehto esta evidencia confirma la existencia de un estado previo a la aparición de una diabetes franca. Esto, a su ver, justifica la aplicación de intervenciones dirigidas, principalmente, a modificar el estilo de vida de las poblaciones. Al finlandés no le queda duda de que la prediabetes debe ser vista como una entidad clínica.

Wareham se basa en consideraciones epidemiológicas, clínicas y éticas, para negar la existencia de la prediabetes. Así, Wareham argumenta en relación a la epidemiología de la diabetes, que las definiciones de diabetes y de prediabetes se basan en puntos de corte de una distribución continua de valores de glucosa sanguínea en una población. Según Wareham, estas definiciones dicotómicas no identifican entidades clínicas con existencia real. De su argumentación se infiere que la diabetes como entidad clínica tampoco existe como tal, y que lo que en realidad existen son desviaciones de la parte superior de la curva de distribución de valores de glucosa que pueden ser el resultado de una genética alterada, pero también de la interacción de otros factores como el envejecimiento o de factores ambientales como un desbalance sostenido de energía y sedentarismo. Desde este punto de vista, los niveles de corte de la glucemia son resultado de decisiones basadas en supuestos probabilísticos de un riesgo asociado con ellas. Desde esta perspectiva, las intervenciones poblacionales deben estar dirigidas a disminuir la frecuencia de casos en la cola derecha de las distribuciones de modo que se acerquen a su "normalidad estadística". En relación con los aspectos clínicos, Wareham plantea que etiquetar a una persona como "prediabética" conlleva una cierta estigmatización sin que haya certidumbre de que esta "marca" personal haga que el individuo esté más dispuesto a adoptar cambios en su estilo de vida. Además, el tratamiento puede implicar una utilización excesiva de fármacos con los aumentos de costo y de riesgos implícitos en estrategias masivas de este tipo. Wareham hace ver que en ocasiones, las decisiones de salud pública obedecen más a consideraciones políticas que a racionalidades científicas. Este peligro es real ya que muchas personas ven con buenos ojos a los políticos que lanzan campañas extensas que, en ocasiones, incluyen consumo innecesario de medicamentos.

Concluyo mi comentario señalando que el debate fue vivo y se vieron enfrentados dos estilos de hacer ciencia

y prevención. El británico me parece más conservador y se apoya en lo que podríamos designar tradición epidemiológica antigua, en las raíces mismas donde nace la epidemiología. El finlandés está más cercano a

la visión epidemiológica norteamericana que da sustento al National Diabetes Education and Prevention Program de los Estados Unidos. Aquí, una vez más, un inglés no se alinea con una perspectiva norteamericana.

Pedro Arroyo

## PREMIO Fondo Nestlé para la Nutrición en INVESTIGACIÓN en NUTRICIÓN 2009

**Convocan**  
**Fomento de Nutrición y Salud AC. y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, con la participación del Colegio Mexicano de Nutriólogos AC., Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina AC. y la Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición AC.**







**BASES**

1. Sólo podrán participar trabajos de investigación, inéditos o publicados, realizados en la República Mexicana entre el 1o de mayo de 2008 y el 30 de abril de 2009 o publicados en ese mismo periodo, cuyo autor principal tenga 40 años de edad o menos al cierre del certamen y labore formalmente en una institución mexicana con antigüedad de por lo menos tres años. El trabajo puede ser una tesis de maestría o doctorado defendida durante el periodo ya indicado (1o de mayo de 2008 al 30 de abril de 2009).
2. Los trabajos versarán sobre temas relacionados con la nutrición, con enfoques diversos tales como: fisiología, bioquímica, epidemiología, orientación alimentaria, salud pública y antropología de la alimentación, entre otros. Habrá tres categorías
  - Investigación básica; se entiende como tal la que tiene como propósito principal generar conocimientos nuevos en ciencias básicas: biología molecular, bioquímica, y ciencias afines.
  - Investigación aplicada; se entiende como tal la que tiene como propósito principal generar nuevos conocimientos que contribuyan a la solución de problemas prácticos
  - Investigación socio antropológica; se entiende como tal la que genera nuevos conocimientos en temas sociológicos, económicos y culturales.

El participante deberá especificar la categoría en la que concursa e indicar brevemente las razones de su elección para lo cual deberá expresarlo por escrito en archivo electrónico (DC) en Word.
3. Los trabajos se deberán inscribir a más tardar el 15 de junio de 2009 en las oficinas de Fomento de Nutrición y Salud, A.C. Altata No. 51 Planta Baja Col. Hipódromo Condesa, México D.F. Tel: 5515-1939 y 5272-6207, correo electrónico [editorial@fns.org.mx](mailto:editorial@fns.org.mx). Se deberán entregar:
  - Cinco ejemplares impresos y engargolados del trabajo. Si el trabajo ya está publicado se entregarán 5 reimpresos o copias legibles del original
  - Carta propuesta de la institución en la que labora el autor principal y en la que se indique su antigüedad
  - Comprobante de edad del autor principal (acta de nacimiento, pasaporte o credencial de elector )

- Síntesis curricular del autor principal, datos de contacto y carta en que se compromete a aceptar las reglas del certamen
4. Los trabajos inéditos deberán presentarse en procesador de textos con letra arial número doce a doble espacio con impresión nítida. La portada contendrá el título del trabajo, el nombre completo y cargo de los autores, lugar donde fue realizado el estudio, dirección postal, correo electrónico y teléfono del autor principal y coautores. Esta última información también deberá entregarse en CD en archivo word  
 Se sugiere que el texto siga el orden siguiente: Resumen, Introducción, Objetivos, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones y Bibliografía. Las tablas, presentadas en hojas individuales o incluidas en el texto, deberán numerarse y tener título explicativo. Las figuras se presentarán numeradas correlativamente con una leyenda explicativa. La bibliografía deberá limitarse a artículos directamente relacionados con el texto en el cual deberán figurar los números correspondientes. Las referencias se numerarán por orden cronológico de citación, abreviando los nombres de revistas según la norma del Index Medicus. Los libros deberán figurar de acuerdo a lo estipulado en el N Engl J Med 1997;336:309-315
5. El jurado calificador de los trabajos estará compuesto por destacados científicos de diversas instituciones académicas mexicanas quienes seleccionarán los mejores trabajos y su fallo será inapelable
6. En cada categoría habrá dos premios, uno al primer lugar consistente en diploma y \$50,000.00, y otro al segundo lugar consistente en diploma y \$15,000.00
7. Los resultados del certamen se darán a conocer en la ceremonia de entrega de premios, que se realizará el día 29 de septiembre de 2009 a las 19:00 horas en el Auditorio principal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
  - Los trabajos se deberán enviar a: Fomento de Nutrición y Salud, A.C. Altata No. 51 Col. Hipódromo Condesa, México D.F. Tel: 5515-1939 y 5272-6207, correo electrónico [editorial@fns.org.mx](mailto:editorial@fns.org.mx)

LOS TRABAJOS QUE NO CUMPLAN CON EL FORMATO DE ENTREGA O NO SE ACOMPAÑEN DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA QUEDARÁN DESCALIFICADOS.

Fondo Nestlé para la Nutrición (FNN), Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), *Presidente Ejecutivo de FUNSALUD*, Dr. Manuel Ruíz de Chávez; *Coordinador Científico del FNN* Dr. Pedro Arroyo; *Comité Editorial*: Q.F.B. Alvar Loria, Dr. Pedro Arroyo, E.S.P. Victoria Fernández, L.N. Jeanette Pardió, M.C. Mercedes García, Lic. Jorge Arévalo; *Coord. Admvo.* Martha Pacheco; *Diseño Editorial* M.C. Victoria Castellanos e Ing. Marcos Caselin; Teléfono: 56 55 90 11 Fax: 56 55 82 11, Correo: [parroyo@fondonestlenutricion.org.mx](mailto:parroyo@fondonestlenutricion.org.mx); NESTLÉ-FUNSALUD Lic. Jorge Arévalo Ch.