



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN HUMANA

COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS PARA LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

PRESENTA:

Vera Trejo Anahy Lorena

2152034183

Vivas Barragan Ximena Alejandra

2152031244

Fecha de inicio: 13 mayo del 2019.

Fecha de terminación (tentativa): 16 de diciembre del 2019.

Asesor(a) interno(a):

Dr. Luis Ortiz Hernández

Lugar donde se realizará el proyecto:

Laboratorio de Nutrición y Actividad Física, Departamento de
Atención a la Salud

Licenciatura en Nutrición Humana

Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco

INTRODUCCIÓN

Actualmente en México las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición (ECRN) tiene una alta prevalencia en las personas adultas y conforme transcurren los años la prevalencia va en ascenso. En el 2017, 104,549 personas de 25 a 44 años padecían hipertensión arterial, 51,878 insuficiencia venosa periférica y 87,725 diabetes mellitus. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) la prevalencia de las personas mayores de 20 años que han sido diagnosticados con diabetes mellitus es del 9.4%, el 28.0% de hipercolesterolemia y el 25.5% de hipertensión arterial (Dirección General de Epidemiología, 2017. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Secretaría de Salud Federal (SSF), 2019).

El no tener en control estas enfermedades por medio de un tratamiento médico y nutricio, puede generar a que se presenten más comorbilidades y perjudiquen aún más la salud de la persona y eso a su vez originar que las personas no tengan una buena calidad de vida (Martín et al, 2014).

Lo óptimo para las personas con ECRN sería que se adhieran a su tratamiento y así evitar complicaciones para su salud, pero lamentablemente eso no sucede. De acuerdo con varios análisis realizados por La Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha observado que en países desarrollados tan sólo el 50% de las personas con enfermedades crónicas llevan un tratamiento, y de este porcentaje el cumplimiento a este tratamiento es menor (OMS, 2004).

El seguir un tratamiento o tener continuidad en las consultas no solo depende de las personas en sí mismas, sino que existen barreras construidas por distintos factores, estos pueden ser sociales, económicos, debido al sistema de salud o el tipo de tratamiento (OMS, 2019).

Por ende, el objetivo de este proyecto fue comparar dos estrategias utilizando dos formatos (plan de alimentación y cambio de hábitos) con el fin de fomentar hábitos de alimentación saludables. Identificando cual estrategia fue la de mayor elección en relación con el número de consultas, para observar cuál de las dos estrategias se adecuaba con mayor facilidad a las necesidades de las personas coadyuvando a tener un mayor apego al seguimiento de su tratamiento.

Las intervenciones de nutrición brindadas a la población del estudio se impartían dentro de las instalaciones de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) en la unidad Xochimilco. Se brindaban consultas personalizadas e individuales, dentro de las cuales se les explicaba en que consistían ambos formatos y la forma de intervención de cada uno, una vez brindada la información las personas podían elegir cualquiera de las dos opciones. El seguimiento de las consultas se otorgaba aproximadamente cada 15 o 20 días. La elaboración de formatos junto con la forma de la implementación de consulta fue construida por un grupo de 5 personas, de los cuales el doctor Luis Ortiz y la maestra Diana Pérez Salgado fueron los dirigentes.

ANTECEDENTES

A través del tiempo se ha buscado optimizar el método de intervención en la consulta de nutrición, con el fin de que las personas mantengan un mejor apego al tratamiento nutricional. A lo largo de la historia diferentes investigadores han estructurado diferentes cálculos y estrategias para la intervención nutricional a fin de otorgar a la persona un tratamiento más adecuado, de acuerdo con sus necesidades, así como sexo, edad, estándares antropométricos, gustos, preferencias. Naciendo a partir de este enfoque dos métodos, de los cuales hablaremos a continuación.

Plan de Alimentación

El plan de alimentación habitualmente es el método más usado para la intervención nutricional en el área de salud. Este método consiste en proporcionar una distribución óptima de los nutrientes, diseñado a partir de las necesidades de cada persona, estado nutricional, actividad física, así como también gustos, preferencias, situación económica y disponibilidad de los alimentos (Costa et al, 2012).

Cada plan de alimentación se realiza de manera personalizada y adaptable a las condiciones de vida de cada persona, también se debe tomar en cuenta el sexo, edad, peso, talla, composición corporal, estado metabólico y las enfermedades que llegase a presentar. Todos estos datos deben tomarse en cuenta con la finalidad de otorgar un plan de alimentación que garantice el aporte de nutrientes que requiere cada persona. (Costa et al, 2012).

El objetivo del plan de alimentación es planificar el tiempo de comidas a lo largo del día. Se debe realizar primeramente un cálculo para obtener el requerimiento energético, a partir de los datos mencionado en el párrafo anterior, como la edad, sexo, peso, talla y composición corporal etc. Posteriormente se establece una distribución de macronutrientes, cuya distribución corresponde a recomendaciones dadas para mantener una alimentación saludable, a partir de esta distribución se construye un cuadro básico que incluye los grupos de alimentos en donde se distribuyen las raciones o equivalentes con el fin de que a través de este cuadro se obtenga la distribución de los macronutrientes obtenida con anterioridad (Ortiz, 2015 y Benezra, 2001).

El apego a un plan de alimentación en personas con ECRN no ha sido tan estudiado y existe poca literatura al respecto, aunque si de ha estudiado el empleo de un plan de alimentación y el impacto en el peso corporal. Un estudio realizado por Benezra y colaboradores intervinieron a mujeres con sobrepeso y obesidad premenopáusicas con una restricción calórica y una distribución de macronutrientes estándar. Al final de estudio de obtuvo una pérdida de peso aproximadamente de 6 a 7 kg en 32 semanas. (Benezra et al, 2001).

El estudio al apego a un tratamiento nutricio en personas con ECRN ha tomado un enfoque más farmacológico que nutricional, Lyda Hoguín y colaboradores estudiaron la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus, en el cual se evalúa el apego al tratamiento farmacológico mediante un cuestionario y contabilizando la toma de tabletas. Dentro de este estudio también se estudió el apego a la dieta y al ejercicio. Cuya falta de apego se relaciona a la baja escolaridad y a la falta de información que presentaban las personas (2006).

Otro estudio realizado por Varela B y colaboradores estudiaron también el apego al tratamiento en un enfoque farmacológico en relación con el estado metabólico de las personas, así como las causas que impedía el apego al tratamiento. El apego se midió realizando un conteo a domicilio de la toma de tabletas. Ellos atribuyeron que los factores asociados al no apego son la baja escolaridad y la falta de información sobre la enfermedad (2000).

Cambio de Hábitos

Por otro lado, el lograr un patrón de alimentación saludable generalmente conlleva a realizar cambios en las elecciones de alimentos y bebidas, es por esta razón el enfoque a otro método de intervención nutricia llamado cambios de hábitos. Estos cambios se basan en la sustitución y disminución de alimentos y bebidas menos saludables, a opciones de alimentos más ricos en nutrimentos o más saludables. Los cambios pueden ser muy diversos de acuerdo con las necesidades de la persona, puede ser desde cambios muy pequeños que se pueden lograr con sustituciones simples, u otros cambios que requieren de un mayor esfuerzo. (Pautas Alimentarias para Estadunidenses, 2016).

El método de cambio de hábitos pretende conseguir metas realistas y que las personas las propongan de acuerdo con lo que estén dispuestas a realizar. La Sociedad Estadounidense de Nutrición, el Instituto de Tecnólogos de Alimentos y el Consejo Internacional de Información Alimentaria (O Hill, 2003) , brinda varias razones del por qué los pequeños cambios podrían llegar a tener mayor eficacia en el tratamiento nutricional de las personas, algunas de ellas es que son factibles de lograr ya que se considera que grandes cambios se vuelven más difíciles de mantener, con ello se argumenta que un pequeño cambio es más sostenible y puede mantener por más tiempo en comparación cambios más drásticos, incluso se podrían utilizar como una preparación para las personas dirigida a emprender cambios más grandes. También podrían generar en las personas una mayor autoeficacia, es decir, generando en la persona la confianza en su propia capacidad de poder lograr los resultados esperados. Así como estimular a las personas a producir pequeños cambios adicionales (James O Hill, 2009).

OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar el método de promoción de hábitos saludables que resulta en mayor continuidad y la adherencia del tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas.

Objetivos específicos:

- Identificar el método que los pacientes eligen con más frecuencia.
- Comparar el número de consultas de las personas en cada método.
- Relacionar el número de consultas otorgadas a las personas con el método de elección.

METODOLOGIA

Consultas

Antes de iniciar las consultas se tuvieron varias sesiones en las que se discutió cómo debían de ser los formatos para la consulta, posteriormente realizaron y se imprimieron los formatos que se utilizarían para el proyecto, dichos formatos se muestran en el anexo 1 y 2.

Las consultas se realizaron dentro de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco en el cubículo H314, posteriormente se brindó consulta en el cubículo H001.

Estas se agendaban al inicio en un horario de las 13:00 a las 17:00 horas, una vez que se trasladaron las consultas al H001, el horario de atención era de las 8:00 a las 16:00. Al principio de la consulta se hacía una presentación tanto del paciente como de la pasante de Nutrición Humana. En seguida se preguntaba el motivo de la consulta o lo que esperaba de ella, después de ellos se mencionaba que existían dos métodos para la realización de cambios en su alimentación y para comenzar el tratamiento. El primero era “cambio de hábitos” el cual consistía en realizar pequeños cambios de manera progresiva y así poder tener resultados en el largo plazo. El segundo método es un “Plan de Alimentación”, en éste se realiza un plan de alimentación personalizado, dependiendo de cada persona, edad, peso, talla, gustos, estilo de vida y metas.

Proyecto:

Formatos: Se implementaron varios formatos para el tratamiento de cada una de las personas y esto era según su preferencia, primero se llenaba una historia clínica en todos los casos y después se escogía uno de los formatos que a continuación se describen.

Cambio de Hábitos:

En el método “Cambio de hábitos” las personas que acudían a consulta nutricional podían escoger libremente uno de los hábitos cotidianos que tuvieran y quisieran modificar para obtener una alimentación más saludable, podían eliminarlo gradualmente o por completo. Los cambios escogidos por cada una de las personas dependían de las facilidades que poseían para realizarlos, así como sus gustos y preferencias.

Antes de llegar al punto del establecimiento de los cambios de hábitos en las personas. Primero se realizaba a la persona un recordatorio de su dieta habitual, o en su defecto una encuesta de frecuencia de alimentos. Posteriormente la pasante analizaba que hábitos en su consumo eran saludables y cuáles no eran tan saludables, que podrían cambiarse, mismos que se les explicaban a las personas. Una vez que se les hacía saber los cambios no saludables, se comenzaban a establecer los cambios, siempre y cuando la persona estuviera dispuesta a cambiarlos, ya que, si existían cambios que no eran factibles para las personas modificar, se respetaba la decisión de las mismas.

Por lo contrario, si el cambio era factible de modificar, se llevaba a que dicho cambio fuera estructurado de una forma específica, realista y realizable para la persona. Este cambio no solo lo estructuraba la pasante para el paciente, sino se definía en conjunto con la persona. Para ello se le pedía a la persona que formulara opciones o ideas que podrían ayudar para que los cambios fueran más factibles a realizar, siempre de la mano con la orientación de la pasante. En caso de que la persona no tuviera opciones o ideas la pasante le brindaba ideas con el fin de que la persona pudiera elegir una de ellas o acoplar alguna de ellas a sus necesidades de cambio.

Una vez establecidos los cambios, en consultas subsecuentes se analizaban las dificultades que se habían tenido para realizar los cambios y se buscaban alternativas para poder superar las dificultades o barreras presentadas.

Plan de Alimentación:

Este método consistía en proporcionar a la persona un plan de alimentación diseñado de acuerdo con sus necesidades, gustos y preferencias. En el que se brindaban porciones de alimentos de los diferentes grupos de alimentos distribuidas a lo largo del día.

Para estructurar un plan de alimentación primeramente se tenía que realizar un cálculo para obtener el requerimiento de energía total de la persona. Para llevar a cabo este proceso se debía tener en cuenta el peso de la persona, estatura y sexo. Así como un recordatorio de 24 horas que era realizado previamente, para saber un poco de sus hábitos alimentarios, así como sus gustos y preferencias.

Posteriormente se establecía la distribución de macronutrientes cuya distribución corresponde a las recomendaciones dadas para mantener una alimentación saludable, a partir de esta distribución se construía el cuadro básico que incluía los grupos de alimentos en donde se distribuían las raciones o equivalentes, con el fin de que a través de este cuadro se obtuviera la distribución de raciones para un día. La distribución se basaba de acuerdo los hábitos alimentarios que tuviera la persona.

Una vez que se obtenía el cuadro básico se le brindaba una orientación a la persona acerca de los equivalentes de acuerdo con los grupos de los alimentos. Posteriormente la pasante estructuraba un menú muestra para un día o para un tiempo de comida, con la finalidad de que el paciente pudiera modificar sus equivalentes para formar menús nuevos de acuerdo con las raciones sugeridas, así como en las cantidades correctas conforma a cada uno de los grupos de alimentos.

Después de que la pasante realizara el menú muestra, la persona realizaba uno, mismo que era explicado a la pasante para evaluar si la persona había comprendido la información brindada mediante la orientación de los equivalentes. Si la persona cometía errores al formar el menú, la pasante tenía que identificar los puntos que tenía que seguir trabajando con la persona, de ser necesario volver a brindarle la información hasta que fuera comprendida por la persona o seguir trabajando con ello en las consultas posteriores.

RESULTADOS

En el presente apartado se describen los resultados cuantitativos, mostrando gráficas sobre el análisis que se realizaron de los datos recabados de cada uno de los pacientes durante el periodo en el que fueron dadas las consultas nutricionales, las variables que se utilizaron fueron las siguientes: Sexo, rangos de edad, IMC, actividad física, motivo de la consulta, enfermedades presentadas, intervención y número de consultas.

Por otro lado, en los resultados cualitativos se presentan dos de los casos significativos y se muestran algunos de los puntos clave para poder ejemplificarlos, se da una breve explicación de los casos y se presentan datos principales de los pacientes, motivo de la consulta, la intervención que se realizó dentro de la consulta y los cambios que se realizaron.

Resultados cuantitativos

En la tabla 1 se muestra la distribución de la población estudiada de acuerdo con el sexo. La proporción de mujeres fue mayor que la de los hombres. En la tabla 2 y 2.1 se describen las características de IMC y actividad física. No existieron diferencias significativas entre en diagnóstico de IMC con relación al sexo y la edad, en cuanto al IMC el mayor porcentaje se encuentra en normal y sobrepeso en las mujeres y hombres. Así como no existe diferencia significativa entre la realización de actividad física y las variables del motivo por el cual se realiza con relación con el sexo y la edad. Los hombres fueron el grupo que mayor porcentaje tuvo en la realización de actividad física en comparación con las mujeres.

TABLA 1. Distribución del sexo en la población

Variable	Frecuencia
Hombre	25
Mujer	57

TABLA 2. Diferencias por edad y sexo en peso y actividad física

IMC	Sexo		P	Edad			P
	Mujer %	Hombre %		18 - 25 %	26 – 40 %	41 - %	
Normal y sobrepeso	56.1	60.0	.745	59.3	64.5	45.8	.369
Obesidad	43.9	40.0		40.7	35.5	54.2	
Actividad física							
NO	59.6	52.0	.519	48.1	58.1	66.7	.408
SI	40.4	48.0		51.9	42.9	33.3	

TABLA 2.1 Relación de actividad física, sexo y edad

Actividad Física	Sexo		P	Edad			P
	Mujer %	Hombre %		18 - 25 %	26 – 40 %	41 - %	
No realiza	59.6	52.0	0.675	48.1	58.1	66.7	0.210
Realiza por estética	11	7		37.0	16.1	12.5	
Realiza por salud	21.1	20.0		14.8	25.8	20.8	

En la tabla 3 Se describe la relación entre la actividad física, sexo y edad, así como las principales enfermedades presentadas. En los pacientes de mayor edad, la proporción de diabetes fue mayor que en aquellos más jóvenes.

TABLA 3. Relación de motivo de consulta, sexo y edad.

	Sexo		P	Edad			P
	Mujer	Hombre		18 - 25	26 – 40	41 -	
	%	%		%	%	%	
Motivo de la consulta							
Disminución de peso	84.2	68.0	0.242	74.1	77.4	87.5	0.263
Cambio composición corporal	7.0	16.0		18.5	9.7	00	
Control de enfermedad	16.0	8.8		7.4	12.9	12.5	
Enfermedades							
Sobrepeso y obesidad							
SI	87.8	92.0	0.568	100	90.3	25	0.016
NO	12.2	8.0		0.0	9.7		
DM							
SI	12.3	4.0	0.245	7.4	0.0	25	0.007
NO	96	87.7		92.6	100.0	75.0	
HTA							
SI	5.3	0.0	0.243	00	3.2	8.3	0.282
NO	94.7	100		100	96.8	91.7	
OTROS							
SI	15.8	16.9	0.981	3.7	19.4	25.9	0.092
NO	84.2	84.0		96.3	80.6	75.0	

En la tabla 4. La modalidad de cambio de hábitos, sexo, edad y el número de consultas no es estadísticamente significativo. En cambio, existe una relación significativa entre la modalidad y la edad.

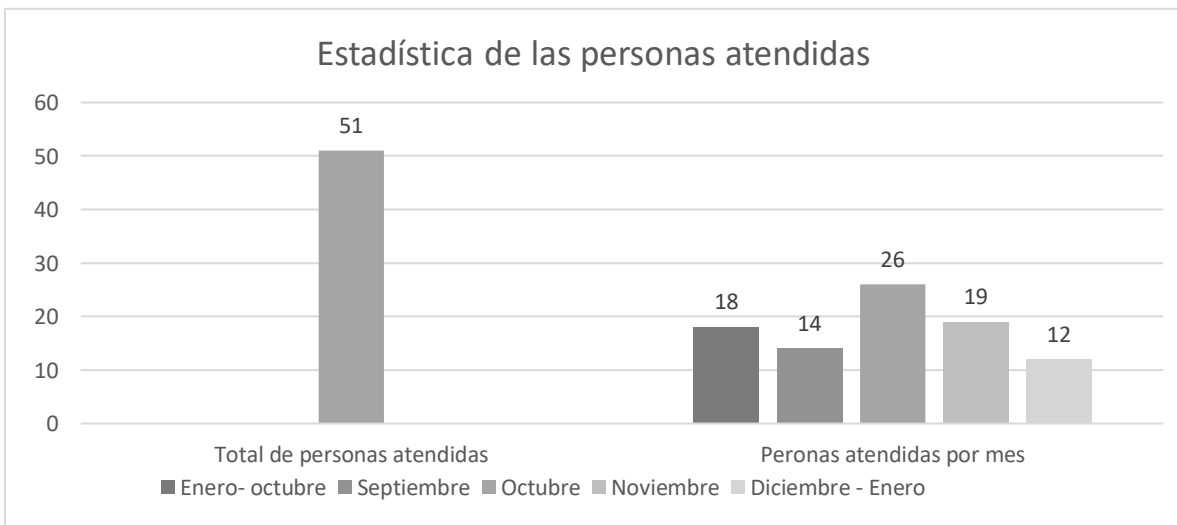
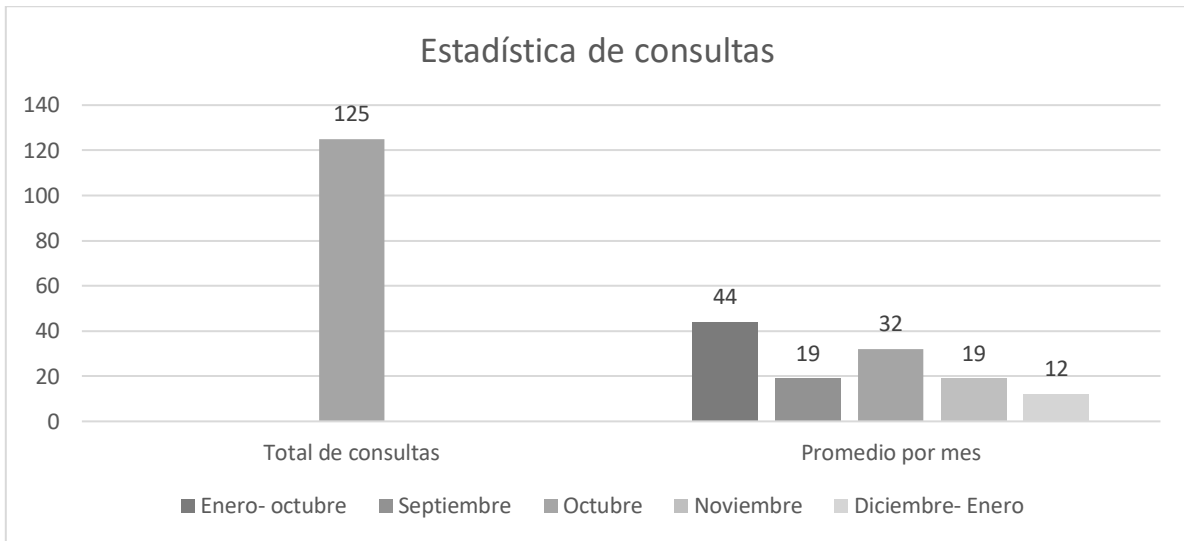
Tanto las mujeres como los hombres tuvieron un mayor porcentaje en la elección de plan de alimentación y la edad en la que más se presentaba esta modalidad era de 18 – 25 años y el cambio de hábitos en las personas de 26 a 40 años, a diferencia del cambio de hábitos las mujeres presentaron 11.6% más que los hombres.

TABLA 4. Relación entre modalidad, sexo y edad

Modalidad	Sexo		P	Edad			P
	Mujer	Hombre		18 - 25	26 – 40	41 -	
	%	%		%	%	%	
Plan de alimentación	68.4	80.0	0.283	88.9	61.3	66.7	0.052
Cambio de Hábitos	31.6	20.0		11.1	38.7	33.3	
	χ	χ	χ	χ	χ	χ	
# Consultas	1.88	2.33	0.618	1.92	2.51	2.08	0.176

Estadística de consultas

A continuación, se describe una pequeña estadística de las personas que fueron atendidas y las consultas que se otorgaron a lo largo del proyecto. Se brindó un total de 125 consultas. El total de personas atendidas fueron 51. A continuación se expone mediante dos graficas la logística que se tuvo a lo largo del proyecto.



Resultados cualitativos: ejemplos de consultas

Los casos que se describen a continuación fueron elegidos debido a que las personas tuvieron principalmente un buen apego al método que mejor se acomodó a sus necesidades, en término del número de consultas que tuvieron, así como también existieron cambios en los hábitos de alimentación que fueron monitoreados en la persona, e inclusive cambios reflejados en el peso corporal. Por otra parte, se contrasta la preferencia de un método a otro en relación con el apego del mismo.

Caso 1: Método de cambio de hábitos.

Primera consulta:

La primera consulta fue el día 10 de septiembre del 2019. La paciente tiene una edad de 70 años, con un peso de 75.8 kg, IMC de 32.6, estatura de 152 cm y 106 cm de circunferencia de cintura. Con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2 desde hace 11 años y para su control toma metformina. Tiene un peso habitual de 70kg y un peso máximo de 80 kg. Es una persona casada, en la actualidad trabaja y vive solo con su esposo, con un ingreso económico en el que no tienen dificultades para suplir sus necesidades. Actualmente no realiza ejercicio.

Al comenzar la consulta nos saludamos y comencé por explicarle brevemente lo que haríamos en el tiempo restante. Le explique que por primera consulta llenaríamos un expediente, en donde le realizaría varias preguntas. Posteriormente pregunte sus datos para poder llenar el expediente, también le pregunte si realizaba actividad física y si bebía alcohol o fumaba, a lo que ella me contesto que negativamente. Una vez que terminamos le pregunte cuál era el motivo que la traía a consulta.

En los reglones siguientes se narra cómo surgió el dialogo con la paciente.

- *Cuál es el motivo por el que vienes a consulta.*
- *(Persona): Bueno sucede que cada cierto tiempo voy al oncólogo a revisión ya que he tenido varias cirugías, debido a que hace tiempo me diagnosticaron quistes en los pechos y en los ovarios, afortunadamente han sido benignos. Entonces la última vez que fui al oncólogo me dijo*

que tenía que bajar de peso porque no tengo un peso adecuado y eso podría perjudicar a mi salud porque soy diabética desde hace 11 años; y no quisiera inyectarme insulina porque actualmente solo consumo metformina. Además, siento que últimamente he aumentado de peso.

Una vez que me comentó su motivo de consulta, le expliqué cuáles eran los métodos de tratamiento que se manejaban de acuerdo con el formato que eligiera, le expliqué en qué consistía cada uno, ella me preguntó qué pensaba yo de cada formato, a lo que le di información acerca de la evidencia mediante investigaciones que se han tenido de los pequeños cambios y del funcionamiento del plan. Una vez dada la información el formato que eligió fue el de pequeños cambios.

Le realicé un cuestionario de evaluación dietética y una vez terminado le comenté los puntos que podrían ser cambiados. A continuación, se enlistan los puntos:

1. Llega del desayuno a la comida con hambre los 7 días de la semana, debido a que pasa más de 6 horas sin ingerir algún alimento que le brinde apetito.
2. Consume cacahuates japoneses (aproximadamente de 100g) a medio día, los 7 días de la semana
3. Consume a diario embutidos, generalmente son 2 rebanadas de jamón por las mañanas.
4. Consume leche deslactosada entera
5. Consume diariamente un pan de dulce

Contemplando los datos antropométricos y dietéticos de la persona su diagnóstico fue el siguiente.

Obesidad grado I relacionado a malas elecciones de alimento (ingesta diaria de alimentos ricos en calorías, como, cacahuates, pan dulce, leche entera) y una vida sedentaria evidenciado por un IMC de 32.6 y una circunferencia de cintura de 106 cm.

Después de comentarle los hábitos que no estaban siendo tan saludables para su salud, se especificaron los cambios que iba a realizar y se describen a continuación:

1. Consumir una colación entre el desayuno y la comida de fruta con yogurt, la colación sustituiría el consumo de cacahuates japoneses y evitaría llegar con hambre a la comida
2. Sustituir o alternar el consumo de jamón, por pechuga deshebrada, huevo o queso panela (bajo en sodio).
3. Cambia la leche deslactosada por leche deslactosada light o solamente light
4. Disminuir el consumo de una pieza de pan dulce a la mitad.
5. Realizar actividad física dos veces por semana 10 min con tiempo de estiramiento y calentamiento

Por otro lado, le comenté si estaba informada de los alimentos de los que tenía que cuidar de no consumir en exceso, me comentó que solo tenía entendido que los azúcares elevaban la glucosa en sangre. Por lo que le explique acerca de los hidratos de carbono, su presencia en los grupos de alimentos y de cómo podía distribuir sus comidas con la finalidad de que no se absorbieran tan rápido en su sistema digestivo.

Una vez terminada las actividades se dio por concluida la sesión

Segunda consulta:

En la segunda consulta revisamos como le había ido con los cambios a realizar. Le pregunte como le había ido con los cambios, en los siguientes renglones se narra los que se dijo en consulta:

Pues más o menos, la verdad es que, en los últimos días he tenido bastante trabajo y reuniones entonces no he podido llevar todos los días los cambios.

Bien no te preocupes, ahorita revisamos en cuales cambios has tenido dificultades y cómo podemos mejorarlos.

Leí rápidamente los cambios que habíamos acordado la consulta anterior y le dije:

Como vamos con la colación

Bien, he estado consumiendo la fruta con yogurt aproximadamente 5 días a la semana

¿Has tenido dificultades para llevarlo a cabo?

Al parecer con eso no, la verdad es que si he tenido menos hambre consumiendo la fruta en vez de los cacahuates.

¿Con el cambio de la leche y del jamón?

Pues he procurado ya no consumir jamón, lo he sustituido por el queso y el pollo, la leche si la cambie.

¿Con el consumo de pan de dulce como te ha ido?

El consumo de pan ya lo quité, ya no lo consumo, ahora mejor consumo unas quesadillas de queso panela

¿Y respecto a la actividad física?

No he realizado actividad física, es que he tenido bastante trabajo y no me he dado el tiempo para hacerlo

Después de la conversación, le explique que realizar actividad física mejoraría también sus niveles de glucosa. Le expliqué la escala de esfuerzo y le brindé una orientación de lectura de etiquetas.

Se le pidió que escribiera un diario de alimentación por tres días a la semana. Se le explicó cómo tenía que realizarlo y los días en que idealmente tendría que escribirlo.

El cambio que se modificó fue:

- Realizar la actividad física un día por semana:
 - Frecuencia: 1 vez por semana.
 - Intensidad: A.F de ligera a moderada (se le explico la escala de esfuerzo)
 - Tiempo:
 - 5 minutos de estiramiento, manteniendo al menos 20 segundos por ejercicio comenzando por la cabeza hacia los pies.
 - 5 minutos de calentamiento a una estala de 2 a 3 de intensidad
 - 10 de caminata de 4 a 6 dependiendo de la capacidad de condición física que presentara.
 - Tipo: Ejercicio que involucre grupos musculares mayores

Tercera consulta:

En la tercera consulta Se volvieron a revisar los cambios establecidos y las barreras que había tenido. Se revisaron los registros que había realizado de su alimentación, de acuerdo con sus registros, el jamón, la colación de la fruta entre el desayuno y la comida, respecto a la colación había días que no la registraba.

Me comentó lo siguiente después de realizar su recordatorio de 24 horas:

Casi no he podido cumplir con el consumo de la colación y evitar los cacahuates, la he realizado aproximadamente como 2 o 3 días por semana, debido a que otra vez he tenido reuniones a lo largo de la semana, y por otro lado he estado estresada por la carga de mi trabajo, además de que últimamente los fines de semana me he desvelado. Tampoco he podido realizar actividad física por lo mismo. Espero que en estos días que este más libre de la carga de trabajo pueda retomar los cambios.

Me mostró un registro de las tomas de glucosa capilares que se tomaba por la mañana, en las cuales presentaba hiperglucemia. Y comentó lo siguiente.

Mi glucosa la he estado teniendo alta, creo que también es por el estrés que he estado teniendo y porque no he dormido bien, siento que esto la ha estado alterando más.

Por ende, los cambios que se acordaron fueron los siguientes:

Que se tomara la glucosa un día por la mañana, otro día por la tarde después de 2 horas de consumir los alimentos y otro día en la noche antes de cenar (esto para tener un registro más completo en sus niveles de glucosa durante el día)

Se le pidió que en el tiempo de comida por la noche añadiera 1 porción de verdura y una porción de aceite, aguacate o semillas.

De acuerdo con su recordatorio de 24 horas por la en la cena consumía una quesadilla de queso con media taza de leche.

Cuarta consulta:

En su siguiente consulta, no llevó los registros de glucosa, pero comentó que sus niveles habían disminuido, se le tomó su peso y había disminuido aproximadamente 4 kg, su peso era de 71.6 kg.

Posteriormente se realizó un recordatorio de 24 horas, de acuerdo con su recordatorio consumía la colación, el cambio de leche se mantenía, así como el del jamón que habitualmente lo sustituía por huevo. Aún había dificultades para realizar actividad física, la realizaba de vez en cuando pero no de una forma constante. De acuerdo con su recordatorio consumía dos porciones de fruta en su licuado por las mañanas, lo habitual era un plátano entero. Ella consideraba que el plátano tenía bastante potasio por eso consumía esa cantidad.

Se le brindo una lista de las frutas y verduras ricas en potasio y el cambio que se añadió fue disminuir las dos porciones de fruta a solo una porción en su desayuno.

Caso 2: Plan de alimentación

El segundo caso se eligió, debido a que se utilizaron los dos métodos que se proponían en las consultas, con esto nos referimos al plan de alimentación y cambio de hábitos, ya que la paciente refería no sentir haber realizado cambios notables y decidió cambiar al plan de alimentación para obtener mejores resultados. Pensamos que a muchas de las personas les puede ocurrir esta situación cuando quieren cambiar aspectos nutricionales del día a día.

Primera consulta:

Presentación

Para ejemplificar el uso de cambio de hábitos y plan de alimentación usados en una misma persona, elegimos uno de los casos en los que se presentó en el consultorio de atención Nutricional ubicado en la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco. Es una joven de 25 años, estudiante de la licenciatura de economía y trabajadora por las tardes. Vive con sus padres y es soltera. No realiza actividad física.

Motivo

El motivo de la consulta era el siguiente; la paciente refirió en la primera consulta querer mejorar su alimentación y cambiar varios aspectos de ésta, para así lograr que su peso disminuyera hasta 60 kilos, ya que en ese peso ella se siente cómoda.

A los hábitos que tenía les atribuía el aumento de peso que había presentado desde hace 4 meses, ya que por lo mencionado por ella no tenía horarios fijos para las comidas durante el día, estaba acostumbrada a tener máximo 3 comidas principales al día, aunque muchas veces no realizaba las 3 y la cena o el desayuno eran las principales comidas que omitía. A continuación, se explica cómo se da esta situación

“La verdad es que hay ocasiones en las que prefiero seguir durmiendo un poco más y no desayunar antes de irme a trabajar, me cuesta mucho trabajo levantarme temprano, es algo que no me gusta y lo que hago es que mejor compro algo de rápido en el camino, cualquier cosa que

encuentre; por ejemplo, un tamal o una torta en cualquier puesto y me lo como en la oficina o me espero hasta la comida, pero lo que no me falta es café con pan para calmar un poco el hambre”.

Ella menciona que normalmente de lunes a viernes mínimo 3 días no desayuna antes de salir de su casa y tiene que comprar en algún lugar para poder consumir alimento por las mañanas.

Diagnóstico:

Datos antropométricos:

Peso:67.60

Estatura:1.51

IMC:29.64 sobrepeso

Intervención:

La intervención comenzó con los cambios de hábitos que se tenían, por ejemplo, se acordó realizar las 3 comidas principales en forma y con un horario establecido, reducir las porciones que consumía en cereales como pan dulce, tortillas de harina y maíz, cambiar algunas elecciones que se tenían de alimentos por mejores opciones, esto se realizó por medio de una lista de alimentos la cuál ella nos proporcionó de los alimentos que más consumía, después con dicha lista se buscaron mejores opciones para obtener los resultados esperados.

EVITAR	PREFERIR
Palomitas de paquete (ACT II)	Palomitas hechas en casa
Tacos de suadero	Tacos de bistec con una tortilla
Quesadillas fritas	Quesadillas al comal
Papas fritas	Verduras con chile y limón
Azúcar de mesa	Sustituto de azúcar
Quesos maduros	Quesos blandos
Helados de crema	Nieves endulzadas con edulcorante
Tortillas de harina	Tortillas de maíz o nopal
Aderezos	Limón, especias y vinagre
Mantequillas o margarinas	Aceite en aerosol
Pan dulce	Pan tostado

CONSULTA 2

En la segunda consulta (agendada dos semanas después de la primera) no se obtuvo un cambio en el peso, y ella lo esperaba, mencionó lo siguiente:

“creo que lo mejor sería cambiar a una dieta más estricta, porque me siento muy libre cambiando solo algunas cosas, dejando de comer otras o disminuyendo las porciones que consumo y con lo demás siento que puedo comer lo que yo quiera, quizá una dieta o plan como como el que me habías comentado me ayudaría más a bajar de peso y tendría una idea más clara de lo que puedo comer y cuanto de cada cosa”.

Se indagó un poco más en porqué había cambiado de opinión para conocer sus razones, y mencionó “siento que no estoy haciendo nada y la verdad quiero ver cambios en mi cuerpo porque me gustaba mucho más como me veía antes cuando estaba más delgada, mi ropa me quedaba mejor y no como ahora”.

Intervención

RET: 1500 kcal diarias

Distribución:

- Hidratos de Carbono 50%
- Lípidos 35%
- Proteína 15%

Se proporcionó un menú muestra a partir de su dieta habitual, tomando en cuenta su recordatorio de 24 horas, el menú muestra incluía equivalentes y se dio una explicación para que ella pudiera darse una idea de cómo podría organizar sus comidas con los equivalentes de los grupos de alimentos proporcionados para un día. Además de una lista de recomendaciones generales para poder llevar acabo el plan de alimentación.

Distribución por tiempos de comida

Categoría	Desayuno	Colación 1	Comida	Colación 2	Cena
Verduras			1		1
Frutas	1	1			
Cereales sin Grasa	2	1	2		2
AOA Moderado Aporte de Grasa	1		2		
Leche Descremada	1				1
Aceites sin Proteína	2		2		2

Menú muestra

Desayuno 8:00 am (aproximadamente)

Omelete de huevo con champiñones, fruta y café con leche

- 1 huevo completo o dos claras
- Champiñones salteados (libre)
- 2 pz de pan bimbo integral
- 1 taza (240ml) de fruta picada (sandía, fresas picadas o melón)
- 1 tz de leche descremada, deslactosada con café o té.

Colación 1 12:00 pm (aproximadamente)

Opción 1 Licuado

- 1 manzana roja
- 3 cdas de avena
- Agua

Opción 2 fruta y palomitas

- 1 tz de fruta picada
- 2 tz de palomitas hechas en casa o 5 galletas marías (pequeñas)

Comida 3:00 pm (aproximadamente)

Bistec asado con pasta y ensalada

- 1 bistec asado (se puede utilizar 1 cdita de aceite)
- 1 tz de pasta (solo con jitomate)
- Ensalada de hojas verdes con limón y sal

Cena 8:00 (aproximadamente)

Cereal con leche

- 5 cdas de avena en hojuelas o 1 tz de cereal de caja integral

- 240 ml de leche descremada, deslactosada
- 10 mitades de nueces

Recomendaciones

- Evitar consumir pan dulce, galletas, pastelitos, barritas energéticas, dulces, helados, azúcar blanca, azúcar morena, miel, dulces.
- Evitar el consumo de bebidas azucaradas como refresco, jugos artificiales y naturales, etc.
- Consumir preferentemente carne de res, pollo, pescado, huevo.
- No consumir frutas solas, acompañarlas con pan integral, leche, amaranto, avena.
- Preferir preparar alimentos a la plancha que fritos, capeados, etc.
- No agregar sal extra a las comidas una vez preparadas
- Tomar mínimo 8 vasos de agua al día
- Preferir consumir alimentos preparados en casa que comida rápida.
- Continuar con tiempos establecidos de comidas.
- No saltarse ninguna comida del día.
- Comer despacio
- Evitar atracones de comida
- Comer cada 3 o 4 horas
- No agregar más aceite a las preparaciones

- Si se tiene ansiedad o hambre se puede consumir jícamas o pepinos
- Hacer las mismas comidas los fines de semana
- Gelatina light libre

CONSULTA 3

La consulta 3 se realizó una semana después para saber si se tenía alguna duda respecto al plan de alimentación preparaciones o con los grupos de alimentos, y la respuesta fue que no había dudas, hasta ese momento toda la explicación se había comprendido y el plan que se proporcionó era de su agrado, además de que se notaba mucho más entusiasmada con la nueva intervención.

DISCUSIÓN

La mayoría de la población que asistió al servicio de nutrición fueron mujeres, de las cuales el principal motivo de consulta fue disminución de peso, tendencia que puede reflejar el anhelo en las mujeres por tener una silueta más delgada. Tal como lo manifiesta una investigación realizada por Pérez Sara y Romero Gabriela en donde se realizó encuestas a mujeres de 15 a 50 años. Cuyos resultados arrojaron que aproximadamente de 50% de las mujeres encuestadas tenían un anhelo hacia la delgadez corporal (Romo S y Romero G, 2008).

La baja participación de los hombres en el programa se puede atribuir al hecho de la idea de que la disminución de peso es más una actividad para mujeres, hecho que concuerda con un estudio realizado por Crane M y colaboradores (2019). Por otra parte, los hombres no se implican en proyectos de disminución de peso debido a que existe miedo a no tener éxito en lo que se proponen, esto puede explicar por qué un alto porcentaje de hombres eligió el formato de plan de alimentación. El estudio también concluye que cualquier tipo de auto control se asocia con mayor pérdida de peso (Crane M et al., 2019).

En un estudio realizado en 130 personas que tenían una edad promedio de 51 años se evaluó la pérdida de peso en relación con la fomentación nuevos hábitos y el rompimiento de viejos hábitos, en donde se tuvo un seguimiento de 12 meses, de los cuales menos del 20% desertaron y más del 60% al final de la intervención habían tenido una pérdida de peso importante (Cleo G et al,2008). El estudio descrito confirma que los pequeños cambios son factibles de mantener por un tiempo prolongado. Por otro lado, la edad promedió de la población del estudio era de 51 años, a lo cual, podemos concluir que las personas con mayor experiencia de vida buscan cambios de alimentación duraderos que se añadan a sus hábitos de alimenticios volviéndose parte de su vida cotidiana. Estos factores también se pueden ver reflejados en los resultados de esta investigación ya que de acuerdo con los formatos utilizados en consulta, la mayoría de las personas que optaron por cambio de hábitos tenía una edad entre 26 a 41 años. Cabe mencionar que este grupo de edad fue el que más número de consultas tuvo durante todo el proceso, de cual podemos decir que presentaron un mayor apego al tratamiento.

De acuerdo con los datos obtenidos, en cuanto al tratamiento que cada persona elegía se pudo observar una relación con la edad que presentaba esta misma. Ya que las personas con mayor edad eligieron con mayor frecuencia cambio de hábitos en cambio las personas con menor edad plan de alimentación. A partir de dicha relación se puede concluir que a mayor edad las personas buscan cambios más prolongados que puedan ser integrados en su estilo de vida y no un seguimiento de “una dieta” por un corto tiempo. Otro factor al que se puede atribuir dicha relación entre la elección del formato de cambio de hábitos respecto a la edad de las personas, son las experiencias previas que pudieron haber tenido con nutriólogos o con algún profesional de la salud. Ya que varias de estas personas tenían un conocimiento del funcionamiento del plan de alimentación, el cual no se adaptó a las necesidades que requerían, por ejemplo, su estilo de vida, gustos o preferencias. Por otro lado, las personas con menor edad se enfocan más en cambios de los cuales los resultados puedan ser visibles en poco tiempo no importando si los regímenes pudieran ser restrictivos. Otro de los aspectos que puede reflejar la tendencia a la elección del plan es su preocupación por su estado físico. Debido a que se puede tener la idea que el tratamiento con cambio de hábitos no tendrá los mismos resultados esperados a diferencia de un plan de alimentación.

Casi todas las personas que asistieron a consulta nutricional de 18 a 40 años presentaban sobrepeso u obesidad, esta predominancia podría ser muy perjudicial, debido a que favorecen el desarrollo de más enfermedades y comorbilidades. Por otro lado, existe una gran posibilidad de que las personas a través de los años sigan aumentando de peso, pasando de sobrepeso a obesidad o aumentando a un grado mayor de esta. Por ende, un tratamiento enfocado a cambio de hábitos podría tener un impacto en la disminución de sobrepeso y obesidad. Tal como lo menciona un artículo de James O Hill (2009), en el que pequeños cambios puede tener un impacto en el peso de la persona. Debido a que principalmente los cambios pueden ser mantenidos por un tiempo más prolongado o permanente, así también un pequeño cambio puede llevar a un cambio mayor y con el tiempo obtener una pérdida de peso significativa.

Las personas que asistieron a consulta en este proyecto y que presentaron un diagnóstico de diabetes mellitus fueron en su mayoría mayor a 40 años, siendo estas mismas las que eligieron en mayor cantidad el formato de cambio de hábitos y el motivo de la consulta no era perder peso, sino el control de enfermedades y una vida saludable en general. De

acuerdo con los datos se podría deducir que las personas tenían una mayor preocupación por la salud en general que por estética. En una investigación (Zemer D, 2003) en donde se estudió el impacto del tratamiento nutricional en personas adultas que presentaban diabetes mellitus se observó que el manejo nutricional para pacientes con diabetes tipo 2 no necesitaba enfocarse principalmente en la pérdida de peso para tener un impacto beneficioso en el control glucémico, sino que las personas pueden tener beneficios secundarios en diversos aspectos.

En cuanto a los reportes de las consultas se ejemplificaron dos casos de los cuales los resultados de ambos fueron satisfactorios. Se ejemplificó la intervención de dos formatos que se manejaban en las consultas, plan de alimentación y cambio de hábitos por decisión de los pacientes, ya que como se comentó anteriormente uno de los objetivos de la intervención es que se buscaba tener cambios que no fueran efímeros en las personas.

Respecto al primer caso se pudo observar que la persona eligió el método de cambio de hábitos debido a que no quería algo tan drástico que no pudiera llevar a cabo. Con la secuencia y monitoreo de las consultas se observó que la persona se adaptó al método ya que de los cambios establecidos realizó la mayoría (tal como se describe en los resultados cualitativos). La mejoría de los hábitos en su alimentación y actividad física se vio reflejada en la disminución de su peso corporal que mantuvo hasta su última consulta. Cabe mencionar que la persona era mayor de 60, ante la elección del método se puede observar la relación en los resultados descritos anteriormente donde el grupo de mayor edad eligió el método de cambio de hábitos. Este caso ejemplifica la inclinación de las personas con más edad a realizar cambios factibles de llevar a cabo a fin de que sean más duraderos y estables. En el segundo caso se apreció que puede tener relación con la parte cuantitativa ya que la paciente es joven y ella quería que los cambios fueran notorios, así como más rápidos, por consiguiente, optó por el plan de alimentación, además de no presentar ninguna enfermedad crónica degenerativa.

Debido a las transformaciones que se pudieron observar en las personas hacia una alimentación más saludable en ambos casos ya sea interviniendo con el mismo método todo el tratamiento o iniciando con un método y finalmente cambiando a otro. Se puede concluir que no existe un método que sea mejor que otro y que asegure un mejor apego al tratamiento nutricional en todas las personas, sino más bien que sea el método que más se

acople a las necesidades e inclusive a las expectativas de cada persona. Ya que las dos personas que llevaron a cabo el tratamiento nutricio sintieron mejoría en la forma de alimentarse, así como sintieron resultados satisfactorios.

Otro factor que puede intervenir en el apego a un método u otro es la forma en el que se lleva a cabo el manejo de éste durante la consulta, así como la interacción y la participación de la persona hacia el personal de salud y viceversa. Ya que independientemente del método utilizado es importante que los cambios o el plan alimentación puedan ser, específicos, entendibles a la persona, realistas y alcanzables de la forma que asegura mayor posibilidad de apego al tratamiento. Por otro lado, es de suma importancia no mirar a la persona con un enfoque solo en las patologías o en los problemas fisiológicos o bioquímicos que presenten, sino más bien indagar en el contexto de la persona ante su enfermedad, como lo puede ser su estilo de vida, sus hábitos, o inclusive problemas externos que puede presentar la persona y que pueden estar repercutiendo en su salud. De igual forma es importante que la persona se sienta en un ambiente de confianza en el que ella pueda ser escuchada sin juicios, críticas o imposiciones, respetando sus decisiones. El que se genere en consulta un ambiente de colaboración entre la interacción paciente y personal de salud puede ayudar a personalizar el problema en la persona de forma que la persona piense en el problema y decida cómo actuar siempre siendo ayudada u orientada por el profesional de salud para buscar la mejor solución que sea adecuada para para la persona, estableciendo así una relación de colaboración y no un de poder en donde se imponga cualquier tipo de cambio (Ortiz et al, 2015).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A pesar de las diferentes intervenciones que se llevan a cabo para la pérdida de peso o control de enfermedades, lo más importante antes de elegir cualquier tipo de intervención es tomar en cuenta las necesidades que tienen las personas, ya que no son las mismas, por ejemplo, las madres de familia pueden acomodarse mejor con los cambios de hábitos, ya que toda la familia podría incluirse en estos y tener una mejor alimentación, además de que los cambios no son drásticos y pueden cambiarlos poco a poco en beneficio de todos. Se puede tener mayor éxito en que la persona se adapte a los cambios durante toda su vida, por otro lado, los jóvenes pueden llegar a tener mejor resultado con el plan de alimentación porque pueden llegar a tener una mayor facilidad de enfoque en éste y en los resultados que quieren lograr o alcanzar, además de ser independientes para realizar los cambios en su vida sin afectar necesariamente a las personas con las que convive día con día. Por ende, es importante que vaya de la mano intervención- necesidad.

Se recomienda realizar mayor investigación en el apego al tratamiento nutricional no visto solo de forma farmacológica. Con respecto a las consultas presentadas en los resultados cualitativos se puede concluir que tanto el método de cambio de hábitos y el de plan de alimentación, pueden llegar a ser efectivos para la disminución de peso corporal e inclusive para generar cambios en los hábitos de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

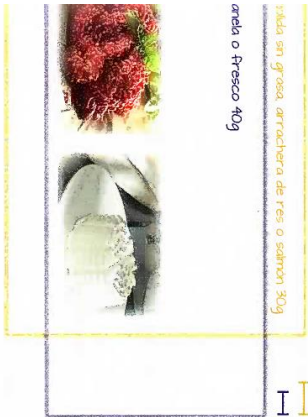
1. Costa J et al. Implementación del plan nutricional. Algoritmo transcultural en diabetes. 2012; 12.
2. Benezra et al. Intakes of most nutrients remain at acceptable levels during a weight management program using the food exchange system. J Am Diet Assoc. 2001; 101 (5): 554-61.
3. Pautas alimentarias para estadounidenses Octava edición 2015- 2020. Resumen Ejecutivo. 2016
4. Dirección General de Epidemiología. Principales causas de morbilidad por grupos de edad [Internet]. 2017. [citado el 7 febrero 2019]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_nacional.html
5. Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud Federal. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. 2016 [citado el 7 febrero 2019]. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/encuestas/resultados/ENSANUT.pdf>
6. Martín A. Grau Á. Espinosa A. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev. Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2014[Consultado: 7 febrero 2019];40 (2):225-238. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2014/csp142g.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO Pruebas para la acción. OMS. [Internet]. 2004[Consultado: 7 febrero 2019]:137- 139.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo. [en línea] 2019. Consultado: 7 febrero 2019. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>
9. James O Hill. ¿Puede un enfoque de pequeños cambios ayudar a abordar la epidemia de obesidad? Un informe de la Fuerza de Tarea Conjunta de la Sociedad Americana de Nutrición, Instituto de Tecnólogos de Alimentos, y Consejo Internacional de Información Alimentaria, The American Journal of Clinical Nutrition. 2009 (2). 477-484,
10. Ortiz L., et al. Fundamentos de nutrición para la consulta nutricional. México: Trillas; 2015.

11. Benezra L. Intakes of most nutrients remain at acceptable levels during a weight management program using the food exchange system. *Rev The american dietetic*.2001; 101(5). 555-561
12. Romo S y Romero G. Imagen corporal en mujeres rurales de la Sierra Juárez y la costa de Oaxaca: una aproximación nutrio-antropo-lógica. *Estud. soc* [online]. 2008, vol.16, n.32; pp.79-111. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572008000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0188-4557
13. Holguín L. Correa D. Arrivillaga D. Cáceres D. Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Pontificia universidad javeriana. 2006; 5 (3). P. 535-547
14. Crane M et al. A Randomized Trial Testing the Efficacy of a Novel Approach to Weight Loss Among Men with Overweight and Obesity. *Obesity*. 2019; 23(12). 2398-2404
15. Cleo G et al. Habit-based interventions for weight loss maintenance in adults with overweight and obesity: a randomized controlled trial. *International Journal of Obesity*. 2018; 43 (10).
16. Ziemer D et al. A Simple Meal Plan Emphasizing Healthy Food Choices Is as Effective as an Exchange-Based Meal Plan for Urban African Americans With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2003; 26 (6). 1719-1724;
17. Hill JO, Wyatt HR, Reed GW, Peters JC. Obesity and the environment. where do we go from here? *Science* 2003;299:853–5.
18. Zemer D et a. A simple Meal Plan Empashasizing Healthy Food Choices Is as Effective as an Exachance – Based Meal Plan four as an Exachance . Based Meal Plan for Urban African Americans With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2003; 26 (6).

ANEXO 1

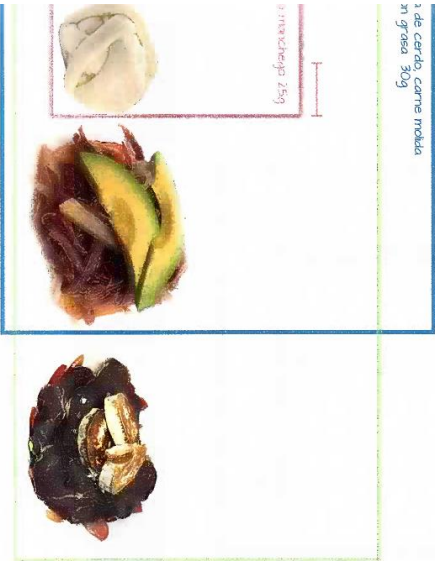
Formato de consulta “plan de alimentación”

e Bajo Aporte de grasa



Alimento: Arroz con frijol o arroz con salmón 30g
 o Fresco 40g

moderado y alto aporte de grasa



Alimento: Carne molida
 o Grasa 30g

Nombre: _____
 Nutrióloga (a) _____
 Teléfono consultorio: _____ Carre: _____
 Próxima cita: _____

Porciones por grupo de alimento en cada comida

Alimento	Totales	Desayuno	Colación	Comida	Colación	Cena
1-Leguminosas						
2-Verduras						
3-Frutas						
4-Cereales SIN grasa						
5-Cereales CON grasa						
6-Leche descremada						
7-Leche entera						
8-Semillas						
9-Aceites						
10-Grasas saludables						
11-Grasas no saludables						
12-Azúcares						
13-Proteína animal (muy bajo)						
14-Proteína animal (bajo)						
15-Proteína animal (moderado)						
16-Proteína animal (alto)						

Tamaño de una porción

Medidas

- 1-LEGUMINOSAS**
 1/2 taza de:
 Frijoles, haba seca, lentejas, garbanzos, alubias, diverjines, Frijoles refritos o soya, 1/3 taza Hummus: 5 cdas

- 2-VERDURAS**
 1/2 taza de:
 Coadidos: brócoli, calabacita, calabaja, chirimón, chayote, col, ejotes, espinaca, hulkacochi, pimiento, setos
 Criadlos: calabaja, jicama, zanahoria

- 3-FRUTAS**
 1 taza de:
 Fresa rebañada, melón, papaya, sandía, zarcamora, piña
 1/2 taza de:
 Mango pelado, pera, plátano
 1 pza de:
 Mango manila, manzana, toronja
 2 pza de:
 Durazno, mandarina, naranja
 1/2 taza de:
 Arándano seco, 1/2 taza
 Chabacano: 4 pza
 Ciruela o guayaba: 3 pza
 Frutas: 10 pza
 Uvas: 18 pza
 Mamey: 1/3 pza

4-CEREALES SIN GRASA

Integrales

1/2 taza de:
Avena en hojuelas, elote desgrana-
do, arroz integral cocido,
pasta para sopa integral, cereal
de caja integral

1/4 taza de:
Amaranto tostado

1/3 taza de:
Avena

1 taza o 1 pza de:
Avena cocida, pan de caja
integral, tortilla de maíz, tostada
hornada

Haboneras integrales: 4 pza
Palmitos de maíz: 3 tazas

Refinados

1/3 taza o pza de:
Arroz cocido, pan sadado,
camote, bollo sin miqñon, bollo
p/hamburquesa

1/2 taza o pza de:
Cereal de caja, medias noches,
papa, pasta para sopa

1 pza de:
Hot cakes, pan de caja pan
tostado

Galleta María: 5 pza
Galleta salada: 4 pza

5-CEREALES CON GRASA

1 pza de:

Galletas de avena, tortilla de
harina, tostada frita, barritita
granola/integral

Granola: 3 cda
Galletas dulces: 2 pza
Pan dulce: 1/3 pza

6/7-LÁCTEOS*

1 taza de:

Leche descremada, yogurt
natural
bebible, yogurt natural solo

1/2 taza de:
Yogurt griego,
leche evaporada

Leche en polvo: 4 cda

*Bebidas azucaradas agregar
1 porción de azúcar

8-GRASAS SALUDABLES

Aceites vegetales: 1 cdtita

Aguacate: 1/3 pza
Aceitunas: 8 pza

Atunada: 10 pza
Cachruttes: 14 pza

Nuez picada: 1 cda
Nuez de castilla: 3 pza

Nuez de la india: 8 pza
Semillas de girasol: 4 cdtita

Ajonjolí: 4 cdtita
Chia: 7 cdtita

9-GRASAS NO SALUDABLES

1 cdtita de:
Mayonesa, margarina,
mantequilla o aderezos

1 cda de:
Crema o queso crema

1 reb de:
Tocino o queso de puercos

10-AZÚCARES

Preferir endulzantes no
calóricos (stevia, stevia).

Azúcar/cajeta/miel: 2 cdtita
Yakult: 1 pza

Chocolote en polvo: 10 g
Gelatina: 1/2 taza
Mermelada: 1 cda

Refresco: 1/3 taza
Jugo de frutas: 1/2 taza

11-PROTEINA ANIMAL (Muy bajo aporte de grasa)

Atun en agua: 1/3 lata
Camaron cocido: 5 pza

Clara de huevo: 2 pza
Pechuga de pavo: 1/2 reb

Pollo desahogado: 1/4 taza
Queso cottage: 3 cda
Requeson: 3 cda

12-PROTEINA ANIMAL (bajo aporte de grasa)

Atun en aceite: 1/3 lata
Jamón de pavo/pierna: 2 reb

Pierna pollo sin piel: 1/4 pza

13-PROTEINA ANIMAL (Moderado aporte de grasa)

Huevo: 1 pza
Queso parmesano: 3 1/2 cda

Salchicha de pavo: 1 pza
Sardinras en aceite: 3 pza

14-PROTEINA ANIMAL (Alto aporte de grasa)

1 1/2 reb de:
Jamón o Mortadela

Moronga: 1 reb,
Salchicha: 1 pza

Queso amarillo: 2 reb

VISUALIZACIÓN DE PORCIONES DE PROTEÍNA

Los cuadros o rectángulos son el tamaño de una porción. El grosor está indicado con este símbolo —

II-De Muy bajo Aporte de grasa:

