



Viernes 13 de febrero de 2009

**Taller:
“La cesta de la compra”**

Moderador:

Carlos Valdivia Jiménez
CS Torre del Mar. Málaga.

Ponente/monitora:

- Josefa María Panisello Royo
Especialista en Medicina Interna. Directora General de la Fundación para el Fomento de la Salud (FUFOSA). Barcelona.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Valdivia Jiménez C. La cesta de la compra. Introducción. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 117-9.

La cesta de la compra. Introducción

Carlos Valdivia Jiménez
CS Torre del Mar. Málaga
cvaldivia@telefonica.net

INTRODUCCIÓN

La segunda mitad del siglo XX ha sido testigo de importantes cambios en la sociedad occidental y en los estilos de vida. El desarrollo económico, científico y social en las naciones desarrolladas ha logrado incrementar de forma sustancial la facilidad de acceso a alimentos saludables y a formas de vida más confortables. Todo ello ha contribuido a mejorar las expectativas de vida de las personas. Sin embargo, de forma paralela, se ha incrementado la incidencia y prevalencia de algunas enfermedades crónicas. Este hecho no solo está relacionado con la mayor edad de la población, sino que mantiene una estrecha relación con estilos de vida sedentarios y con factores nutricionales¹.

Los estudios epidemiológicos de los últimos años ponen en evidencia un incremento alarmante de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población general y en las edades infantiles y juveniles en particular, donde España se encuentra entre las regiones con cifras más elevadas de su entorno^{2,3}. Es bien sabido que la obesidad de inicio en la edad infantil tiene tendencia a persistir a lo largo de los años, y que la obesidad adulta y toda su comorbilidad suponen un importante reto para la salud pública, debido a que su abordaje y tratamiento consumen muchos recursos.

Si bien durante el primer año de vida la alimentación de los lactantes parece estar muy controlada por las recomendaciones del personal sani-

tario a través de los programas de salud, y por las empresas que comercializan alimentos industriales diseñados para lactantes, a partir del segundo año de vida pasa a estar dirigida, casi de forma exclusiva, por las preferencias y costumbres familiares.

El consejo nutricional es una actividad habitual en la consulta pediátrica, sin embargo, tiene muchas limitaciones (entre ellas la falta de homogenización y sistematización, y el tiempo que consume) y su efectividad no ha sido evaluada. Los contenidos que debe incluir el consejo nutricional abarcarán además de recomendaciones sobre cantidades, tipos de alimentos o técnicas culinarias, diversas estrategias para estimular las habilidades parentales: modelado, cuidado del entorno físico y emocional, técnicas de refuerzo, etc. Para una mayor efectividad del consejo nutricional es conveniente aplicar técnicas de entrevista motivacional, una metodología centrada en los pacientes que busca que cada persona descubra sus motivaciones personales para el cambio de conducta y la estimule a que descubra y supere sus propias resistencias al cambio⁴.

OBJETIVOS DEL TALLER

Mediante el consejo nutricional les trasladamos a los familiares los conocimientos útiles y necesarios para el desarrollo de una alimentación saludable. Pero la cosa no ha hecho sino empezar y los padres ahora se enfrentan a una "batalla comercial" de la que no siempre saldrán bien parados. El taller de la cesta de la compra pretende dar un paso más, llevando a los profesionales al campo de lo práctico y lo cotidiano. Trata de dar las pistas y las claves que deben seguir los consumidores para conseguir una alimentación saludable, lo que sin duda y de forma obligada debe comenzar realizando una "compra saludable".

Objetivos generales

- Integrar en la práctica asistencial los principios de la prevención y de la promoción de la salud a través del cambio de hábitos de compra.
- Capacitar a los profesionales para que puedan incrementar en sus pacientes y grupos familiares la motivación para este cambio.
- Capacitar a los profesionales de Atención Primaria para entender las contradicciones entre los estilos de vida de cada persona y el deseo de mantener la salud.
- Ayudar a los profesionales en la utilización y manejo de estrategias breves y eficaces de cambio, adaptadas a la Atención Primaria, con respecto a la compra de productos alimentarios.

Objetivos específicos

Al final del curso, el alumno debería poder:

- Comprender y explicar cómo analizar críticamente la composición de los alimentos envasados a fin de que se seleccionen los productos cardiosaludables.
- Aplicar las estrategias docentes adecuadas al perfil del individuo o del subgrupo comunitario al que se refiera.
- Ayudar a mantener los cambios conductuales mediante la aplicación de habilidades específicas. Tener una visión crítica de los mensajes de publicidad referidos a los alimentos.

Bibliografía

1. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012. Consejería de Salud de Andalucía. 2006 [consultado el 15/11/2008]. Disponible en www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=\salud\contenidos\planobesidadinfantil\PIOBIN BAJA.pdf
2. Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clin (Barc)*. 2003;121:725-32.
3. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia NAOS. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
4. Martínez Rubio A, González Rodríguez C. La alimentación de 2 a 18 años. ¿Se pueden prevenir riesgos para el futuro? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 269-78.

Viernes 13 de febrero de 2009

**Taller:
“La cesta de la compra”**

Moderador:

Carlos Valdivia Jiménez
CS Torre del Mar. Málaga.

Ponente/monitora:

- Josefa María Panisello Royo
Especialista en Medicina Interna. Directora General de la Fundación para el Fomento de la Salud (FUFOSA). Barcelona.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Panisello Royo JM. La cesta de la compra. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 121-9.

La cesta de la compra

Josefa María Panisello Royo

*Especialista en Medicina Interna. Directora General de la Fundación para el Fomento de la Salud (FUFOSA). Barcelona.
jpanisellor@medynet.com*

Somos lo que comemos. Esta antiquísima afirmación, debida a Hipócrates, que a veces habremos oído sin prestarle mucha atención, merece unos instantes de reflexión por nuestra parte.

Ciertamente, en los países occidentales estamos asistiendo a una verdadera epidemia que podríamos llamar nutricional, causada por aquello que aseguró nuestra supervivencia como especie desde el principio de la humanidad, aquello por lo que el hombre peleó y guerreó, dado que aseguraba su existencia y la de los suyos: la comida.

Los datos disponibles sobre los hábitos dietéticos actuales en España indican que ha existido una evolución desde la dieta mediterránea tradicional (rica en verduras, legumbres y fruta, pescado y aceite de oliva, con un consumo moderado de vino, una relativamente baja ingesta de lácteos y azúcares simples y un consumo prácticamente nulo de alimentos preparados comercialmente) hacia patrones de ingesta más característicos de las demás sociedades occidentales, con una mayor contribución de la grasa animal al consumo energético total, en detrimento de la ingesta de hidratos de carbono complejos y de fibra vegetal. Paralelamente, se ha reducido la actividad física de la población en general, que se ha vuelto más sedentaria, empeorando aún más el panorama. De esta manera, hemos visto aumentar de forma alarmante la prevalencia de enfermedades tales como la diabetes tipo II (cuya aparición se da ahora en edades cada vez más tempranas), la obesidad, las dislipemias y la aterosclerosis.

Tabla I. Aspectos básicos a abordar al educar/reeducar los hábitos alimenticios

- | | |
|---|---|
| <p>1. Hábitos educacionales o ¿cómo comemos?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Formando el gusto b) El reconocimiento de las sensaciones c) Sentados en torno a la mesa <p>2. Hábitos de compra o ¿cómo compramos?</p> | <p>3. Hábitos dietéticos o ¿qué comemos?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ¿Cómo decidimos lo que comemos? b) Las raciones c) Dieta mediterránea: variedad, comedimiento y colores d) Los grupos alimentarios y su frecuencia de consumo e) Preparación de los alimentos f) Alimentos preparados: ¿no, gracias? g) La comida basura |
|---|---|

El número de publicaciones sobre recomendaciones dietéticas es ingente, pero la realidad asistencial nos muestra cuán difícil es hacerlas llegar de forma clara para que nuestros pacientes y nosotros mismos adoptemos de buen grado unos hábitos alimenticios saludables.

De los tres apartados que creemos deberían abordarse a la hora de dar unas normas claras y sencillas que pudieran ayudarnos a adoptar y a "ayudar a adoptar" unos hábitos alimenticios saludables, y que se recogen en la tabla I, abordaremos principalmente el segundo de ellos, es decir la importancia de los hábitos de compra.

HÁBITOS DE COMPRA O ¿CÓMO COMPRAMOS?

Los hábitos dietéticos de la población española han ido cambiando de forma importante en estos últimos 40 años y aún más en el último cuarto de siglo¹⁻². Si comparamos los estudios que sobre los presupuestos familiares realiza el Ministerio de Sanidad, observamos que ha aumentado mucho el consumo de carnes, disminuyendo paralelamente el de verduras y cereales, fundamentalmente en forma de pan. Del análisis de estos datos observamos que el presupuesto dedicado a carnes pasó de un 17% en la década de los 50 a casi un 30% en la década de los 90; este aumento de casi un 50% comportó un crecimiento de las raciones cárnicas, que pasaron de 145 g/día a casi 300 g en la actualidad. Por otra parte, ha habido un incremento uniforme del consumo de grasas, paralelo a una disminución de los hidratos de carbono. Si bien es cierto que en este tiempo se ha mantenido siempre un alto consumo de grasa monoinsaturada (del 15 al 20% de las calorías diarias), debido al

uso habitual del aceite de oliva en la cocina, la contribución de la grasa saturada (que oscila entre el 13 y el 17%) es muy superior a la cantidad recomendada de menos del 10%. En el caso específico de los niños se ha constatado también una ingesta elevada de la grasa total y saturada, que muy probablemente está en relación con el alto consumo de preparados comerciales de bollería, ricos en grasas saturadas y característicos de la edad infantil.

Paralelamente a estos cambios en la adquisición de los alimentos, se ha apreciado un cambio en la forma de realizar la compra, pasando de realizarse diariamente, acudiendo al mercado y/o a pequeños colmados cercanos al domicilio, a realizarse en periodos más dilatados (semanalmente, quincenalmente o mensualmente) y fundamentalmente en grandes superficies. Es en estas, en donde la oferta de productos es tan abundante y en las que los frecuentes cambios de ubicación de los productos obligan a recorrer todo el centro a la búsqueda de los productos que deseamos adquirir (una estrategia para incrementar las ventas), donde debemos acudir con la lista de la compra hecha previamente, si no queremos acabar con el carro lleno de productos "apetecibles", muchos de ellos preparados y con alto contenido en grasas y azúcares, productos que acaban substituyendo a aquellos otros que deberíamos o incluso querríamos en realidad adquirir.

De ahí que sea esencial que, complementariamente a cualquier consejo dietético, nos eduquemos en la forma de realizar esta compra, si no queremos acabar comprando lo que casualmente encontramos y comiendo lo que "casualmente" compramos. Consejos:

Tabla II. Técnica de los tres pasos

- | | |
|---|---|
| <p>1. Antes de la compra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer la lista de la compra, a medida que se acaben los productos en casa • Ir a comprar con el estómago lleno • Llevar gafas (o lupa) <p>2. Durante la compra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de caducidad • Precio y peso | <ul style="list-style-type: none"> • Lectura crítica del listado de ingredientes. Solo en algunos casos aconsejamos analizar con detenimiento la composición nutricional (figura 2) <p>3. Después de la compra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre el contenido del carro y la lista de la compra no hay una desviación superior al 10% • He hecho la técnica de los tres pasos • “La foto del carro” me muestra muchos productos frescos y pocos elaborados |
|---|---|

1. Acudir a la compra habiendo comido previamente y nunca con la sensación de hambre (está demostrado que adquirimos muchísima más cantidad de alimentos de los que necesitamos si no lo hacemos así).
2. Aprovechar la compra para enseñar a nuestros hijos a hacerla, siguiendo parámetros nutricionales y económicos.
3. Acudir siempre con una lista de la compra hecha.
4. Comprobar a la salida, de vez en cuando, que la diferencia entre lo que compramos y lo que habíamos decidido comprar no es superior a un 10%.
5. Comprar productos frescos, verduras, hortalizas y fruta “del tiempo”. De esta manera aseguramos que su aporte de antioxidantes y vitaminas sea el máximo y con la mejor relación cantidad/precio.
6. Comprar pocos alimentos preparados. En caso de hacerlo, revisar siempre sus ingredientes, según las recomendaciones que se harán más adelante.
7. Comprobar a la salida que su carrito:
 - Está lleno a rezumar de verduras, frutas y hortalizas, del tiempo y con una gran variedad de colores (cada gama cromática suele corresponderse con un grupo de antioxidantes).
 - Tiene abundantes legumbres y pescados, tanto blancos como azules.
 - Contiene solo lácteos desnatados.
 - Contiene pocas carnes, que serán preferentemente blancas o de avestruz.
 - Lleva muy pocos alimentos preparados.
 - Solo contiene, si es que las hay, conservas al natural o en aceite de oliva.
8. Comprar los productos en nuestros mercados, adquiriéndolos a nuestros payeses y utilizando cestas en lugar de bolsas de plástico, nos acerca mucho más a la tan deseada sostenibilidad.

De una forma sencilla hablamos de realizar la compra con la técnica de los tres pasos que recogemos en la tabla II.

HÁBITOS DIETÉTICOS O ¿QUÉ COMEMOS?

¿Cómo decidimos lo que comemos?

Uno de los hechos que caracterizaba el calendario alimenticio de nuestros abuelos era lo que podría llamarse la agenda de la semana. Por aquel entonces era costumbre en cada familia saber que a cada día de la semana le correspondía un determinado grupo alimentario: así, por ejemplo, se daba el hecho de que el viernes era el día del bacalao (es decir el día sin carne, en este caso por la in-

fluencia de la tradición católica), el jueves el del arroz, el martes el de las lentejas, etc. Esta sencilla norma aseguraba que la frecuencia con que aparecían en la dieta los distintos grupos de alimentos fuera la correcta. Si a ello le sumamos que en las comidas se reservaban las legumbres, los arroces, las pastas y las carnes para el segundo plato y que en las cenas las verduras iban seguidas de pescado o huevo, resulta que era muy difícil alejarse de una dieta al estilo mediterráneo tradicional. Por el contrario, hoy en día, en lugar de tener programado el menú, cada vez más echamos mano de las improvisaciones: el “¿a ver que tengo?”¹³, el abrir el frigorífico por las noches e improvisar una cena a base de embutidos, quesos o frutas y lácteos es de lo más habitual y no queda ya solo relegada a la “cena especial” de un sábado o domingo por la noche.

Esta falta de programación, conlleva desequilibrios en nuestra alimentación, que cada vez se ve más saturada de alimentos ricos en grasas saturadas que la acercan al patrón alimentario anglosajón que comporta mucha más incidencia de enfermedades coronarias en general y arteriosclerosis en particular. Así pues, nuestras recomendaciones deberían ser:

1. Elabore un menú estándar por grupos alimentarios y respételo, dejando únicamente a elección del azar (“¿A ver qué me apetece?”) aquellos días “especiales”, que por el mismo hecho de serlo se darán en contadas ocasiones⁴⁵.
2. Esta “programación” de los alimentos que ingerimos con los nuestros debe formar parte también del legado cultural que transmitiremos a nuestros hijos y nuestras hijas.
3. “Decida” preparar raciones abundantes de primeros a base de ensaladas y verduras⁶; más comidas de hortalizas, legumbres, pastas y pescados; y mucho más comidas aún de carnes.

Las raciones

Sería muy fácil afirmar que “comemos demasiado”, que “debemos reducir las cantidades”. Pero lo que sucede a

veces tras esta afirmación es que los pacientes reducen alguno de los grupos alimentarios, aumentando proporcionalmente los otros o cayendo entonces en la costumbre de picar entre horas, al no haber quedado suficientemente saciados.

¿Quién de nosotros no ha visto esos platos con grandes chuletones de carne “adornados” con unas tiritas de pimiento o calabacín o unas hojas de lechuga blanquecina y tomate? ¿A quién no le han explicado que después de seguir ese consejo de moderar las raciones o comer menos, se encuentran picoteando frutos secos salados, quesos, embutidos o dulces entre horas?

El Dr. Enrique Campillo nos describe en su libro⁷ cómo hemos sido moldeados por millones de años de pasar hambre. Llega a afirmar que somos los hijos del hambre. Esos millones de años con escasez de comida seleccionaron nuestros genes: sobrevivían los individuos que más provecho energético extraían de la poca comida y esos transmitían sus genes. Así, esa escasez de alimento seleccionó el llamado gen ahorrador; es decir, aquel que facultaba para almacenar mejor —en forma de grasa— la energía ingerida, y los individuos portadores del mismo eran los que mejor resistían y sobrevivían. Pero ese diseño genético que nos fue útil en las épocas en que el hombre debía procurarse el alimento a base de cazar y recolectar, de “correr tras la comida”, nos resulta inconveniente ahora, en un tiempo en que la comida está al alcance de la mano, en que ni siquiera debemos ir al supermercado a buscarla, puesto que podemos emitir una orden de compra a través de Internet. Así, lo que en época de escasez se reveló como útil a nuestra especie ha devenido un verdadero inconveniente en esta época de opulencia. Esta desarmonía entre nuestro diseño evolutivo como especie y un entorno opulento acaba produciendo enfermedades como la diabetes tipo II, la hipertensión y la arteriosclerosis.

Alimentos preparados: ¿no, gracias?

En principio debemos recomendar preparar los alimentos en casa^{8,9}, ya que:

1. Supone gasto calórico, al ser una forma de ejerci-

- cio físico.
2. Supone un momento de relax y creatividad, sobre todo si se nos ha inculcado así de pequeños.
 3. Puede suponer una forma de concienciamos del autocuidado.
 4. Crea espacios para la interrelación familiar y social, y el aprendizaje.
 5. Es más fácil acabar consumiendo platos menos calóricos.
 6. Puede ser una forma de sentirnos satisfechos, de cuidar nuestra autoestima.
 7. En caso de utilizar alimentos preparados, debemos asegurarnos de que sean lo más saludables posibles^{10,11}: no deben llevar azúcar añadido (¡cuidado con los yogures y lácteos que adquirimos!). Tampoco deben llevar grasas de los siguientes tipos (para asegurarnos miraremos los ingredientes, sin fiarnos nunca de las leyendas, más o menos propagandísticas del resto de la caja): animales (excepto las de pescado) o vegetales no especificadas; grasas hidrogenadas o parcialmente hidrogenadas; aceite de coco, palma o palmítico.

La comida basura

Probablemente este tipo de comida surgió como respuesta a las necesidades y condicionantes de la vida actual, en la que hay poco tiempo para ir a la compra y cocinar. Aunque algunos fabricantes de alimentos tratan de cubrir las exigencias de una dieta sana, otros se sirven de estrategias para no vender lo que anuncian y para incluir entre los ingredientes cantidades excesivas de ciertos elementos, a veces innecesarios y que no se describen en el etiquetado. Así, el consumidor no sabe lo que se lleva a casa. Esto, aparte de un fraude para el bolsillo, supone un riesgo para la salud, especialmente para determinados colectivos, como los niños.

Recientemente, la Agencia para la Alimentación del

Reino Unido ha iniciado un debate sobre las dietas de los niños y la promoción de los alimentos. Esta iniciativa sigue a una revisión de la relación entre la promoción de alimentos y el comportamiento nutricional en los niños. La revisión demuestra que la publicidad televisiva domina tal promoción: cereales azucarados para el desayuno, refrescos, confitería y sabrosos aperitivos y chucherías. La creciente promoción de la comida rápida muestra indicios de añadir un nuevo y peligroso grupo a los anteriores.

La promoción de alimentos afecta realmente a las preferencias de los niños (el tipo de alimento que les gusta comer y la marca), y a lo que acaban comprando los padres. Se ha observado que, cuanto más miraba un niño los anuncios de la televisión, más calorías consumía.

Lo que más preocupa, según las conclusiones de la revisión, es que la dieta que se fomenta en los anuncios está lejos de ser sana y nutritiva. Así, sabemos que muchas dietas de los niños contienen más grasa, azúcar y sal de las recomendadas, y que el nivel de obesidad infantil va en aumento.

En el informe se destaca que en los últimos 10 años la obesidad se ha duplicado en las personas de 6 años, y se ha triplicado en personas de 15 años. Basta recordar que una tableta de chocolate proporciona una quinta parte de las necesidades calóricas diarias de un niño de 10 años. Comparado con las comidas tradicionales domésticas, un trozo de pollo en un fastfood contiene un 30% más de energía, y una hamburguesa con queso un 52% más. La diabetes de tipo II ya está dándose entre escolares, mientras que hasta hace poco solo afectaba a adultos de mediana edad o a mayores.

La obesidad también va unida a problemas cardíacos, aumento del colesterol, hipertensión y osteoartritis. Una de las técnicas más injustamente usada por los anunciantes de comida basura consiste en pagar a deportistas y famosos para anunciar productos alimenticios; algo bastante incoherente, ya que los deportistas necesitan una dieta equilibrada para su salud. Tales personajes deberían aver-

Figura 1. Etiqueta de ejemplo



Figura 2. Ejemplo de etiqueta nutricional para macarrón con queso

Empiece aquí		Datos nutricionales	
		Tamaño ración 1 taza (226 g) Raciones por envase 2	
		Cantidades por ración	
		Calorías 250	Calorías de grasas 110
		% Valores diarios*	
Limite estos nutrientes	Grasa total	12 g	18%
	Grasa saturada	3 g	15%
	Grasa trans	1,5 g	
	Colesterol	30 mg	10%
Obtenga suficiente fibra, proteína y minerales:	Sodio	470 mg	20%
	Carbohidratos totales	31 g	10%
	Fibra dietética	0 g	0%
	Azúcares	5 g	
	Proteínas	5 g	
		Vitamina A 4%	Vitamina C 2%
		Calcio 20%	Hierro 4%
*El porcentaje de valores diarios está basado en una dieta de 2.000 calorías. Puede variar dependiendo de sus necesidades calóricas:			
		Calorías	2.300 2.500
Puede que esta información de valores diarios no aplique en su caso:	Grasa total	Menos de	65 g 80 g
	Grasa saturada	Menos de	20 g 25 g
	Colesterol	Menos de	300 g 300 g
	Sodio	Menos de	2.400 mg 2.400 mg
	Carbohidratos totales		300 g 375 g
Fibra dietética		25 g 30 g	

Guía rápida a los valores diarios:

- 5% o menos es bajo
- 20% o más, es alto en cualquier nutriente en particular listado de la etiqueta

gonzarse de ello.

Desde luego, la falta de ejercicio también contribuye a la obesidad, pero se trataría de una campaña diferente. Hay cosas que pueden hacerse y que se están haciendo, en la batalla contra la comida basura. Entre otras, prohibir su promoción por parte de celebridades. Algunas escuelas ya ofrecen almuerzos equilibrados y saludables. Un supermercado británico planea reducir el contenido de sal de sus productos de alimentación; y la confitería tendría que eliminarse de las cajas de los supermercados. Lo más importante de todo es que la industria que proporciona productos sanos de alimentación tiene que alejarse de la comida basura y promocionar sus productos con mayor eficacia: las frutas, verduras y hortalizas no están suficientemente anunciadas.

El camino para la regulación debería consistir en buscar acuerdos voluntarios con los fabricantes¹². El tiempo ha pasado y se ha de forzar a la industria de comida basura a limpiar sus despensas por medio de la legislación.

CÓMO LEER LA ETIQUETA DE LOS ALIMENTOS

Tamaño de la porción

¡Lo primero de todo, eche aquí un vistazo! ¿Es su porción del mismo tamaño que la indicada en la etiqueta? Si usted come una porción que sea el doble del tamaño indicado, para saber lo consumido tiene que doblar las calorías y los otros valores nutricionales. Si usted tiene diabetes o sigue un plan nutricional específico, el tamaño de porción en la etiqueta puede que corresponda o no al tamaño de la porción en su plan de alimentos. Vea la etiqueta de ejemplo en la figura 1.

Explicaciones a propósito de la figura 2

Total de grasas

- Esto le dice cuánta grasa hay en una porción.
- La mayoría de la gente necesita reducir la gra-

sa.

- Los alimentos bajos en grasa tienen 3 gramos (g) o menos de grasa total por porción.

Grasa saturada

- La grasa saturada está incluida en el total de grasas.
- Aparece aparte, ya que la grasa saturada aumenta el colesterol sanguíneo más que cualquier otra cosa en su dieta.

Grasa trans

- La grasa trans se forma en los procesos de hidrogenización, un proceso por el cual se añaden a la grasa vegetal calor e hidrógeno, cambiándola de un estado líquido a uno sólido.
- La grasa trans hace que los alimentos procesados se conserven por más tiempo para su venta. Aunque a veces se encuentra naturalmente en algunos alimentos, la mayor fuente en la dieta es el aceite parcialmente hidrogenado.
- La grasa trans se encuentra en algunas margarinas, galletas saladas, galletas dulces, bocadillos y otros alimentos hechos con aceite parcialmente hidrogenado o fritos en el mismo.
- Las grasas trans presentan un riesgo más alto de enfermedades del corazón que las grasas saturadas.
- Las grasas trans no solamente suben el total de los niveles de colesterol, sino que bajan el colesterol "bueno" (HDL), el cual ayuda a proteger contra las enfermedades del corazón.
- Es importante limitar el consumo de alimentos que contenga grasas trans.
- Usted puede identificar los alimentos con altos contenidos de grasa y con grasas trans revisando

la etiqueta de “datos de nutrición”.

- Para el 2006, se requiere que todas las compañías de alimentos enumeren las grasas trans en sus etiquetas nutricionales.
- Evite los alimentos con aceites “hidrogenados o parcialmente hidrogenados”.
- Recuerde que un producto puede decir “libre de grasas trans” siempre que tenga menos de 0,5 g por porción, pero todavía contiene aceite hidrogenado como ingrediente.
- Escoja alimentos que naturalmente sean bajos en grasas, tales como verduras, frutas, carnes, aves o pescados magros, frijoles, granos panes y algunos cereales integrales.

Colesterol

- El colesterol se encuentra solamente en alimentos de origen animal, tales como el pollo, el pescado, la carne de res, los huevos y el queso entre otros.
- Trate de mantener su consumo de colesterol por debajo de 300 mg diarios. El comer demasiado colesterol puede dar como resultado enfermedades del corazón.

Sodio

- Lo conocemos como “sal”. El consumir demasiado sodio puede subir su presión arterial.
- Trate de consumir 2.300 mg o menos al día.
- Un alimento bajo en sodio contiene 140 mg o menos en una porción.

Total de carbohidratos

- Los carbohidratos se encuentran en el pan, los fi-

deos, el arroz, los cereales, la fruta, las papas, las verduras con contenido de almidón y los dulces (comidas azucaradas).

- Si usted tiene diabetes, preste atención al total de gramos de carbohidratos por porción y no solamente a los gramos de azúcar.

Fibra dietética

- Es importante comer mucha fibra porque puede ayudar a reducir el riesgo de enfermedades del corazón.
- Trate de comer entre 25 a 30 g de fibra al día.
- La fibra se encuentra en granos integrales, verduras y frutas.

Azúcares

- El azúcar está incluido en el total de gramos de carbohidratos.
- Los azúcares incluyen tanto el azúcar natural como el azúcar añadido.

Proteína

- Esta se encuentra tanto en alimentos de origen vegetal como de origen animal, incluidos el pescado, las aves, la carne, los huevos, los frijoles, el tofu y las nueces.

Porcentaje del valor diario

- Los valores diarios se basan en una dieta de 2.000 calorías por dieta alimenticia diaria.
- Usted puede comer más o menos de cada nutriente enumerado, según sus necesidades de calorías diarias.

Bibliografía

1. Rodríguez-Artalejo F, Garcés C, Gorgojo L, López García E, Martín-Moreno JM, Benavente M, et al; Investigators of the Four Provinces Study. Dietary patterns among children aged 6-7 y in four Spanish cities with widely differing cardiovascular mortality. *Eur J Clin Nutr*. 2002;56:141-8.
2. Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Graciani MA, Rey J. El consumo de alimentos y nutrientes en España en el periodo 1940-1988. *Clin Invest Arterioscl*. 2000;12 Supl 2:S74-80.
3. Royo-Bordonada MA, Gorgojo L, Martín-Moreno JM, Garcés C, Rodríguez-Artalejo F, Benavente M, et al; Investigators of the Four Provinces Study. Spanish children's diet: compliance with nutrient and food intake guidelines. *Eur J Clin Nutr*. 2003;57:930-9.
4. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular. Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:435-8.
5. Pérez-Jiménez F, Ros E, Solá R, Godás G, Pérez-Heras A, Serra M, y cols. Consejos para ayudar a controlar el colesterol con una alimentación saludable. *Clin Invest Arterioscl*. 2006;18:104-10.
6. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans. 6th ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2005.
7. Campillo Álvarez JE. El mono obeso. Barcelona: Editorial Crítica; 2007.
8. Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clin (Barc)*. 2003;121:725-32.
9. La alimentación de tus niños. Nutrición saludable de la infancia a la adolescencia. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
10. US Preventive Services Task Force. Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale. *Am J Prev Med*. 2003;24:93-100.
11. Underbakke G, McBride PE, Spencer E. Web-based resources for medical nutrition education. *Am J Clin Nutr*. 2006;83(4):S951-5.
12. Neira M, de Onis M. The Spanish strategy for nutrition, physical activity and the prevention of obesity. *Br J Nutr*. 2006;96 Suppl 1:S8-11.