

Jiménez-León, Alejandra Soledad; Pérez-Escobar, Iván; Matías-Pérez, Diana; García-Montalvo, Iván Antonio

Intervención nutricional en un Grupo de Ayuda Mutua del municipio de “El Rosario”, Oaxaca de Juárez, México

Nutrición Hospitalaria, vol. 33, núm. 2, marzo-abril, 2016, pp. 310-313

Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309245773020>



Trabajo Original

Obesidad y síndrome metabólico

Intervención nutricional en un Grupo de Ayuda Mutua del municipio de “El Rosario”, Oaxaca de Juárez, México

Nutritional intervention in a Mutual Support Group of the municipality of “El Rosario” Oaxaca de Juarez, Mexico

Alejandra Soledad Jiménez-León³, Iván Pérez-Escobar³, Diana Matías-Pérez^{1,2,3} e Iván Antonio García-Montalvo^{1,2,3}

¹Unidad de Bioquímica e Inmunología ITO-UNAM. Oaxaca, México. ²Centro de Investigación UNAM-UABJO. Oaxaca, México. ³Escuela de Nutrición, URSE. Oaxaca, México

Resumen

Introducción: los grupos de ayuda mutua se forman con la finalidad de atender a adultos mayores con problemas crónicos-degenerativos. La organización y participación activa de los integrantes favorece la intervención del nutriólogo y, por ende, cambios en el estilo de vida de los participantes, sobrelevando de mejor manera sus vidas.

Objetivo: intervenir nutricionalmente en individuos del Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud C-2, “El Rosario” de Oaxaca de Juárez, México.

Material y métodos: se trató de un estudio observacional, descriptivo, analítico y longitudinal, llevado a cabo desde noviembre/2014 hasta julio/2015, evaluando el estado nutricional antes y después de la intervención, buscando la correlación entre índice de masa corporal (IMC), glucosa capilar, hemoglobina glicada con las consultas-talleres brindadas.

Resultados: la muestra trabajada fue de 15 participantes del Grupo de Ayuda Mutua con un promedio de edad de 55,26 años, con un IMC de 28,74 kg/cm², glucosa capilar de 218,66 mg/dl y una hemoglobina glicada de 10,43%. Al finalizar la intervención se correlacionaron entre sí mediante Spearman, dando como resultado el valor de 1, es decir, una correlación positiva perfecta.

Conclusión: el nutriólogo juega hoy en día un papel importante en el hecho de atender enfermedades crónico-degenerativas, a través del seguimiento en consultas y talleres propuestos. Los grupos de ayuda mutua día a día se posicionan como una estrategia en la línea educativa para mejorar el control de las enfermedades.

Abstract

Introduction: Mutual support groups are formed in order to meet the necessities of elder people with chronic degenerative problems. This kind of participations favors the nutritionist's intervention and, therefore, changes in lifestyle, coping with their chronic condition.

Objective: Nutritional management in mutual support groups at Health Care Center C-2, “El Rosario” of Oaxaca, Juarez (Mexico).

Material and methods: This was an observational, descriptive, analytical and longitudinal study, conducted from November/2014 to July/2015, evaluating the nutritional status before and after the intervention, looking correlation between IMC, capillary glucose, glycated hemoglobin and consultation-workshops given.

Results: The sample was constituted by 15 participants, 55.26 years of age as average, with a IMC of 28.74 kg/cm², capillary glucose 218.66 mg/dL, and a glycated hemoglobin of 10.43%. There was a positive correlation after the intervention (Spearman = 1), resulting value of 1, that is to say, a perfect positive correlation).

Conclusion: Nutritionist today plays an important role in attending chronic degenerative diseases, through, the proposed follow-up consultations and workshops. The mutual support groups are well-positioned as every day as a strategy in the educative line to improve control of the disease.

Key words:

Nutritional status.
Mutual support groups. Chronic-degenerative.

Recibido: 02/10/2015
Aceptado: 03/11/2015

Jiménez-León AS, Pérez-Escobar I, Matías-Pérez D, García-Montalvo IA. Intervención nutricional en un Grupo de Ayuda Mutua del municipio de “El Rosario”, Oaxaca de Juárez, México. Nutr Hosp 2016;33:310-313

Correspondencia:

Iván Antonio García-Montalvo. Unidad de Bioquímica ITO-UNAM. Instituto Tecnológico de Oaxaca (ITO). Avenida Ing. Víctor Bravo Ahuja, 125 Esquina Calzada Tecnológico. 68030 Oaxaca, México
e-mail: snipermontalvo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La adopción de estilos de vida inadecuados ha ocasionado un aumento en las enfermedades crónico-degenerativas, siendo estos problemas considerados prioridad en salud pública para países en desarrollo. La modificación en la alimentación es la base para tener una mejoría en cuanto a estas patologías, por lo cual es importante realizar un monitoreo continuo de las modificaciones que se presentan para poder realizar ajustes en pro de mejorar el estado de salud y prevenir complicaciones agregadas en la población. La evaluación del estado de nutrición es un procedimiento en el cual se utilizan técnicas de medición y recolección de datos por medio de cuatro indicadores diferentes, con la finalidad de conocer varios aspectos de la situación en la que se encuentra el individuo en ese momento para así poder diagnosticar su estado de nutrición y qué modificaciones se deben realizar en su estilo de vida y alimentación (1-3). De acuerdo con Gibson (1990), la evaluación del estado de nutrición incluye la toma de los indicadores antropométricos (4-6), clínicos (2), bioquímicos (7) y dietéticos (2,3), así como la comparación de los datos obtenidos con parámetros de referencia, con la finalidad de poder realizar un diagnóstico (1). Esta evaluación dará la pauta para poder realizar un diagnóstico de la situación en la que se encuentra la alimentación del individuo y analizar si su alimentación tiene las características de la dieta: completa, suficiente, variada, equilibrada, inocua y adecuada. Además, permite cuantificar las calorías y nutrientes que está consumiendo el individuo y nos dará pie para poder modificar su alimentación y mejorar así su estado de salud.

Los grupos de ayuda mutua surgen a partir de la década de 1930 con la creación de Alcohólicos Anónimos y la finalidad de brindar herramientas y apoyo a los individuos pertenecientes al mismo, conformando así una red social en donde se comparten problemáticas comunes. Estos grupos han surgido en diversos ámbitos, como la salud física y mental, comportamiento de adicciones y crisis que se pueden tener en la vida, así como problemáticas sociales. Se basan en la interacción social y la responsabilidad de los mismos, ya que sin su participación los grupos de ayuda mutua no funcionan adecuadamente. El tipo de ayuda que se ofrece principalmente es emocional. Son creados para intercambiar información, sentimientos y actividades recreativas que sirven para salir de la rutina y dejar de pensar en los padecimientos que los aquejan. El pertenecer a un grupo de ayuda mutua permite conocerse uno mismo más a fondo, obtener información que a lo mejor no se conocía, encontrar la comprensión con personas que se encuentran en una situación similar, hacer amistad con individuos que comprenden y viven situaciones similares, brindar apoyo a quienes lo necesitan, aclarar dudas y salir del aislamiento en el que se encuentra en ese momento el individuo (8). El Grupo de Ayuda Mutua "Esfuerzos Compartidos" es un grupo de individuos con problemas de salud en común (diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico, hipertensión, sobre peso y obesidad). Tiene como finalidad brindar orientación y apoyo para que manejen de la manera más adecuada estos padecimientos. El trabajo que se realiza con

este grupo es por sesiones mensuales, donde la función del profesional es únicamente orientar, dejando que los individuos pertenecientes a dicho grupo tengan una participación activa para resolver dudas sobre problemáticas a las que se enfrentan en la vida cotidiana y que así puedan llevar un mejor manejo de sus patologías (8). En el caso de la diabetes mellitus (DM), por definición se sabe que es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, derivadas de un defecto en la alteración de la secreción de insulina o bien por acción de la insulina, o ambas (9). La DM es una enfermedad crónica que requiere asistencia médica continua y una educación no solo dirigida al paciente, sino también a su familia, para poder comprender mejor dicha enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento, con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas de tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas (9,10). En el caso del síndrome metabólico (SM), se caracteriza por ser un conjunto de patologías que van correlacionadas una con la otra. Su aparición puede ser simultánea o secuencial, ya que se asocian a la presencia de resistencia a la insulina y depósitos de adipocitos en vísceras (11,12).

Se puede decir que hablamos de un SM si el individuo presenta tres de los cinco factores según los criterios diagnósticos del Adult Treatment Panel III 2014 (ATP III), que son los siguientes:

- Circunferencia de cintura: >102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres.
- Presión arterial: 130/85 mmHg.
- Glicemia elevada: ≥ 100 mg/dl.
- Lipoproteína de alta densidad: < 40 mg/dl en hombres y > 50 mg/dl en mujeres.
- Hipertrigliceridemia: triglicéridos plasmáticos ≥ 150 mg/dl (13).

La hipertensión arterial (HTA) es un padecimiento en el cual se lleva a cabo la elevación crónica de la presión arterial sistólica y diastólica. En el 5% de los casos se demuestra un agente causal, mientras que el otro 95% se debe a causa multifactorial. Es un factor de riesgo para padecer otras enfermedades vasculares. La HTA sistémica se puede definir como una presión arterial sistólica superior a 140 mmHg y, una diastólica, mayor de 90 mmHg tomada en dos ocasiones distintas (14). Las dislipidemias son enfermedades asintomáticas manifestadas por una elevación en la concentración plasmática de triglicéridos y colesterol. Estas patologías se relacionan con factores de riesgo como la edad (hombres de 40 años o más, mujeres de 50 años o más), el sexo masculino, tabaquismo, alcoholismo, DM, HTA, antecedentes heredo-familiares de enfermedades cardiovasculares, sobre peso y obesidad (15). Las causas más frecuentes de dislipidemias son la mala alimentación y el sedentarismo, debido a que la falta de actividad propicia acumulación de grasa, y conjuntándola con una alimentación rica en grasa saturada y baja en fibra, sumado a los factores de riesgo ya antes mencionados. Los participantes en este estudio son miembros del Grupo de Ayuda Mutua "Esfuerzos Compartidos" ubicado en el Centro de Salud C-2 de Oaxaca de Juárez, México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico y longitudinal, que incluyó a los integrantes del Grupo de Ayuda Mutua “Esfuerzos Compartidos” cuya asistencia fue por encima del 80% del total de sus citas-talleres programadas, todo ello previa autorización bajo la firma del consentimiento informado. La población objetivo fue de 32 integrantes que conforman el Grupo de Ayuda Mutua. A dicha población se le evaluó el estado nutricional mediante la aplicación de la historia clínica, toma de medidas antropométricas, análisis bioquímicos y la historia dietética correspondiente. Dicha evaluación fue personalizada, sirviendo para identificar el estado de nutrición de los integrantes y presentar así un panorama general de la situación del grupo. La historia dietética aplicada constó de frecuencia de consumos de alimentos, recordatorio de 24 horas y un diario de consumo de alimentos y bebidas. Las pruebas bioquímicas empleadas abarcaron la toma de glucosa ocasional y hemoglobina glicada (HbAc1). En cuanto a datos clínicos se determinó la presión arterial de los participantes y en cuanto a antropometría los datos a valorar fueron: peso, talla, IMC (Norma Oficial Mexicana; 043-SSA2-2005) y circunferencia de cintura. Todos los datos anteriormente mencionados fueron valorados en cada consulta-taller programada. Para ello se elaboró un cronograma de actividades, así como una planeación temática a tratar en el periodo que abarcó de noviembre-2014 a julio-2015. Cada cita-taller se programó en períodos aproximados de mes y medio. El procesamiento de los datos obtenidos se realizó a través de Excel®. El análisis descriptivo para las variables cuantitativas incluyó medidas de tendencia central como media, mediana, moda y como medida de dispersión la desviación estándar; para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes. Para evaluar la intervención nutricional se realizó una correlación a través de Spearman.

RESULTADOS

Del total de los integrantes que conforman el Grupo de Ayuda Mutua “Esfuerzos Compartidos”, solo un 47% asistió como mínimo al 80% de citas-talleres programadas en el periodo establecido, con una edad promedio de 55,26 años. En cuanto al IMC se encontró lo siguiente: el 20% fue normopeso, el 40% presentó sobrepeso, el 20% obesidad tipo 1, el 7% obesidad tipo 2, el 7% obesidad tipo 3 y el 6% bajo peso (Fig. 1). Los sujetos presentaron las siguientes patologías según el diagnóstico médico: el 33% DM tipo 2, el 7% HTA, el 53% SM y el 7% restante sin patología (Fig. 2).

A través de la historia dietética se identificó que el consumo más frecuente en los sujetos son alimentos ricos en grasas saturadas, así como un consumo excesivo de hidratos de carbono simples, lo que daría pie a lo encontrado con respecto a sus patologías. La media de glucosa ocasional fue de 218,66 mg/dl, y en cuanto a la hemoglobina glicada (HbAc1) fue de 10,43%; la media de la presión arterial fue de 122/72 mmHg (Tabla I). La intervención nutricional en los sujetos fue llevada a cabo durante

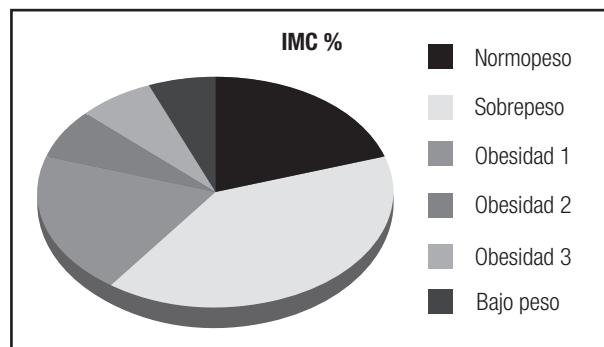


Figura 1.

Clasificación de IMC en los sujetos participantes.

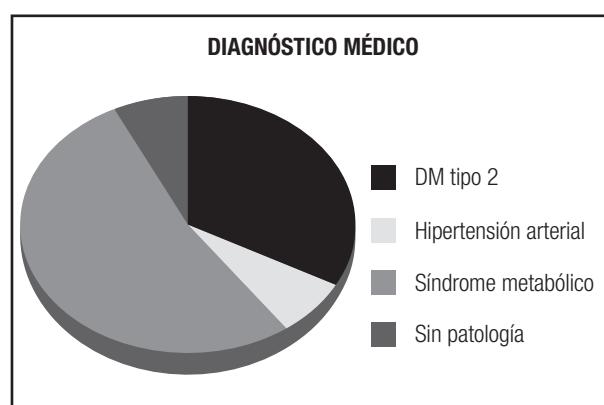


Figura 2.

Diagnóstico médico de los sujetos participantes.

seis citas-taller impartidas en la sala de usos múltiples siguiendo el cronograma de actividades, en donde los sujetos presentaron una participación activa realizando preguntas en cuanto al manejo nutricional de sus patologías.

La intervención nutricional se evaluó a través de la correlación de Spearman, es decir, se correlacionaron los datos antropométricos, bioquímicos y clínicos con respecto a las citas-talleres propuestas, encontrándose en ellos una correlación positiva de 1, lo que da a entender que el seguimiento es pieza clave dentro del tratamiento nutricional en el grupo de ayuda mutua.

Tabla I. Medias de las variables presentadas por los sujetos de estudio

Variable	Valor medio
Glucosa ocasional	218,66 mg/dl
Hemoglobina glicada	10,43%
Tensión arterial	122/72 mmHg
IMC	28,74 kg/cm ²

DISCUSIÓN

Como se observó en este trabajo, los participantes presentaron una prevalencia considerable para síndrome metabólico, diabetes mellitus e hipertensión arterial, según lo obtenido por el recordatorio de 24 horas y en la frecuencia de consumo de alimentos. Sus patologías radican en sus malos hábitos de alimentación, las ingestas hipercalóricas sumado a la falta de actividad física, propiciando así un desequilibrio entre calorías de ingreso y calorías gastadas.

De acuerdo a Lara-Esqueda (16) en 2004, el sobrepeso y la obesidad incrementan sustancialmente el riesgo de morbilidad, entre ellas la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial. La correlación obtenida entre el valor de hemoglobina glicada y las citas-talleres brindadas dieron como resultado una correlación positiva de 1, lo cual confirma lo encontrado por Muñoz (17) en 2007, donde no se encontraron significancia estadística en los niveles de glucemia e IMC entre los pacientes de ayuda mutua y los pacientes que no asistían a estos grupos. Con ello se demuestra que se requiere de un mejor control glicémico en estos pacientes, pudiendo ser viable a través de la intervención y del seguimiento nutricional.

Desafortunadamente, el porcentaje de no asistencia es considerable, lo que pudiera reflejar el tope cultural existente en el país, que se traduciría en una irresponsabilidad severa hablando en cuestiones de salud; esto aunado a los grandes huecos que existen en las políticas y estrategias empleadas en el sector salud. Los alimentos y los productos derivados se han convertido hoy en día en cuestiones industrializadas y comercializadas en cualquier rincón del país a través de los mercados estatales o bien regionales. Los cambios de la economía alimentaria mundial se han reflejado en los hábitos alimentarios de la sociedad, provocando un mayor consumo de alimentos hipercalóricos con alto contenido graso de tipo saturado, todo ello apoyado en una vida sedentaria, transporte motorizado y la disminución de trabajos físicamente desgastantes, que se verán en el desarrollo de este tipo de patologías. Una carga adicional a todo ello es el aumento intensivo en los presupuestos sanitarios nacionales ya sobrecargados.

Como consideraciones finales podemos decir que los hallazgos de este estudio exponen que las enfermedades crónico-degenerativas deben ser primordialmente prevenidas, o bien, en su defecto, controladas. El nutriólogo juega hoy en día un papel importante en el hecho de atender estas enfermedades, a través del seguimiento en consultas y talleres propuestos. Los grupos de ayuda mutua día a día se posicionan como una estrategia en la línea educativa para mejorar el control de las enfermedades. La organización y participación activa de sus participantes favorece que las intervenciones sean mucho más efectivas y provechosas, además de que son factor de cambio del estilo de vida y alimen-

tación dentro de sus familias. Es necesario difundir los resultados obtenidos en este grupo de ayuda mutua con la finalidad de incorporar un mayor número de personas con estas patologías y que estén bajo algún tratamiento médico bajo la supervisión del sistema de salud del país.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Dr. Julio César Ramírez Hernández, Director del Centro de Salud C-2 "El Rosario", en Oaxaca de Juárez, Oaxaca, México por las facilidades brindadas para realizar este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gibson R. Principles of Nutritional Assessmet. 2.^a ed. New York: Oxford University; 2005. p. 20.
2. Suverza A, Hava K. El ABCD de la evaluación del estado de nutrición. México: Mc Graw Hill; 2010. p. 4-203.
3. Bezares V, Cruz R, Burgos M, Barrera M. Evaluación del estado de nutrición en el ciclo vital humano. 2.^a ed. México: Mc Graw Hill; 2014. p. 21-32.
4. Aparicio M, Estrada Fernández C, Hernández R, Ruiz M, Ramos Denise, et al. Manual de antropometría. 2.^a ed. México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 2004. p. 2.
5. Frenk J, Tapia R, Velásquez R, Lara A, Tapia F, Martínez Y, et al. Manual de procedimientos para la toma de medidas clínicas y antropométricas en el adulto y adulto mayor. México: Secretaría de Salud; 2002. p. 1-54.
6. Moreno M. Circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometaabólico. Rev Chil Cardiol 2010;29(2):85-7.
7. Aschner P, Alvarado B, Barragán D, Caballero R, Díaz O, Escobar I, et al. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. 2014. p. 1-67.
8. Domehec Y. Los grupos de ayuda mutua como estrategia de intervención en el apoyo social. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5802/1/ALT_06_08.pdf
9. Association A D. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus I and II, 2012:35.
10. Coll M, Durán P, Parra L, Calderón C, Pardo R, Gaitán H. Guía de Diagnóstico y manejo de Diabetes Mellitus tipo I. 2012.
11. Sinay I, Suverza A, Villatoro A, Silva R, Durante E, Escaño F, et al. Epidemiología, Diagnóstico, Control, Prevención y Tratamiento del Síndrome Metabólico en Adultos: Consenso Latino Americano de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD); 2009. p. 8.
12. Rosas A, Alvarado R, Ayala M, Carnacho J, Cardona E, Cobo C, et al. Consenso Mexicano de Resistencia a la Insulina y Síndrome Metabólico. Rev Mex Car 1999;10(1):3-19.
13. Lahsen R. Síndrome metabólico y diabetes. Rev Med Clin 2014;25(1):47-52.
14. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo J, et al. Séptimo informe del comité nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Panamerican Health Organization 2010.
15. Canalizo E, Favela E, Salas J. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. México, 2012. p. 700-7.
16. Lara-Esqueda A, Aroch A, Jiménez R, Arceo M, Velásquez O. Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. Arch Cardiol Mex 2004;74(4):330-6.
17. Muñoz AP, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Pérez JR. Influencia de los grupos de ayuda mutua entre diabéticos tipo 2: efectos en la glucemia y peso corporal. Arch Med Fam 2007;9(2):87-91.