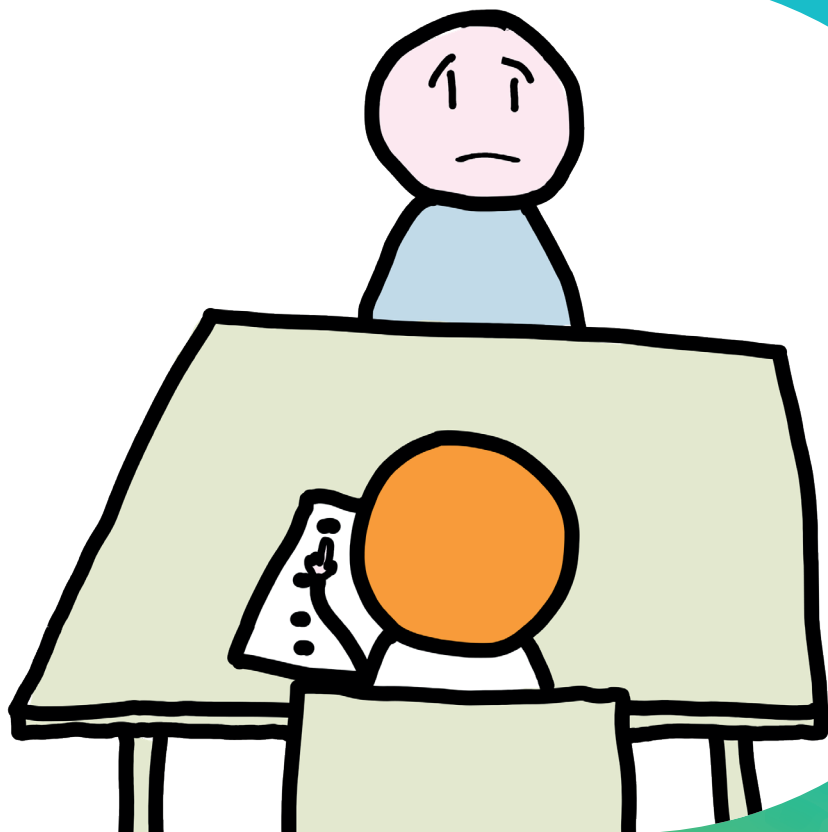


Sesión 1

Iñaki Lorente Armendáriz

Psicólogo col N-0284.





¿Quién es?

Desecha el más difícil

Como profesional sanitario, eres el anfitrión.

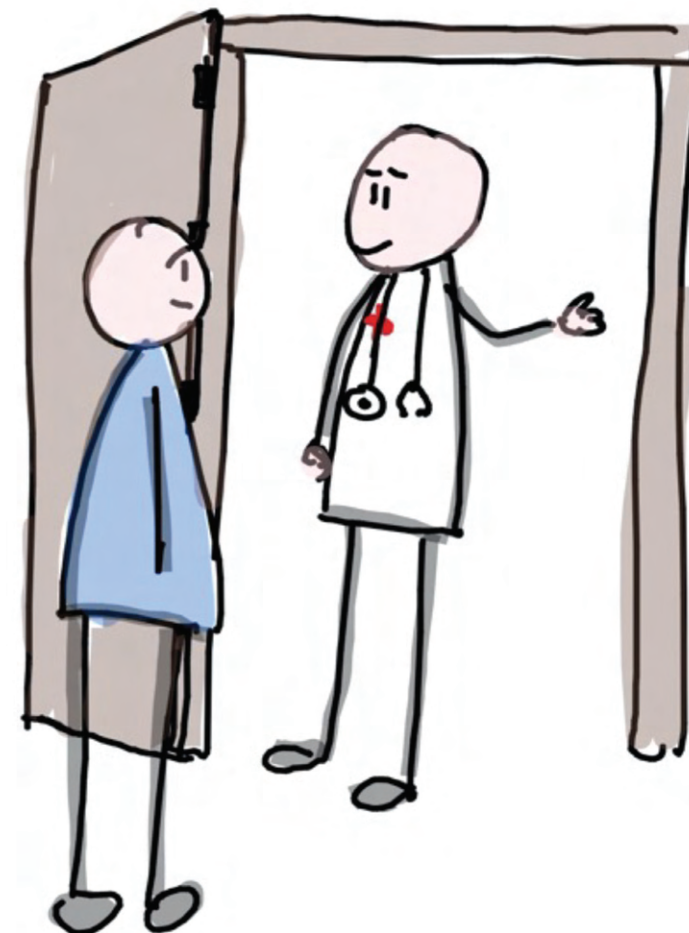
Que el paciente se sienta

- Bienvenido.
- Cómodo.
- Atendido.

El contenido debe satisfacer a los dos:

- Tus objetivos.
- Sus demandas (...o parte de ellas).

... Pero decides el ritmo del encuentro.



Premisas

Las relaciones humanas no son mecánicas.

- “Lo que utilizo con uno, quizás no me sirva con otro”.

Haciendo lo mismo se obtienen idénticos resultados...o peores.

- **DES** motivación
- **DES** confianza
- **DES** esperanza.

No quiere encontrarse mal. Si lo hace puede ser:

- No sabe que lo está haciendo de forma inadecuada.
- No es “rentable”.

Aspirar a grandes avances pero con pasos cortos y sistemáticos.



**La empatía es
una herramienta
imprescindible para
ayudar a las personas.**

Empatía

La capacidad de **comprender** a las personas desde **su propio marco de referencia** en vez del correspondiente al terapeuta y saber **comunicar** a la persona interesada esta comprensión⁽¹⁾.



1. Bados, A., & García, E. (2011). Habilidades terapéuticas. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Barcelona.

La empatía es una herramienta imprescindible para ayudar a las personas.

¿Ser simpático?

¿Sufrir con el otro?

¿Amabilidad?

¿Estar de acuerdo?

¿Comprensión?



Sal de ti y de tus creencias

Entra en mí y mira con mis ojos

Vuelve a ti

Reflexiona

Actúa en consecuencia



¿?



**Cuestiona tu propia
visión de la situación**

*¿Habría otra forma de
explicar su conducta?*

- ¿Cuál es su **demanda**?
- ¿Cómo percibe el/la paciente **su problema**?
- ¿**A qué causa(s)** lo atribuye?
- ¿Con qué **intensidad** está preocupado por el problema?
- ¿De dónde surge esta **“preocupación”**?
- ¿Qué **respuestas** percibe la persona con diabetes respecto al problema que plantea?
- ¿Qué **expectativas** tiene respecto a esa consulta?



¿?



¿Cómo me comunico?

Los Irrenunciables en Comunicación

- No importa lo que se pretende decir.
- Ni siquiera importa lo que se dice.
- Lo realmente importante es lo que el otro entienda.

Emocionar ayuda a recordar.

Cambia el “**Tienes que...**” por “**¿Cómo puedo ayudarte?**”.



Comunicación inadecuada ⁽¹⁾ ⁽²⁾

- El 54% de las quejas y molestias de los pacientes **no son detectadas por los médicos.**
- Los pacientes tienen gran **dificultad de entender** y expresar la información dada por su médico.
- La mayoría de las quejas sobre los sanitarios, **no es sobre su competencia clínica, sino sobre su comunicación.**
- En el 50% de las consultas, los médicos y pacientes **no se ponen de acuerdo** sobre cuál es el principal motivo de consulta.

Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement

Michael Simpson, Robert Buckman, Moira Stewart, Peter Maguire, Mack Lipkin, Dennis Novack, James Till

Effective communication between doctor and patient is a central clinical function that cannot be delegated. Most of the essential diagnostic information arises from the interview, and the physician's interpersonal skills also largely determine the patient's satisfaction and compliance and positively influence health outcomes.^{1,2} Such skills, including active listening to patients' concerns, are among the qualities of a physician most desired by patients.³ Increasing public dissatisfaction with the medical profession is, in good substantial deficiencies when studied. Only a low proportion of visits with doctors include any patient education,¹⁵ and a surprisingly high proportion of patients do not understand or remember what their physicians tell them about diagnosis and treatment.¹⁶ Cultural differences also impede the work with patients.^{17,18} Patient anxiety and dissatisfaction is related to uncertainty and lack of information, explanation, and feedback from the doctor. Yet doctors often



1. Simpson, M. et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ 1991; Vol. 303; p.1385-1387
 2. X. Clèries. La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Ed. Elsevier Masson. Barcelona. 2006

DAWN2

Actitudes, deseos y necesidades

	Médico	Nutricionista	DM1	DM2
¿Cómo afecta la diabetes a su vida?	46%	58%	21%	23%
Escuchar cómo le gusta hacer las cosas para controlar la diabetes	73%	94%	38%	44%

- Galindo M, Menéndez E, et al. Comunicación Oral: Resultados en España del Estudio Internacional DAWN2 sobre Educación, Información y Apoyo que reciben las personas con diabetes. XXIV Congreso de la Sociedad Española de Diabetes. Sevilla. 2013

DAWN2

Actitudes, deseos y necesidades

El problema **NO** está en la **ACTITUD** del profesional ya que se interesa por esos aspectos...

...Pero, por algún motivo, al paciente no le **“llega”** adecuadamente ese mensaje.

Eso nos está hablando de un problema de **“técnica”** de comunicación.

En mis interacciones con mis pacientes

Facilita la comunicación					Dificulta la comunicación				
Igualdad		✓			Superioridad				
Empatía	✓				Egocentrismo				
Optimismo					Negatividad				
Cercanía					Distanciamiento				
Naturalidad					Artificialidad				
Preparación					Improvisación				
Sencillez					Complejidad				
Apertura					Ocultamiento				

Facilita la comunicación					Dificulta la comunicación				
Descripción					Valoración				
Objetividad					Subjetividad				
Autocontrol					Descontrol				
Escucha					Interrupción				
Serenidad					Nerviosismo				
Reflexión					Impulsividad				
Diálogo					Monólogo				
Tiempo					Prisa				

1. Elaborado a partir de Ballenato, G (2006). Comunicación Eficaz. Teoría y práctica de la comunicación humana. Madrid. Editorial Pirámide.

En mis interacciones con mis pacientes

Facilita la comunicación					Dificulta la comunicación				
Igualdad		✓			Superioridad				
Empatía	✓				Egocentrismo				
Optimismo			✓		Negatividad				
Cercanía		✓			Distanciamiento				
Naturalidad		✓			Artificialidad				
Preparación				✓	Improvisación				
Sencillez			✓		Complejidad				
Apertura	✓				Ocultamiento				

Facilita la comunicación					Dificulta la comunicación				
Descripción			✓		Valoración				
Objetividad				✓	Subjetividad				
Autocontrol	✓				Descontrol				
Escucha				✓	Interrupción				
Serenidad		✓			Nerviosismo				
Reflexión			✓		Impulsividad				
Diálogo	✓				Monólogo				
Tiempo		✓			Prisa				

1. Elaborado a partir de Ballenato, G (2006). Comunicación Eficaz. Teoría y práctica de la comunicación humana. Madrid. Editorial Pirámide.

En mis interacciones con mis pacientes

Facilita la comunicación				Dificulta la comunicación			
Igualdad	✓	✓				Superioridad	
Empatía	✓					Egocentrismo	
Optimismo			✓			Negatividad	
Cercanía		✓				Distanciamiento	
Naturalidad		✓				Artificialidad	
Preparación					✓	Improvisación	
Sencillez			✓			Complejidad	
Apertura	✓					Ocultamiento	

Facilita la comunicación				Dificulta la comunicación			
Descripción			✓			Valoración	
Objetividad					✓	Subjetividad	
Autocontrol	✓					Descontrol	
Escucha					✓	Interrupción	
Serenidad		✓				Nerviosismo	
Reflexión			✓			Impulsividad	
Diálogo	✓					Monólogo	
Tiempo		✓				Prisa	

1. Elaborado a partir de Ballenato, G (2006). Comunicación Eficaz. Teoría y práctica de la comunicación humana. Madrid. Editorial Pirámide.

Actitudes que no ayudan

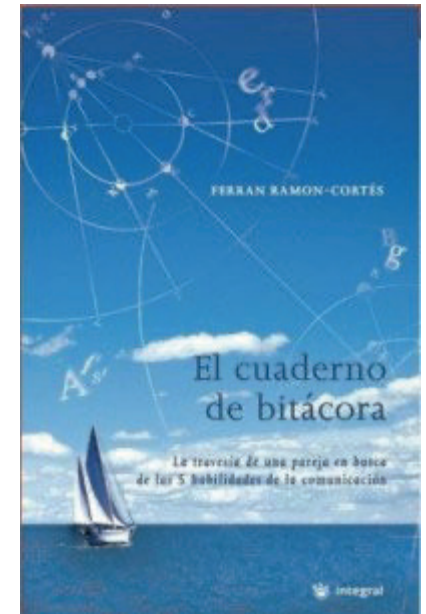
- **Acusar** “Tenías que haberlo pensado antes”
- **Amenazar** “Si sigues así, en 5 años a diálisis”
- **Exigir** “La próxima semana me vas a traer todos los controles hechos”
- **Utilizar frases del tipo** “Deberías...” “Lo que tienes que hacer es...”
- **Utilizar el sarcasmo o la ironía** “Ya, ya, ¡que sigue el régimen, dice!”
- **Etiquetar** “No eres nada constante”

Habilidades de Comunicación

Siempre que empiezo a explicarte un problema, alguna cosa que me preocupa, **en seguida me quitas la palabra.**

Me das consejos, me propones soluciones... pero en ese momento la solución no es lo más importante para mí. Lo que necesito de verdad, y lo que realmente me ayuda, es simplemente **que me escuches.**

Si te puedo hablar, explicarme, y tu me escuchas, me das la oportunidad de aclararme, de ordenar mis ideas, y de **buscar (si las necesito) mis propias soluciones.**



Ferrán Ramón - Cortes

Técnicas. Retroalimentación

Preguntar



Objetivo: recoger información relevante
Mejor preguntas abiertas que cerradas.

“¿Qué cree que puede ocurrir si se decide modificar su alimentación?”

Escuchar



Darle tiempo suficiente.
Escuchar activamente.

Ej. “Pienso que me va a resultar imposible”.

Reformular



Confirmar que se le ha entendido.
Obtener información adicional.

¿Lo que quiere decirme es que teme fracasar o no estar a la altura?

Técnicas. Comprobación

Explicar



Objetivo:

Que aprehenda las ideas que pretendemos transmitirle.

“Disminuir de peso sólo le aportará ventajas y ninguna desventaja. Reducirá el riesgo cardiovascular, le hará sentirse más ágil y su diabetes irá mejor controlada”.

Comprobar



“Dígame con sus palabras lo que he querido decirle”.

Ej. “Dígame con sus palabras lo que he querido decirle”.

Ej. “De lo que le he dicho, ¿qué es lo que le parece más importante?”.

Explicar

(de otra manera)



“Veo que está atento. Pero además de eso quería decirle que...”.

Ej. “Exacto. Eso quería transmitirle. Pero también me parece importante que sepa que se quede con la idea de que...”.

Técnicas. Indagación

La importancia de las preguntas:

- Dirigen la atención hacia ciertas áreas y la alejan de otras.

Las preguntas deben ser::

- Orientadas hacia el futuro.
- Orientadas hacia la meta y no hacia el problema.
- Preguntar **“Qué”** y **“Cómo”** (orientadas a la acción). **“Por qué”** (pasado).
- Algunas personas tienen dificultad para hablar de sentimientos.

“¿Qué ve de negativo en la insulina?” Vs. **“¿Qué teme de la insulina?”**.

Algunos ejemplos

- ¿Cómo podría ayudarle yo en aquellas cosas que teme?
- ¿Cómo se imagina dentro de 6 meses?
- ¿Qué haría si durante unos días tuviera dificultades para seguir la alimentación pactada?

¿?



Alimentación

Vs.

Conducta Alimentaria

Alimentación

- **Proceso físico de ingerir alimentos para obtener los nutrientes necesarios (relacionado con lo fisiológico).**
 - **Es un proceso biológico que implica selección, preparación y consumo de alimentos con el fin de satisfacer las necesidades nutricionales del organismo.**
- **Abarca aspectos psicológicos, emoconales y sociales sobre la comida y cómo las personas interactúan con ella (relacionado con lo psicosocial).**
 - **Hace referencia a:**
 - hábitos,
 - patrones,
 - creencias sobre la comida,
 - emociones asociadas a la alimentación,
 - preferencias alimentarias,
 - etc.



**¿Buscamos cambiar la alimentación
o la forma en que se alimenta?**

Si queremos cambiar ambos,
hay que intervenir sobre ambos.

En mis interacciones con mis pacientes

Factores, conductas y actitudes que optimizan o interfieren la comunicación¹

Elaborado exclusivamente para la autoreflexión. Coloca una X en el recuadro de cada fila que mejor te define en este momento.

Ejemplo

Facilitador 1		X			No facilita 1
Facilitador 2				X	No facilita 2

Facilita la comunicación					Dificulta la comunicación
Igualdad					Superioridad
Empatía					Egocentrismo
Optimismo					Negatividad
Cercanía					Distanciamiento
Naturalidad					Artificialidad
Preparación					Improvisación
Sencillez					Complejidad
Apertura					Ocultamiento

Facilita la comunicación					Dificulta la comunicación
Descripción					Valoración
Objetividad					Subjetividad
Autocontrol					Descontrol
Escucha					Interrupción
Serenidad					Nerviosismo
Reflexión					Impulsividad
Diálogo					Monólogo
Tiempo					Prisa

Para mantener una comunicación más eficaz con los pacientes a los que atiendo mis próximos objetivos son:

.....

.....

.....

Para lograrlos, las acciones que haré serán:

.....

.....

.....

Factores, conductas y actitudes que optimizan o interfieren la comunicación¹

Elaborado exclusivamente para la autoreflexión.

Coloca una X en el recuadro de cada fila que mejor te define **en este momento**.

EJEMPLO

Facilitador 1		X			No facilita 1
Facilitador 2				X	No facilita 2

Facilita la comunicación					Dificulta la comunicación
Igualdad					Superioridad
Empatía					Egocentrismo
Optimismo					Negatividad
Cercanía					Distanciamiento
Naturalidad					Artificialidad
Preparación					Improvisación
Sencillez					Complejidad
Apertura					Ocultamiento
Descripción					Valoración
Objetividad					Subjetividad
Autocontrol					Descontrol
Escucha					Interrupción
Serenidad					Nerviosismo
Reflexión					Impulsividad
Diálogo					Monólogo
Tiempo					Prisa

Las fortalezas en las que me voy a centrar en la próxima entrevista van a ser:

-

-

Concretamente, las acciones que realizaré serán:

-

-

1- Elaborado a partir de Ballenato, G (2013). Comunicación eficaz. Teoría y práctica de la comunicación humana. Madrid: Editorial Pirámide. Colección: Libro Práctico.

Alimentación en diabetes tipo 2

Serafín Murillo

Dietista-Nutricionista

Universitat de Barcelona

Hospital Sant Joan de Déu



Contenidos de la presentación



**Valoración
de la alimentación**

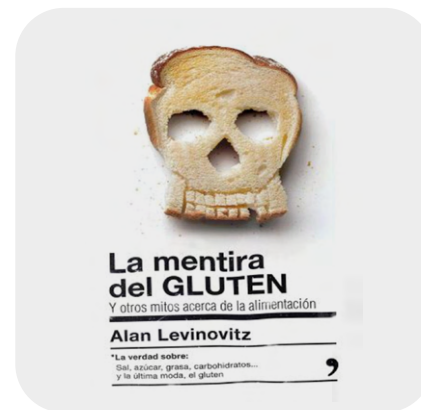
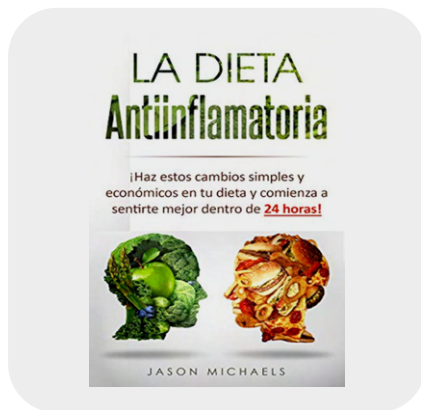
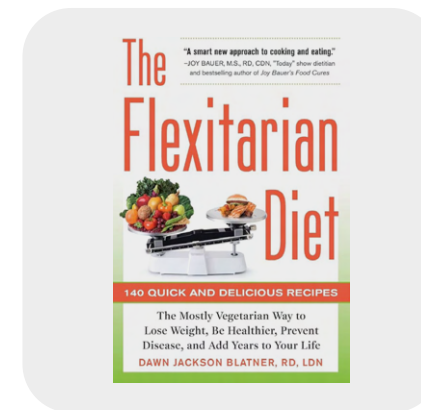
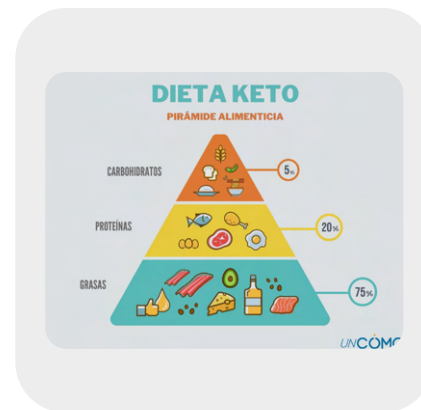
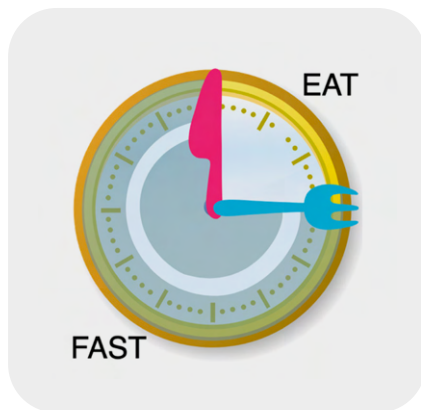


**El plan
de alimentación**



Valoración de la alimentación

Evaluar la alimentación



Evaluar la alimentación

ESTUDIO PREDIMED Cumplimiento de la dieta

Identificador del participante: _____

Nota: anotar el número de nodo correspondiente.
 01. Andalucía - Málaga / 02. Andalucía - Sevilla - España / 03. Andalucía - Sevilla - V. Real / 04. Baleares / 05. Cataluña - Barcelona norte / 06. Cataluña - Barcelona Sur / 07. Cataluña - Reus - Tarragona / 08. Madrid Norte / 09. Madrid Sur / 10. Navarra / 11. País Vasco / 12. Valencia
 C.Salud: anotar el número del centro de salud correspondiente.
 Médico: anotar el número del médico correspondiente.
 Paciente: anotar el número del paciente correspondiente.
 Visita: anotar el número de visita correspondiente.
 00. Inclusión - exclusión / 01. Visita inicial / 02. Visita 3 meses / 03. Visita 1 año / 04. Visita 2 años / 05. Visita 3 años

Fecha del examen: ____ / ____ / 200__

1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar? Si = 1 punto

2. ¿Cuanto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)? 4 o más cucharadas = 1 punto

3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración; 1 ración = 200g) 2 o más (al menos una de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto

4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día? 3 o más al día = 1 punto

5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración: 100 - 150 g) menos de 1 al día = 1 punto

6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual: 12 g) menos de 1 al día = 1 punto

7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día? menos de 1 al día = 1 punto

8. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana? 7 o más vasos a la semana = 1 punto

9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 g) 3 o más a la semana = 1 punto

10. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana? (1 plato pieza o ración: 100 - 150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g de marisco) 3 o más a la semana = 1 punto

11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana? menos de 2 a la semana = 1 punto

12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (ración 30 g) 3 o más a la semana = 1 punto

13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternero, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100 - 150 g) Si = 1 punto

14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)? 2 o más a la semana = 1 punto

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts

R. Estruch, E. Ros, J. Salas-Salvadó, M.-I. Covas, D. Corella, F. Arós, E. Gómez-Graça, V. Ruiz-Gutiérrez, M. Fiol, J. Lapetra, R.M. Lamuela-Raventós, L. Serra-Majem, X. Pintó, J. Basora, M.A. Muñoz, J.V. Sorlí, J.A. Martínez, M. Fiol, A. Gea, M.A. Hernán, and M.A. Martínez-González, for the PREDIMED Study Investigators*

ABSTRACT

BACKGROUND
Observational cohort studies and a secondary prevention trial have shown inverse associations between adherence to the Mediterranean diet and cardiovascular risk.

METHODS
In a multicenter trial in Spain, we assigned 7447 participants (55 to 80 years of age, 57% women) who were at high cardiovascular risk, but with no cardiovascular disease at enrollment, to one of three diets: a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil, a Mediterranean diet supplemented with mixed nuts, or a control diet (advice to reduce dietary fat). Participants received quarterly educational sessions and, depending on group assignment, free provision of extra-virgin olive oil, mixed nuts, or small nonfood gifts. The primary end point was a major cardiovascular event (myocardial infarction, stroke, or death from cardiovascular causes). After a median follow-up of 4.8 years, the trial was stopped on the basis of a prespecified interim analysis. In 2013, we reported the results for the primary end point in the *Journal*. We subsequently identified protocol deviations, including enrollment of household members without randomization, assignment to a study group without randomization of some participants at 1 of 11 study sites, and apparent inconsistent use of randomization tables at another site. We have withdrawn our previously published report and now report revised effect estimates based on analyses that do not rely exclusively on the assumption that all the participants were randomly assigned.

RESULTS
A primary end-point event occurred in 288 participants; there were 96 events in the group assigned to a Mediterranean diet with extra-virgin olive oil (3.8%), 83 in the group assigned to a Mediterranean diet with nuts (3.4%), and 109 in the control group (4.4%). In the intention-to-treat analysis including all the participants and adjusting for baseline characteristics and propensity scores, the hazard ratio was 0.69 (95% confidence interval [CI], 0.53 to 0.91) for a Mediterranean diet with extra-virgin olive oil and 0.72 (95% CI, 0.54 to 0.95) for a Mediterranean diet with nuts, as compared with the control diet. Results were similar after the omission of 1588 participants whose study-group assignments were known or suspected to have departed from the protocol.

CONCLUSIONS
In this study involving persons at high cardiovascular risk, the incidence of major cardiovascular events was lower among those assigned to a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts than among those assigned to a reduced-fat diet. (Funded by Instituto de Salud Carlos III, Spanish Ministry of Health, and others; Current Controlled Trials number, ISRCTN35739639.)

The authors' full names, academic degrees, and affiliations are listed in the Appendix. Address reprint requests to Dr. Martínez-González at the Department of Preventive Medicine and Public Health, Facultad de Medicina-Clinica Universidad de Navarra, Iñurrieta 1, 31008 Pamplona, Spain, or at mamartinez@unav.es.
 *The PREDIMED study investigators are listed in the Supplementary Appendix, available at NEJM.org.
 Drs. Estruch and Martínez-González contributed equally to this article.
 This article was published on June 13, 2018, at NEJM.org.
 N Engl J Med 2018;378:334.
 DOI: 10.1056/NEJMoa1800189
 Copyright © 2018 Massachusetts Medical Society.

Evaluar la alimentación

Total energy intake, kcal/day	2,055 (32.22)
Dietary intake	
Total protein, % of energy	19.2 (3.88) energy
Total fat, % of energy	36.7 (6.49)
Saturated, % of energy	11.2 (3.14)
Trans	1.1 (0.56)
Monounsaturated, % of energy	6.1 (1.87)
Cholesterol, mg/day	322.2 (129.26)
Carbohydrate, % of energy	41.1 (7.14)
Sugars, % of energy	16.9 (5.77)
Fiber, g/day	23.8 (7.99)
Alcohol, g/day	9.1 (15.58)
Total sodium, g/day	3.1 (1.31)
HbA1c <7%	69.2%

Evaluar la alimentación

3 mensajes clave



Incluye vegetales



Evita farináceos
refinados



Reduce
ultraprocesados



El plan de alimentación

Estilos de alimentación



Baja en grasas



Vegana o
vegetariana



Mediterránea

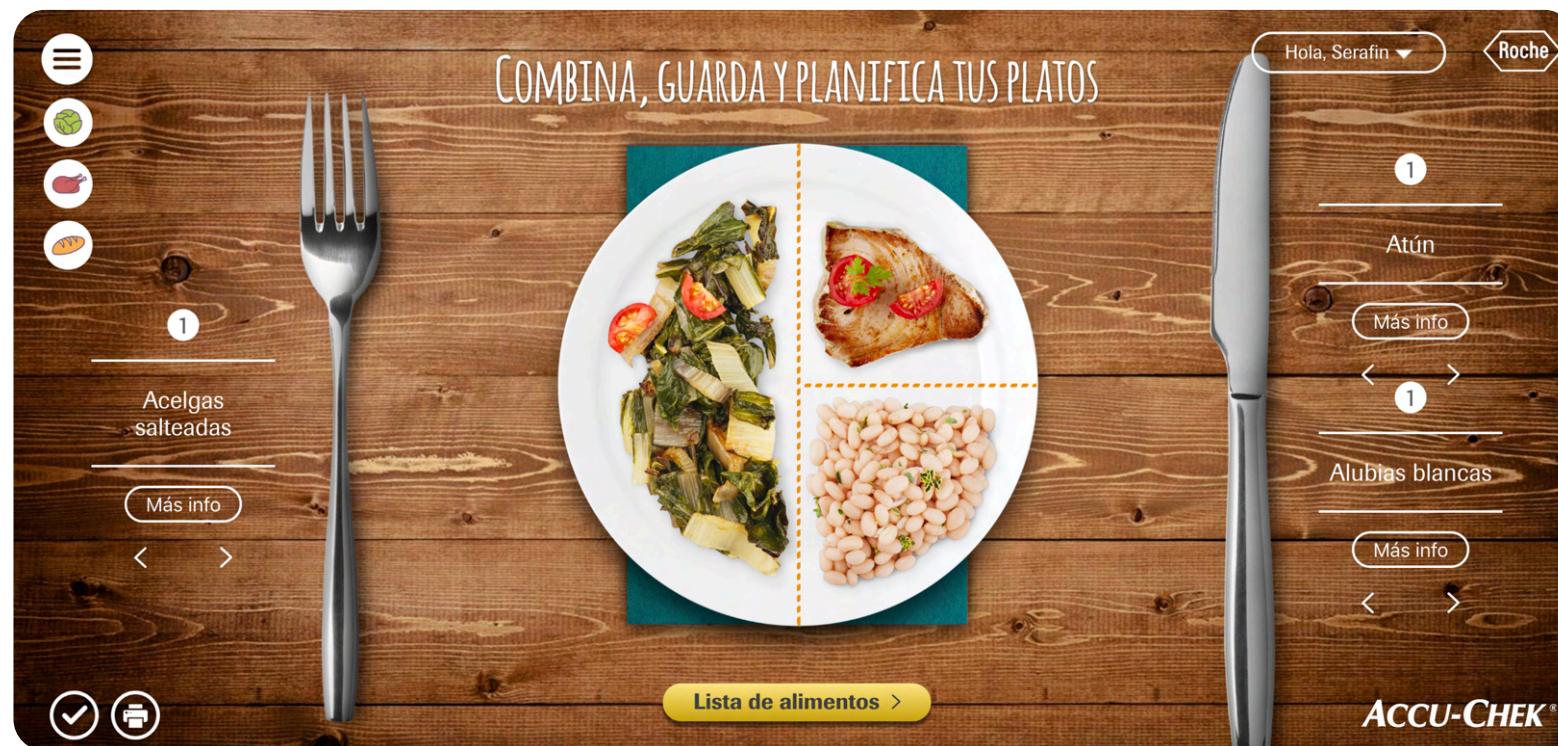


Baja en hidratos
de carbono

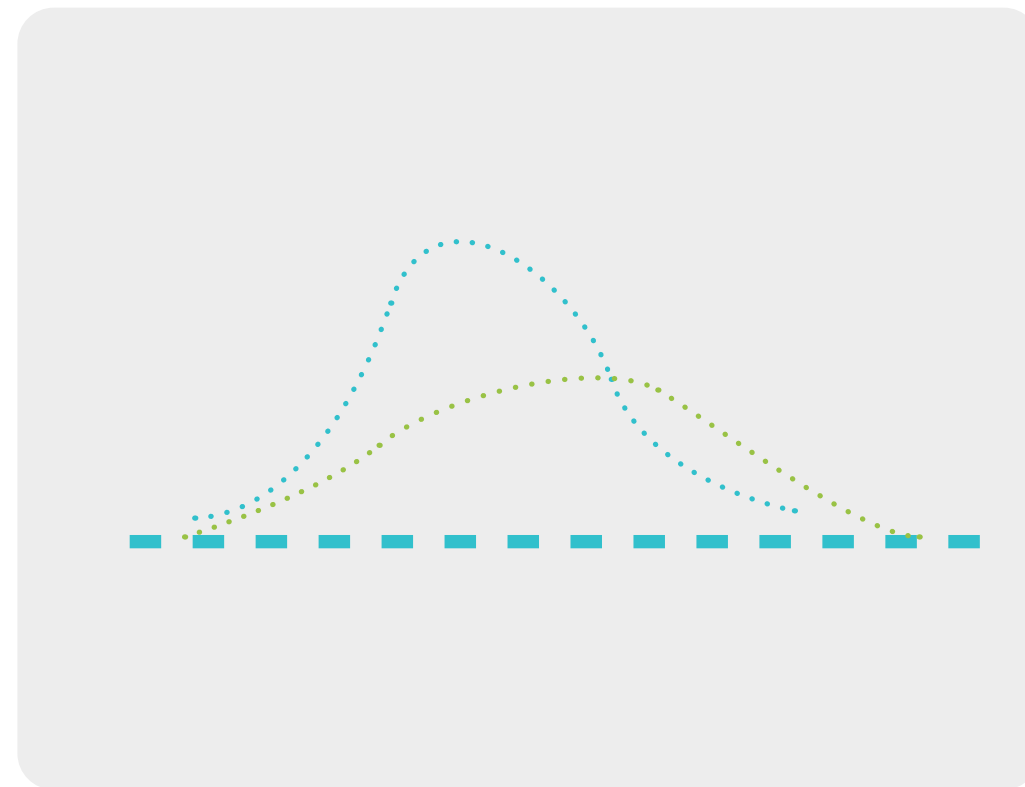
Estilos de alimentación

El método del plato

- No es restrictivo
- Método fácil (visual)
- No necesita pesar alimentos
- Adaptable a diferente nivel cultural



Índice glucémico



Índice glucémico

Definición

“Velocidad y magnitud con que los Hidratos de Carbono (HC) presentes en los alimentos aumentan la glucemia”.

No solo es la velocidad, sino el efecto que producen los HC en las 2 horas posteriores a ingerirlos.



¿Cómo se calcula?

Paso 1.

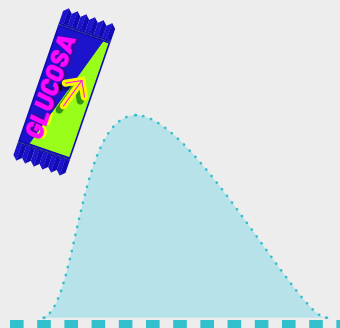
Se selecciona un grupo de personas sanas (mínimo 10 personas).

Esto se realiza en un laboratorio.



Paso 2.

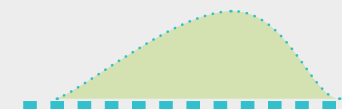
Un día toman 50g de glucosa y se miden los valores de glucemia durante 2 horas (minuto 0, 15, 30, 45, 60, 90 y 120)



Día 1

Paso 3.

Otro día toman 50g hidratos de carbono en forma del alimento que se quiere estudiar. En el caso de la pera, unos 500g de pera aportan esos 50g de HC.

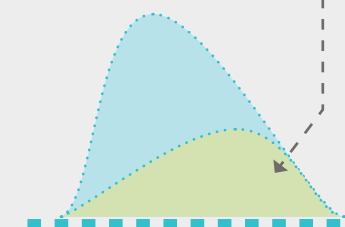


Día 2

Paso 4.

Se divide el Área Bajo la Curva obtenida con cada uno de los dos alimentos.

Esto de aquí es el área bajo la curva



● Día 1 ● Día 2

Índice glucémico

01 Lácteos



Alimento	1 ración de HC son (en gramos)	¿Cuántas raciones de HC contiene el alimento en su medida habitual?		I.G
		Medida Habitual	Raciones de HC	
Cuajada	175	Unidad (125ml)	0,6	35
Flan	45	Unidad (110g)	2,5	
Helado de crema	50	Bola mediana (100g)	2	60
		Tarrina individual (150ml)	3	
Helado de hielo	50	Unidad (100ml)	2	65
Helado "sin azúcares añadidos"	100	Unidad (100ml)	1	35
Leche desnatada	200	Vaso o taza (200ml)	1	32
Leche semidesnatada	200	Vaso o taza (200ml)	1	30
Leche entera	200	Vaso o taza (200ml)	1	27
Leche condensada	20	Cucharada sopera (20g)	1	61
Leche en polvo	25	Cucharada sopera colmada (25g)	1	30
Kéfir	200	Unidad (125ml)	0,5	35
Nata líquida	300	Botellín o brick (200ml)	0,7	
Natillas	50	Unidad (125ml)	2,5	
Petit suisse	75	Unidad (50g)	0,6	40
Queso fresco	250	Tarrina individual (70g)	0,3	35
Quesos de pasta, semis o curados	No valorable			
Yogur natural, entero o desnatado	200	Unidad (125ml)	0,5	35
Yogur desnatado, de sabores o fruta	150	Unidad (125ml)	0,8	35
Yogur entero, de sabores o fruta	70	Unidad (125ml)	1,5	35
Yogur tipo Actimel	100	Unidad (100ml)	1	35
Yogur tipo Actimel 0%	200	Unidad (100ml)	0,5	35
Yogur líquido	70	Unidad (200ml)	3	40

02 Cereales y derivados, harinas, legumbres y tubérculos



Alimento	1 ración de HC son (en gramos)	¿Cuántas raciones de HC contiene el alimento en su medida habitual?		I.G
		Medida Habitual	Raciones de HC	
Atramus	50	Tapa (30g)	0,6	15
Arroz blanco, crudo	13			
Arroz blanco, hervido	38	Plato grande (240g)	6	70
		Plato mediano (160g)	4	
		Guarnición (80g)	2	
Arroz hinchado para el desayuno	12			85
Arroz integral, crudo	13			
Arroz integral, cocido	40	Plato grande (240g)	6	50
		Plato mediano (160g)	4	
		Guarnición (80g)	2	
Arroz salvaje, crudo	13			
Arroz salvaje, cocido	34			35
Avena, crudo	15			
Avena, hervido	34			40
Boniato	50	Tamaño pequeño (80g)	1,6	50
		Tamaño mediano (160g)	3,2	
		Tamaño grande (320g)	6,4	
Cebada, crudo	14			
Cebada, hervido	42			45
Centeno, crudo	15			45
Centeno, cocido	38			
Cereales desayuno (trigo)	15			77
Cereales desayuno, ricos en fibra (>10%)	20			50
Cereales tipo muesli	15			65
Cuscús, crudo	15			

Índice glucémico

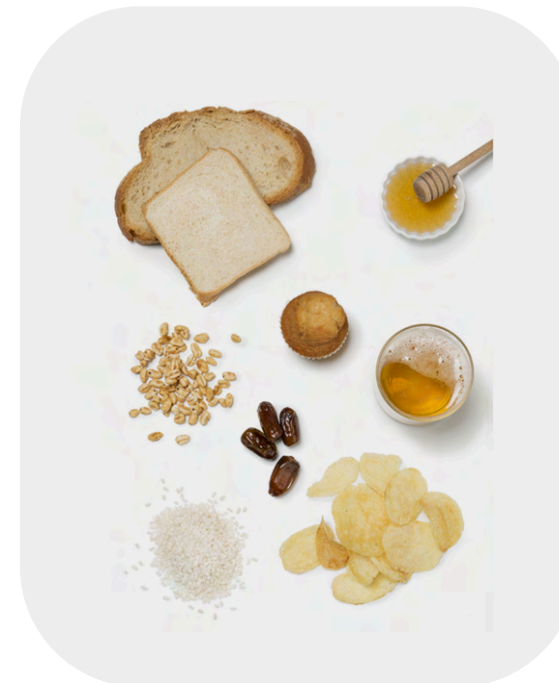
Prioriza el consumo de alimentos de IG bajo



Modera el consumo de alimentos de IG medio



Vigila la frecuencia y ración de los alimentos de IG alto



Los edulcorantes artificiales

Los edulcorantes de los alimentos en la diabetes

Azúcares naturales

Efecto glucemia: Sí

Fructosa

(azúcar de la fruta y de la miel)

Sacarosa

(azúcar blanco o de mesa)

Lactosa

(azúcar de la leche)

Contienen 4 kcal por cada gramo

Polialcoholes

Efecto glucemia: Sí

Sorbitol E420, Monitol E421, Isomalt E953, Maltitol E965, Lactitol E966, Xylitol E967, Eritritol E968

Elevan la glucemia, pero su efecto es el 50% menor que los azúcares naturales. Contienen unas 2 kcal por cada gramo. Se les denomina polioles o azúcares del alcohol. Si se abusa pueden ocasionar diarrea o molestias digestivas.

Edulcorantes intensivos

Efecto glucemia: No

Acesulfamo K E950, Aspartamo E951, Ciclamato E952, Sacarina E954, Taumatina E957, Neohesperidina E059, Neotame E961, Sucralosa (E955), Estevia (E960), Tagatosa (E962)

No aportan kcals. Son entre 150 y 600 veces más dulces que la sacarosa (azúcar blanco), por lo que se necesita muy poca cantidad para dar dulzor.

¿Sabes que significa el número E?

Todos los edulcorantes disponibles o que se utilizan en la producción de alimentos en Europa se han sometido a rigurosas pruebas de evaluación de su seguridad. Una vez que la Comisión Europea ha aprobado un aditivo alimentario, este recibe un número E (E significa Europa).

El número E, por lo tanto, indica que el aditivo ha sido aprobado y es seguro para el consumo humano. Todos los edulcorantes bajos en calorías aprobados tienen su propio número E, dentro del rango E900-E999.

Las grasas en la diabetes



Alimentos ultraprocesados



Elevada densidad
de energía



Aceites refinados / azúcares
o harinas refinadas

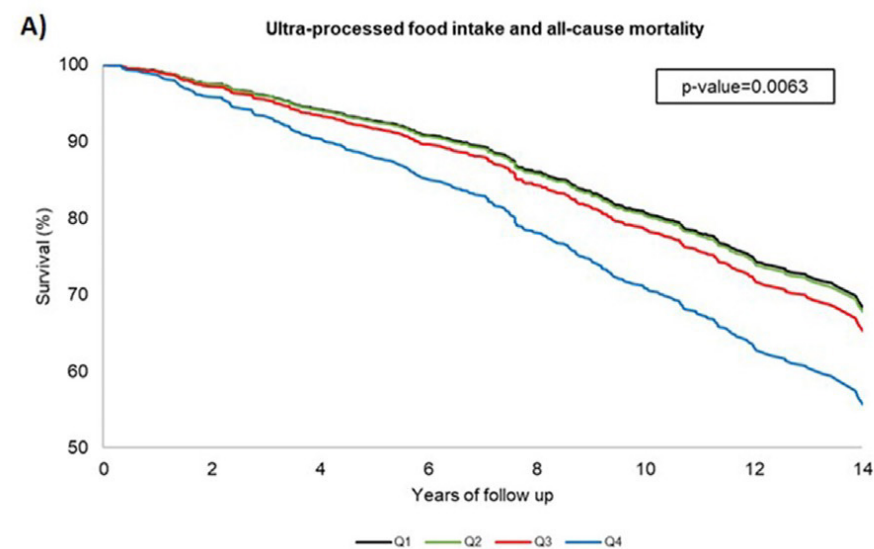


Aditivos alimentarios



Elevado aporte de sal

Alimentos ultraprocesados



Bonaccio M et al; Moli-sani Study Investigators. Ultraprocessed food consumption is associated with all-cause and cardiovascular mortality in participants with type 2 diabetes independent of diet quality: a prospective observational cohort study. Am J Clin Nutr. 2023 Sep;118(3):627-636.

Alimentos ultraprocesados

ORIGINAL ARTICLE



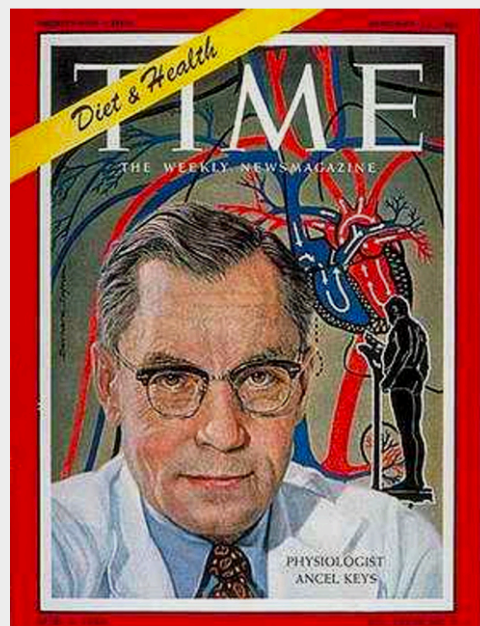
Check for updates

Consumption of Ultra-Processed Foods and Mortality: A National Prospective Cohort in Spain

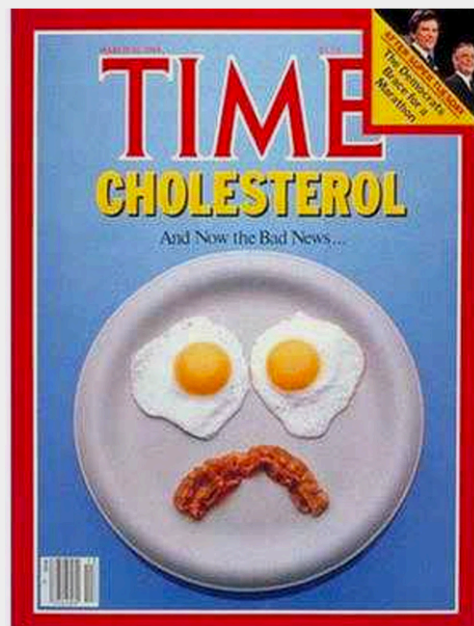
Ruth Blanco-Rojo, PhD; Helena Sandoval-Insusti, MD, MPH;
Esther López-García, MhPharm, PhD; Auxiliadora Graciani, MD, PhD;
Jose M. Ordovás, PhD; Jose R. Banegas, MD, PhD;
Fernando Rodríguez-Artalejo, MD, PhD; and Pilar Guallar-Castillón, MD, PhD

- **Población general**
- **285 g/día**
- **24,4% energía diaria**

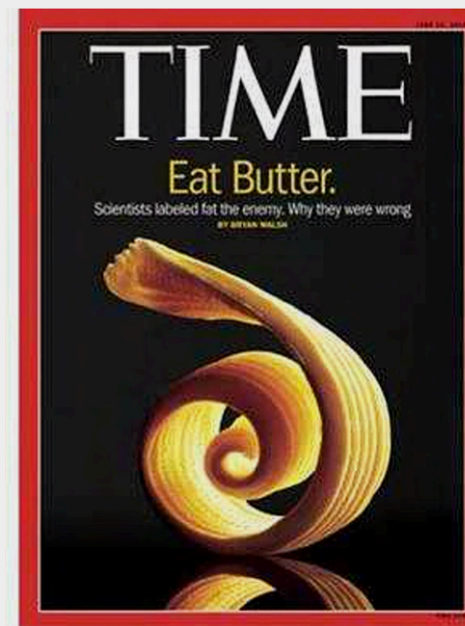
Las grasas en la diabetes



1984



1999



2014

Las grasas en la diabetes



El etiquetado de los alimentos



INFORMACIÓN NUTRICIONAL/DECLARAÇÃO NUTRICIONAL

Valores medios / Valores médios	Por 100 g	Por 25g *
VALOR ENERGÉTICO / ENERGIA	1871 kJ 453 kcal	468 kJ 113 kcal
GRASAS / LÍPIDOS	31 g	7,8 g
- de las cuales saturadas / dos quais saturados	19 g	4,8 g
HIDRATOS DE CARBONO	46 g	12 g
- de los cuales azúcares / dos quais açúcares	1 g	0,3 g
- de los cuales / dos quais: polialcoholes (g)	40 g	10 g
FIBRA ALIMENTARIA / FIBRA	15 g	3,8 g
PROTEÍNAS	6,0 g	1,5 g
SAL	0,1 g	0,0 g

*Este envase contiene 5 porciones de 25g (2 onzas) cada una /



Conocer el contenido en hidratos de carbono

• LAS CLAVES •
de la

INFORMACIÓN NUTRICIONAL

EN LAS ETIQUETAS
DE LOS ALIMENTOS

Total de hidratos de carbono.

Del total, se indica la cantidad de cada tipo de hidratos de carbono.

Del total, se indica la cantidad de cada tipo de grasas, saturadas e insaturadas y colesterol.

Otros nutrientes como fibra y sal.

Galletas "sin azúcares"

Información tradicional	100g	Por galleta (6,6g)
Valor energético	453kcal	30kcal
Proteínas	6,5g	0,4g
Hidratos de carbono	68,5g	4,5g
De los cuales azúcares	0,2g	0,0g
De los cuales almidón	52,5g	3,5g
De los cuales polialcoholes	15,8g	1,0g
Grasas	19,1g	1,3g
De los cuales saturadas	1,9g	0,1g
De los cuales insaturadas	17,2g	1,2g
Colesterol	<5mg	<0,3mg
Fibra alimentaria	2,8g	0,2g
Sal	3,2g	0,2g

Además de por 100g o 100ml, puede aparecer la información por unidad de consumo. Por ejemplo, por cada galleta.

Según la etiqueta, cada galleta aportaría aproximadamente medio sobre de azúcar.



Muchas veces en las etiquetas también encontraremos una columna con el % VRN. Este valor indica el % de la cantidad media diaria recomendada que se cubre de algunos nutrientes, principalmente vitaminas, minerales y fibra a través de

ingerir la cantidad indicada. Así que si la etiqueta pone Vitamina C = 10% VRN, estará indicando que consumiendo la ración establecida del alimento estamos incorporando el 10% de la cantidad de Vitamina C que necesita nuestro cuerpo.

El etiquetado de los alimentos

Algunas declaraciones nutricionales que se pueden encontrar en las etiquetas de los alimentos

Bajo contenido en azúcares.

Cuando el producto contiene menos de 5g de azúcares por 100g en el caso de los sólidos o 2,5g de azúcares por 100ml en caso de los líquidos.

Sin azúcares.

Cuando el producto contiene menos de 0,5g de azúcares por 100g o 100ml.

Sin azúcares añadidos.

Cuando al producto no se le ha añadido ningún tipo de azúcar ni otro alimento para proporcionar sabor dulce.

Si los azúcares están naturalmente presentes en los alimentos, en el etiquetado deberá figurar asimismo la siguiente indicación:

“CONTIENE AZÚCARES NATURALMENTE PRESENTES”.

A pesar de que en un alimento aparezcan estas indicaciones, **no significa que se pueda tomar libremente.** Esta información solamente hace referencia a los azúcares, pero puede tener otros tipos de hidratos de carbono que sí aumentan las cifras de glucosa en sangre.

En la etiqueta de **Galletas “sin azúcares”**, el contenido de hidratos de carbono total es de 68,5g por cada 100g de alimento.

Importante

Todos los hidratos de carbono aumentan la glucosa en sangre.

Mitos y alimentación

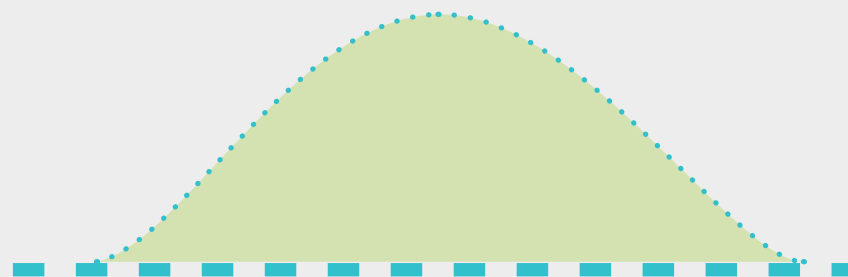


Azúcar intrínseco

Azúcar libre

Azúcar añadido

Mitos y alimentación



ACCU-CHEK®

Connecting what counts.