



Cultura nutricional, calidad de vida y educación sanitaria en la atención primaria de salud. Policlínico Manuel Díaz Legrá Holguín.

Topic: Nutrition culture, quality of living and sanitary education in the primary attention of health. Polyclinic Manuel Díaz Legrá in Holguín.

Leonela Reyes Peña¹, Heberto Martín Sánchez Cutiño², María Esther Calviño Fernández³, Sandra Xiomara Díaz Leyva⁴, Norma Rodríguez Rosado.⁵

1. Licenciada en Enfermería, Especialista de primer grado en Materno Infantil, Diplomada en perinatología, profesor: Asistente. Miembro titular de la SOCUNEF. Filial de Ciencias médicas. "Arides Estévez Sánchez. Holguín.
2. Licenciada en Enfermería, Especialista de primer grado en Materno Infantil, Diplomada en perinatología, profesor: Asistente. Miembro titular de la SOCUNEF.
3. Licenciada en Enfermería, profesor: Asistente. Filial de Ciencias médicas. "Arides Estévez Sánchez. Holguín.
4. Licenciada en Enfermería. Master en atención integral al niño. Especialista de primer grado en enfermería comunitaria. Profesor asistente. Universidad de ciencias médicas. Holguín.
5. Licenciada en Enfermería. Master en atención integral al niño. Profesor asistente. Filial de Ciencias médicas. "Arides Estévez Sánchez. Holguín.

Correspondencia: leonelapena@infomed.sld.cu.

RESUMEN

Introducción. La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. **Objetivo.** Describir la cultura nutricia de la población a través de la calidad de vida en cuanto a la presencia de enfermedades relacionadas con estilos de vida alimentarios insanos. **Método.** Se realizó un estudio descriptivo con un universo de 596 pacientes pertenecientes al Consultorio 5 del Policlínico Manuel Díaz Legrá del municipio Holguín durante el mes de enero de 2018. Se encuestaron 29 pacientes diabéticos, 61 obesos, 219 hipertensos y 13 con úlceras gástricas, una muestra de 219 pacientes con una o más de estas afecciones. Para la obtención de datos se confeccionó una encuesta con las siguientes variables: Grupos etáreos y sexos, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad, y Úlceras Gástricas. **Resultados.** En todas las variables de estudio los grupos etáreos más afectados fueron los adultos entre 31 y los 50 años de edad. Los diabéticos, hipertensos, obesos y con padecimientos de úlceras gástricas que mayor incidencia tienen fueron los del género masculino (65.6 %), (52.0 %), (81.9 %) y

(84.6 %) respectivamente La afección que más daña a esta población es la Hipertensión Arterial con el 36.7 % de afectados. Conclusiones Cuando hablamos de calidad de vida, ya sea de una persona, de un grupo de personas, estamos haciendo referencia a todos aquellos elementos que hacen que esa vida sea digna, cómoda, agradable y satisfactoria.

Palabras clave: Enfermería/ Cultura nutricional/ Estilos de vida/ Calidad de vida/ Enfermedades/ Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Introduction: The nutrition is the biological process in which the organism adapts the necessary alimony and liquids for the action , growth and keeping of the vital functions. Objective: To describe the nutrition culture of the population through the quality of living taking into account the presence of disease related with unnecessary styles of alimentation. Method: Through a descriptive study with 596 patients from the Polyclinic Manuel Días Legrá the month of January 2018. Finding 29 diabetic patients, 61 obeses, 219 hypertenses and 13 with gastric ulcer, a sample of 219 patients with one or more of these diseases. For the obtainment of datos we did and inquest with the fallowing variables: ethereal groups and sex diabetes mellitus, arterial hypertension, obesity and gastric ulcers. Results; In all of these variables the most affected ethereal groups were adults between 31 and 51 yearsfald. The diabetics, hypertenses, obese and the ones with the most impact weremale (65.6%), (52.0%) (81.9%) severally the disease harming the most is the arterial hypertension with 36.7 of affected people. Conclusions; When we talk about quality of living we are referring to all of those elements that make life worthy comfortable, pleasurable and satisfying.

Clave words: nursing/nutrition culture/styles of live/quality of living/diseases/primary attention of health

INTRODUCCIÓN

La nutrición es principalmente el aprovechamiento de los nutrientes manteniendo el equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y macrosistémico. La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. La nutrición también es el estudio de la relación que existe entre los alimentos y la salud, especialmente en la determinación de una dieta. ⁽¹⁾

Los procesos macrosistémicos están relacionados a la absorción, digestión, metabolismo y eliminación. Los procesos moleculares o microsistémicos están relacionados al equilibrio de elementos como enzimas, vitaminas, minerales, aminoácidos, glucosa, transportadores químicos, mediadores bioquímicos, hormonas, etc. ⁽¹⁾

Como ciencia, la nutrición estudia todos los procesos bioquímicos y fisiológicos que suceden en el organismo para la asimilación del alimento y su transformación en energía y diversas sustancias. Lo que también implica el estudio sobre el efecto de los nutrientes sobre la salud y enfermedad de las personas. ^(1, 2)

Aunque alimentación y nutrición se utilizan frecuentemente como sinónimos son en realidad términos diferentes, ya que: La nutrición hace referencia a los nutrientes que componen los alimentos y comprende un conjunto de fenómenos involuntarios que suceden tras la ingesta de los alimentos, es decir: la digestión, la absorción o paso a la sangre desde el tubo digestivo de sus componentes o nutrientes, y su asimilación en las células del organismo. ⁽¹⁾

Los nutricionistas son profesionales de la salud que se especializan en esta área de estudio, y están entrenados para el tratamiento nutricional de enfermedades o la adecuación de la alimentación a diversas situaciones fisiológicas. ⁽¹⁾

Por eso, al tratarse la nutrición de un acto orgánico involuntario, es incorrecto hablar de una buena o mala nutrición, cuando se habla de una ingesta adecuada o inadecuada de alimentos. El término correcto sería, una buena o mala alimentación.

La alimentación comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos, fenómenos muy relacionados con el medio sociocultural y económico (medio ambiente) y determinan, al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y estilos de vida. ^(1, 3)

Los términos dieta, dietética, dietoterapia, también son confundidos frecuentemente y tampoco son lo mismo: La dieta son los hábitos alimenticios de un individuo, esta no tiene por qué estar enfocada al tratamiento de ninguna patología, como la obesidad o ni siquiera a la reducción de peso. Simplemente es lo que come el individuo, por lo tanto todas las personas llevan a cabo una dieta. La dieta se puede modificar para conseguir diversos objetivos, como por ejemplo el tratamiento de enfermedades como la obesidad, caso más usual en que se utiliza la expresión «estar a dieta», aunque no el único. ⁽¹⁾

La dietética es la ciencia que utiliza los conocimientos de la nutrición para proporcionar una alimentación saludable que se adecue al individuo y a las diversas situaciones de su vida, como embarazo, lactancia y ejercicio físico, previniendo así posibles patologías y mejorando su calidad de vida y su rendimiento. ^(1, 4)

La dietoterapia es la ciencia que utiliza los conocimientos de la nutrición y la fisiopatología para el tratamiento dietético de diversas enfermedades. ⁽¹⁾

El estilo de vida o forma de vida son expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo⁽¹⁾ como en el de una identidad, una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo (nacional, regional, local, generacional, de clase, subcultural), expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento (trabajo, ocio, sexo, alimentación, indumentaria,

etc.), fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana, pero también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes, en la relación con el entorno o en las relaciones interpersonales. ^(1, 5, 6)

La calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades por sí mismas, es decir, informalmente la calidad de vida es el grado en que los individuos o sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencias políticas, medicina, estudios del desarrollo, etc. No debe ser confundido con el concepto de estándar o nivel de vida, que se basa primariamente en ingresos. ⁽¹⁾

Los indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de entorno físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, ocio y pertenencia a grupos, pero hay muchas veces que en la calidad de vida influyen enfermedades que no son habituales. ^(1,7)

Un indicador comúnmente usado para medir la calidad de vida es el Índice de Desarrollo Humano (IDH), establecido por las Naciones Unidas para medir el grado de desarrollo de los países a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Los países con el IDH más alto son Nueva Zelanda, Noruega, Australia, Suecia, Canadá y Japón. ⁽¹⁾

La producción industrial y el crecimiento económico eran, en el pasado, los únicos elementos considerados en el nivel de desarrollo de un país. Aunque esta perspectiva dejaba de lado otros aspectos no tan directamente materiales, que el IDH sí considera. Si bien el IDH, se considera más adecuado para medir el desarrollo, este indicador no incorpora algunos aspectos considerados importantes para la medición del desarrollo, como el acceso a la vivienda, a una buena alimentación y a la cultura y las artes; entre otros. ^(1, 8, 9)

La Organización Mundial de la Salud en su grupo estudio de Calidad de Vida la ha definido como "la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". ⁽¹⁾

Es un concepto amplio que se ha operacionalizado en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente. Es en este sentido, que la operacionalización del concepto Calidad de Vida ha llevado a tal formulación y construcción de instrumentos o encuestas que valoran la satisfacción de personas, desde una mirada general. ⁽¹⁾

Sin embargo, las particularidades de los diferentes procesos patológicos y la presión por objetivar su impacto específico, ha motivado la creación de instrumentos específicos relacionados a cada enfermedad y su impacto particular sobre la vida de la persona. De este modo, podemos distinguir instrumentos generales de Calidad de vida y otros relacionados a aspectos específicos de los diferentes cuadros patológicos (Instrumentos calidad de vida relacionados a la enfermedad).

Como problema científico tenemos que la gran aparición de enfermedades relacionadas con la inadecuada alimentación como patrón cultural nos motivó a realizar esta investigación pues sabemos que la cultura nutricional baja que poseen los pacientes repercute en su calidad de vida. Motivados por este vital tema de la APS nos propusimos describir la cultura nutricia de la población a través de la calidad de vida en cuanto a la presencia de enfermedades relacionadas con estilos de vida alimentarios insanos observados en la Atención Primaria de Salud en el Consultorio 5 del Policlínico Manuel Días Legrá de Holguín durante el mes de enero de 2018 y además caracterizar la población estudiada a través de las variables clínico epidemiológicas grupos etáreos y sexos, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, obesidad y las Úlceras Gástricas.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en un universo de 596 pacientes pertenecientes al Consultorio 5 del Policlínico Manuel Días Legrá del municipio Holguín durante el mes de enero de 2018. De ellos tomamos los 29 pacientes diabéticos, 61 obesos, 219 hipertensos y 13 con úlceras gástricas, para una muestra de 322 pacientes con una o más de estas afecciones.

Para la obtención de datos se confeccionó una encuesta con las siguientes variables:

- 1 Edad y sexo.
- 2 Obesidad.
- 3 Hipertensión Arterial.
- 4 Diabetes Mellitus
- 5 Úlceras Gástricas

Se tuvo en cuenta además en cada variable el sexo y la edad, escogiéndose solo pacientes mayores de 20 años de edad.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con estas cuatro afecciones que radiquen en el CMF 5 del policlínico Manuel Días Legrá pacientes que estén viviendo oficialmente durante el momento de la encuesta.
2. Pacientes que den su consentimiento informado y cooperen con la investigación.

Los datos fueron procesados en una base de datos representándose los resultados en tablas con método porcentual realizado con un programa estadístico EPINFO del módulo "Análisis" de cantidades y por cientos para su mejor comprensión y visualización.

RESULTADOS

La participación de los diabéticos del sexo masculino fue la más representada en la investigación ya que los hombres obtuvieron el 65.6 % de casos, siendo el grupo etáreo de 41 a 50 años donde predominaron los diabéticos con el 29.5 %. Cabe destacar que existió una representación significativa en las féminas para el universo estudiado con el 34.4 de los diabéticos.

Tabla 1. Caracterización de los pacientes diabéticos según edades y sexos.

	Diabéticos					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 – 30	1	3.4	4	13.7	5	17.2
31 – 40	1	3.4	1	3.4	2	6.8
41 – 50	4	13.7	6	20.6	10	34.4
51 – 60	2	6.8	2	6.8	4	13.7
61 – 70	1	3.4	4	13.7	5	17.2
71 y +	1	3.4	2	6.8	3	10.3
Total	10	34.4	19	65.6	29	100.0

La Hipertensión Arterial tuvo su respuesta esperada por la gran incidencia de esta afección en la comunidad, problema típico en la población cubana casi generalizado por la indisciplina y errores en los patrones de alimentación.

Los grupos etáreos 41 a 50 años (38.3 %) y los de 51 a 60 años de edad (34.2 %) fueron los más afectados, siendo el sexo masculino el género con mayores pacientes hipertensos, el 52.0 %, reincidente en niveles de preponderancia y el de 51 a 60 años con el 34.2 % de hipertensos del área respectivamente, reconociendo que el sexo femenino también está afectado con una representación del 47.9 % de afectadas.

Tabla 2. Caracterización de los pacientes hipertensos según edades y sexos.

	Hipertensos					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 – 30	12	5.4	5	2.2	17	7.7
31 – 40	17	7.7	8	3.6	25	11.4
41 – 50	51	23.3	33	15.0	84	38.3
51 – 60	13	5.9	62	28.3	75	34.2
61 – 70	9	4.1	3	1.3	12	5.4
71 y +	3	1.3	3	1.3	6	2.7
Total	105	47.9	114	52.0	219	100.0

La obesidad estuvo altamente representada en este estudio por los hombres mayores de 20 años, ellos ocuparon el 81.9 % de los casos y el grupo etáreo de 41 a 50 años (29.5 %), el resto tuvo niveles de por cientos poco significativos.

Tabla 3. Caracterización de los pacientes obesos según edades y sexos.

	Obesos					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 – 30	1	1.6	12	19.6	13	21.3
31 – 40	2	3.2	8	13.1	10	16.3
41 – 50	7	11.4	11	18.0	18	29.5
51 – 60	0	0	12	19.6	12	19.6
61 – 70	1	1.6	4	6.5	5	8.1
71 y +	0	0	3	4.9	3	4.9
Total	11	18.0	50	81.9	61	100.0

Independientemente de que las mujeres del muestreo del CMF 3 sean solo 11 obesas, quiere decir que de 58 sobrepesos del área, ellas representan un por ciento significativo para la mujer cubana actual, el 18.0 % de los enfermos de obesidad, siendo este otro elemento alarmante que nos indica la propuesta de estrategias de trabajo de educación sanitaria para esta parte tan importante.

Los daños a nivel gástrico eran de esperarse en pacientes que dañan su salud con hábitos incorrectos de alimentación. El 81.9 por ciento de los hombres padecen Úlceras Gástricas, muy significativo al lado de las mujeres. Aquí se afectó el grupo etáreo de 41 a 50 años con el 77 %, es decir 10 pacientes obesos de la totalidad del muestreo.

Tabla 4. Caracterización de los pacientes con úlceras gástricas según edades y sexos.

	Úlceras gástricas					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 – 30	0	0	0	0	0	00
31 – 40	0	0	2	15.3	2	15.3
41 – 50	2	15.3	8	61.6	10	77.0
51 – 60	0	0	1	7.7	1	7.7
61 – 70	0	0	0	0	0	0
71 y +	0	0	0	0	0	0
Total	2	15.3	11	84.6	13	100.0

Estrategias de intervención de enfermería

I- Orientar actividades de educación para la salud a través de

1. Visita domiciliaria.

2. Charlas educativas en la cuadra.
3. Actividades educativas en los círculos de abuelos.
4. Pancartas informativas en los consultorios y policlínicos.
5. Plegables informativas en los consultorios y policlínicos.
6. Afiches informativas en los consultorios y policlínicos.
7. Murales didácticos informativas en los consultorios y policlínicos.

II- Brindar orientaciones higiénico-sanitarias necesarias

1. Tener un horario de comida estable.
2. Ingerir abundantes líquidos fuera de las comidas.
3. Elegir una dieta balanceada con los componentes esenciales, masticando bien los alimentos.
4. Evitar la ingestión de alimentos calientes, salados, ricos en azúcares refinados y grasas saturadas.
5. Freír lo menos posible las viandas y carnes, cocinarlas a lo natural evitando las carnes crudas o semicrudas.
6. No ingerir café o leche después de las comidas para favorecer la absorción de los nutrientes necesarios.
7. Incrementar en la dieta el consumo de frutas, viandas y hortalizas.
8. Disminuir la ingestión excesiva de carbohidratos, dulces, refrescos gaseados, confituras y helados.
9. Saber elegir una dieta acorde a nuestra economía, que sea equilibrada y con buen gusto en su presentación.
10. No comer en exceso ni hacer ayunos prolongados.
11. Consumir demasiados alimentos en conserva, aditivos, colorantes alimentarios, y edulcorante artificial.
12. Establecer una alimentación adecuada para lograr o mantener un peso deseado.

III- Planificar las actividades de educación para la salud alimentaria con los temas

1. La pirámide de alimentación.
2. Los grupos de alimentos.
3. Confección de una dieta sana y equilibrada.
4. Relación dieta insana y la aparición de enfermedades.
5. Medidas para prevenir la aparición de enfermedades por una dieta insana.

IV. Realizar chequeo sistemático a los pacientes en la comunidad

1. Detectar cambios negativos en la práctica de estilos de vida insanos en el consumo de alimentos.
2. Tener un control sistemático del peso corporal del paciente, su tensión arterial, glucemia y características de su digestión.

3. Incentivar la práctica de ejercicios físicos, la recreación y el descanso de formas equilibradas.
4. Orientar lo perjudicial de la sobrealimentación, la escasez o el abuso en la alimentación.
5. Promocionar: medida es el consejo para los pacientes y prescripción facultativa la obligación para los profesionales de la salud.

PRINCIPIOS NUTRICIONALES

1. Distribuir las calorías totales de la forma siguiente: 55-60 % de carbohidratos, 15-20 % de proteínas y 25-30 % de grasas.
2. Restringir la grasa saturada rica en colesterol a menos de 10 % y los ácidos poliinsaturados hasta 10 %, por citar algunos de los principios al efecto
3. Recomendar el consumo de carbohidratos en forma de azúcares no refinados
4. Asegurar alimentos ricos en fibras, vitaminas y minerales.

DISCUSIÓN

La cultura humana consta de muchas dimensiones y el fortalecimiento de la misma adquiere su evidencia cuando la persona proyecta una conducta positiva en función de sus relaciones interpersonales, su comportamiento social y su calidad de vida entre otros.

Es preciso resaltar que la cultura nutricional forma parte de las cultura, costumbre e idiosincrasia de los pueblos. Esta cultura puede ser asertiva o errada, aquí juegan un papel importante, la preparación del individuo a través de los conocimientos, la promoción de salud a través de los medios de difusión masivos y el rol educativo salubrista que juegas el enfermero y médico de la familia como binomio esencial de trabajo preventivo a través de las tareas que se ejecutan en el programa de educación para la salud en la prevención de enfermedades, sus tratamientos y secuelas innecesarias que dejan a la persona, la familia y al propio Ministerio de Salud. ^(1, 8, 9)

El Índice de calidad de vida, (creado por Economist Intelligence Unit) se basa en una metodología única que vincula los resultados de encuestas subjetivas de satisfacción con la vida con los factores objetivos determinantes de calidad de vida entre las personas de todos los países. ^(1, 10)

Cuando hablamos de calidad de vida, ya sea de una persona, de un grupo de personas o incluso de animales, estamos haciendo referencia a todos aquellos elementos que hacen que esa vida sea digna, cómoda, agradable y satisfactoria.

En el caso de los seres humanos, los elementos que contribuyen a contar con una calidad de vida pueden ser tanto emotivos, como materiales como culturales. En este sentido, la calidad de vida de una persona está dada en primer término por la posibilidad de vivir de manera agradable con sus pares, principalmente con el grupo que forma su familia y que le da identidad. ^(6, 10 - 14)

Otros elementos que contribuyen a la calidad de vida, que son materiales, pueden ser por ejemplo el acceso a una vivienda digna, a servicios como agua potable, alimentos e incluso electricidad.

Todas estas cuestiones obviamente suman para poder determinar la calidad de vida de una persona. ⁽¹⁵⁾

Aquí es donde convergen muchos factores que se derivan de la cultura nutricional, el uso racional y equilibrado de los alimentos, así como el equilibrio de los nutrientes, la temperancia frente a la evitación de alimentos dañinos y al consumo moderado de los que reportan salud al organismo.

El apoyo alimentario – nutrimental y metabólico constituye un instrumento inestimable dentro del arsenal terapéutico de la práctica enfermera diaria, aunque este hecho lamentablemente no es comprendido aún por muchos de nuestros profesionales del cuidado a la hora de brindar una correcta educación para la salud (EPS) a la población relacionada con los hábitos correctos de alimentación sana. ^(1, 14)

Se hace impostergable que la Escuela de Enfermería Cubana y muchos países del área latinoamericana incorporen estos elementos a sus planes de estudio desde los inicios de la carrera para formar futuros profesionales de la biomedicina con una concepción amplia, que los convierta en líderes de opinión formales y les permita asumir los nuevos retos que se avecinan, tanto en nuestra

sociedad como en los pueblos hermanos que estamos ayudando en una noble tarea de llevar salud, bienestar y calidad de vida. ^(3, 10)

Es conocido como repercuten los patrones errados de alimentación sobre la salud humana, siendo los excesos tan dañinos como los defectos, los extremos en la alimentación rompen el equilibrio en el proceso salud – enfermedad y así aparecen afecciones tan devastadoras como la Obesidad, la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y las Úlceras Gástricas.

La intemperancia en el comer, la indisciplina en los patrones de nutrición, la incultura nutricional, la falta de autocuidado, el bajo nivel de conocimientos, la inadecuada selección y preparación de los platos de alimentos y los hábitos y costumbres incorrectos en la alimentación humana han traído traerán cada vez más enfermos y más afecciones sino hacemos responsables al individuo y familia de sus actos concientes a la hora de sentarse a la mesa. **Concluyendo** que en todas las variables de estudio los grupos etáreos más afectados fueron los adultos entre 31 y los 50 años de edad.

Los diabéticos, hipertensos, obesos y con padecimientos de úlceras gástricas que mayor incidencia tienen fueron los del género masculino. La afección que más daña a esta población es la Hipertensión Arterial y cuando hablamos de calidad de vida, ya sea de una persona, de un grupo de personas, estamos haciendo referencia a todos aquellos elementos que hacen que esa vida sea digna, cómoda, agradable, responsable, satisfactoria y segura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wikipedia 2018.

2. http://faostat.fao.org/Portals/_Faostat/documents/pdf/sources_of_dietary_energy_consumption.pdf.2016
3. «Atapuerca. El caso de canibalismo más antiguo conocido en la historia de la humanidad», artículo en el sitio web Cervantes. 2014
4. «Caníbales de ayer, caníbales de hoy», sitio web Consumer. 2013
5. Moe Byrd-Bredbenner, y Berning Beshgetoor: Perspectivas en nutrición. Canadá: Mc Graw Hill, cuarta edición. 2016
6. Herrera Racionero, Paloma (2010).Del comer al nutrir. La ignorancia ilustrada del comensal moderno. Plaza y Valdés. ISBN 978-84-92751-15-0.
7. Barreto P.J. Alimentación, nutrición y metabolismo en el proceso salud-enfermedad. ACTA MEDICA 2015;11(1):26-37
8. Barreto Penié J, Santana Porbén S, Martínez González C, Salas Ibarra AM. Grupo de Apoyo Nutricional Hospitalario: diseño, composición y programa de actividades. Rev Cub Aliment Nutr 2015; 14(1):55-64.
9. Studley HD. Percentage of weight loss. A basic indicator of surgical risk in patients with cronic peptic ulcer. JAMA 1936; 106(6):458-60.
10. Barreto Penié J. Importancia de la malnutrición por defecto entre los pacientes hospitalizados. Editorial. Rev. Cub. Alim. Nutr. 2016; 13(1)7-8.
11. Barreto Penié J. Mala nutrición por defecto: historia, estado actual y perspectiva Rev. Cubana Med. 1999;38(1):3-6
12. De la Torre E. Nutrición Enteral en el paciente grave. Editorial Científico Técnica. Barcelona, 2014.
13. Botelho Carvalho de E. Manual de Soporte Nutricional. Editorial Médica Científica. Río de Janeiro, 2015.
14. Bray GA. Conocimientos Actuales sobre Nutrición (6ta edición). Publicación Científica OMS/OPS, Washington, 2014.