

# VIVE Sano



## La diabetes mellitus y el síndrome metabólico en niños

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica que está adquiriendo en los últimos años carácter de auténtica epidemia. Podríamos considerarla como una epidemia que sin precedentes está surgiendo entre los más jóvenes y jóvenes con sobrepeso y obesidad.

Para la Organización Mundial de la Salud la diabetes es una de las enfermedades objetivo para la que se desarrollan programas de salud tanto de diagnóstico precoz, tratamiento y prevención en poblaciones de riesgo. La OMS calcula que en el año 2000 existían en el mundo 171 millones de diabéticos y se prevé un aumento de la enfermedad para el año 2030 de 366 millones. Las cifras que la OMS da para España en el año 2030, serán de más de tres millones de pacientes diabéticos. Es considerada como la segunda enfermedad crónica más común en los niños. Hace años era una enfermedad poco frecuente en la infancia, pero el aumento de la obesidad infantil, asociada a una vida sedentaria y malos hábitos alimenticios, han hecho crecer los casos entre los niños.

La diabetes es un desorden del metabolismo por el cual el nivel de azúcar en sangre aumenta descontroladamente. Esta hiperglucemia se debe a un fallo en la producción de insulina, en el mecanismo de acción de la insulina o puede ser debida a ambas causas. La OMS reconoce tres formas de diabetes mellitus: tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional (durante el embarazo), cada una con diferentes causas y con distinta incidencia:

- Si el páncreas no produce insulina o lo hace en bajas cantidades, hablamos de **diabetes tipo I**. El tipo I de-

riva siempre en insulino-dependiente, es decir que el paciente necesitará inyectarse insulina para vivir, ya que su carácter autoinmune hace desaparecer las células productoras de insulina.

- Cuando las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce, se trata de **diabetes tipo II**. De tipo hereditario y de resistencia a la acción de la insulina.
- **Diabetes gestacional**, que debuta entre la semana 24 y 28 de gestación y afecta entre 1 y 14% de las mujeres embarazadas.

La sintomatología (denominada de las cuatro "p") es desencadenante: la hiperglucemia en sangre para disolver el exceso de azúcar, produce un incremento de la sed (polidipsia), lo que conlleva a una emisión excesiva de orina (poliuria) y se acompaña de la pérdida de peso, lo que desemboca en un apetito exagerado (polifagia).

Por el aumento de sedentarismo en el mundo desarrollado, una de las principales enfermedades es la diabetes tipo II. Considerando el actual aumento de la DM tipo II (DM2) entre la población más joven, hay que destacar la importancia de esta como factor de riesgo para la enfermedad coronaria y la aterosclerosis precoz. Su etiopatogenia es multifactorial y está muy relacionada con la resistencia a la insulina (RI), que es la incapacidad de la insulina para aumentar la entrada y el uso de la glucosa por el hígado, el músculo esquelético y el tejido adiposo. La estrecha asociación entre diabetes tipo II, obesidad, alteraciones del metabolismo lipídico y proteínico así como con hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular, llevó a la hipótesis de que ambas podrían originarse de un antecedente común, el **síndrome metabólico** (SM). Actualmente se considera que la

insulinorresistencia (RI) es la responsable de gran cantidad de las anomalías del SM. La presencia de SM en pacientes con DM2 multiplica por cinco el riesgo cardiovascular y coronario y es cada vez más frecuente en la población pediátrica, con una prevalencia del 28% en los adolescentes obesos.

Actualmente, no existe una cura para la diabetes. Por lo tanto, el método pasa por cuidar la salud de personas afectadas por este desorden para mantener los niveles de glucosa en la sangre lo más cercanos posibles a los normales. Un buen control de los niveles de azúcar sólo es posible mediante la adopción estricta de las siguientes medidas básicas: una dieta planificada, actividad física, toma correcta de medicamentos necesarios y los controles médicos continuados. Solo así, con la toma en conjunto de estas medidas se puede ayudar a la prevención de complicaciones de la diabetes.

### Factores condicionantes de DM2 y SM

Este grupo de afecciones están determinadas y condicionadas por la combinación de una serie de factores:

- Factores genéticos
- Factores familiares
- Factores ambientales fetales
- Diabetes gestacional materna
- Disminución o falta de actividad física en niños y adolescentes
- Retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU)

El actual entorno "obesógeno" es uno de entre varios factores que está impulsando el aumento de estos factores de riesgo en niños y adolescentes.



**Diagnóstico de DM2 y SM**

El diagnóstico de la DM2 en niños y adolescentes se basa en los criterios comúnmente aceptados en la tabla que sigue para definir la diabetes. La aparición en edad puberal, sexo femenino y la existencia de factores predisponentes (antecedentes familiares, obesidad, hipertensión...) orientará hacia la DM2, aunque la mayor frecuencia de la DM tipo1 (también mal denominada diabetes infantil) debe hacernos sopesar todos los datos clínicos y analíticos antes de establecer un diagnóstico definitivo.

	Normalidad	Diabetes
Glucemia en ayunas	<100	100-126* >126
2 horas tras sobrecarga	<140	140-199# >200
Glucemia al azar		>200 con síntomas

(\*) Glucemia en ayunas alterada. (#) Tolerancia alterada a la glucosa.

En niños y adolescentes la DM2 suele ser asintomática. La prevalencia de la DM2 en la población infantil no está bien establecida, se estima que una importante proporción de los niños obesos (21-28%) se encuentran en situación de prediabetes. La prediabetes se caracteriza por una glucemia en ayunas elevada (110-125 mg/dl) y/o Intolerancia a la Glucosa (ITG) pero aun no está claro que los niños que la presenten tengan el mismo riesgo de progresión. De sus dos componentes en los niños obesos, es más habitual la ITG que el aumento de la glucemia en ayunas.

Como la alteración de la glucemia puede permanecer asintomática años, la ADA ha publicado unas recomendaciones para su identificación:

**CRITERIOS**

Sobrepeso (IMC>p85 edad y sexo)  
Y al menos dos de los siguientes factores de riesgo:  
• Antecedente en familiares de primer y segundo grado de DM2  
• Etnia no caucásica  
• Presencia de signos de resistencia a la insulina: acantosis nigricans, HTA, dislipemia, SOP

Iniciar el cribado mediante analítica (GB, SOG para la glucemia, insulinemia) a los 10 años o al inicio de la pubertad, y repetirlo cada 2 años

IMC: Índice de masa corporal; DM2: diabetes mellitus tipo2; HTA: hipertensión arterial; SOP: síndrome de ovario poliquístico; GB: glucemia basal; SOG: sobrecarga oral de glucosa.

En lo que respecta al SM, la falta de una definición unificada para evaluar el riesgo de resultados en niños y adolescentes impulsó a la Federación Internacional de Diabetes a desarrollar una definición nueva y sencilla con el objetivo de ofrecer una herramienta de diagnóstico clínicamente accesible para identificar el síndrome metabólico en jóvenes de todo el mundo. El síndrome metabólico afecta a uno de cada cinco niños

que padecen obesidad abdominal e hipertrigliceridemia, sin diferencias por sexo. La utilización de un indicador antropométrico simple, de fácil determinación y bajo costo para la identificación de grupos de alto riesgo en población infantil, permitiría una intervención temprana en aquellos niños en que se concentra el mayor riesgo cardiovascular y metabólico asociado a las enfermedades que causan la obesidad.

Grupo de edad (años)	Obesidad (PC)	Triglicéridos	C-HDL	Tensión arterial	Glucosa (mmol/l) o DMT2
6 a <10	≥90 percentil	No se puede diagnosticar el síndrome metabólico, aunque deberán realizarse más mediciones si hay antecedentes familiares de síndrome metabólico, DMT2, dislipidemia, enfermedad cardiovascular, hipertensión y/u obesidad			
10 a <16	≥90 percentil	≥1,7 mmol/l (≥150 mg/dl)	<1,03 mmol/l (<40 mg/dl)	Tensión sistólica ≥130 mm Hg o Diastólica ≥85 mm Hg	≥5,6 mmol/l (100 mg/dl) o DMT2 Si ≥5,6 mmol/l recomendable una POTG
16+	Usar los criterios de la FID para adultos				

PC: perímetro de la cintura; C-HDL: colesterol de lipoproteínas de alta densidad; DMT2: diabetes tipo 2; POTG: prueba oral de tolerancia a la glucosa

**¿Qué medidas preventivas se pueden tomar?**

La prevención puede empezar desde que nacen con la lactancia materna en la manera de lo posible, evitando así la alimentación artificial durante esta fase. Para evitar la obesidad infantil así como la diabetes, es necesario que los niños disfruten de una alimentación saludable evitando que lleven una vida sedentaria. La comida tiene que ser variada, es decir hay que educar a "comer de todo". En la etapa de crecimiento es importante cuidar el aporte de proteínas de muy buena calidad, que son necesarias para que ese crecimiento sea el adecuado. Pero también es importante tener en cuenta los demás alimentos de la pirámide alimentaria. Así los alimentos imprescindibles que deben tomar para su crecimiento y desarrollo normal van a ser:

- Lácteos, frutas, verduras, ensaladas, pan.
- Alternar carnes, pescados blancos y azules y huevos.
- Legumbres, arroz, pasta.

**Hay que tener presente que el síndrome metabólico en niños y adolescentes, hoy día constituye un problema de salud pública.** Conocer los pacientes de alto riesgo, vigilar el peso, talla, circunferencia abdominal, e índice de masa corporal, que nos orientará sobre el grado de obesidad de los niños. En cuanto a la dieta en sí misma, los niños necesitan una alimentación rica en fibras y pobre en azúcar. Lo ideal sería disminuir la ingesta de azúcares de absorción rápida y sustituirlos por los azúcares que ya existen en las frutas y en los hidratos de carbono de absorción lenta como las pastas y los cereales. Podemos considerar unas pautas generales para la DM1 y DM2:

1. Para jóvenes con DM1: aporte energético adecuado para asegurar un normal crecimiento y desarrollo, adaptando la pauta de la insulina a los hábitos de alimentación y actividad física habitual. Normalmente los DM1 están monitorizados por sus endocrinos y son los que menos problemas plantean al estar su enfermedad diagnosticada y tutelizada.
2. Para jóvenes con DM2: facilitar cambios en los hábitos dietéticos y de actividad física que reduzcan la resistencia a la insulina y mejoren el nivel o el estado glucémico.



Estudios de la Universidad de Granada en colaboración con la Unidad de Endocrinología Pediátrica del Hospital Reina Sofía de Córdoba, el Servicio de Pediatría del Hospital de Santiago de Compostela y el Hospital Clínico de Zaragoza, consideran que la adiponectina, una hormona relacionada con la resistencia insulínica, podría convertirse en un "excelente" marcador de esta patología en niños. En este sentido se ha comprobado que los niños obesos tienen menos cantidad de esta hormona y por tanto aumentan su resistencia a la insulina. Esto conlleva la aparición de diabetes en estas edades tempranas lo que se relaciona con el síndrome metabólico. La adiponectina permitiría por tanto agilizar el diagnóstico ya que analizarlo únicamente esta variable se podría determinar si el niño padece o no el síndrome.

Sin embargo, pese a la existencia de factores genéticos que hacen a unos individuos más propensos que a otros, una nutrición adecuada y unos hábitos de vida saludables, resulta imprescindible para intentar paliar este tipo de problemas.

**Importancia del fraccionamiento y distribución de horarios de comida.**

**¡Hay que tener un plan! (Basado en reloj y báscula)**

Hay que individualizar el plan de alimentos para adecuarlo a los hábitos y costumbres de la familia. Es importante insistir en el horario de comidas, que debe ser similar cada día, compatible con su estilo de vida y teniendo en cuenta también la actividad física por el gasto calórico o no que se asocie a la misma. Es importante regularizar el reparto de comidas en 5-6 tomas diarias, evitando el comer o picar a deshoras. En la diabetes los alimentos, sus combinaciones y el momento en el cual consumirlos es sumamente importante, ya que estos influyen de manera significativa sobre la concentración de glucosa en sangre, de aquí radica la importancia de conocer cómo realizar el fraccionamiento de la comida y la distribución de horarios de las comidas en pacientes diabéticos. El objetivo es evitar episodios de hipoglucemias, debido al efecto de la insulina o hipoglucemiantes orales. Un apartado importante es el del desayuno, ya que hay que educar a los niños para que adquieran el hábito de tomar un desayuno completo. Es importante leer bien las etiquetas de los alimentos. Los carbohidratos son lo más importante de verificar en la etiqueta, porque pueden afectar los niveles de azúcar en la sangre, pues ello no garantiza que aunque el alimento no contenga azúcares pueda tener otros hidratos de carbono como, por ejemplo, el almidón que contiene una galleta. Por ejemplo se usa la expresión "bajo contenido de azúcares", cuando contiene menos de 5g de azúcares por 100g del producto y la frase "sin azúcares" cuando contiene menos de 0,5g de azúcares por cada 100g. La conocida "sin azúcares añadidos", se refiere a que no se ha añadido ningún tipo de azúcar. Si contiene azúcares de forma natural el producto debe indicarse como "contiene azúcares naturalmente presentes". La utilización de edulcorantes es cada vez más común, pero es importante conocer los efectos en la glucemia de alguno de ellos:



**Edulcorantes calóricos****Sacarosa**  
**Glucosa**

Aportan 4kcal por gramo y elevan la glucemia. Su consumo necesita insulina.

**Edulcorantes no calóricos****Acesulfame k (E950)**  
**Aspartamo (E951)**  
**Ciclamato (E952)**  
**Sacarina (E954)**  
**Sucralosa (E955)**

No aporta ni energía, ni hidratos de carbono. Consumo seguro incluso en niños. Evitar su abuso.

**Poliálcoholes o polioles****Sorbitol (E420)**  
**Manitol (E421)**  
**Isomalt (E953)**  
**Maltitol (E965)**  
**lactitol (E966)**  
**Xilitol (E967)**

Producidos a partir de azúcares naturales, pero modificando su estructura. Menor absorción y elevan menos la glucemia.

Algunos ejemplos de alimentos con edulcorantes son las bebidas tipo "light", "sin azúcar..."; golosinas, chicles y caramelos denominados "sin azúcar"; dulces, pastelería, bollería y galletas, en los que la reducción de hidratos de carbono es solamente entre el 10 y el 30% de los azúcares pero no de los hidratos del tipo de la harina; chocolates y helados, donde los polioles llegan a reducir los hidratos en cantidades cercanas al 50%. Se deben evitar aquellos que utilizan la fructosa como edulcorante.

Pero lo más normal y en general, los carbohidratos aparecen claramente en gramos en las etiquetas de comida.

Hay dos formas principales de carbohidratos: azúcar y almidones.

- Los tipos de azúcar incluyen la fructosa (azúcar que se encuentra en las frutas y algunos alimentos horneados), la glucosa (el azúcar contenido en galletas, pasteles...) y la lactosa (el azúcar de la leche y el yogur).
- Las clases de almidones incluyen las verduras, tipo almidón, como patatas, maíz y guisantes; los procedentes del arroz y cereales; y finalmente, los procedentes de los panes elaborados.

El cuerpo humano se encarga de descomponer o convertir la mayoría de los carbohidratos en glucosa, la cual es absorbida por la circulación sanguínea. Mientras el nivel de glucosa sube en la sangre, el páncreas emite insulina. Se necesita la insulina (que actúa como una enzima) para trasladar la glucosa desde la sangre hacia las células (para que la célula, en presencia de la enzima, reconozca a la glucosa como alimento), donde se puede usar como una fuente de energía. Sea cual sea el plan específico de alimentación recomendado la clave es equilibrar los carbohidratos en las comidas, los niveles de actividad e insulina y así lograr el mejor control posible de la diabetes del niño. En relación a la cantidad de carbohidratos que un niño necesita por día, dependerá de su edad, nivel de ejercicios, altura, peso, los medicamentos y otros temas médicos. El sistema de raciones de hidratos de carbono es una herramienta básica para contabilizar con precisión los hidratos de carbono de la alimentación y así poder confeccionar menús equivalentes en hidratos de carbono. Es importante siempre consultar con el equipo médico para controlar todas estas variables.

Como ejemplo:

- **El tamaño de la ración:** 1/2 taza (120 mililitros)  
Los carbohidratos por cada ración: 7 gramos
- **La cantidad de comida consumida:** 1 taza (240 mililitros)  
Los gramos de carbohidratos consumidos: 14 gramos (7 gramos por ración)

Además, una dieta de bajo índice glucémico puede mejorar el control de la glucemia y por tanto puede ser de gran ayuda a la hora de planificar la dieta, consultar la clasificación de los alimentos según el índice glucémico de los mismos:

**ÍNDICE ALIMENTO**

110	Maltosa
100	<b>GLUCOSA</b>
92	Zanahorias cocidas
87	Miel
80	Puré de patatas instantáneo
80	Maíz en copos
72	Arroz blanco
70	Patatas cocidas
69	Pan blanco
68	Barritas tipo Mars
67	Sémola de trigo
66	Muesli tipo suizo
66	Arroz integral
64	Papas
64	Remolachas
62	Plátanos
59	<b>AZÚCAR BLANCO (SACAROSA)</b>
59	Maíz dulce
59	Pasteles
51	Guisantes verdes
51	Patatas fritas
51	Patatas dulces (boniatos)
50	Espaguetis de harina refinada
45	Uvas
42	Pan de centeno integral
42	Espaguetis de trigo integral
40	Naranjas
39	Manzanas
38	Tomates
36	Helados
36	Garbanzos
36	Yogur
34	Leche entera
32	Leche desnatada
29	Judías
29	Lentejas
34	Papas
28	Salchichas
26	Melocotones
26	Pomelo
25	Ciruelas
25	Cerezas
20	<b>FRUCTOSA</b>
15	Soja
13	Cacahuets

**¿Cómo influye la comida en el control de la glucosa?**

Sólo los alimentos que llevan azúcar en su composición hacen inmediatamente aumentar la glucosa en sangre. Pero no todos estos alimentos llevan la misma cantidad de azúcar y no todos los tipos de azúcar hacen subir lo mismo la glucosa en la sangre. Los alimentos que más hacen subir la glucosa son el azúcar de mesa, los refrescos, los zumos, pasteles, helados y batidos, por lo que en general no se recomienda tomarlos habitualmente. El resto de alimentos (pan, pasta, arroz, legumbres, fruta...) se recomienda tomarlos a diario y en cada una de las comidas del día, pero no se deben comer grandes cantidades. Los alimentos con índice glucémico bajo mejoran la sensibilidad a la insulina y las alteraciones de los lípidos. Además proporcionan más fibra, mayor sensación de saciedad y disminuyen la ingesta.

Es mejor que los lácteos sean descremados, y que la cantidad de huevos consumidos no supere los tres semanales. En el caso del pan o galletas, la mejor elección son los integrales. En el caso del aceite de oliva, mejor que se tome en crudo. Las proteínas deben ser de alto valor biológico, y las grasas incluir AG esenciales y vitaminas liposolubles. El consumo de alimentos ricos en ácidos grasos omega-3 es fundamental en la dieta del niño diabético, como el pescado azul.

Un ejemplo de menú se puede esquematizar así:

- **Desayuno:** Lácteo + pan con una cucharadita de aceite de oliva + 1 fruta.
- **Media mañana:** Pan + jamón o atún o queso o 1 fruta.
- **Comida:** Verdura + alimento con hidrato de carbono (legumbre, pan, arroz, pasta o patata) + alimento proteico (carne o pescado o huevo) + 1 fruta.
- **Merienda:** Lácteo + pan, galletas o cereales integrales o 1 fruta.
- **Cena:** Verdura + alimento con hidrato de carbono (legumbre, pan, arroz, pasta o patata) + alimento proteico (carne o pescado o huevo) + 1 fruta.
- **Pequeña colación** (1 yogur o lácteo)

Los alimentos que no deben estar presentes en la dieta de un niño diabético son fundamentalmente:

- Leche condensada
- Quesos grasos
- Embutidos
- Bollería
- Manteca de cerdo y, en general, todas las grasas animales
- Refrescos edulcorados con azúcar

En el caso del síndrome metabólico (SM), el tratamiento debe ser multifactorial e incluye la modificación de los hábitos de vida, la restricción calórica moderada, el aumento moderado y progresivo de la actividad física, y los cambios en la composición de la dieta habitual a través de la educación, pero en ningún caso se deben prescindir de los alimentos que forman parte de la pirámide alimentaria como las frutas, verduras, patatas, cereales, legumbres, carnes, pescados y grasas saludables como el aceite de oliva.

En cuanto al ejercicio físico, el niño obeso debe iniciarlo cuanto antes, de forma progresiva y sobre todo debe escoger aquellas actividades de tipo aeróbico como la bicicleta, correr, el fútbol, el tenis... El ejercicio físico moderado y adaptado aporta multitud de ventajas para la salud, aparte de la reducción y mantenimiento de peso: mejora el metabolismo, el colesterol bueno o HDL-colesterol, la tensión arterial, ayuda a dormir, relaja y aumenta la autoestima.

En el caso de niños que comen en la escuela o guardería es importante que los padres conozcan los menús del comedor y varíen la alimentación en la cena.

**El ejercicio físico. ¿Por qué es importante el ejercicio físico?**

En el caso de la diabetes tipo 1, el ejercicio se recomienda porque es aconsejable para la salud de todas las personas, pero en ellos no es tan fundamental como en el caso de la diabetes tipo 2 y se deben tener en cuenta una serie de consideraciones:

- Cuando se hace ejercicio, se influye directamente sobre la glucosa en sangre, por lo que siempre se deberá ajustar antes y después del ejercicio la insulina y/o la alimentación para evitar la aparición de hipoglucemia durante o después del ejercicio.
- Cuando los niveles de azúcar están altos en sangre, y sobre todo si existe acetona en la orina, se debe evitar hacer ejercicio ya que la situación podría empeorar.
- La actividad física tiene como objetivo mejorar la sensibilidad a la insulina, disminuir la lipogénesis, aumentar el gasto de energía y la pérdida de peso. Hay que individualizarla para que le motive y le guste y hay que cambiar los hábitos del niño y que la actividad física sea parte de su vida diaria: paseos (ir al colegio andando o subir escaleras), participar en deportes escolares y actividades deportivas el fin de semana.

La actividad física, si se realiza de forma regular, proporciona bienestar físico y mental, ayuda a evitar la obesidad, a mejorar la tensión y disminuir el colesterol.

En caso de neuropatía o pie diabético, es importante evitar ejercicios que puedan suponer algún traumatismo en los pies como saltar, correr, fútbol o bicicleta de montaña, siendo preferible el ejercicio en medio acuático. Y así mismo, la práctica de deportes como los deportes náuticos individuales está contraindicada por la posibilidad de hipoglucemias imprevisibles, con pérdidas de conocimiento que pondrían en peligro la vida del niño.

En el caso de diabetes tipo 2 y en el SM, el ejercicio físico es una parte tan importante en el tratamiento como la dieta y los fármacos, porque ayuda a que la insulina de la persona funcione de forma más eficaz y por tanto se conseguirá un mejor control de la diabetes. Debe ser individualizado y hay que tener en cuenta que un ejercicio intenso y en un corto espacio de tiempo puede provocar una hipoglucemia o empeorar el control de la diabetes en las horas siguientes, obteniéndose un resultado contrario al esperado.

En general, la práctica deportiva es fundamental para conseguir una situación metabólica equilibrada y para mejorar la autoestima del niño y su forma física; además, de ayudar a controlar el peso.



**Buscando lo positivo...**

Hoy por hoy, la diabetes es una de las enfermedades que más avances está teniendo tanto desde el punto de vista biológico (células madre) como tecnológico, insulinas y (bombas de infusión continua de insulina). Convivir con la diabetes, haciendo las cosas bien, no es todo lo malo que a priori puede parecer.

Los niños que padecen diabetes son niños que se "hacen" mayores antes, sí. Se ven obligados a seguir una serie de pautas y de hábitos ineludibles que tienen que ver con el control de los horarios, la periodicidad de las inyecciones de insulina, la práctica del ejercicio físico, el control de su alimentación... Todo esto puede parecer y de cierta forma así es, estresante e incómodo, pero son incontables a medio y largo plazo, los beneficios que reportará al niño diabético, una mayor fuerza de voluntad, la disciplina de horarios y de responsabilizarse de aquello que debe hacer. Pero como todo, este sacrificio conlleva un final muy positivo, y es que hablamos de niños que serán adultos más humanos, más tolerantes y más comprensivos en la sociedad. ♥



## Recetas seleccionadas

### LASAÑA DE BERENJENAS Y TOMATE CON ESPINACAS CRUDAS

**Ingredientes (4 personas)**

- 2 berenjenas medianas
- 5 tomates maduros
- 200 g de queso fresco tipo burgos
- Espinacas tiernas crudas
- 1 cucharada de aceite y sal

**Preparación**

Cortar las berenjenas en rodajas finas a lo largo. Ponerlas en una cacerola, añadir agua apenas para cubrir las y un poco de sal. Cocerlas unos tres minutos a partir de que comience a hervir el agua. Escurrirlas y dejarlas templar. Cortar los tomates en rodajas y sazonarlos con sal. Cortar el queso fresco en trocitos. Lavar bien las hojas de espinacas y secarlas. Formar capas alternadas de berenjena, espinacas y tomate en una fuente refractaria ligeramente engrasada con un poco de aceite, terminando con una capa de tomates. Hornear 15 minutos a 180° C y distribuir luego los trocitos de queso fresco. Cocinar en el horno 10 minutos más, hasta que el queso se haya derretido, y servir acompañado de unas hojas de espinacas crudas aliñadas a elección.

### PASTEL SOUFLÉ SALADO DE QUESO

**Ingredientes (4 personas):**

- 100 g de queso semicurado magro rallado
- 100 g de requesón o queso fresco
- 3 claras de huevo batidas a nieve
- 2 yemas de huevo batidas
- 1 pizca de sal
- 1 pizca de pimienta
- 1 pizca de nuez moscada

**Para la salsa blanca:**

- 50 g de harina
- 300 cc. de leche desnatada
- 1 cucharada de aceite de oliva

**Preparación:**

Para la salsa blanca, incorporamos los ingredientes en una cacerola a fuego lento y movemos hasta que hierva y quede espesa. Luego colocamos el queso semicurado magro y damos vueltas con la cuchara lentamente hasta que quede completamente derretido. Retiramos del fuego y colocamos las yemas batidas mezclándolas suavemente. Agregamos la sal, la pimienta y la nuez moscada y volvemos a colocar la cacerola a fuego lento revolviendo hasta que espese un poco más. Retiramos del fuego y dejamos enfriar un poco. Luego agregamos las claras batidas a nieve y el requesón o queso fresco, con movimientos envolventes. Finalmente colocamos todo en un molde previamente aceitado y lo llevamos al horno a 180 grados unos 30 minutos.

### ENSALADA DE ARROZ Y POLLO CON YOGUR

**Ingredientes (4 personas):**

- 3/4 de taza de arroz blanco
- 1/2 taza de cebolleta picada
- 1/4 de cucharadita de ralladura de limón
- 3 cucharadas de jugo de limón
- 1 yogur natural desnatado
- 6 cucharadas de aceite de oliva
- 500 g de pollo cocido y deshebrado
- 1/3 de taza de nueces picadas
- Sal
- Pimienta

**Preparación**

Cocinar el arroz siguiendo las indicaciones y dejar enfriar. Mezclar la cebolleta con la ralladura, el jugo de limón, 3 cucharadas de agua, el yogur, sal y pimienta. Agregar el resto de los ingredientes y mezclar suavemente. Dejar enfriar en la nevera durante 2 horas antes de servir.

### CUADRADITOS DE CHOCOLATE

**Ingredientes (4 personas):**

- 90 g de chocolate sin azúcar triturado fino
- 1 taza de edulcorante en polvo
- 3/4 de taza de harina
- 3/4 de taza de nata ligera o queso crema 0 % mg
- 3 claras
- 1 cucharadita de esencia de vainilla

**Preparación**

Derretir el chocolate a fuego muy suave o al baño maría. Dejar entibiar por unos minutos. En la batidora, mezclar el resto de los ingredientes hasta obtener una mezcla lisa. Incorporar el chocolate y unir. Volcar en un molde cuadrado de 20 cm forrado de papel vegetal especial para horno o papel film. Cocinar de 20 a 25 minutos o hasta que al insertar un palillo, éste salga limpio. Dejar entibiar sobre una rejilla y cortar.

