

Abordaje de la Obesidad

ÍNDICE

Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Obesidad

1. Introducción. Evidencias y recomendaciones.....	211
2. Consideraciones para el Abordaje de la obesidad.....	212
2.1 La Obesidad concepto y criterios diagnósticos.....	212
2.2 La obesidad, magnitud y comorbilidad asociada.....	213
2.3 Efectos beneficiosos de la pérdida de peso.....	214
2.4 El tratamiento de la obesidad.....	214
2.5 El Ejercicio Físico en la obesidad, beneficios, prescripción y programa de entrenamiento.....	215
2.5.1 Prescripción de Ejercicio Físico (FITT) en la Obesidad.....	215
2.5.2. Programa de entrenamiento en la obesidad.....	216
2.6. Recomendaciones generales para diseñar un programa adecuado para pérdida de peso corporal, alimentación saludable restrictiva y ejercicio aeróbico.....	217
3. Plan de cuidados sugerido para el Abordaje de la Obesidad.....	218
3.1 Valoración focalizada y educativa.....	218
3.2 Plan de Cuidados sugeridos para el abordaje de la Obesidad según Etapa de Cambio.....	219
3.3 Plan de Cuidados sugeridos para el abordaje de la Obesidad en etapa de Precontemplación.....	220
3.4 Plan de Cuidados sugeridos para el abordaje de la Obesidad en etapa de Contemplación.....	222
3.5 Plan de Cuidados sugeridos para el abordaje de la Obesidad en etapa de Determinación.....	224
3.6 Plan de Cuidados sugeridos para el abordaje de la Obesidad en etapa de Acción.....	226
3.7 Plan de Cuidados sugeridos para el abordaje de la Obesidad en etapa de Mantenimiento.....	228
3.8 Plan de Cuidados sugeridos para el abordaje de la Obesidad en etapa de Recaída.....	230
4. Aulas de Salud: Recursos didácticos en Educación para la Salud en Obesidad.....	232
5. Recomendaciones para la intervención en la comunidad.....	232
6. Anexos.....	233
7. Bibliografía.....	243

Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Obesidad



1. INTRODUCCIÓN. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por un exceso de grasa corporal, que se traduce en un aumento de peso. El diagnóstico y grado de obesidad se evalúa en la práctica clínica mediante el índice de masa corporal (IMC), que se correlaciona con la adiposidad. El punto de corte para definir la obesidad es de $IMC \geq 30$.

La obesidad se ha convertido en el trastorno metabólico más frecuente de las sociedades desarrolladas llegando a convertirse en un importante problema de salud pública ante la tendencia creciente en su evolución. Además, son múltiples las evidencias que asocian la obesidad con un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, algunos tipos de cáncer, problemas osteoarticulares, hipertensión, etc., por lo que se considera un importante factor de riesgo.

Las medidas para tratar la obesidad comprenden básicamente una alimentación adecuada a las necesidades calóricas de la persona, un incremento de la actividad física y una modificación en sus hábitos de vida. El tratamiento farmacológico o quirúrgico puede servir de apoyo a estas medidas, pero nunca sustituirlas. Las terapias de comportamiento y las cognitivo-conductuales con enfoque motivacional son una importante herramienta que ayudan a perder más peso cuando se practican junto con la dieta y programas de ejercicio.

A través de la educación sanitaria en un programa adecuado y personalizado se puede fomentar el desarrollo adecuado de estas medidas e impulsar desde el autocuidado de la persona una reducción progresiva y estable del peso, con el consiguiente aumento de su autoestima y beneficio para su salud.

La motivación para el cambio de conducta de la persona con obesidad será el punto de partida para alcanzar el compromiso de éste y poder facilitar que tome la decisión de implicarse y corresponsabilizarse en los cambios de conductas que le permitan, paulatinamente, alcanzar la adecuación del peso corporal.

Este capítulo pretende orientar al profesional respecto de las intervenciones más efectivas, para el abordaje de este importante problema de salud y servir de apoyo para facilitar a las personas con obesidad. Reconocer dicha situación como un problema de salud, estar dispuestas e implicarse en la modificación de las conductas inadecuadas para reducir el peso corporal y, así como adquirir los conocimientos y habilidades que les permitan mantener de forma permanente la modificación de tales conductas y adoptar un estilo de vida sano.

Evidencias y Recomendaciones generales para el abordaje de la obesidad.

Evidencias	
Una combinación de consejo sobre dieta y ejercicio apoyado por terapias conductuales, es más efectiva en alcanzar pérdida de peso que dieta o ejercicio solos.	1++
Los acercamientos motivacionales y conductuales para promover y mantener el cambio dietético deben incluir objetivos centrados en el paciente, contactos frecuentes con el profesional sanitario, apoyo a la familia y seguimiento.	1+
Los factores asociados con el adecuado mantenimiento de peso son una ingesta baja en calorías y una actividad física continuada.	2

Recomendaciones	
El tratamiento integral para adelgazar debería incluir la combinación de reducción de ingesta energética, aumento de la actividad física y terapia conductual.	A
Tras la reducción de peso es difícil mantenerlo. Un programa de mantenimiento que combine dieta, actividad física y terapia conductual aumenta la probabilidad de mantener el peso conseguido. Dicho programa de mantenimiento deberá prolongarse por tiempo indefinido.	B
Facilitar una mayor frecuencia de contactos entre las personas con sobrepeso u obesidad y los miembros del equipo sanitario que le atiende, durante el tratamiento para adelgazar, puede ayudar a conseguir una reducción de peso más eficaz.	C

2. CONSIDERACIONES PARA EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD

2.1. La Obesidad concepto y criterios diagnósticos.

La Obesidad, fue declarada por la OMS como una enfermedad en 1997. Está presente en la relación de Códigos Internacionales de Enfermedad (CIE), por tanto su abordaje requiere del mismo rigor aplicando los criterios y principios que para cualquier otra patología, aunque su tratamiento ésta basado fundamentalmente en medidas o terapias no farmacológicas.

Si bien, no es uno de los factores de riesgo cardiovascular mayor imprescindible para el cálculo del riesgo según la tabla de Framingham, es considerada, no obstante, un factor modificador en la estimación del riesgo cardiovascular, lo cual supone una circunstancia clínica que confiere un mayor riesgo del estimado mediante dicha tabla a las personas que lo presentan. Se encuentra entre los factores de riesgo cardiovascular bien validados y se asocia o es factor de riesgo para la diabetes o la hipertensión. Este factor tiene la característica de ser modificable y poder actuar sobre el mismo.

La Obesidad se define como el exceso de grasa corporal, considerada como una enfermedad crónica y multifactorial. El método más usado para definir y clasificar la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC) peso (Kg) / talla (m²). Se acepta como punto de corte para la obesidad un IMC ≥ 30 kg/m².

Normopeso	IMC entre 18,5 - 24,9 Kg/m ² .
Sobrepeso	IMC entre 25 - 29,9 Kg/m ² .
Obesidad grado I	IMC entre 30 - 34,9 Kg/m ² .
Obesidad grado II	IMC entre 35 - 39,9 Kg/m ² .
Obesidad grado III	IMC ≥ 40 Kg/m ² .

El Tipo de obesidad o la distribución de la grasa corporal, es un componente predictivo del riesgo cardiovascular. Existen básicamente dos tipos de obesidad:

- **La obesidad abdominal, central o androide:** consiste en un acúmulo excesivo de grasa a nivel central o abdominal, más común en hombres, este tipo de obesidad se relaciona con más riesgo de mortalidad total, de enfermedad cardiovascular, de diabetes mellitus y de hipertensión.

Responde bien al incremento del gasto energético debido al ejercicio físico. Para su determinación el método más fiable es la medición de la circunferencia de la cintura abdominal o perímetro abdominal.

- La **obesidad ginoide**, es un acúmulo excesivo de grasa a nivel de glúteos y muslos. Más común en mujeres. Este

tipo de obesidad no se encuentra tan relacionado con el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular. Responde peor que la obesidad androide al incremento del gasto energético debido al ejercicio.

La relación del riesgo cardiovascular con el peso y la circunferencia abdominal se detalla en la siguiente tabla:

Clasificación	IMC (Kg/m ²)	Hombres PA 94 - 102 cm Mujeres PA 80 - 88 cm	Hombres PA > 102 cm Mujeres PA > 88 cm
Peso normal	18,5 - 24,9		
Sobrepeso	25,0 - 29,9	Riesgo aumentado	Riesgo Alto
Obesidad			
Grado I	30,0 - 34,9	Alto	Muy Alto
Grado II	35,0 - 39,9	Muy Alto	Muy Alto
Grado III	≥40	Extremadamente Alto	Extremadamente Alto

PA = Perímetro abdominal

El objetivo, por tanto del abordaje de este problema consiste en lograr acercar al máximo el peso corporal al rango deseable de IMC y de perímetro abdominal.

Peso Corporal

Rango deseable entre 18,5 - 25 Kg/m² de IMC

Perímetro Abdominal deseable: <94 cm hombres / <80 cm mujeres

2.2. La obesidad, magnitud y comorbilidad asociada.

Tener presente las cifras de prevalencia de obesidad en nuestra comunidad con respecto a la media nacional permitirá dimensionar el problema al cual nos enfrentamos.

El estudio "Cardiovascular, Diabetes y Cáncer", las tres enfermedades de mayor importancia en Canarias (CDC), estudio prospectivo con muestreo aleatorio en población general, en el que participaron 6.729 personas entre los años 2000 y 2005 (edad 18-75 años), muestra para la obesidad los siguientes porcentajes de prevalencia en mujeres y hombres comparado con la media nacional.

Prevalencia (%) de los principales factores de riesgo en Canarias

		Hombres	Mujeres
Tabaquismo	Canarias	32	21
	España	41,1	24,3
Colesterol (≥240mg/dl)	Canarias	32	31
	España	27,3	23,4
HTA (≥140/90)	Canarias	43	33
	España	34,8	33
Diabetes	Canarias	12	10
	España	11,7	8,4
Obesidad (IMC≥30 Kg/m ²)	Canarias	27	29
	España	17,9	23,2

Fuentes: "Factores de riesgo cardiovasculares en la población española. Med Clin (Barc) 2005; 124 (16):606-612*" y "Presentación de la cohorte CDC de Canarias: objetivos, diseño y resultados preliminares. Rev Esp Salud Pública 2008; 82: 519-534.

La comorbilidad asociada.

La importancia de la obesidad viene dada por asociarse a complicaciones crónicas, entre las que cabe destacar las enfermedades de origen ateroesclerótico y los factores de riesgo relacionados, como la diabetes mellitas tipo 2, la dislipemia, y la hipertensión arterial.

También puede relacionarse con la colelitiasis, la osteoporosis, la insuficiencia cardiaca, el síndrome de apnea del sueño, la esterilidad y alteraciones psicológicas. La mayor parte de los estudios epidemiológicos poblacionales observan que la mortalidad empieza a aumentar cuando el IMC supera los 25K/m². Las personas con un IMC superior o igual al 30K/m² presentan un incremento de un 50 a 100% en comparación con población con un IMC entre 20-25 Kg/m².

2.3. Efectos beneficiosos de la pérdida de peso.

Disminuciones moderadas y mantenidas de peso (5Kg) dan lugar a los siguientes beneficios en salud:

- Mejora el perfil lipídico.
- En algunos grupos de pacientes como personas diabéticas y en mujeres con otras comorbilidades, la disminución del peso reduce la mortalidad total.
- Disminuye la TAD y la TAS:
 - Una pérdida de peso mayor a 5 Kg se asocia a una reducción a los 12 meses de la PAS entre 3,8-4,4 mmHg y la PAD entre 3,0 y 3,6 mmHg.
 - Una pérdida de 10 Kg de peso se asocia a una disminución de la PAS de 6 mmHg y de 4,6 mmmHg de la PAD.
 - Por cada kg de peso perdido la TA disminuye de 0,5 a 2 mmHg.
 - Una reducción de 4 a 5 mmHg en pacientes con TAS > 140 o TAD > 90 reduce significativamente los ictus en un 42% y los infartos en un 14%, en pacientes con Enfermedad Cardiovascular Establecida.
- Mejoría del control glucémico.
- Disminuye el riesgo de desarrollo DM tipo 2.

La obesidad es un factor de riesgo para la resistencia a la insulina y para la DM tipo 2 en mujeres y hombres. La pérdida de 5 Kg. de peso en mujeres redujo el riesgo de diabetes en un 50%.

El efecto que produce la reducción de 5 kg de peso corporal sobre los factores de riesgo cardiovascular es mayor en el grupo de pacientes de alto riesgo, lo que lleva a considerar como beneficiosa cualquier pérdida de peso.

Factores dietéticos asociados a la obesidad.

Existe una asociación entre los siguientes componentes de la dieta y la obesidad:

- Los alimentos de baja densidad energética (cereales integrales, cereales, frutas y verduras) contribuyen a proteger de la ganancia de peso, el sobrepeso y la obesidad.
- Los alimentos hiper calóricos (alimentos con alto contenido de grasa y de grasa animal, alimentos precocinados y bebidas azucaradas), sobre todo si se consumen grandes cantidades regularmente, contribuyen a la ganancia de peso, de sobrepeso y de obesidad.
- Las llamadas comidas rápidas contribuyen a causar ganancia de peso, sobrepeso y obesidad.

2.4. El tratamiento de la obesidad.

Se basa en modificaciones dietéticas, la práctica de ejercicio físico y el apoyo psicológico con terapia conductual-motivacional. El tratamiento farmacológico y quirúrgico son opciones para obesidades importantes que no responden a las intervenciones anteriores.

Los objetivos de pérdida de peso deberían basarse en el riesgo individual y en la comorbilidad, más que solo en el peso:

- En pacientes con IMC entre 25 y 35 Kg/m², la comorbilidad asociada a la obesidad es poco probable y una pérdida de peso entre un 5-10% (5-10kg) es suficiente para reducir el riesgo metabólico y cardiovascular.
- En pacientes con IMC >35 Kg/m², la comorbilidad es más frecuente y, por tanto, las intervenciones para bajar de peso deberían estar dirigidas a mejorar estas comorbilidades. En estas personas será necesario pérdidas mayores del 15-20% del peso (siempre más de 10 Kg) para mejorar la comorbilidad.

Lograr estos objetivos requieren de una terapia conductual motivacional encaminada a reconocer el problema y su disposición para el cambio de conductas, implicarse y corresponsabilizarse con las modificaciones dietéticas y de actividad física necesarias para ir paulatinamente aproximándose al peso deseado o adecuado, mantenerlo e incorporar dichos cambios al estilo de vida.

Modificaciones dietéticas.

Se recomendará una alimentación hipocalórica equilibrada y variada, repartida en 5 comidas al día, con una ingesta abundante de líquidos y fibra.

Desde el punto de vista energético, la restricción será de 500 a 1000 kcal/día respecto a la dieta habitual, lo que supondría una pérdida ponderal de 0,5 - 1Kg / semana, representando un promedio de un 8-10 % del peso corporal inicial en un plazo de 6 meses. Esta limitación energética no debería constituir un aporte inferior a 1200-1600 Kcal/

día en hombres y 1000-1200 Kcal/día en mujeres.

Dietas muy hipocalóricas (< 800 Kcal/día), se asocian a una reducción mayor de peso en los primeros 3-4 meses, aunque esta reducción no se mantiene al año.

Las dietas con bajo contenido en carbohidratos y alto en proteínas son más eficaces que las dietas de bajo contenido en grasas y alto en carbohidratos en los primeros seis meses. Sin embargo, no hay diferencias entre ambas estrategias al año de seguimiento. A largo plazo, más de dos años, lo que resulta eficaz es la reducción calórica total independientemente de la composición de macronutrientes.

Modificaciones en la Actividad física.

El ejercicio físico contribuye a la pérdida de peso y a su mantenimiento y es más efectivo cuando se acompaña de una dieta.

Se recomienda potenciar la actividad física cotidiana (subir escaleras, caminar) así como el ejercicio programado en el que se mueven grandes masas musculares (andar de prisa, correr, nadar, ciclismo, golf,...) al menos durante 3 horas a la semana, controlando la frecuencia cardiaca según la fórmula (Frecuencia cardiaca máxima = 220 – edad (años).

Para la persona obesa no entrenada, lo ideal sería caminar 5 Km/día (consumo de 100- 200 Kcal/día) e ir aumentando paulatinamente la duración, la intensidad y la distancia.

Apoyo psicológico y modificaciones conductuales.

Las personas con sobrepeso u obesidad se benefician de las intervenciones psicológicas, particularmente de las que utilizan estrategias conductuales y cognitivo-conductuales; es decir, mediante un enfoque motivacional (Entrevista Motivacional) y teniendo en cuenta su situación de afrontamiento del problema (Modelo de estadios de cambio de Prochaska y DiClemente). Son más útiles cuando se combinan con medidas dietéticas y ejercicio físico.

2.5 El Ejercicio Físico en la Obesidad, beneficios, prescripción y programa de entrenamiento.

Los beneficios del Ejercicio Físico para la salud están ampliamente documentados, en la siguiente tabla se exponen los relacionados específicamente con la obesidad.

Beneficios del Ejercicio Físico en la Obesidad

- Aumento de la esperanza de vida.
- Reducción de la morbimortalidad global.
- Mejor control de las cifras de presión arterial.
- Mejoría del perfil lipídico.
- Mejora de la sensibilidad periférica a la insulina.
- Mejoría funcional respiratoria.
- Mayor tolerancia al esfuerzo físico.
- Aumento de la densidad mineral ósea.
- Mayoría de la función osteoarticular.
- Mayoría de la función musculotendinosa.
- Mayoría circulatoria (arterial, venosa y linfática).
- Aumento de la estima del individuo.

Tomada de: Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular: Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. 2014.

La práctica regular de EF produce cambios en la composición corporal, disminuyendo la masa grasa y aumentando la masa magra muscular. Cuando el tratamiento de la obesidad es solo dietético, se produce pérdida tanto de masa grasa como de masa muscular. El EF compensa la excesiva y no deseable pérdida de masa magra.

El tratamiento de la obesidad requiere una ingesta energética inferior al gasto energético, induciendo un balance energético negativo entre 500 y 1000 calorías al día. Los resultados son similares cuando se produce mediante restricciones dietéticas aisladas como con el incremento de la actividad física, siempre que se consiga un déficit energético comparable.

Las restricciones dietéticas entre 500 y 1000 calorías diarias combinadas con EF, produce mayor pérdida de peso que

la intervención dietética aislada. En contraste, la restricción dietética severa provoca adaptaciones metabólicas que disminuyen el efecto aditivo en la pérdida de peso, del gasto de energía provocado por la actividad física moderada.

2.5.1 Prescripción de Ejercicio Físico (FITT) en la Obesidad.

El objetivo es alcanzar entre 150 y 250 minutos a la semana, de forma progresiva según la capacidad física del individuo, consiguiendo un gasto calórico entre 1200 y 2000 calorías y posteriormente aumentar el tiempo a más de 250 minutos de EF moderado para conseguir un gasto calórico mayor de 2000 Kcal/semana, con el fin de mantener y disminuir peso.

Tipo de ejercicio.

El ejercicio inicialmente, debe ser de tipo aeróbico, caminar es el ejercicio óptimo ya que resulta sencillo de realizar, apenas entraña riesgos de lesiones por su escasa carga osteoarticular y musculotendinosa, generando un gasto energético previsible y regular. Como alternativa pueden realizarse ejercicios acuáticos, natación a ritmo suave, bicicleta estática con baja resistencia al pedaleo elíptica.

El paciente puede pedalear en la bicicleta estática en casa mientras acompaña la actividad con otro entretenimiento (escuchar música, ver TV: noticias, programas de entretenimiento,...) de manera que, le resulte entretenido y convierta una actividad sedentaria, como ver las noticias, en activa.

Duración.

La sesión de EF puede fragmentarse a lo largo del día según el nivel de forma física del individuo. Así, el objetivo ideal de tiempo diario de práctica de EF debe estar alrededor de 60 minutos en una sola sesión o en periodos mínimos de 10 minutos de duración.

Frecuencia.

El número mínimo semanal es de 5 días, aunque lo ideal es la práctica diaria para aumentar el gasto energético.

Intensidad.

Inicialmente debe ser entre el 40% y >60% de la Frecuencia Cardíaca de Reserva (FCR) y acorde al nivel de forma física o condición física (CF). A medida que el programa de EF avanza y mejora la CF, los niveles de FC deben aumentar progresivamente hasta intensidades >60% de la FCR, siempre que no esté contraindicado por otras comorbilidades o situaciones clínicas.

Recordamos $FCR = \text{Frecuencia Cardíaca máxima (FCmax.)} - \text{Frecuencia Cardíaca en Reposo (FCr)}$.

$$FCR = (FCmax.) - (FCr)$$

Progresión.

El EF aeróbico en fases iniciales del programa con intensidades <60%, resultan insuficientes para conseguir un gasto calórico adecuado, salvo que se incrementa significativamente la duración de las sesiones. Por ello; a partir del segundo o tercer mes se debe aumentar la intensidad del EF. Ej.: aumentar el número de pasos por minuto o la resistencia al pedaleo de la bicicleta estática.

2.5.2 Programa de entrenamiento en la obesidad.

Al inicio de un programa de EF en el paciente obeso se debe plantear objetivos cuantificados en la pérdida de peso. Las pautas recomendadas por organismos como el National Heart Lung Blood Institute (NHLBI) recomiendan una pérdida mínima de peso del 10%. Pero como se demuestra en numerosos estudios disminuciones menores del 10% producen mejorías sobre otros FRCV. Así, se ha demostrado beneficios con pérdidas de tan solo 2-3%.

Las personas obesas o con sobrepeso suelen presentar importantes limitaciones para realizar una vida físicamente activa y aún más para desarrollar programas de EF, situaciones que favorecen un gasto energético disminuido que contribuye a perpetuar, e incluso incrementar, el exceso de peso graso.

Una opción para el entrenamiento poco exigente, teniendo en cuenta las limitaciones de este grupo de pacientes y buscando la adherencia paulatina al EF, puede ser la siguiente:

Programa de Ejercicio Físico en la obesidad

Fase Inicial

- Comenzar con tres sesiones semanales de ejercicio aeróbico a ritmo moderado consistente en caminar, pedalear en bicicleta estática o ejercicios en piscina. El ritmo, dependiendo del grado de obesidad y la CF, puede ser suficiente con solo 5, 10 o 15 minutos de duración.
- A lo largo de las 2 o 3 primeras semanas, si no existe sobrecarga osteoarticular importante, aumentar progresivamente la duración o el número de sesiones al día, hasta realizar cuatro sesiones diarias con un total de media hora diaria al final de las 2 o 3 primeras semanas.

Fase de Progresión

- El objetivo es aumentar significativamente el gasto energético, considerando que en ocasiones el estado físico del individuo no permite alcanzar intensidades elevadas. Por tanto, el tiempo de las sesiones debe aumentar progresivamente hasta alcanzar una hora diaria, 5 o 6 días a la semana. La danza aeróbica en el agua o "aguagym" puede ser un ejercicio adecuado para progresar en duración e intensidad.
- A los dos meses de inicio del programa, el paciente debe alcanzar intensidades mínimas que correspondan al límite de la FC de entrenamiento adecuada para su situación.

Fase de mantenimiento

La adherencia al EF y su integración como parte del estilo de vida personal es de especial importancia para evitar la recaída y volver a aumentar de peso. Reducir la elevada tasa de abandonos en estos pacientes es un reto para los sanitarios: Entre las causas más habituales del incumplimiento o abandono del EF se encuentran.

- Pérdida escasa de peso, sobre todo si no se ha planteado de forma realista y clara los objetivos a alcanzar y los tiempos requeridos para ello, evitando así falsas expectativas, desilusión, desmotivación y el abandono.
- Aparición de lesiones articulares o musculares, por ello, se debe tener en cuenta las recomendaciones del programa, para realizarlo de forma poco exigente con un progreso paulatino y en función de la capacidad y respuesta individual.
- Falta de tiempo, por lo que se debe plantear opciones muy fáciles de realizar en su entorno e incluso dentro de su rutina, (subir algún tramo de escalera en casa o en el trabajo, ver las noticias mientras se pedalea,...).
- Escaso nivel de autoestima y disciplina; buscar apoyo en su entorno próximo alguien con quien realizar el ejercicio, incorporarse a algún grupo existente. El profesional puede facilitar todo ello mediante un seguimiento cercano, que permita al individuo buscar las mejores opciones.

La información - adiestramiento previo al inicio del programa, detallando los objetivos y resultados de forma realista y clara, evitará falsas expectativas. La prescripción adecuada a sus características y buscando la opción más favorable a sus posibilidades habilidades y preferencias.

Los adultos con sobrepeso u obesidad deben realizar un mínimo de 150 minutos de ejercicio físico a la semana y preferiblemente combinado con dieta para obtener reducciones moderadas de peso. Para mantener el peso perdido, son necesarias 250-300 minutos semana.

American College of Sports Medicine (ACSM 2009).

2.6. Recomendaciones generales para diseñar un programa adecuado para pérdida de peso corporal, alimentación saludable restrictiva y ejercicio aeróbico.

Una vez la persona reconozca su situación de obesidad como problema de salud que debe solucionar y esté dispuesta a introducir las modificaciones dietéticas y de actividad física, se establecerá de común acuerdo un plan o programa para llevar a la acción, teniendo en cuenta que:

- Los programas recomendados consisten en llevar a cabo una alimentación moderadamente hipocalórica, equilibrada y saludable y combinados con actividades físicas aeróbicas regulares, para estimular la pérdida máxima de tejido graso y mínima de tejido magro.
- Deben ser programas sostenibles, es decir que se puedan mantener de forma prolongada. Para ello la disminución de la ingesta no debe ser drástica; si bien se tiene que informar correctamente al paciente para no crear falsas expectativas de pérdidas rápidas de peso.
- Los programas que producen pérdidas rápidas de peso, suelen ser excesivamente restrictivos y difíciles de mantener, con lo cual no se producen cambios en los hábitos y por consiguiente en el estilo de vida, que es el objetivo final, para lograr el mantenimiento del peso adecuado a lo largo del tiempo y obtener los beneficios en salud.

Cuando la reducción de peso es necesaria la reducción calórica se impone; pero está demostrado que solo la dieta

hipocalórica no es suficiente. La combinación más eficaz es la reducción saludable de calorías, con la realización responsable de actividad física, para lo cual se debe tener en cuenta y precisar aspectos algunos ya mencionados:

- Garantizar un balance calórico negativo. Las restricciones serán de 500 a 1000 kcal/día respecto a la dieta habitual. Esta limitación energética no debería constituir un aporte inferior a 1200-1600 Kcal/día en hombres y 1000-1200 Kcal/día en mujeres.
- Una pérdida de peso de 0,5 a 1 Kg/semana garantiza que, en la pérdida de 1Kg de peso, del 80 al 85% sea de peso graso y el 15-20% de peso magro, de tal manera que sea una opción saludable y sostenible.
- La pérdida de 3500 Kcal en una semana representa una disminución aproximada de 0,5Kg de peso, si es el doble, 7000 Kcal supone 1Kg semanal.
- El consumo de bebidas alcohólicas en un programa de pérdida de peso debe ser reducido o suprimido, porque conlleva un alto aporte calórico.
- El gasto adicional por actividad física puede suponer, solo con caminar 30 minutos a ritmo moderado un gasto de alrededor de 180 Kcal, que conlleva una pérdida de peso semanal de 0,350 Kg; (lo que a priori parece muy poco) pero unido a una reducción calórica de solo 500 Kcal/día garantiza una pérdida de peso de 0,850 Kg semanal. Este ejemplo plantea un nivel muy bajo de restricciones y exigencias, que si bien, no producen grandes pérdidas de peso, si es sostenible en el tiempo, permite cambiar los hábitos e ir aumentando el gasto por ejercicio de forma paulatina y acorde a su situación de salud, con lo cual la pérdida de peso puede ser superior a costa de incrementar el gasto por actividad física.
- Informar adecuadamente al paciente con ejemplos claros y simular los resultados a corto y medio plazo puede facilitar la adherencia al programa.
- El gasto energético con predominio de entrenamiento aeróbico (caminata o trote) de 2.000Kcal/semana equivale a realizar 300 min/semana. (1h 5 veces semana).
- Caminar a razón de 6Km/h equivale a caminar 100 metros en un minuto, lo cual representa un buen promedio, sobre todo para personas mayores de 40 años. Es un ejercicio de carácter submáximo, pero para personas con baja condición física puede ser excesivo.
- Calcular las necesidades calóricas diarias será el primer paso para el ajuste calórico personalizado (anexo 2).

- Conocer el gasto energético aproximado según el ejercicio realizado la duración y la intensidad puede ser una herramienta educativa en la instauración de planes o programas para perder peso (ver Plan de Cuidados para el abordaje del sedentarismo).

Todo ello persigue adquirir una alimentación con un patrón de dieta mediterránea y la de la práctica regular y mantenida de actividad física, de manera que se incorporen al estilo de vida. Será la mejor estrategia para lograr el mantenimiento del peso adecuado.

3. PLAN DE CUIDADOS SUGERIDOS PARA EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD

3.1 Valoración focalizada y educativa

Identificada en la valoración global la obesidad, mediante la determinación del Índice de Masa Corporal (IMC); requiere profundizar sobre las características del patrón de alimentación y actividad física, a partir del cual se determina un *desequilibrio nutricional con ingesta superior a las necesidades calóricas*.

Para el abordaje de este problema de salud es imprescindible además, determinar la aceptación de la obesidad como problema de salud, la disposición para la enseñanza aprendizaje y cambios de conductas.

Patrón 1. Manejo-Percepción de la Salud

- Percepción, actitud respecto del peso corporal y la salud.
- Aceptación o no de la obesidad como problema de salud y disposición para el cambio de conducta (Determinar la Etapa. Estadio de Cambio).

Patrón 2. Nutricional-Metabólico

- Identificación de errores en alimentación (encuesta registro mínimo).
- Adherencia a la dieta mediterránea.
- Necesidades calóricas (anexo 2).
- Hábitos culinarios y alimenticios: preferencias de alimentos, técnicas de cocción, de compra de alimentos, lugar de las comidas...

Patrón 3. Eliminación

- Alteraciones relacionadas con la alimentación.

Patrón 4. Actividad-Ejercicio

- Patrón habitual de actividad/ejercicio o deporte.
- Características: tipo, duración, frecuencia e intensidad.
- Clasificación de la actividad y gasto calórico.

Patrón 5. Reposo-Sueño

- Alteraciones relacionadas con la obesidad.

Patrón 6. Cognitivo-Perceptivo

- Conocimientos sobre la alimentación saludable/obesidad, las causas y consecuencias sobre la salud.
- Percepción e influencia de la obesidad en su vida familiar laboral...
- Conocimientos sobre alimentación saludable y los beneficios de la actividad física.

Patrón 7. Autopercepción-Autoconcepto

- Respecto a su peso actual, estado de salud, aspecto físico, ...
- Disposición para el cambio de conductas (etapa de cambio), capacidad y habilidades para realizar los cambios necesarios para perder peso.
- Experiencias previas para perder peso.

Patrón 8. Rol-Relaciones

- Dificultades y/o apoyos en el ámbito familiar, social y laboral para reducir peso.

Patrón 10. Afrontamiento-Tolerancia al estrés

- Respuestas y estrategias ante situaciones de estrés relacionadas con la ingesta.

Patrón 11. Valores y Creencias

- Valores y creencias sobre la obesidad y cambios de conducta para perder peso.

3.2 Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Obesidad según Etapa de Cambio.

La obesidad es un problema de salud que se manifiesta por un peso superior al recomendado según talla y sexo, causado fundamentalmente por un estilo de vida que se caracteriza por una alimentación inadecuada, asociado a su vez, con una escasa actividad física. Se identifica por un IMC $\geq 30\%$.

Desde los cuidados se identifica un **Desequilibrio nutricional con ingesta superior a las necesidades**, que indica un "Aporte de nutrientes que excede de las necesidades metabólicas" y entre las característica definitorias podemos destacar un patrón de alimentación disfuncional, un

estilo de vida sedentario, y un peso corporal superior al ideal según talla y constitución corporal; por ello, el abordaje de este problema requiere un Plan de Cuidados dirigido a cambiar dichas conductas.

Abordar la obesidad, requiere por tanto, adaptar el plan de cuidados a la Etapa en que se encuentra cada persona (precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento o recaída), para facilitar que reconozca dicha situación como problema de salud, ayudar a que tome la decisión de solucionarlo e implicarse en los cambios de conductas (alimentación y actividad física) de forma paulatina y duradera e incorporarlos al estilo de vida.

El Plan de Cuidados en la obesidad debe desarrollarse según la Etapa o Estadio de Cambio, siguiendo el Modelo de Prochaska y DiClemente.

Plan de Cuidados sugerido en el Abordaje de la Obesidad según Etapa de Cambio			
Etapa o Estadio de cambio	Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
Precontemplación No reconoce que el exceso de peso, constituye un problema de salud.	Negación ineficaz (00072)	Creencias sobre la salud: percepción de amenaza (1704)	Potenciación de la conciencia de sí mismo (5390)
Contemplación Es conciente del problema, pero tiene dudas sobre los cambios.	Conflicto de decisiones: ambivalencia (00083)	Toma de decisiones (0906)	Apoyo en la toma de decisiones (5250)
Determinación Toma la decisión de hacer algo para solucionar el problema, fija fecha y elabora un Plan para la acción.	Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)	Afrontamiento de problema (1302) Conocimientos dieta (1802) Conocimientos actividad prescrita (1811)	Aumentar el afrontamiento (5230) Enseñanza: dieta prescrita (5614) Enseñanza: Actividad/ejercicio prescrito (5612)
Acción Lleva a cabo las acciones para lograr los cambios de conducta planificados.	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001)	Conducta de pérdida de peso (1627) Conocimiento: dieta (1802) Conocimiento: actividad prescrita (1811)	Ayuda para disminuir el peso (1218) Enseñanza: dieta prescrita (5614) Enseñanza: Actividad/ejercicio prescrito(5612)
Mantenimiento Mantiene los cambios de conductas superando los 6 mese y evita la recaída.	Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)	Conducta de mantenimiento de peso (1628) Control del riesgo (1902)	Vigilancia (6650) Guía de anticipación (5210)
Recaída Vuelve a la conducta inicial, abandonando los cambios logrados.	Incumplimiento (00079)	Afrontamiento del problema (1302) Motivación (1209) Conducta de cumplimiento (1601)	Apoyo emocional (5270) Facilitar la autorresponsabilidad (4480) Acuerdo con el paciente (4420)

3.3 Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Obesidad en Etapa de Precontemplación.

En esta Etapa se sitúan las personas que no consideran la obesidad como un problema para su salud. Por tanto, no creen necesario, ni se plantean introducir cambios en sus hábitos o estilo de vida para solucionarlo.

Se dice que está en Precontemplación porque “no contem-

pla” la situación como problema que debe solucionar. *El intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento (la obesidad), para reducir la ansiedad y/o el temor, que conduce a un detrimento de la salud, pone de manifiesto la Negación ineficaz, de dicho problema, en esta situación el objetivo se encamina a modificar las Creencias sobre la salud para cambiar la percepción de amenaza, que supone la obesidad y poder avanzar en el proceso de cambio y empezar a considerar el problema, mediante intervenciones que ayuden en la Potenciación de la conciencia de sí mismo.*

Plan de Cuidado sugerido en Etapa de Precontemplación

Diagnóstico NANDA: Negación ineficaz (00072)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Creencias sobre la salud: percepción de amenaza (1704)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepción de amenaza para la salud. - Preocupación sobre posibles complicaciones. - Impacto percibido sobre el estilo de vida actual. 	<p>Potenciación de la conciencia de sí mismo (5390)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sus sentimientos. - Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene la enfermedad (obesidad) sobre el concepto de sí mismo. - Ayudar al paciente a identificar razones para mejorar (el peso).



Metodología.

En la Etapa de Precontemplación, la persona aún no es consciente que su exceso de peso constituye un problema para la salud, por tanto la metodología adecuada es la individual mediante estrategias motivacionales.

Lograr que perciba la amenaza para su salud, que supone su exceso de peso, las posibles complicaciones actuales o futuras y el impacto que produce en su estilo de vida actual de continuar con su conducta habitual es lo que debe constituir el Plan de cuidados en ésta Etapa para avanzar en el proceso de cambio.

En esta primera Etapa es fundamental establecer una relación de empatía, a través de un clima de confianza y respeto que se deberán mantener en todas las intervenciones a lo largo del proceso de cambio, desarrollar la entrevista formulando mayoritariamente preguntas abiertas que le ayuden a reflexionar sobre su situación, actitud que previene la aparición de las denominadas TRAMPAS, que provocan resistencias al cambio.

Las intervenciones habitualmente serán oportunistas, a través de estrategias motivacionales: hasta tanto no considere o “contemple” que tiene un problema, se aprovechará cualquier contacto para ayudarle a la conciencia del problema.

Estrategias Motivacionales recomendadas en Etapa de Precontemplación

Generar un clima empático de escucha reflexiva y entendimiento, ayudándole a que reflexione sobre su situación. Mostrarnos sensibles a sus dificultades, resultará de más ayuda que actitudes recriminatorias.

Al inicio de la entrevista, introducir el abordaje del problema de la obesidad mediante **preguntas abiertas y solicitando permiso**, procurando que la persona no se sienta juzgada o culpabilizada.

“¿Quiere que hablemos de su peso?”

“En su caso debemos tener en cuenta su peso actual. ¿Le parece que hablemos de ello?”

Prevenir las resistencias, en las primeras Etapas el profesional está deseoso de pasar a la acción y puede sin quererlo, usar técnicas que pueden provocar el efecto contrario al deseado, es decir; resistencias al cambio, por ello se deben evitar las denominadas **TRAMPAS** de:

- **La pregunta respuesta**, no dando opción al paciente a repuestas fruto de un análisis personal de la situación, solo a responder con monosílabos o frases cortas, que no generan el proceso de reflexión que es imprescindible para tomar conciencia del problema.

El clima empático, la escucha reflexiva manteniendo las preguntas abiertas, son estrategias que deben ser una constante en cualquier abordaje motivacional donde se busca facilitar cambios de conducta permitiendo desarrollar la entrevista con las menos resistencias posibles.

- **La confrontación/negación**, intentar convencer que tiene que cambiar, lo cual puede generar una resistencia y que el paciente manifiesta el rechazo negando o minimizando el problema.

La escucha reflexiva permitirá entender su percepción del problema los pros y contras para el cambio.

- **Del Experto**, el profesional directamente dice lo que tiene que hacer para solucionar el problema, generando una actitud pasiva en el paciente que simplemente escucha sus recomendaciones sin implicarse o responsabilizarse de los cambios propuestos, todo ello es contrario para generar la motivación y decidir cambios en su conducta, que es el objetivo de la entrevista.

Facilitar que resuelva la ambivalencia, en esta Fase el paciente plantea igualmente razones a favor y en contra del cambio y de seguir igual; que encuentre sus propios MOTIVOS para el cambio, favorece que se implique y decida actuar para solucionar el problema.

- **De la Etiqueta**, los sanitarios se encuentran más cómodos usando como argumento para su actuación el diagnóstico del problema, no obstante, dicha etiqueta como puede ser en este caso, puede suscitar en el paciente connotaciones negativas o peyorativas provocando resistencia a abordar el tema.

Evitar esta trampa supone que el profesional aborde el tema sin mencionar el diagnóstico, describiendo la situación, valorar conjuntamente, por ejemplo, un evolutivo de su peso,...

- **Del énfasis prematuro**, en pocas ocasiones el motivo de consulta suele ser la obesidad, habitualmente es el profesional que alerta sobre ello, no obstante se debe ser cuidadoso al abordar dicho problema, si la prioridad el motivo de la visita del paciente es otro, la preocupación por la que acude no se debe de tratarse de forma marginal.

Evitar ésta trampa consiste en atender en primer lugar el motivo de consulta del paciente y posponer al momento oportuno para tratar el problema objetivado por el profesional.

- **La culpa**, en determinadas ocasiones puede que el paciente acuda preocupado por dicho problema y con sentimiento de culpabilidad, actitud que bloquea y no permite avanzar en el proceso de cambio y buscar soluciones.

Ante un planteamiento de culpa, facilitar la reflexión conjunta de sus preocupaciones y reformularlas, que es exactamente lo que le preocupa, y como cree que lo puede resolver, aclarar que no se buscan culpables sino soluciones.

Explorar creencias personales y familiares, respecto de la obesidad, la alimentación y la práctica de actividad física.

Ciertas culturas no consideran la obesidad como un problema sino como un signo de bienestar, estos aspectos son claves para determinar la implicación en la gestión del problema y en la disposición para el cambio de cada una de las conductas.

Personalizar riesgos y beneficios, evitar generalizar tanto los riesgos como los beneficios, mencionando aquellos que están relacionados con su situación de salud, escala de valores e interés personal.

Proporcionar asesoramiento, ofreciendo información pertinente y adecuada a sus demandas “que no juicio”, dando argumentos para reflexionar sobre su situación, que de respuesta a aspectos de su interés y se relacionen con sus problemas de salud.

“Con bajar su peso en un 10% también mejorará su colesterol, su tensión y su azúcar, además que se cansará mucho menos.”

Recursos Educativos:

- El portal Drago oferta diversas recomendaciones para la obesidad:
 - Información y recomendaciones generales sobre la obesidad.
- En la Historia de Salud del paciente, desde la pestaña de Herramientas, se puede acceder a las Guías prácticas de Salud de la semFYC:
 - Unidad 1. Prevención y promoción de la salud. Hábitos de vida saludables.
 - Unidad 24. Miscelánea. Cálculo del índice de masa corporal.
 - Otras recomendaciones y recursos se pueden encontrar en este documento, en los diferentes Planes de Cuidados.

3.4 Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Obesidad en Etapa de Contemplación.

En esta Etapa la persona toma consciencia del problema que supone para su salud la obesidad, pero aún tiene dudas. Se muestra ambivalente respecto de los pros y los contras que le puede suponer cambiar sus hábitos y conductas o seguir igual.

*Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgos o supone un reto para los valores y creencias personales, pone de manifiesto pues, un **Conflicto de decisiones: la ambivalencia**, ésta se debe resolver para seguir avanzando en el proceso y **Tome la decisión** de actuar para solucionar o paliar el problema, hasta tanto, no se debe aconsejar ningún cambio, por ello la intervención va encaminada a **Apojarle en la toma de sus decisiones**.*

Plan de Cuidado sugerido en Etapa de Contemplación

Diagnóstico NANDA: Conflicto de decisiones: ambivalencia (00083)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Toma de decisiones. (0906)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica alternativas. - Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa. 	<p>Apojo en la toma de decisiones (5250)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vistas alternativos y las soluciones. - Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.



Metodología.

La metodología individual sigue siendo la más adecuada en esta Etapa de Contemplación: la persona se encuentra en un terreno muy personal y de lucha con su ambivalencia, que el profesional debe ayudar a resolver para que tome la Determinación de iniciar el cambio de conducta.

Inclinar la balanza a favor del cambio: destacar, poner en valor las razones para cambiar y los beneficios del mismo;

contemplar los riesgos de no hacerlo. Aumentar su autoeficacia y facilitar que reconozca que es capaz de llevar a cabo dichos cambios será clave para que ésta tome la Determinación de hacer algo.

Las Intervenciones se centrarán en **estrategias motivacionales para avanzar y resolver la ambivalencia y mover a la persona hacia la Determinación, sin olvidar que la toma de decisiones la hace la persona** inducida por sus motivos y no tanto por las razones o recomendación del profesional.

Estrategias Motivacionales recomendadas en Etapa de Contemplación

Escucha reflexiva manteniendo las **preguntas abiertas** en un **ambiente empático**: estas estrategias deben ser una constante en cualquier abordaje motivacional donde el objetivo es facilitar cambios de conducta.

"¿Por qué cree que ha aumentado de peso últimamente?"

Prevenir las resistencias, al igual que en la Precontemplación debemos estar atentos para no caer en las TRAMPAS, en el afán de pasar a la acción y provocar el efecto contrario al deseado, es decir; resistencias al cambio:

- **La pregunta respuesta**, no dando opción al paciente a repuestas fruto de un análisis personal de la situación.

Recuerdo que en otra consulta anterior le preocupaba el aumento de peso. ¿Le parece que hablemos de ello?"; en lugar de "Ya le dije la última vez que estaba aumentando de peso".

- **La confrontación/negación**, evitar convencer que tiene que perder peso.

"Como usted dice, es buena idea que quiera mejorar su peso"; en lugar de, "su peso es un problema que tiene que resolver".

- **Del Experto**, Facilitando que encuentre la solución en lugar de decir lo que tiene que hacer:

"Dice que le gustaría caminar. En su situación actual y con el poco tiempo que dispone, ¿cuándo le resultaría más fácil hacerlo?"; en lugar de, "... lo solucionaría encontrando tiempo para caminar un poco más".

- **De la Etiqueta**, evitar abordar el problema directamente desde el diagnóstico "usted tiene una obesidad..."; esta palabra puede generar connotaciones negativas en el paciente y crear resistencias para avanzar en el proceso de cambio, no olvidar que está empezando a contemplar dicha situación como problema.

"Cuenta que cada vez se cansa más al subir las escaleras de casa, ha observado que últimamente ha subido de peso, ...

- **Del énfasis prematuro**, habitualmente en esta Etapa se realiza un abordaje oportunista, por lo que el paciente acude a la consulta con un motivo que habitualmente no es la obesidad; evitar esta trampa consistirá en atender su problema en primer lugar y posteriormente abordar la obesidad..

- **La culpa**, si en el devenir de la entrevista surge este sentimiento, aclarar que no se buscan culpables sino soluciones. identificar, que es exactamente lo que le preocupa, y como cree que lo puede resolver.

Facilitar la reflexión conjunta, analizar cada uno de los motivos que le preocupan, y como cree que lo podría resolver.

Trabajar la ambivalencia, incrementando el conflicto entre mantener la conducta actual o iniciar cambios; facilitar que exprese sus razones a favor y en contra del cambio, debe querer cambiar por sus propios motivos. Para identificar costes y beneficios puede ser útil la hoja de balance y el diario de salud:

- **Hoja de balance decisional**: permite evidenciar por un lado los costes y beneficio de continuar con su conducta actual y por otro lado, los costes que le supone cambiar la conducta y los beneficios que obtendría con el cambio.
- **Diario de Salud**: le facilita tomar conciencia de su ingesta diaria. Detalla, las comidas y sus características, los picoteos y los motivos o situaciones que le provocan comer fuera de horario e identificar los alimentos con mayor poder calórico: refrescos, bollería industrial, "snacks"...

Fomentar la percepción de automotivación y autoeficacia: a través de preguntas evocadoras, provocar afirmaciones de automotivación, destacar capacidades y cualidades personales para hacer posible el cambio. Experiencias previas satisfactorias refuerzan la capacidad de la persona para iniciar una nueva conducta.

"También es cierto que usted decía que nunca dejaría de fumar y lo consiguió".

Proporcionar asesoramiento, ofreciendo información aclarar conceptos y creencias erróneas, dar respuesta a sus demandas de información, evitar ofrecer mucha información y conceptos nuevos.

Ofrecer material de apoyo, pero nunca como sustituto del consejo, indicar páginas o artículos acreditados sobre el tema usando las nuevas tecnologías, es una opción eficaz para cierto grupo de población.

"En este folleto que le facilito encontrará información útil para ayudarle a mejorar su peso. Puede leerlo y valorar si le vendría bien proponerse algún cambio."

Ofertar ayuda e intentar asegurar el seguimiento: ofertar educación individual, acordando una nueva cita adaptarse en lo posible a su situación.

"Si decide mejorar su peso, puedo ofrecerle asesoramiento individual. Si lo desea puedo citarlo en otra consulta con más tiempo. ¿Qué le parece?"

Recursos Educativos:

- El portal Drago oferta diversas recomendaciones para personas con obesidad:
 - Información y recomendaciones generales sobre la obesidad.
 - Recomendaciones dietéticas para pacientes con obesidad
- En la Historia de Salud del paciente, desde la pestaña de Herramientas, se puede acceder a las Guías prácticas de Salud de la semFYC:
 - Unidad 1. Prevención y promoción de la salud. Hábitos de vida saludables.
 - Unidad 11. Enfermedades del metabolismo. Sobrepeso y obesidad: consejos generales.
 - Unidad 24. Miscelánea. Cálculo del índice de masa corporal.

- Otras recomendaciones y recursos se pueden encontrar en este documento, en los diferentes Planes de Cuidados.

3.5 Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Obesidad en Etapa de Determinación.

En la Etapa de Determinación se encuentran las personas que reconocen que la obesidad constituye un problema para su salud y manifiestan que algo tiene que hacer, toman la Determinación de actuar. Se cuestionan lo qué pueden hacer y cómo hacerlo; es el momento idóneo para acordar el Plan para la Acción.

Se Identifica una **Disposición para mejorar el afrontamiento** de la obesidad con el objetivo de lograr un **afrontamiento adecuado del problema, adquirir los conocimientos sobre dieta y actividad física** necesarios para elaborar el plan que llevará a la acción, para lo cual las intervenciones estarán dirigidas a **aumentar el afrontamiento y la enseñanza sobre dieta y actividad física.**

Plan de Cuidado sugerido en Etapa de Determinación

Diagnóstico NANDA: Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Afrontamiento de problemas (1302)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento. - Utiliza estrategias de superación efectivas. 	<p>Aumentar el afrontamiento (5230)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y su pronóstico. - Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados. - Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.
<p>Conocimiento: dieta (1802)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar el fundamento de la dieta recomendada. - Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios. - Descripción de comidas permitidas por la dieta. - Descripción de comidas que deben evitarse. 	<p>Enseñanza: dieta prescrita (5614)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar el propósito de la dieta. - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. - Informar al paciente del tiempo durante el que debe seguirse la dieta. - Instruir sobre comidas permitidas y prohibidas. - Proporcionar un diario de comidas, si procede.
<p>Conocimiento: actividad prescrita (1811)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicación del propósito de la actividad. - Descripción de los efectos esperados de la actividad. - Descripción de los obstáculos para la aplicación habitual. - Descripción de un programa de ejercicio realista. 	<p>Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito. - Enseñar al paciente a realizar la actividad/ejercicio prescrito. - Enseñar al paciente a controlar la tolerancia a la actividad/ejercicio. - Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico. - Instruir al paciente acerca de los ejercicios de estiramientos correctos antes y después de la actividad/ejercicio y el fundamento de tal de tal acción, si procede.

Metodología.

La metodología individual sigue siendo la más conveniente en esta Etapa de Determinación: en este momento la persona está ávida de información, demanda saber más, aclarar dudas, contrastar sus conocimientos y creencias. Disminuyen las resistencias al cambio, manifiesta alta motivación y verbaliza el deseo de cambiar. Aún así, la ambivalencia puede no estar totalmente resuelta, se debe tener en cuenta para que no obstaculizar el paso a la Etapa de Acción.

Las Intervenciones para aumentar el afrontamiento del problema y las de enseñanza aprendizaje deben incorporar estrategias para **ayudar a elegir las alternativas** más apropiadas y accesibles, adecuadas a la realidad de la persona y **elaborar conjuntamente el plan de acción:**

- Con objetivos concretos y alcanzables.
- Teniendo en cuenta la disposición para cada conducta objeto de cambio (puede tener disposición favorable a cambios en la actividad física pero no tanto en alimentación).
- Acorde con sus capacidades, habilidades y posibilidades.
- Detallando los resultados que se esperan obtener.
- Identificando los posibles obstáculos para evitar crear falsas expectativas.

Esta etapa es decisiva para elaborar el Plan más adecuado y preparar al paciente para llevarlo a cabo. Diferentes estrategias motivacionales pueden orientar al profesional en dicha dirección.

Estrategias Motivacionales recomendadas en Etapa de Determinación

Facilitar que verbalice el compromiso de cambio, favorecerá la automotivación, detallando, qué conductas pretende modificar, cuándo iniciará dichos cambios, de qué manera y con qué recursos cuenta:

"Voy a ir caminando al trabajo, no es muy lejos, y no desayunaré bollería y zumo envasado."

Las preguntas activadoras, ofrecen la oportunidad de pensar y hablar sobre el cambio es una técnica que facilita que exponga su compromiso:

"¿Cómo hará para mejorar su peso? ¿Qué cambios cree que puede realizar?"

Identificar los errores en las conductas a modificar: empezar por los cambios que le supongan menos coste, evitando cambios radicales que no favorecen la adherencia:

"Me dice que evitará el alcohol tomando zumos o refrescos. ¿Qué le parece si los zumos son naturales y los refrescos mejor los toma light? Le aportarán bastante menos calorías y el sabor es similar."

Identificar obstáculos y buscar alternativas:

"Me decía que después del trabajo siempre come en un restaurante cercano. ¿Qué dificultades tiene para seleccionar los menús? ¿Consumo siempre 1º y 2º plato más el postre? ¿Cómo suelen ser? ¿Disponen de fruta para el postre?"

"Es verdad que cuando uno llega a casa del trabajo no tiene ganas de estar preparando comida y usa precocinados. ¿Qué le parece dejarlo preparado desde el día anterior? Si lo conserva en el frigorífico adecuadamente le ayudaría a superar ese problema."

Detallar los resultados, no crear falsas expectativas:

Detallar con claridad los efectos y resultados esperados con los cambios, así como los plazos aproximados en que se observarán, para no crear falsas expectativas, que provoquen desmoralización y ello pueda suponer el abandono del Plan.

Identificar los efectos positivos sobre su estado de salud concreto, no solo los de pérdida de peso son aspectos a poner en valor; así como, identificar posibles efectos no deseados (flatulencia o molestias gástricas al aumentar la ingesta de fibra, por ejemplo) previene el abandono de la conducta.

- El Diario de salud: su uso ayuda a aumentar la autopercepción sobre los cambios y facilita el posterior análisis conjunto, identificar dificultades e ir adaptando el plan.

Elaborar el Plan para la acción:

Acordar un Plan de acción de fácil aplicación, adaptado a sus necesidades y posibilidades, y para el que disponga de capacidad, habilidades y recursos personales y en el entorno próximo, será clave para que sea llevado a cabo.

Ofrecer apoyo y establecer de mutuo acuerdo un plan de seguimiento

"Usted se compromete a... para mejorar su peso, yo le ayudo a conseguirlo."

En Etapa de Determinación es fundamental sentirse acompañado y comprendido ante esta situación que "a priori" presentará, más dificultades y obstáculos que beneficios, es fundamental ofrecer apoyo personalizado mediante diferentes herramientas acorde con sus necesidades y posibilidades y sobre todo, hacerle saber que estamos para ayudarle, que puede contar con nuestro asesoramiento. Lo cual, suele tener un importante impacto emocional, necesario para dar el paso a la siguiente etapa y llevar el Plan a la ACCIÓN.

Recursos Educativos:

- El portal Drago oferta diversas recomendaciones para personas con obesidad:
 - Recomendaciones dietéticas para pacientes con obesidad.
 - Recomendaciones generales sobre el ejercicio físico.
- En la Historia de Salud, desde la pestaña de Herramientas, se puede acceder a las Guías prácticas de Salud de la semFYC:
 - Unidad 1. Prevención y promoción de la salud. Manténgase en forma, haga ejercicio.
 - Unidad 1. Prevención y promoción de la salud. Cuide su alimentación, cuide su salud.
 - Unidad 11. Enfermedades del metabolismo. Sobrepeso y obesidad. Consejos generales.
 - Unidad 24. Miscelánea. Cálculo del índice de masa corporal.

- Otras recomendaciones y recursos se pueden encontrar en este documento, en los diferentes Planes de Cuidados.

3.6 Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Obesidad en Etapa de Acción.

Esta es la Etapa en que la persona lleva a cabo las acciones planificadas en la Etapa anterior, para lograr los cambios de conducta acordados, es decir, pasa a la Acción.

Dicha acción puede suponer: suspender una conducta habitual; en otras ocasiones, la acción supone iniciar una conducta nueva o bien modularla; es decir, aumentar o disminuir una conducta que es habitual para adecuarla a los objetivos del Plan.

Llevar a cabo las acciones planificadas para evitar “**el aporte de nutrientes que excede sus necesidades metabólicas**”, logrando una **Conducta de pérdida de peso** y aumentando los **conocimientos** respecto de **la dieta y la actividad física** mediante intervenciones de **ayuda para disminuir el peso** y de **Enseñanza sobre la dieta y la actividad física**.

Plan de Cuidado sugerido en Etapa de Acción

Diagnóstico NANDA: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001)

Resultados NOC	Intervenciones NIC
<p>Conducta de pérdida de peso (1627)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se compromete con un plan para comer de forma saludable. - Identifica situaciones sociales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos. - Evita la ingesta de alimentos y líquidos muy calóricos. - Controla el peso Corporal. 	<p>Ayuda para disminuir el peso (1218)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar la motivación en el comer y las señales externas e internas asociadas con el comer. - Determinar los esquemas de alimentación actuales haciendo que el paciente lleve un diario de lo que come, dónde y cuándo. - Ayudar a ajustar la dieta al estilo de vida y nivel de actividad. - Planificar un programa de ejercicio, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente. - Enseñar a leer las etiquetas al comprar los alimentos, para controlar la cantidad de grasa y calorías que contienen. - Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, disminución de calorías y de grasas, si procede. - Enseñar a seleccionar las comidas en restaurantes y reuniones sociales, que sean coherentes con la ingesta nutricional y calórica planificada. - Recomendar la adopción de dietas que conduzcan a la consecución de objetivos de pérdida de largo alcance en la pérdida de peso.
<p>Conocimiento: dieta (1802)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios. - Interpretación de las etiquetas alimentarias. - Planificación de menús siguiendo las directrices de la dieta. 	<p>Enseñanza: dieta prescrita. (5614)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible. - Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita - Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita. - Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. - Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas. - Incluir a la familia/ser querido, según el caso.

Conocimiento: actividad prescrita (1811)

- Descripción de un programa de ejercicios realista.

Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612)

- Evaluar el nivel actual de la actividad/ejercicio prescrito.
- Instruir al paciente para avanzar de forma segura en la actividad/ejercicio.
- Advertir al paciente acerca de los peligros de sobrestimar sus posibilidades.
- Incorporar a la familia/ser querido, si resulta apropiado.
- Ayudar al paciente a incorporar la actividad/ejercicio en la rutina diaria/estilo de vida.

Metodología.

La metodología individual, a través de estrategias motivacionales, sigue indicada en esta Etapa en la que la persona sigue ampliando e incorporando nuevos conocimientos y habilidades para avanzar en acciones cada vez más complejas.

Aumentar la autoeficacia y ofrecer información concreta:

en esta Etapa de Acción, la persona ya vive "in situ" los cambios planificados. Se debe **ofrecer apoyo emocional** y minimizar posibles situaciones que faciliten recaídas prematuras. **Establecer acuerdos conductuales** compromete a la persona con el cambio y le ayuda a avanzar.

En la etapa de acción según las características y capacidades del paciente se pueden incorporar en la enseñanza adiestrar en el manejo de la Dieta por intercambio (anexo 3).

Estrategias Motivacionales recomendadas en Etapa de Acción

Pactar la modificación de la conducta: empezar por corregir errores que le sean más fáciles, donde obtenga más beneficios a corto plazo y sobre aquellos para los que disponga de habilidades y recursos.

Ayudar en el desarrollo de habilidades necesarias para llevar a cabo la nueva conducta:

"Me está diciendo que si el esfuerzo fuera menor prepararía más ensaladas, ¿las comería en la noche en lugar de los precocinados? ¿Cómo lo haría?... ¿Qué le parecen las ensaladas ya preparadas y limpias?"

Proporcionar información sobre la conducta, de forma individualizada, que de respuesta a sus preocupaciones y a su situación personal.

"Ya veo que aumentó el consumo de lácteos en lugar de bollería. Además, los puede tomar desnatados o semidesnatados: el aporte calórico será aún menor y el precio similar."

Buscar alternativas para superar los obstáculos y llevar a cabo la nueva conducta. Las alternativas válidas y con posibilidades de ponerse en práctica son aquellas que son propuestas por el paciente, él sabe lo que puede y no puede hacer, que posibilidades y recursos tiene para ello. El profesional conducirá la entrevista facilitando pistas desde el conocimiento de su realidad personal, familiar y del entorno.

Identificar los efectos positivos de los cambios, no solo los referidos al peso, sino a los cambios favorables introducidos y otros aspectos percibidos.

"Esa táctica que usted plantea de añadirle hierbas aromáticas a la ensalada y reducir la cantidad de aceite, es una buena manera de aportar menos calorías."

Aumentar la autoeficacia destacando posibilidades, cualidades y habilidades:

"Dice que ya se mueve mucho en el trabajo y en casa. Eso es estupendo. ¿Cómo podría aumentar un poco más el ejercicio?... ¿Y si en lugar de usar el ascensor subiera por las escaleras?"

Usar refuerzos positivos y ofrecer apoyo, destacando los logros obtenidos por pequeños que sean:

En los primeros momentos de la ACCIÓN es fundamental sentirse acompañado y comprendido ante esta nueva situación que "a priori" presentará, más dificultades y obstáculos que beneficios, es fundamental **ofrecer apoyo personalizado** mediante diferentes herramientas acorde con sus necesidades y posibilidades y sobre todo, hacerle saber que estamos para ayudarlo. Lo cual, suele tener un importante apoyo emocional, necesario para seguir dando los pasos hacia nuevos cambios.

Resumir los acuerdos pactados al final de la visita ayuda a reforzar el aprendizaje y adquirir compromiso, que describa con sus palabras el nuevo pacto de cambios de conducta.

Recursos Educativos:

- Elaborar una Dieta por Intercambio (anexo 3)
- El portal Drago oferta diversas recomendaciones para personas con obesidad:
 - Ejercicio físico personalizado.
 - Dietas (1000-3000 calorías).
- En la Historia de Salud del paciente, desde la pestaña de Herramientas, se puede acceder a las Guías prácticas de Salud de la semFYC:
 - Unidad 11. Enfermedades del metabolismo. Sobrepeso y obesidad. Alimentación equilibrada.
 - Unidad 24. Miscelánea. Etiquetado de alimentos. En qué conviene fijarse.
- Otras recomendaciones y recursos se pueden encontrar en este documento, en los diferentes Planes de Cuidados.

3.7. Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Obesidad en Etapa de Mantenimiento.

En esta Etapa se han cambiado conductas y se ha logrado perder peso superando los seis primeros meses. El reto de esta Etapa es el Mantenimiento de todo ello, y lograr interiorizar dichas conductas incorporándolas al estilo de vida personal, lo cual requiere adquirir habilidades y estrategias para evitar o prevenir recaídas que le supongan volver a las conductas inadecuadas y recuperar nuevamente peso.

Lograr un patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado, determina La disposición para mejorar la gestión de la propia salud para ello el objetivo consiste en lograr una Conducta de mantenimiento de peso y el control del riesgo de recaída donde las intervenciones principales van encaminadas a monitorizar, Vigilar y tener prevista una guía de anticipación para situaciones de riesgo que favorezcan la recaída.

Plan de Cuidado sugerido en Etapa de Mantenimiento

Diagnóstico NANDA Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)

Resultados NOC	Intervenciones NIC
<p>Conducta de mantenimiento de peso (1628)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controla el peso corporal. - Mantiene la ingesta calórica diaria óptima. - Equilibra el ejercicio con la ingesta calórica. - Mantiene el patrón de comidas recomendado. - Identifica situaciones sociales que afectan a la ingesta. - Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta. 	<p>Vigilancia (6650)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales. - Seleccionar los índices del paciente para la vigilancia continuada, en función de la condición del paciente (ejemplo: Peso, IMC, ...) - Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos, según lo indique el estado del paciente. - Explicar los resultados de las pruebas de diagnóstico al paciente y familia. - Observar las estrategias de resolución de problemas utilizados por el paciente y la familia. - Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías y deterioro en la condición de salud del paciente.
<p>Control del riesgo (1902)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal. - Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas - Utiliza los sistemas de apoyo personales para controlar el riesgo. - Utiliza los recursos sociales para controlar el riesgo. - Supervisa los cambios en el estado de salud. 	<p>Guía de anticipación (5210)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar los recursos y opciones disponibles, si procede. - Programar visitas en momentos de desarrollo/circunstancias estratégicas. - Involucrar a la familia, si procede.

Metodología.

En esta Etapa de Mantenimiento, la metodología individual a través de la estrategia motivacional sigue siendo importante para mantener los cambios introducidos para el manejo de su actual estado, mediante la vigilancia o seguimiento periódico y la elaboración de una Guía de anticipación.

Identificar situaciones personales y del entorno que supongan riesgo de recaídas y desarrollar conjunta-

mente habilidades de afrontamiento para la consolidación de la nueva conducta: planificar estrategias de prevención y control de estímulos, elegir procedimientos/personas de apoyo y reforzar los efectos positivos del cambio serán claves para Mantener su actual comportamiento. La educación grupal, puede constituir una herramienta motivadora y de refuerzo de los conocimientos y habilidades adquiridas favoreciendo la interiorización de un estilo de vida saludable a través del intercambio de experiencias de los participantes.

Estrategias Motivacionales recomendadas en Etapa de Mantenimiento

Identificar y reforzar los logros. En esta Etapa se necesita evidenciar los logros, para consolidar los cambios e integrarlos en el estilo de vida.

Destacar no solo los relacionados con el peso directamente, sino la mejoras en parámetros biológicos, físicos y las percepciones positivas del paciente tras los cambios.

"¿Verdad que se pone contenta cuando le dicen sus amigas que la ven muy bien?"

Pactar nuevos cambios paulatinamente, a medida que se van consolidando los anteriores.

Buscar fórmulas para modificar las señales que preceden a conductas de riesgo:

Determinadas situaciones suelen ser predictivas de realizar conductas inadecuadas contrarias al cambio. Identificarlas para poder establecer las estrategias concretas.

"Ud. ya ha comprobado que si no ve la televisión durante el almuerzo controla mejor la ingesta. Es buena idea almorzar en la cocina y no en el salón con la TV"

"Podría hacer la compra habiendo ya comido: probablemente le llamarían menos la atención esos alimentos tan calóricos que se lleva a su casa."

Identificar conductas de riesgo y cómo afrontarlas. Afrontar situaciones de riesgo que se presentan en la vida cotidiana es otra de las estrategias a desarrollar en esta etapa, disponer de ciertas herramientas o trucos personales para minimizar su efecto al igual que contar con la colaboración y complicidad de las personas del entorno serán de gran ayuda para afrontarlas con éxito.

"¿Qué cree que le ayudaría a mantener el control en las comidas familiares?... ¿Cómo reacciona su familia a esos intentos? ¿Le ayudan?"

Refuerzo positivo, reactivando la motivación. Facilitar que evidencie y manifieste las mejoras percibidas, sobre todo las relacionadas con la imagen corporal, la autoestima, el reconocimiento del entorno próximo, son motivos con gran carga emocional-motivacional.

"¿Está satisfecho de lo conseguido hasta ahora? Me alegro que se sienta menos pesado. Ya ve como disfruta más cuando pasea con sus hijos. ¿Y en el trabajo?"

Recursos Educativos:**A nivel individual:**

- Para este nivel de máxima autonomía según características del paciente se puede avanzar o iniciar el adiestrarla en la elaboración de dietas de intercambio por grupos de alimentos (anexo 3).

Adiestramiento para realizar un Programa de Ejercicio

aeróbico adaptado a su condición Física (Plan de cuidados para el Abordaje del Sedentarismo, anexo 1).

A nivel grupal:

Se profundizarán los conocimientos adquiridos en las Etapas anteriores con el apoyo de los recursos disponibles: Aulas de Salud, recursos y recomendaciones de los diferentes Planes de Cuidados, recursos electrónicos acreditados.

3.8 Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Obesidad en Etapa de Recaída.

En esta Etapa, se produce un giro sobre la rueda de cambio de conducta: la persona vuelve a la conducta anterior, abandonando los cambios adquiridos y recupera probablemente peso corporal.

El abordaje de la obesidad comporta cambios en dos de los hábitos básicos del estilo de vida, lograr modificarlos y mantenerlos a lo largo del tiempo constituye un reto, siendo habitual en las personas con este problema de salud iniciar procesos para perder peso en diversas ocasiones y con diferentes estrategias y métodos.

La recaída o **Incumplimiento** debe afrontarse en positivo, no vivirla como un fracaso, sino una oportunidad de análisis y reflexión que conlleve a un nuevo intento, donde se haga uso de aciertos y errores, se prevean las situaciones de riesgo y se establezca un nuevo Plan.

Afrontar el problema y motivar para retomar la conducta de cumplimiento, serán los objetivos de ésta Etapa para lo cual las intervenciones se dirigen al **apoyo emocional**, a **facilitar la autorresponsabilidad** y **lograr nuevos acuerdos** para retomar el proceso de cambio.



Plan de Cuidado sugerido en Etapa de Recaída

Diagnóstico NANDA: Incumplimiento (00079)

Resultados NOC	Intervenciones NIC
<p>Afrontamiento del problema (1302)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica patrones de superación eficaces. - Adopta conductas para reducir el estrés. - Utiliza sistemas de apoyo personal. - Utiliza estrategias de superación efectivas. 	<p>Apoyo emocional (5270)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones - Apoyar mecanismos de defensa adecuados. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
<p>Motivación (1209)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acepta las responsabilidades de las acciones. 	<p>Guía de anticipación (5210)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones, y miedos por asumir la responsabilidad. - Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias. - Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad.
<p>Conducta de cumplimiento (1601)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifica la pauta orientada por el profesional sanitario. - Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción. 	<p>Acuerdo con el paciente (4420)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar las circunstancias actuales del ambiente que pueden interferir en la consecución de los objetivos. - Ayudar al paciente a identificar los métodos para superar las circunstancias ambientales que pueden interferir en la consecución de los objetivos. - Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos. - Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos. - Identificar las recompensas adicionales con el paciente, si se superan los objetivos originales, según deseo. - Ayudar al paciente a identificar hasta los más pequeños éxitos.

Metodología.

En esta Etapa de desmoralización y vacilación sobre volver a intentarlo, son cruciales las estrategias motivacionales, se pretende ayudar a renovar el proceso de cambios de conducta.

Una actitud de entendimiento por nuestra parte, sin recriminar puede ser efectiva para reforzar la autoestima de la persona.

Identificar los motivos que condujeron a la recaída, **evaluar los sentimientos** de culpabilidad asociados y **aumentar la automotivación** y la autoeficacia son necesarios para evitar el bloqueo o la desmoralización de la persona y así retomar de nuevo el proceso de contemplación, determinación y acción.



Estrategias Motivacionales recomendadas en Etapa de Recaída

Evitar culpabilizar

El señalamiento emocional, es una técnica útil; decir frases que muestren sus sentimientos o emociones, para romper con los sentimientos de culpa que se siente ante la recaída.

"Te veo un poco triste, desanimado..." "Parece como si estuviera molesta..."

Proporcionar información sobre el proceso de cambio. La recaída forma parte del proceso de cualquier cambio de conducta y en ningún caso es una derrota si se aprende a superar los motivos de la recaída para volver a intentarlo.

Analizar motivos de la recaída: facilitar que averigüe y analice los motivos, situaciones personales, familiares o laborales o circunstancias concretas que han provocado el abandono de los cambios y haya vuelto a las conductas anteriores, lo cual constituirá la base para sentar las estrategias y reactivar de nuevo el proceso.

Buscar alternativas a los motivos de la recaída: evitar recomendaciones generales y centrarse en los motivos identificados y en las alternativas que el paciente cree posibles.

"Por lo que he entendido, en los momentos de estrés se siente más vulnerable. ¿Qué cree que puede hacer? Hace tiempo me dijo que le gustaría hacer yoga. ¿Puede ser la relajación una forma de ayudarlo?"

Incrementar la autoestima y la autoeficacia. La recaída se percibe como un fracaso, se produce en el paciente una merma en su autoestima y en su capacidad para lograr el objetivo, Reactivarlos y aumentarlos será la clave para volver a intentarlo.

Destacar y Facilitar que identifique los logros obtenidos favorece para elaborar un nuevo plan de acción así como, poner en valor su capacidad para lograrlo.

"En otras ocasiones lo ha conseguido. No veo por qué ahora no pueda ser así."

"Estar aquí, hablando de ello, ya es positivo."

"En vacaciones le pasó algo parecido, ¿se acuerda? Esa experiencia le sirvió para aprender la forma de salvar esa dificultad y, a la vez, disfrutando y manteniendo el control de la situación."

Ayudar para acordar el plan para un nuevo intento, incorporando aquello que le fue útil y elaborar estrategias para las situaciones de riesgo para la recaída.

"Recuerdo que la otra vez le ayudó usar menos el coche, ir a buscar a los niños al colegio caminando y subir las escaleras caminando con más frecuencia en lugar de usar siempre el ascensor. ¿Cree que ahora también le puede servir de ayuda? ¿Qué dificultades tiene para hacerlo?"

4. AULAS DE SALUD: RECURSOS DIDÁCTICOS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN OBESIDAD

El Servicio Aulas de Salud contempla para la educación grupal:

- Taller terapéutico de actuación en la obesidad.
- Presentación (power-point), "Adiós al sobrepeso", guión para dirigir la actividad grupal.
- Otros recursos didácticos para la educación grupal en alimentación sana y ejercicio físico.
- Otras actividades y documentos de apoyo:
 - Fichas metodológicas de dinámicas:
 - El juego de los mitos.
 - Rueda del índice de masa corporal.
 - Documentos de apoyo:
 - 70 consejos para bajar de peso.
 - Consejos dietéticos para dietas hipocalóricas.
 - Estrategia NAOS: Estrategia para la Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).
 - Libro Verde. Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas. (Comisión de las Comunidades Europeas).
 - Una propuesta saludable para prevenir la obesidad infantil. Estrategia NAOS (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).



5. RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD

La educación para la salud es una actividad fundamental de los profesionales sanitarios de atención primaria, cuya finalidad es la de proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias, tanto para la promoción como para la protección de la salud, a nivel individual, grupal y comunitario.

El sobrepeso y la obesidad están relacionados con una incidencia aumentada de problemas de salud (enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, artrosis, cáncer,...). Cada vez es más relevante la realización de distintas acciones para disminuir la tendencia creciente de la obesidad en el mundo.

En España desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se ha elaborado el documento "Estrategia Naos: invertir la tendencia a la obesidad", en el que se presenta una relación de estrategias para prevenir la obesidad, con actuaciones a desarrollar en diferentes ámbitos de intervención (familiar, comunitario, escolar, empresarial y sanitario), tanto a nivel alimentario como de actividad física.

En consonancia con los objetivos de dicha estrategia y las directrices del Servicio Canario de la Salud, en pos de la Prevención Cardiovascular desde la infancia se ha elaborado publicado e implementado con formación online, un documento para el Abordaje de la Obesidad Infantil y Juvenil en Canarias, con el cual se pretende sensibilizar desde la más temprana edad de este importante problema de salud y llevar a cabo actuaciones para la prevención, el diagnóstico precoz, la detección precoz de factores de riesgo para su desarrollo; así como, estrategias para su tratamiento, incorporando las últimas evidencias al respecto.

Desde el centro de salud, siendo un recurso más dentro de la comunidad, pero con importante situación a la hora de realizar actividades preventivas, debemos tomar la iniciativa en el camino de la educación hacia la comunidad y de su participación, coordinándonos con los otros recursos existentes en la ZBS (instituciones, servicios y/o asociaciones) y promoviendo la realización de acciones orientadas al fomento de hábitos y estilos de vida saludables en relación con la obesidad.

Anexos

Anexo 1.

Necesidades calóricas según actividad física, edad y sexo.

Necesidades energéticas diarias según la actividad física (FAO-OMS nº 522. 1978)	
Metabolismo Basal	24 Kcal/Kg/día
Reposo o Actividad Mínima	30 Kcal/Kg/día
Actividad Ligera: Oficinistas, profesiones liberales (médicos, abogados, profesores), estudiantes, dependientes de comercio, amas de casa con electrodomésticos y sin hijos, jubilados, parados.	
Hombres	42 Kcal/Kg/día
Mujeres	36 Kcal/Kg/día
Actividad media: Obreros de la construcción, trabajadores de la industria ligera, pescadores, soldados en activo, campesinos, amas de casa sin electrodomésticos, trabajadores de almacén (carga y descarga).	
Hombres	46 Kcal/Kg/día
Mujeres	40 Kcal/Kg/día
Actividad Intensa: Algunos campesinos, trabajadores forestales, trabajadores de industrias metalúrgicas.	
Hombres	62 Kcal/Kg/día
Mujeres	55 Kcal/Kg/día
Reducción energética por edad:	Reducción por exceso de peso:
<ul style="list-style-type: none"> • De 40-49 años: reducción 5%. • De 50-59 años: reducción 10%. • De 60-69 años: reducción 20% • A partir de 70 años: reducción 30%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso: reducir del 10-20% • Obesidad : reducir del 30-40%

Tomada de Guía de práctica clínica SOBRE DIABETES TIPO 2. Guía de práctica clínica del SNS. Ministerio de sanidad y consumo 2008. Informe FAO-OMS nº. 522, 1978.

Anexo 2.**Cálculo de necesidades calóricas según edad, sexo, actividad física. Ejemplo.**

Cálculo de necesidades calóricas y distribución de nutrientes

Ejemplo: mujer de 64 años, ama de casa, con una talla de 1,56 cm y 70 kg. de peso.

Calcular el IMC: $70 / (1,56)^2 = 28,8$ (sobrepeso).

Calcular el peso aceptable (IMC=25): $25 \times (1,56)^2 = 60,7$

Necesidades calórico según tipo de actividad para lograr el peso aceptable.

La OMS (Anexo 1) establece para la actividad ligera (ama de casa) 36Kcal/Kg/día $36 \text{ Kcal} \times 60,7 \text{ Kg (peso aceptable)} = 2.185 \text{ Kcal/día}$.

Reducciones calóricas según edad y tipo de obesidad:

- **Edad:** Se realizará una reducción según fijan las tablas de la OMS 20% (64 años) $2.185 - 20\% (64 \text{ años}) = 1.748 \text{ Kcal/d}$.
- **Sobrepeso:** se reducirá un 10-20% las Kcal/día calculadas.
- **Obesidad:** se reducirá un 30-40% las Kcal/día calculadas.

El caso ejemplo (sobrepeso, reduciendo el mayor %) $1.748 - 20\% = 1.400 \text{ Kcal/día}$

Distribución de nutrientes en el caso ejemplo (1.400 Kcal/día):

- **Hidratos de Carbono:** 55% de 1.400 Kcal= 770 Kcal, 1g de HC = 4 Kcal, $770/4 = 192 \text{ g}$
- **Proteínas:** 15% de 1.400 Kcal= 210 Kcal, 1g de proteínas= 4 Kcal, $210/4 = 52\text{g}$
- **Grasas:** 30% de 1.400 Kca = 420 Kcal, 1 g de grasas = 9 Kcal, $420/9 = 46 \text{ g}$

En el caso ejemplo es recomendable una dieta de 1.400 Kcal, con la siguiente proporción de nutrientes: 192 g de HC, 52 g de proteínas y 46 g de grasas

Anexo 3.**Elaborar una Dieta por Intercambio.**

La dieta por intercambio constituye el mejor instrumento para individualizar la alimentación, permitiendo cambios día a día en función de cualquier circunstancia.

Elaborar una dieta por intercambio consiste en planificar diariamente la cantidad de alimentos de cada uno de los grupos de alimentos, según las necesidades calóricas y el reparto calórico prefijado. Es una dieta cuantitativa, en la que se programa proporcionalmente el aporte energético según el contenido mayoritario de un determinado nutriente.

Requiere del adiestramiento adecuado del paciente, de manera que pueda intercambiar unos alimentos por otros para confeccionar el menú diario adecuado a sus necesidades, gustos y posibilidades.

Para realizar una dieta equilibrada que contenga los nutrientes en las cantidades adecuadas es imprescindible conocer los alimentos que los contienen. En la práctica clínica resulta útil trabajar con seis grupos de alimentos.

Clasificación de alimentos para la Dieta por Intercambio

1. Lácteos.	Leche, yogures, cuajadas, requesón y queso de Burgos (se excluyen los quesos curados y semicurados).
2. Alimentos proteicos.	Carnes, pescados, huevos, *quesos curados y semicurados y otros alimentos ricos en proteína vegetal como el tofu y el thempe (derivados de la soja) y el seitán (derivados del trigo).
3. Alimentos hidratos.	Cereales, pastelería, bollería, legumbres, tubérculos, azúcares y derivados.
4. Frutas.	
5. Verduras hortalizas.	
6. Grasas y frutos secos.	

* Por su alto contenido en proteínas se incluyen en el grupo de los alimentos proteicos, de manera que sustituyan a otros alimentos ricos en proteínas y no se añaden calorías extras a la dieta.

Un intercambio (I) o ración, se considera a la cantidad de alimento que contiene 10 gr. del nutriente principal (hidratos de carbonos, proteínas o grasas).

- Un intercambio de Hidratos de Carbono = cantidad de alimento que contiene 10 gr. de HC.
- Un intercambio de Proteínas = cantidad de alimento que contiene 10 gr. de Proteínas.
- Un intercambio de Grasas = cantidad de alimento que contiene 10 gr. de Grasas.

Elaboración práctica de una dieta por Intercambios.

- 1. Calcular las calorías necesarias para cubrir las necesidades individuales.** (anexo2).
- 2. Repartir las calorías entre los tres nutrientes principales:** (50- 55% de HC, 15% de proteína y 30% de grasa).
- 3. Pasar las calorías a gramos:** (1 gr de HC y de proteínas equivale a 4 calorías, 1gr de grasa a 9 calorías). Para calcular los gramos de cada nutriente que se necesita para cubrir las calorías correspondientes, se dividen las calorías de los HC y proteínas entre 4, las calorías correspondientes a grasas entre 9.

- 4. Calcular el número de intercambios**, una vez calculados los gramos de cada grupo de nutrientes se determina el número de intercambios que le corresponden a cada uno de los nutrientes principales (HC, proteínas y grasa). Se obtienen dividiendo los gramos que corresponde a cada nutriente entre 10, que es la cantidad en gs que corresponde a un intercambio.

En una fase avanzada de adiestramiento el profesional puede enseñar al paciente a ampliar su listado de intercambios con alimentos procesados, no descritos en los listados de intercambio, calculando la cantidad en gramos necesaria para tener un intercambio del nutriente principal (HC, proteína y grasa).

Para calcular cuántos gramos de un alimento que no se encuentra en los listados de alimentos (Z) corresponde a 1 intercambio se siguen los siguientes pasos:

Consultar en la etiqueta del alimento la cantidad de hidratos de carbono (HC) por 100 gramos de alimento. A esta cantidad le llamamos X.

Dividimos 1000 entre X. El resultado es la cantidad del alimento que corresponden a 1 intercambio hidratos de carbono.

1 Intercambio de HC = 1000 gramos del alimento Z/X

La misma operación se hace para los intercambios proteicos y de grasas.

Ejemplo: Etiqueta de Cereales de desayuno con chocolate contenido en 100gr.

- Valor energético: 370 kcal.
- Proteínas: 9 gr.
- Hidratos de carbono: 64 gr.
- Grasas: 9 gr.

1 intercambio de HC = $1000/64 = 15,6$ gr. de cereales de desayuno con chocolate corresponden a un intercambio de HC. Un I de HC de estos cereales = 15,6 gr.

5. **Ajustar el número de intercambios por grupos de alimentos:** Con el número de intercambios de cada nutriente (HC, proteínas y grasas) se realizan los ajustes (algoritmo 1) necesarios para cubrir los seis grupos de alimentos. Realizando la siguiente distribución y cálculo:

- **Hidratos de carbono:** 22% para la **fruta (6 I)**, 7% para la **verdura (2 I)**, 10% para los **lácteos (3 I)**, el 61% para alimentos **hidrocarbonatos (17 I)**.
- **Grasas:** 33% para **grasas de lácteos y de proteínas (2 I)**; el resto 67% para las **grasa añadidas (5 I)**.
- **Proteínas:** 25% para **proteínas de los lácteos (3 I)**, el resto 75% para los **alimentos proteicos (5 I)**.

6. **Distribuir los intercambios según el número de ingestas a lo largo del día.**

Para facilitar dicha tarea se presentan tablas de orientación (desde 1.250 a 2.500Kcal) donde se distribuyen por grupos de alimentos los intercambios que corresponden a cada ingesta (Tabla: 2a para cinco ingestas y Tabla: 2b para cuatro).

Teniendo en cuenta el número de intercambios de cada grupo de alimentos que corresponde a cada ingesta, se puede confeccionar el menú, mediante el uso de los **listados de intercambio de alimentos** (Tabla 1).

Los listados de intercambio especifican la cantidad de alimento que corresponde a una unidad de intercambio de cada grupo. Mediante este instrumento el paciente puede elegir los alimentos, dentro del grupo, que desea tomar en función de los intercambios que le correspondan. La práctica repetida de esta tarea permitirá a lo largo del tiempo automatizar esta planificación, sin necesidad de hacer uso dichas tablas.

5 ingestas	4 ingestas
<ul style="list-style-type: none"> • 15% de las calorías en el desayuno. • 10% en la media mañana. • 30% en la comida del medio día. • 15% en la merienda. • 30% en la cena. 	<ul style="list-style-type: none"> • 25% de las calorías en el desayuno. • 30% en la comida del medio día. • 15% en la merienda. • 30% en la cena.

7. **Distribuir los intercambios de cada grupo de alimentos en los distintos platos.**

El paciente podrá confeccionar sus propios menús siguiendo las siguientes indicaciones:

- Las cantidades de alimentos expresadas en los listados de intercambio son gramos de porción comestible (limpios, sin desperdicios -grasa, huesos, espinas, cáscaras, etc.) y pesados en crudo.
- El grupo de los alimentos hidrocarbonados pueden ser sustituidos en ocasiones por frutas y verduras, teniendo en cuenta el número de intercambios y la cantidad libres de desperdicios (piel, cáscara, semillas, espinas o huesos). Con la práctica es posible convertir estos pesos en medi-

das caseras (cucharas, cucharones, tazas – Tabla 3).

- El número de intercambios de un grupo de alimentos se puede consumir usando los intercambios dentro del grupo como se desee: todos del mismo alimentos o bien repartidos en diferentes alimentos de dicho grupos, asignando el número de intercambios que se desee, siempre que se respete el total de intercambios de ese grupo que corresponde.
- En caso de realizar menos tomas de las habituales, es decir en lugar de 4 ese día por algún motivo solo hace tres puede distribuir los intercambios en el resto de las ingestas, o bien incorporarla una de las comida según la situación. Por ejemplo si no puede hacer la toma de media mañana, tomar esos intercambios en el desayuno.

Ejemplo de distribución de los intercambios en la comida:

Grupo de alimento	Alimento
1 intercambio de verduras.	½ intercambio de verdura como primer plato + ½ intercambio como ensalada acompañando el filete.
4 intercambios del grupo de alimentos hidrocarbonatos.	La papa (1 intercambio) acompañando a la verdura del primer plato + 60 g de pan para acompañar a la comida (3 intercambios).
2 intercambios de alimentos proteicos.	1 filete a la plancha de 100 g de carne o 150 g de pescado.
2 intercambios de fruta.	Una manzana mediana de unos 200gs.

Ejemplo de dos desayunos diferentes con los mismos intercambios: **1l de lácteos, 2 l de alimentos hidrocarbonados y 1l de fruta:**

- Opción A: un vaso de 200ml de leche desnatada con 40gr de pan integral y una pera de 100gs,
- Opción B: 2 yogures desnatadas, natural, sin azúcar con 30gr de cereales ricos en fibra y un plátano de 50gr.

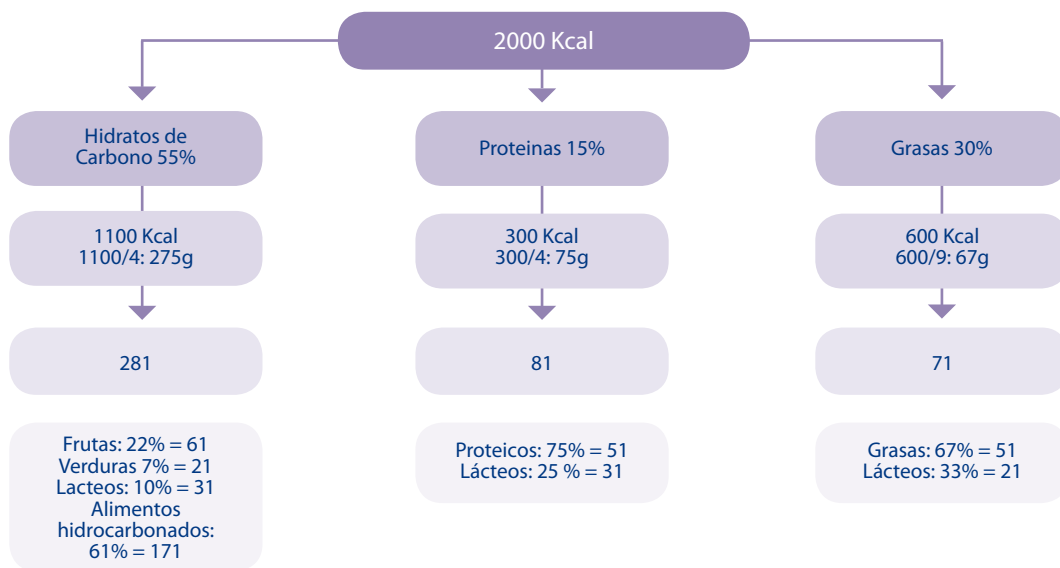
8. Tener en cuenta el estado de salud:

Diabetes: Adaptar el plan de alimentación al tipo de tratamiento y medicación, entre otros aspectos.

HTA: Los hipertensos deben limitar el consumo de sal y productos que la contenga, en especial conservas, salsas, comida precocinada, carnes o pescados sazonados (anchos, bacalao, arenques), mantequillas saladas, cubitos para hacer caldos, etc.

Nefropatía: En el caso de deterioro renal, aunque sea incipiente, secundario a hipertensión Arterial y/o diabetes Mellitus, se aconseja no consumir más de 1 gramo de proteínas por Kg de peso.

Algoritmo 1: Ejemplo de planificación de una dieta de 2000 Kcal con cinco ingestas



Ejemplo de distribución de unidades de intercambio en una dieta de 2000 Kcal y cinco ingestas.

Ingestas	Lácteos	Alimentos proteicos	Verduras	Hidrocarbonados	Frutas	Grasas
Desayuno	1			2	1	0,5
Media mañana	1	1		1		
Comida		2	1	6	2	2
Merienda	1			2	1	0,5
Cena		2	1	6	2	2

Se puede observar el número de intercambio y el grupo de alimentos que corresponde a cada una de las ingestas, que llevado a la Tabla 1, de Intercambio de alimentos, permitirá que el paciente confeccione el menú según sus preferencias.

Tabla 1: Listado de intercambios de alimentos

1. Lácteos	
Cantidad de alimentos por unidad de intercambio	Alimentos
200 ml	Leche
250 gr	Yogur, cuajada, flan, "actimel"
100 gr	Queso de Burgos*
60 gr	"Petit Suisse"

*Evitar en la dieta sin sal o sustituirlos por su equivalente sin sal. Evitar alimentos salados, conservas, precocinados, ahumados.

2. Alimentos proteicos

Cantidad de alimentos por unidad de intercambio	Alimentos
Carnes con 2-6 gramos de grasa	
60 gr	Jamón cocido*, riñones de ternera, pierna de cordero.
50 gr	Queso de Burgos*
Carnes con 6-12 gramos de grasa	
50 gr	Codorniz, cerdo magro, paloma, ternera semigrasa.
30 gr	Jamón serrano magro*, lomo embuchado*.
Carnes con 13-25 gramos de grasa (1)	
75 gr	Chopped*, mortadela*, salchicha*, morcilla negra*
50 gr	Bacon*, cerdo grado, chuleta y costilla de cordero, chorizo*, lacón*, morcilla blanca*, paté*, ternera grasa, salchichón*, sobrasada*.
25 gr	Jamón serrano*, chuleta de cerdo.
Pescados con 2-6 gramos de grasa	
75 gr	Abadejo, almeja, bacalao fresco, bacaladilla, barbo, besugo, berberechos, bogavante, breca, calamares, cangrejo, centollo, chanquete, chirlas, sígala, gamba, langostino, langosta, lenguado, lubina, merluza, mero, mejillones, mejillones en lata*, morralla, nécora, ostra, palometa, platija, pescadilla, percebe, pez espada, raya, rape, rodaballo, salmonete, sargo, sepia, trucha, vieira.
50 gr	Anchoa fresca, camarones, congrio, carpa, dorada, vieira.
Pescados con 6-12 gramos de grasa	
50 gr	Anguila, angula, arenque, atún fresco, boga, bonito, boquerón, caballa, cazón, jurel, lija, mero, mújol, pintada, salmón, salmón ahumado*, sardinas en lata*
35 gr	Anchoas en lata*, atún en lata*
Huevos	
90 gr	Clara de huevo.
75 gr	Huevo de gallina.
Frutos secos	
40 gr	Almendra, altramuz, avellana, cacahuete, coco, piñón, pistacho, pipa de girasol, pipa de calabaza, nuez.
Quesos	
50 gr	Roquefort*(1), mozzarella*(1), brie*(1), para sándwich*(1), tierno*
30 gr	Cabrales*(1), gruyere*(1), bola*(1).
Proteína vegetal	
65 gr	Tofu.
40 gr	Seitán.
30 gr	Soja.

*Evitar en la dieta sin sal o sustituirlos por su equivalente sin sal. Evitar alimentos salados, conservas, precocinados, ahumados.

(1)Limitar en la dieta baja en grasas saturadas.

3. Alimentos hidrocarbonados

Cantidad de alimentos por unidad de intercambio	Alimentos
Carnes con 2-6 gramos de grasa	
50 gr	Papa, batata, boniato.
12 gr	Tapioca.
Legumbres y frutos secos.	
20 gr	Garbanzos, guisantes secos, habas secas, judías secas, lentejas, castañas.
Cereales y derivados.	
20 gr	Pan (blanco, integral, de molde), cereales de desayuno*
15 gr	Arroz, arroz salvaje, bulgur, cuscus, galletas tipo María, harina, sémola, pastas alimenticias (fideos, canelones, espaguetis, macarrones, lasaña, tapioca), bizcotes tostados, cereales de maíz tostados azucarados, muesli
Azúcares y derivados	
30 gr	Mermelada
15 gr	Bombones(1), miel
10 gr	Azúcar, caramelos
Pastelería	
15 gr	Croissant(1), bizcocho(1), donut(1), magdalenas(1)

*Evitar en la dieta sin sal o sustituirlos por su equivalente sin sal. Evitar alimentos salados, conservas, precocinados, ahumados.

(1)Limitar en la dieta baja en grasas saturadas

4. Frutas

Cantidad de alimentos por unidad de intercambio	Alimentos
150 gr	Acerola, arándanos, frambuesa, grosella, limón, melón, mora, pomelo, sandía.
100 gr	Albaricoque, arándano, ciruela, fresa, fresón, granada, kiwi, manzana, mandarina, maracuyá, membrillo, melocotón, naranja, nectarina, papaya, paraguayana, pera, piña, zumo de naranja.
50 gr	Breva, caqui, cereza, chirimoya, higo, lichi, mango, níspero, plátano, uva, piña en almíbar, melocotón en almíbar.
15 gr	Pan (blanco, integral, de molde), cereales de desayuno*

5. Verduras y hortalizas

Cantidad de alimentos por unidad de intercambio	Alimentos
300 gr	Apio, acerola, achicoria, acelga, berenjena, berro, brécol, calabacín, canónigos, cardo, col, coliflor, champiñón, colinabo, endibia, escarola, espárrago, espinaca, lechuga, lombarda, palmito, pepino, pimiento, rábano, setas, tomate.
200 gr	Grelo, judía verde, nabo, nabiza, puerro.
100 gr	Alcachofa, calabaza, cebolla, col de Bruselas, haba tierna, maíz dulce, remolacha, zanahoria.

6. Grasas y aceites

Cantidad de alimentos por unidad de intercambio	Alimentos
70 gr	Aguacate.
40 gr	Aceitunas*
30 gr	Nata, yema de huevo
20 gr	Mayonesa baja en calorías
10 gr	Aceite (oliva, girasol, maíz), mahonesa(1), mantequilla(1), margarina

*Evitar en la dieta sin sal o sustituirlos por su equivalente sin sal. Evitar alimentos salados, conservas, precocinados, ahumados. (1) Limitar en la dieta baja en grasas saturadas

Tabla 2a: Planificación de dietas de 1.250 a 2.500 Kcal, con 5 tomas al día.

Menús de 1.250 a 2.500 Kcal por raciones o intercambios (5 tomas)						
Comidas/Kcal	1250*	1500*	1750*	2000	2250	2500
Desayuno						
Lácteos	1	1	1	1	1	1
Alimento hidrocarbonado	1	1	1	1	2	2
Alimento proteico	-	-	-	0,5	0,5	0,5
Fruta	1	1	2	2	2	2
Media mañana o Merienda						
Lácteos	-	-	-	-	-	-
Alimento hidrocarbonado	1	2	3	3	3	3
Alimento proteico	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1
Fruta (1)	-	-	-	-	-	-
Comida						
Verduras y hortalizas	1	1	1	1	1	1
Alimento hidrocarbonado	3	4	5	6	7	9
Alimento proteico	1,5	2	2	2	2,5	3
Fruta	2	2	2	2	2	2
Merienda						
Lácteos	-	1	1	1	1	1
Alimento hidrocarbonado	1	1	1	1	1	2
Alimento proteico	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Fruta	1	1	1	1	1	1
Cena						
Verduras y hortalizas	1	1	1	1	1	1
Alimento hidrocarbonado	2	3	4	5	6	7
Alimento proteico	1,5	1,5	1,5	2	2,5	2,5
Fruta	2	2	2	2	2	2
Grasa total/día	4	5	6	6,5	7,5	8

(1) Las raciones de alimentos hidrocarbonados de media mañana pueden intercambiarse por raciones de fruta.

*En las dietas de 1250 a 1750 los lácteos son desnatados.

Tabla 2b: Planificación de dietas de 1.250 a 2.500 Kcal, con 4 tomas al día.

Menús de 1.250 a 2.500 Kcal por raciones o intercambios (4 tomas)						
Comidas/Kcal	1250*	1500*	1750*	2000	2250	2500
Desayuno						
Lácteos	1	1	1	1	1	1,5
Alimento hidrocarbonado	2	2	3	4	4	4,5
Alimento proteico	-	-	1	1	1	1
Fruta	2	2	2	2	2	2
Media mañana (1)						
Lácteos	-	-	-	-	-	-
Alimento hidrocarbonado	2	2	3	3	4	4
Alimento proteico	0,5	0,5	0,5	1	1	1
Fruta (1)	-	-	-	-	-	-
Comida						
Verduras y hortalizas	1	1	1	1	1	1
Alimento hidrocarbonado	3	4	5	6	7	9
Alimento proteico	1,5	2	2	2,5	3	3,5
Fruta	2	2	2	2	2	2
Cena						
Verduras y hortalizas	1	1	1	1	1	1
Alimento hidrocarbonado	2	3	4	5	6	7
Alimento proteico	1,5	2	2	2	2,5	2,5
Fruta	2	2	2	2	2	2
Grasa total/día	4	5	6	6,5	7,5	8

*En las dietas de 1250 a 1750 los lácteos son desnatados.

<http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/dietas/anexo1intercambios.asp>

Tabla 3: Equivalencias en medidas de uso individual

Menús de 1.250 a 2.500 Kcal por raciones o intercambios (4 tomas)	
1 rebanada de pan de barra de ½ kg. (2 cm de grueso)	30-40 gr
1 rebanada de pan de barra de ¼ kg. (2 cm de grueso)	20-25 gr
Vaso de agua o taza de leche	200 ml
1 yogurt	125 ml
1 cucharada sopera de aceite	10 ml
1 cucharada sopera (colmada) de azúcar	20 gr
1 cucharada sopera de arroz (crudo)	20-25 gr
1 cucharada sopera de harina	20-25 gr
1 cucharada de postre de aceite	5 ml
1 cucharada de postre de azúcar	10 gr
1 sobre de azúcar	10 gr
1 terrón de azúcar	5 gr
1 cucharada sopera de mermelada	20-25 gr
1 envase individual de mermelada	15 gr
1 porción individual de mantequilla	15 gr
1 puñado (con la mano cerrada) de arroz o pasta pequeña	20-25 gr
1 taza de café de arroz o pasta pequeña	80-100 gr
2 cucharadas soperas de lentejas en crudo	20 gr
3 cucharadas soperas de garbanzos en crudo	40 gr
20 unidades de macarrones	15 gr
1 plato hondo de verdura	200-300 gr
1 pieza de fruta tamaño normal	150 gr
1 vaso de vino habitual	100 gr
1 patata un poco mayor que la medida de un huevo	100 gr

<http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/dietas/GruposAlimentos.asp>

Bibliografía

1. Organization Regional Office for European Copenhagen. Therapeutic Patient Education. Continuing Education programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO Working Group World Health; 1998.
2. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012- 2014. Barcelona: ELSEVIER; 2013.
3. Marjory Gordon. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 10ª ed. Barcelona: Elsevier.
4. Sue Moorhead, Marion Jonson, Meridean Maas, Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona. Elsevier; 2009.
5. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
6. Marion Jonson, Gloria Bulechek, Howard Butcher, Joanne McCloskey Dochterman, Meridean Maas, Sue Moorhead, Elizabeth Swanson. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. 2ª ed. Madrid. Elsevier; 2007.
7. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Guía clínica basada en la evidencia. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud; 2008.
8. Rosalinda Alfaro, RN, MSN. Aplicaciones del Proceso de Enfermería: Guía Práctica. Barcelona: Doyma; 1998.
9. María Teresa Luis Rodrigo. Los diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
10. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Consejo Dietético en Atención Primaria; 2005.
11. S. Lizarraga, M. Ayarra. Entrevista Motivacional. Anales del Sistema Sanitario de. Volumen 24, Suplemento 2 Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.
12. Elvira Callejo Giménez. Grupo de Comunicación y Salud de la Socalemyc (Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria). Entrevista motivacional.
13. Mª Luisa Castilla Romero y colaboradores. Guía de Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007.
14. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo; Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales; Programa de Prevención y Control de la ECV en Atención Primaria; 2001.
15. Aulas de Salud. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad. Disponible : <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/aplicacion.jsp?idCarpeta=1d83eb42-ee03-11dd-958f-c50709d677ea>.
16. New Zeland Guidelines Group. The Assessment and Managerment of Caridovascular Risk Evidence-Based Best^Practice Guidelaine 2003. New Zeland Guidelaines Group 2003.Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08.
17. Anderson KM, Wilson PW, Odell PM, Kannel WB. An updated coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation* 1991; 83 (1):356-62.
18. Corvol JC, Bouzamondo A, Sirol M, Hulot JS, Sanchez P, Lechat P. Differential effects of lipid-lowering therapies on stroke prevention: a meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med* 2003 Mar 24; 163 (6):669-76.
19. Waters DD, Guyton JR, Herrington DM, McGowan MP, Wenger NK, Shear C. Treating to New Targets (TNT) Study: does lowering low-density lipoprotein cholesterol levels below currently recommended guidelines yield incremental clinical benefit? *Am J Cardiol* 2004 Jan 15; 93 (2):154-8.
20. Pedersen TR, Faergeman O, Kastelein JJ, Olsson AG, Tikkanen MJ, Holme I, et al. High-dose atorvastatin vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005 Nov 16;294(19):2437-45
21. Briel M, Studer M, Glass TR, Bucher HC. Effects of statins on stroke prevention in patients with and without coronary heart disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004 Oct 15;117(8):596-606.
22. Rubins HB, Robins SJ, Collins D, Fye CL, Anderson JW, Elam MB, et al. Gemfibrozil for the secondary prevention of coronary heart disease in men with low levels of highdensity lipoprotein cholesterol. Veterans Affairs High-Density Lipoprotein Cholesterol Intervention Trial Study Group. *N Engl J Med* 1999 Aug 5; 341(6):410-8.
23. Lupton JR, Turner ND. Dietary fiber and coronary disease:dose the evidence support an association? *Curr Atheroscler Rep* 2003; 5: 500-5.
24. Brown L, Rosner B, Willett WW, Sacks FM. Cholesterol-lowering effects of dietary fiber: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999; 69:30-42.
25. Erkkilä AT,Lichtenstein AH, Fiber and cardiovascular disease risk: how strong is the evidence? *J Cardiovasc Nurs* 2006;21:3-8.
26. MRC Working Party. Medical Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: principal results. *BMJ* 1992; 304:405 -412.
27. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity. SIGN 2010. Australia/New Zealand heart failure research collaborative group. Randomised, placebo-controlled trial of carvedilol in patients with congestive heart failure due to ischaemic heart disease. *Lancet*. 1997; 349:375-80.
28. IBIS-II investigators and committees. The cardiac insufficiency bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomised trial. *Lancet*. 1999; 353:9-13.
29. Steptoe A, Perkins Porras L, McKay C, Rink E, Milton S. Behavioral counselling to increase consumption of fruit and vegetables in low income adults: randomised trial. *BMJ* 2003;326: 855-60.
30. Pirozzo S, Summerbell C, Cameron C, Glasziou P. Consejos sobre dietas con bajo contenido en grasas para la obesidad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Son, Ltd.).

31. Sacks FM, Bray GA, Careys VJ, et al. Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *N Eng J Med* 2009; 360: 859-73.
32. Actividad física en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiometabólica. La dosis del ejercicio cardiosaludable. Ministerio Sanidad Política Social e Igualdad. Presidencia de Gobierno. Consejo Superior de Deportes. Plan Integral para La Actividad Física y el Deporte. Madrid. 2011.
33. Ejercicio físico en la prevención de tratamiento de la obesidad. Instituto Navarro de Deporte y Juventud. Navarra.2000.
34. Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿Qué se puede y se debe hacer?. Documento de consenso y conclusiones. *Nutrición Hospitalaria*. 2013; 28 (Supl.5): 1-12.
35. Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular: Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. 2014 (SEH-LELHA) <http://www.seh-lelha.org/pdf/GuiaEjercicioRCV14.pdf>
36. Pi-Sunyer X, Blakburn G, Brancati FL, et al. Reduction in weigh and cardiovascular disease risk factors in individuals with type2 diabetes: one-year result of the look AHEAD trial. *Diabetes care*.2007; 30:1374-83
37. Carels RA, Darby LA, cacciapaglia HM, Douglass OM. Reducing cardiovascular risk factors in postmenopausal women Through a lifestyle change intervention. *J Womens Helath*. 2004;13:412-26.
38. Ferrara CM, Goldberg AP, Ortemeyer HK, Ryan AS. Effects of aerobic and resistive exercise training on glucose disposal and skeletal muscle metabolism in older men. *J Gerontol A Biol Si Med Sci*. 2006;61:480-7.
39. Kodama S, Saito R Tanaka S et al. cardiorepiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: *JAMA*.2009;301:2024-35.
40. Andersen RE, Wadden TA, Barlett SJ, Verde TJ, y Franc-kowiak SC: Effects of lifestyle activity vs structured aerobic exercise in obese womwn. A renadomized trial. *JAMA*. 1999;281:335-40.
41. Donnelly JE,Blair SN, Jakicic JM, et al. American College os Sports Medicine Posicion Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med SCi Sports Exerc*. 2009,41:459-71
42. Valdés S, Rojo-Martinez G, Soriguer F. volución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española.*Med Clin*.2007;9(129):352-355.