



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

Plan de Actuación de Enfermería sobre hábitos saludables en nutrición y ejercicio físico en Consulta de Atención Primaria

Autor/a: Manuel Jesús García Sánchez

Director: Ángel Gasch Gallén

índice

• RESUMEN / ABSTRACT.....	1
• INTRODUCCIÓN.....	5
• OBJETIVOS.....	8
• METODOLOGÍA.....	8
• DESARROLLO.....	10
• RECOMENDACIONES Y PAUTAS HIGIENICO SALUDABLES EN NUTRICION Y CONDICIONAMIENTO FISICO.....	11
• 1. PAUTAS NUTRICIONALES.....	12
◦ 1.1 RECOMENDACIONES DE HABITOS NUTRICIONALES	13
◦ 1.2 ALIMENTOS Y HABITOS PONTENCIALMENTE PERJUDICIALES..	15
◦ 1.3 RECOMENDACIONES SEGÚN LAS CARACTERISTICAS NUTRICIONALES DE LOS ALIMENTOS.....	17
• 2. EJERCICIO FISICO.....	22
• CONCLUSIONES.....	24
• BIBLIOGRAFÍA.....	26
• ABREVIATURAS.....	34
• ANEXOS.....	34

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso son estados patológicos del individuo que en la actualidad suponen un grave problema sanitario, más de mil millones de personas en el mundo sufren sobrepeso y la tendencia sigue en aumento considerándose una pandemia a nivel global. Se puede definir como el exceso o acumulación de grasa en el organismo que produce efectos negativos y perjudiciales en la salud, teniendo una repercusión directa en enfermedades graves como diabetes, hipertensión, procesos metabólicos, cáncer u otras menos significativas. Por el momento no existe ninguna terapia singular y efectiva para paliar el aumento de la prevalencia de esta enfermedad, la tendencia actual y que pone de acuerdo a todos los estamentos sanitarios es que, la prevención mediante la promoción y mantenimiento de los hábitos de vida saludables en la población es la estrategia más efectiva y eficiente.

OBJETIVO

Reducir el sobrepeso y la obesidad y promover hábitos higiénico-dietéticos desde la consulta de Enfermería de Atención Primaria, fomentando su asimilación con los mínimos recursos, de modo natural y permanente, mediante el diseño de un Plan de Actuación de Enfermería.

METODOLOGIA

Se realizó una revisión bibliográfica sobre las recomendaciones para prevenir y/o actuar ante la obesidad y sobrepeso desde Atención Primaria y unas entrevistas personalizadas y semiestructuradas en dos centros de salud con los profesionales relacionados con la asistencia en estas áreas. Posteriormente se diseñó un Plan de Actuación de Enfermería para ofrecer unas recomendaciones básicas a profesionales y usuarios/as en base a la revisión bibliográfica y las aportaciones de las y los profesionales, seleccionando aquellas recomendaciones más económicas, sencillas, adaptables a los cambios y a las necesidades específicas.

DESARROLLO

Debido a la importancia que se le atribuyen a las dietas u otras herramientas actuales, y los resultados tanto a nivel nutritivo como a nivel de acondicionamiento físico que se están logrando, las y los profesionales consultados reafirmaron la importancia de

elaborar un Plan de Actuación que facilite dicha labor y que aporte más medios para tratar la obesidad.

Las pautas que se aportan son aplicables a cualquier usuario con necesidades de regulación de procesos metabólicos nutricionales tal que: sobrepeso, obesidad, diabetes, HTA y para todos los usuarios, realizando así una labor preventiva y no correctiva ni paliativa. De este modo se cubrirá la necesidad principal de generar conceptos claros y concisos para proveer un estilo de vida saludable de modo natural y permanente, teniendo en cuenta no añadir costes inasumibles personales o económicos al usuario.

CONCLUSIONES

Mediante la revisión bibliográfica y las entrevistas se han observado las recomendaciones desde Atención Primaria en la prevención del sobrepeso y obesidad, y por ello la posibilidad y utilidad de realizar una herramienta para la promoción de salud y de hábitos higiénico-dietéticos.

Este documento tiene como finalidad utilizarse como Plan de Actuación dirigido a los profesionales para la prevención del sobrepeso y obesidad, constatando que no existe motivo por el cual no pueda ser dirigido a cualquier usuario y en cualquier etapa de su ciclo vital.

Palabras Clave:

Hábitos de vida / Prevención Primaria/ Obesidad /Sobrepeso / Promoción de la salud / Pautas / Nutrición / Ejercicio Físico/ Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Obesity and overweight are pathological processes of the person who currently are a serious health problem, more than one thousand million people worldwide are

overweight and the trend continues to rise considering them like a global pandemic, it can be defined as excess or accumulation of fat in the body that produces negatives and harmful health effects, having a direct impact on graves diseases such as diabetes, hypertension , metabolic processes , cancer or other less significant. At the moment there exists no single and effective therapy to alleviate the increase of the prevalence of the disease, the actual trend that agrees and includes all the healthcare and sanitary institutions is that prevention through the promotion and maintenance of healthy lifestyles in the population is the most effective and efficient strategy.

OBJETIVE

Reduce overweight and obesity and promote hygiene-dietetic habits through Primary Health Care Nursing Office encouraging their assimilation with minimum resources and a natural and permanent model by means of a Performance Nursing Plan.

METHODOLOGY

In first term a literature review was made about the recommendations to prevent and / or respond to obesity and overweight in primary care and was performed some personal semi-structured interviews at two Primary Health Centres with some related assistance professionals in these areas.

Subsequently an Action Nursing Plan is designed to provide a basic professional recommendations based on the literature review and input from the professionals recommendations , selecting those most economic, simple and adaptable to changes and required needs.

DEVELOPMENT

Because of the importance attributed to diets or other existing treatments and the poor results obtained from nutritional and exercise point of view , the professionals consulted reaffirmed the importance of developing an action plan to facilitate this work and to provide other ways to treat obesity.

The guidelines provided can be applied to any user at any stage that he is diagnosed of : overweight , obesity , diabetes, hypertension and in a preventive way for the rest of population , applies to a wide range , from puberty , due to it is a learning process where self-regulation and self-responsibility are necessary , generating clear and concise concepts to provide a healthy lifestyle, in a natural and permanent form.

CONCLUSION

From on observing the literature review and interviews , there have been found recommendations from the perspective of primary care in the prevention of overweight and obesity, and therefore the possibility and usefulness of adding a tool to promote health and hygienic-dietary habits.

This document is intended to be used as an Action Plan aimed at Professionals for the prevention of overweight and obesity, noting that there is no reason that can not be suitable to any user , at any stage of its life cycle.

keywords:

Life Style / Primary Prevention / Obesity /Overweight / Health Promotion / Recommendations / Standards / Nutrition / Exercise / Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

La obesidad y sobrepeso son un estados patológicos del individuo que se pueden definir como el exceso o acumulación de grasa en el organismo, el modo de clasificar o denominar el factor o grado de sobrepeso u obesidad en un individuo esta determinado por el índice de masa corporal (IMC), este índice es una referencia a nivel mundial en edad adulta y se basa en el peso corporal y la talla mediante la siguiente fórmula; se toma el peso en kilogramos dividido entre el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2), según el criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobrepeso se estima a un IMC igual o mayor a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$, y la obesidad a un IMC igual o mayor a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. Respecto a la edad infantil existen varios criterios que son aceptados por la comunidad científica, en España se utilizan también las Tablas de la Fundación Orbegozo que se emplearon en el estudio EnKid (uno de los estudios más reconocidos a nivel nacional sobre la obesidad, hábitos y estilo de vida de niños y jóvenes) que se basan en percentiles estimando el punto de corte el percentil 85, pero en base todos ellos se rigen por la edad, talla y peso del individuo. (1-5)

Las consecuencias y comorbilidades asociadas son variadas y diferenciadas en todos los rangos de incidencia o gravedad, siendo un factor de riesgo para patologías no Transmisibles relacionadas con procesos endocrinos (diabetes tipo 1, 2 y gestacional), enfermedades cardiovasculares (accidente cerebrovascular y cardiopatías), locomotoras (osteoartrosis o sobrecarga articulaciones), cáncer (endométrio, mama y colon), aumento del riesgo en complicaciones locales y sistemáticas en órganos internos, trastornos del sueño (apneas, procesos digestivos, estrés o ansiedad), reduce la media de supervivencia y en el caso de la obesidad infantil incrementa la posibilidad de sufrir las enfermedades nombradas anteriormente, considerándose en cualquier etapa de la vida como graves, incapacitantes o mortales. (1,3-6)

Los datos y cifras relacionados con la obesidad en la población son alarmantes, a niveles mundiales como en España, según un informe del año 2014 de la OMS 1.900 millones de adultos (39%) sufren de sobrepeso, y más de 600 millones (13%) son obesos, la prevalencia según las características del país y su renta per cápita ya no varía, el 65% tienen tasas altas. Mueren más de 2,6 millones de personas, más que las causadas por insuficiencia ponderal, "El 44% de los casos mundiales de diabetes, el 23% de cardiopatía isquémica y el 7-41% de determinados cánceres son atribuibles

al sobrepeso y la obesidad". Respecto a la obesidad infantil en el siglo XXI se prevén cifras alarmantes. (1,2)

En España de cada 100 adultos de 18 y más años, 17 padecen obesidad y 37 presentan sobrepeso. La obesidad aumentó del 7,4% al 17,0% en 25 años. Según datos de 2011 la obesidad infantil es de las más altas de Europa, semejantes a Estados Unidos, la prevalencia de exceso de peso fue del 37,1% de los niños (6-11 años) y del 34% (12-19 años) y según el Instituto Nacional de Estadística (INE) la prevalencia de obesidad infantil (2 a 17 años) es de un 27,8% y similar en ambos sexos. El coste y las repercusiones que afectan al individuo, la familia y su entorno son elevadísimas, aumenta la morbilidad y mortalidad, la incidencia directa en la calidad de vida y en el nivel de salud gravemente. El coste público sanitario se estima del 2-7%, y en España se encuentra en el 7%, y sigue incrementándose ya que según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) el sobrepeso aumentará un 10% más en los próximos 10 años. (5,7-9)

Para definir sobrepeso u obesidad debemos entender que es una enfermedad multifactorial, no es factible centrarnos sólo en la definición de desequilibrio energético desbalanceado en el metabolismo de los lípidos, en su etiología pueden estar involucrados varios o muchos factores, esta es la noción más importante que se debe de tomar en cuenta para comprender que esta patología precisa de una atención especializada y por ello observar la importancia de generar hábitos y costumbres saludables, naturales y permanentes, añadir que el mantenimiento de las causas en el tiempo provoca un incremento exponencial en las afecciones asociadas que padecerán los individuos (comorbilidad). Existen factores genéticos, psicológicos, farmacológicos, culturales, ambientales, hábitos no saludables, socio-económicos y patologías asociadas. En el Anexo 1 se recogen dichos factores más detalladamente. (1,2,4,10-12)

En la actualidad existen múltiples tratamientos para el control del peso, a corto plazo la mayoría son eficaces, pero no se estiman eficientes en el tiempo, y además alguno conlleva un riesgo alto para la salud.

En la actualidad existen tratamientos quirúrgicos, farmacológicos y dietéticos con o sin seguimiento, recomendando en todos ellos pautas nutricionales y de ejercicio físico. Las tendencias más actuales desde los estamentos más representativos de la

sociedad y de los organismos relacionados con la salud están acercándose y promoviendo puntos de vista más cercanos a conceptos multifactoriales, incidiendo en un cambio de hábitos, la formación , la calidad de la dieta (índice de calidad de la dieta, índice de diversidad de la dieta e índice de alimentación saludable), recomendaciones generales basadas en evidencia científica. En el Anexo 2 se pueden observar los tratamientos actuales, tipos, riesgos y su efectividad. (4,8,10,12)

Las actividades y conceptos que se practican en la actualidad son comunes en la mayoría de dietas, protocolos o tratamientos especializados que se ofrecen al usuario, la base es reducir la ingesta el número de las kilo-calorías (kcal) totales diarias, confección de menús, seguimiento profesional y recomendación de ejercicio físico, pero existe la carencia de observar la nutrición como un estilo de vida y proveer al usuario las bases nutricionales, hábitos y conocimientos para que las pueda interiorizar de un modo permanente y dinámico. En el Anexo 3 se refleja un resumen detallado de las actividades y consejos actuales para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. La actuación estandarizada mediante la modificación de aspectos nutricionales, la actividad física, el apoyo de un proceso de seguimiento y otras actividades, no está dando los resultados esperados, y la falta de adherencia al régimen terapéutico es una realidad, evidenciada por todos los datos expuestos en este documento. Por ello se observa que tener en cuenta calorías, índices glucémicos, elaborar dietas para ingestas intradía, observar cada gramo o unidad de alimento, animar a apuntarse al gimnasio o que ande 1 hora al día, no es tarea fácil para el paciente, el paradigma es que todas son eficaces pero es obvio que no resultan eficientes a medio-largo plazo. De un modo reflexivo si las anteriores actividades no funcionan, se realizará un documento con recomendaciones básicas seleccionadas y que se puedan usar de modo paliativo y preventivo, consiguiendo interiorizar la mayoría de ellas, logrando un cambio higiénico-sanitario en el propio individuo y su entorno, y afianzando un cambio permanente y mantenido en cada decisión, costumbre y momento estableciendo un incremento notable en la salud y el bienestar de la población en un asunto de esta envergadura. (3,4,8,10,11,13,14)

Valorado lo expuesto anteriormente se considera beneficioso elaborar un documento con el cual los profesionales de la salud puedan realizar una labor de formación e información para la sociedad desde la Atención Primaria de un modo sencillo, sistemático y con asentamiento futuro natural basado en pautas y conceptos

concretos, ya que se observa que hay una carencia en el tipo de información y el nivel conceptual de la misma.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Reducir el sobrepeso y la obesidad y promover hábitos higiénico-dietéticos desde la consulta de Enfermería de Atención Primaria, fomentando su asimilación con los mínimos recursos, de modo natural y permanente.

Objetivos específicos:

- Realizar una revisión bibliográfica y de campo sobre las recomendaciones desde Atención Primaria en la prevención del sobrepeso y obesidad en la promoción de salud y de hábitos higiénico-dietéticos.
- Elaborar un Plan de Actuación dirigido a las profesionales para la prevención del sobrepeso y obesidad y aplicable a cualquier etapa del ciclo vital del usuario.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la prevención y actuación ante la obesidad y sobrepeso en Atención Primaria y posteriormente se llevó a cabo una valoración de la actuación en campo en varias localizaciones de la ciudad de Zaragoza (centros de salud) con varios profesionales para observar y conocer como se afronta y se trata la obesidad y el sobrepeso en Atención Primaria, identificando las recomendaciones higiénico-alimentarias y sobre actividades físicas que se ofrecen a los pacientes.

Para seleccionar las pautas e información que se facilita dentro del Plan de Actuación, se tomaron aquellas que cuentan con varias características esenciales: tener un bajo coste económico y social, que transmitan un contenido y acción de asimilable comprensión y sencilla ejecución para el usuario, que sean asequibles en base para asentarse e interiorizarse de un modo permanente en el individuo y su entorno, adoptándolos como hábitos de vida futuros y que no estén sus contenidos referenciados y ponderados a conceptos de kcal o cálculos energéticos, al tipo de dieta, menús prefijados para cada día e ingestas intradía (desayuno, comida, merienda y cena), y en prohibiciones o desarrollos por objetivos.

Para la búsqueda y la revisión bibliográfica se utilizaron las siguientes bases de datos: Sciendirect, Pubmed, Embase, Cuiden plus y Scielo, las cuales fueron consultadas a través de la red, de la Universidad de Zaragoza y el Instituto Aragonés de las Ciencias de la Salud, las fechas de consulta (12/12/2014 – 2/05/2015).

Las limitaciones de búsqueda se establecieron por los siguientes criterios:

- Idiomas: Artículos Español e Inglés.
- Fecha de publicación: 2009-2015.
- Por características: solo estudios en humanos.
- Solo palabras relacionadas directamente con el Plan de Actuación e incluidas en las " Palabras Clave" del resumen.

Tabla 1. Metodología: Informe de búsqueda información en bases de datos

FUENTES DE DATOS	RESULTADOS ENCONTRADOS	RESULTADOS UTILIZADOS	CRITERIOS DE BUSQUEDA
SCOPUS	100	39	- Inclusión: Obesidad, sobrepeso, Ejercicio Físico, hábitos, estilo de vida, recomendaciones, pautas, alimentos, nutrición, Atención Primaria, enfermería y actividades.
PUBMED	85	48	- Exclusión: fechas válidas 2009-2015, idiomáticas (castellano – inglés), grupos de edad , deportistas e investigaciones con animales.
EMBASE	115	32	
CUIDEN PLUS	25	3	
SCIELO	54	16	
TOTAL	379	63	

Tras la actualización y reconocimiento de la información , se ha diseñado un Plan de Actuación para enfermería en Atención Primaria que incluye una serie de pautas

nutricionales básicas como herramienta disponible para estas/os profesionales, aplicables a los cuidados y promoción de la salud en cualquier etapa del ciclo vital, tanto para personas sanas como enfermás.

Para el diseño del Plan de Actuación, además de la revisión bibliográfica, se realizaron varias entrevistas semiestructuradas a profesionales (psicólogo, médicos generales, enfermeras de centros de salud)y además, para decidir las fuentes donde se obtuvo la información y a qué profesionales consultar, se tuvo en cuenta la localización, una diferencia geográfica, de hábitos y de recursos socio-económicos. Los contenidos y cáliz de la entrevista, fueron dinámicos ya que se les informó y presentó el motivo de este estudio desde un primer momento, utilizándolo como base de la entrevista, solicitando que se aportara toda la información de la que disponían y que facilitaban al usuario a demanda o de modo preventivo. El tiempo de las mismas era alrededor de 25 minutos, teniendo acceso a documentación, catálogos, libros y incluso llevando a cabo un reconocimiento completo de todo el proceso y protocolo de actuación que pauta el OMI (programa de uso en la consulta de Atención Primaria para el tratamiento de la obesidad según el INSALUD). En el Anexo 4 se describen la naturaleza de las cuestiones y la dinámica de las entrevistas.

DESARROLLO

Se observó, después de analizar los criterios y mensajes que se Transmiten al usuario y sobre todo los que no se Transmiten, tal que conceptos sencillos, alternativas básicas, actividades concretas, tanto a nivel nutritivo, de acondicionamiento físico, de hábitos y su entorno. Las y los profesionales consultados reafirmaron la importancia de elaborar un Plan de Actuación que facilite dicha labor y añada conocimiento y medios para afrontar la obesidad. El documento está dividido en dos bloques principales “ Pautas Nutricionales” y “ Ejercicio Físico”, desarrollando cada uno de estos bloques en pautas concretas.

Las pautas que se aportan son aplicables a cualquier usuario y en cualquier etapa que este diagnosticado de: sobrepeso, obesidad, diabetes, HTA y de modo preventivo para el resto de población, es válido desde la pubertad, ya que es un proceso de aprendizaje donde la autorregulación y la propia responsabilidad son necesarias,

generando conceptos claros y concisos para proveer un estilo de vida saludable de modo natural y permanente.

Estas recomendaciones procuran no generar necesidades o cambios en aspectos que rodean al paciente: costumbres, hábitos y medios socio-económicos en el domicilio, con su familia y en su entorno físico. Se Transmiten hábitos con contenidos sencillos y sin discriminar de modo singular los alimentos, no implicará un incremento económico sustancial (gimnasios, alimentos caros, complementos alimenticios, lugares de abastecimiento) y no se pautan nuevos conocimientos para el tratamiento de alimentos, actividades físicas o hábitos higiénico-sanitarios, y que el usuario no vaya a retener o llevar a cabo a largo tiempo.

RECOMENDACIONES Y PAUTAS HIGIENICO SALUDABLES EN NUTRICION Y CONDICIONAMIENTO FISICO

A continuación se exponen los contenidos y actividades concretas de las pautas y recomendaciones para el tratamiento desde el área de enfermería en Atención Primaria de la obesidad y el sobrepeso, a través de la generación de conductas saludables, instaurando en el usuario directa e indirectamente respuestas adquiridas que se manifestarán de modo regular.

Para el uso del documento en primer lugar se refieren unos breves conceptos generales y seguidamente dos bloques estructurados relacionados con la nutrición y el ejercicio físico, los contenidos están diferenciados por motivos tal que: hábitos higiénico-saludables, tratamiento y características de alimentos, entorno, hogar, tipos de actividades físicas y recomendables de alimentos o actividades detalladas.

Este Plan de Actuación esta basado en las actividades y en las funciones principales de la Atención Primaria, diseñado para toda la población, desde la posibilidad de atención a demanda a intervenciones de prevención, para los profesionales y la consulta directa del documento para facilitar la comprensión e interiorización del usuario.

Este desarrollo y su estructura están concebidos sobre el nivel personalizado de implicación y crecimiento personal, bajo el propósito esencial y fundamental de que cualquier cambio o asunción de estas recomendaciones, hará por mínimo que sea

mejorar la salud del individuo, ya que en caso de que fuera capaz de interiorizar la mayoría el usuario tendría un estilo de vida saludable a unos niveles diferenciados y acordes a las tendencias actuales de vanguardia.

Existen criterios y conceptos base en cuanto a la actualidad, la calidad y cantidad, el ejercicio físico o la conducta que el usuario debe conocer, antes de empezar a motivar unos cambios de hábitos o costumbres, teniendo en cuenta en todo momento que un Estilo de Vida Saludable es un concepto multifactorial. En la Tabla 2 se detallan los conceptos bases generales.

Tabla 2. Conceptos generales básicos de hábitos nutricionales y del ejercicio físico

CONCEPTOS GENERALES BASICOS
Todas las dietas que se basan en reducir la cantidad o variar los grupos alimenticios no son eficaces ni saludables, ya que a largo plazo no es efectivo. (10,8,4,14,12)
El concepto de calidad alimentaria significa comer mejor y no comer menos, conocer las cualidades de los alimentos y sus características es esencial para el usuario. (3,4,8,10,11)
El ejercicio o mantenimiento físico no ayuda a perder o mantener peso corporal por sí solo, a corto plazo puede ser eficaz, pero si no se suman más factores higiénico-nutritivos no es eficiente a largo plazo. (15,16)
Comer más puede ser un síntoma de otra patología diferente, no tiene por qué ser la causa del sobrepeso u obesidad. (17,18)

1. PAUTAS NUTRICIONALES

La nutrición para un usuario debe de ser un camino a recorrer desde la parte más esencial y sin esfuerzo hasta un desarrollo final que no tenga límites, ese sería un modo natural de recorrerlo, y está demostrado que no es tan necesario conocer valores calóricos, los procesos de asimilación, composición molecular, repercusión a nivel celular en el metabolismo, etc., las estadísticas dicen que no es una solución. Este bloque está dividido en tres grandes apartados, que reflejan y exponen la importancia de los hábitos y costumbres en primer lugar, a continuación los alimentos potencialmente perjudiciales y por último recomendaciones nutricionales sobre grupos de alimentos detallando sus beneficios y otros aspectos prácticos.

1.1 RECOMENDACIONES DE HABITOS NUTRICIONALES

Existen hábitos y costumbres que se pueden mejorar de un modo sencillo si se conoce cómo, algunos hábitos deben de ser reforzados o evitados y otros demandan más atención o formación. Algunos tal que la gestión del racionamiento o el servicio , los tipos de alimentos (light y procesados o industriales), las costumbres en la ingesta de alimentos proteicos o grasos, comer fuera de casa o las horas de sueño , son hábitos muy importantes y que se pueden modular para fomentar una estilo de vida saludable. En la Tabla 3 se exponen detalladamente y de modo organizado una serie de hábitos seleccionados, en los cuales se refleja las pautas saludables y sus beneficios.

Tabla 3. Recomendaciones de hábitos nutricionales

LA GESTION DEL RACIONAMIENTO Y LOS SERVICIOS ES MUY BENEFICIOSA
El racionamiento y proveer en exceso es un mal hábito, al igual que promover terminar todo lo que hay servido en la mesa.
Existen actividades específicas para gestionar el ambiente, el aprovisionamiento para reducir la ingesta y el acceso según el tipo de alimentos, lo que necesitaremos será cambiar el tamaño del menaje y el modo de presentación de la comida.
Se digieren y asimilan mejor los alimentos y nutrientes, es decir se mejora de un modo fisiológico, comportamental y cognoscitivo.
Se consiguen cambios de conductas y de la cantidad de ingesta de modo involuntario y permanente, existen pequeñas acciones que directamente ayudan a comer más despacio, a alargar el tiempo para que actúen los mecanismos metabólicos de sensación de saciedad.
RECOMENDACIONES PRACTICAS DE RACIONAMIENTO
Se utilizaran platos, boles, vasos y cubiertos más reducidos.
Poner solo en envases Transparentes la comida más saludable.
Disponer sobre la mesa de la cocina o del salón un bol con fruta y retirar los botes de galletas o aperitivos.
Cambiar los formatos de presentación por otros de casa y con menos volumen, no poner en contenedores Transparentes la comida más energética o de picoteo.
Ordenar los armarios y el frigorífico por facilidad de acceso en primer lugar y a la vista la comida recomendada y detrás o de difícil acceso la no recomendable.
No comer directamente del envase y servir en platos o boles la cantidad deseada o equilibrada (cajas de pizza, botes de helado, bolsa de patatas, etc.).
Dejar el cubierto encima de la mesa cada vez que comamos un bocado del plato. (4,12,19,20)

CUIDADO COMO SE CONSUMEN LOS PRODUCTOS DIETÉTICOS / LIGHT

Los productos alimentarios dietéticos o light no son perjudiciales en base porque si que reducen la densidad energética y esa es su función.

Observar la composición y valores nutricionales porque no siempre lo aparente merece la pena, algunos contienen en cantidad y tipos, grasas Trans, azúcares, sales u otros nutrientes no beneficiosos para la salud.

El mayor inconveniente es que existe un efecto contrario en el consumo de estos productos respecto a la cantidad ingerida el usuario termina ingiriendo más por que conoce que el valor energético es menor y no cumple finalmente su objetivo.

Un consumo racional de estos productos puede reducir fácilmente unas 500 Kcal al día ofreciendo un resultado óptimo para el control del sobrepeso.

Se tomarán como beneficiosos aquellos que reduzcan las grasas (productos desnatados, sustitutivos mediante vegetales), los que reduzcan los azúcares o añadan fibras. (10,21,22)

LOS ALIMENTOS PROCESADOS O INDUSTRIALES SON PERJUDICIALES

Desequilibrar y son perjudiciales, ya que contienen mayor contenido de sal, azúcares y grasas Trans.

Hay que pensar cada vez que abramos una caja o un plástico donde dentro hay un producto preparado por la industria alimentaria podemos estar desatendiendo nuestra salud.

El contenido de proteína y fibra es menor, el de azúcares, grasas y sodio es mayor y la energía por gramo es elevada o muy elevada.

Además de un sobreconsumo consciente de energía, existe un componente inconsciente forzado por la Hiperalimentación, raciones excesivas, 'Mindless eating' (comer más de lo que reconocemos) y Marketing agresivo.

No se incluyen productos frescos congelados aunque también estén envasados.
(6,12,23)

LA CANTIDAD DE ALIMENTOS PROTEICOS HAY QUE REGULARLOS

La proteína es un macronutriente necesario para la regeneración de los tejidos y músculos

El consumo necesario varía según las necesidades de cada individuo, para una persona con un desarrollo de condicionamiento físico bajo o normal no es necesario más de 0,8 g por kilo de proteínas (en caso de deportistas estaría entre 1 a 2,4 gr)

No se fomentará el consumo de proteínas debido a que los productos que las contienen también poseen lípidos o hidratos que no facilitan el control del sobrepeso debido a su capacidad energética, con solo, la ingesta normalizada tal que una de 150-200 gr de carne o pescado, un huevo (60 gr), alguna porción de lácteo (leche, queso, mantequilla, etc.) y la propia vegetal (cereales integrales, soja, legumbres, etc.) al día ya tendríamos cubierta la necesidad proteica de una persona de 70 kg.

Muy importante observar en la cesta de la compra la calidad de los alimentos a nivel macronutritivo, es decir evitar los que tengan más contenido en grasas. (11,24,25)

ALGUNAS GRASAS SON NECESARIAS Y SANAS

Algunas grasas son muy saludables y necesarias, incluso la grasa saturada y ácidos grasos, pero siempre ajustando y controlando la ingesta de las mismas.

Afectan a múltiples procesos y sistemas muy importantes como el cardiovascular, inmune, reproductor y en las membranas de las células.

Se debe de ajustar la ingesta energética, hay que elegir carnes magras, pescados, productos desnatados y productos bajos en grasa.

El total sera próximo al 35 % de la ingesta total y preferentemente mediante pescados, nueces y aceites vegetales como aceite oliva o girasol. (6,8,10,26,27)

TENER MUY EN CUENTA LA CANTIDAD Y LA CALIDAD DEL SUEÑO

La calidad del sueño y la cantidad tienen relación directa con procesos metabólicos, acumulación de lípidos y un deficiente balance energético

Cuando hay carencias en el proceso de sueño se produce posteriormente el aumento de la ingesta y de la sensación de apetito, además del decrecimiento de la actividad física, reflejándose en mayor medida en los alimentos de asimilación rápida (carbohidratos de alto índice glucémico)

Se producen cambios en el ciclo circadiano y por ello del cortisol y se reduce la leptina y aumenta la grelina, se modifica la normalidad de estas hormonas que son mediadoras del balance energético y del apetito (28,29)

HAY QUE EVITAR COMER FUERA DE CASA

Evitar comer fuera de casa (restaurantes, fastfood, etc.) como hábito, es decir más de una vez a la semana, porque no es tarea fácil mantener una pauta nutricional adecuada ya que se supera la ingestión energética.

Los alimentos están cocinados con más grasas, azúcares y sal de lo necesario, por ello son más sabrosos. En caso de hacerlo comer lo más aproximado al hábito del domicilio, no elegir platos copiosos y no repetir.

En el caso de la comida para llevar o los fastfood (Burguer King, Macdonald, etc.) todavía es más difícil respetar una conducta saludable. (30-33)

1.2 ALIMENTOS Y HABITOS POTENCIALMENTE PERJUDICIALES

Existen alimentos que por sus características tienen una alta capacidad de provocar patologías graves si existe un consumo inadecuado.

En nuestra sociedad el consumo de estos productos está subestimado y la falta de información, el poder económico y mediático de los mercados industriales son además un impedimento real y potencial. Mediante pautas concretas, exponiendo motivos y datos interesantes, e informando y motivando al usuario de tener mucho cuidado con

el consumo de azúcar, sal, alcohol y alimentos que contengan grasas Trans, parte de los resultados actuales de obesidad pueden revertirse.

La Tabla 4, muestra con detalle dichas pautas e información.

Tabla 4. Conceptos sobre alimentos y hábitos potencialmente peligrosos

EL AZUCAR	
Es un alimento nocivo si analizamos el aporte de macro y micro nutrientes que aporta, su valor nutricional es puramente como hidrato de carbono de asimilación rápida y su consumo tiene muchas desventajas, produce cambios en la insulino-sensibilidad y lipotoxicidad, provocando patologías como obesidad, diabetes tipo 2, coronarias, hipertensión, cáncer o de procesos metabólicos.	
Presente en muchos productos como repostería, bebidas azucaradas y en otros productos, en la mayoría de los manufacturados o industriales, tal que: en la mayoría de las salsas, los productos pre-cocinados y embutidos.	
Evitar el consumo de azúcar siempre que se pueda, quizás si no la añadiéramos no nos comeríamos ese alimento, por ello el azúcar se considera un precursor de la ingesta.	
<u>MEDIDAS PRACTICAS PARA EVITAR EL AZUCAR</u>	
No añadir azúcar a los zumos o productos naturales.	
Elaborar nuestros platos sin salsas ketchup, César, Módena, etc.	
No consumir alimentos precocinados, manufacturados, repostería o bebidas azucaradas, son principales responsables del incremento de sobrepeso del mundo.	
Evitar los jarabes de maíz (alto en fructosa), jarabe de glucosa o semejantes debido a la relación directa con la obesidad, se entienden como los más nocivos para la salud, estos productos están en la mayoría de bebidas azucaradas y otros manufacturados, su incremento desde los años 70 es de más del 30%. (22,34,35)	
Es un mineral necesario para la vida pero que hay que tomar con moderación, en exceso aumenta el riesgo de sobrepeso, hipertensión, dificulta los procesos metabólicos y lesiona órganos implicados en su asimilación y desecho.	
La realidad actual es que el consumo medio en muchos países es de 9 a 12 gramos/día y el recomendable sería entre 5-6 gramos/día.	
La mayoría de productos elaborados llevan sal incluida, por ello si los usamos en el menú ya no sería necesario añadir sal a ese plato. (36-39)	

HAY QUE ELIMINAR O EVITAR EL ALCOHOL LO MÁXIMO POSIBLE

El alcohol es un alimento perjudicial para la salud en muchos aspectos y es contrario al control del peso corporal en todos, el principal motivo es que es un carbohidrato de asimilación rápida y además tiene la capacidad de modificar el proceso de la insulina y los lípidos, desde un punto de vista cultural y estadístico la ingesta de alcohol esta asociada con hábitos nutricionales perjudiciales (tipo alimento, ración, apetito, etc.)

Está demostrado que la mayor parte de acumulación de grasa procedente de este tipo de alimento es la abdominal.

En el caso de ingesta mayor es más perjudicial ya que se produce un efecto rebote de inapetencia mantenida y en el momento que cesan los efectos en el organismo se produce una ingesta en mayor medida por falta de control y deterioro del mecanismo de la saciedad. (40-42)

LAS GRASAS Trans – HIDROGENADAS SON MUY PERJUDICIALES

Evitar alimentos con contenidos en grasas hidrogenadas o grasas Trans, estos nutrientes se encuentran en las carnes de los rumiantes y lácteos de manera natural pero en muy poca medida(3-6%), sin embargo manipuladas en productos manufacturados están en mayor medida, en margarinas, salsas y bollería industrial, alimentos industriales o altamente procesados.

Los identificamos cuando los formatos y los productos no se afectan fácilmente con la variación de la temperatura ambiente, ej. Pantera rosa, cobertura donuts, snack, salsas sin necesidad de refrigerador, etc.

Los principales riesgos es el aumento del tejido adiposo y todas sus consecuencias, solo un aumento del 2% de ingesta incrementa 23% de riesgo ECV, cáncer e insulina afectada. (6,43,44)

1.3 RECOMENDACIONES SEGUN LAS CARACTERISTICAS NUTRICIONALES DE LOS ALIMENTOS

Asimilar, reconocer y utilizar los conocimientos para diferenciar dentro de los distintos tipos de grupos de alimentos, sus propiedades o características nutricionales, beneficios o como afecta al organismo y al control del sobrepeso o de otras patologías, es un aliciente para el usuario, pero además de lo anterior el enfoque que se describe en la Tabla 5 observa también recomendaciones o datos diferenciados reseñando las pautas recomendables, los aspectos a tener en cuenta, la accesibilidad y datos concretos muy útiles para el usuario final.

El enfoque diferenciado de este Plan de Actuación con el del seguimiento de dietas o control de kcal o de los alimentos prohibidos es que si el usuario conoce el modo, las

cantidades, las preferencias, la accesibilidad, los porqué y asume los beneficios que se detallan de los siguientes grupos y alimentos, podrá desarrollar sus propias dietas o menús para toda su vida, será conocedor de cada decisión que tome en un futuro, empoderándole, mejorando el proceso de toma de decisiones y asentando hábitos saludables para él y su entorno de un modo natural y permanente.

Tabla 5. Características higiénico-dietéticas de grupos principales de alimentos

ALIMENTO	BENEFICIOS	CANTIDAD	TENER EN CUENTA	COMPRA
FRUTA Y HORTALIZA (45,46,47)	Proporcionan vitaminas, minerales, fibra vegetal, son beneficiosas para el sistema cardiovascular y para el control del peso corporal. El aporte de la fruta en su propio jugo y hortaliza frescas es semejante, no así otros tipos de conservas o presentaciones	De 4-5 piezas día, variada, no importa superar los límites debido a los beneficios sobre los nutrientes y valor energético.	Es importante conocer que no solo por incrementar la ingesta de estos productos se produce el efecto de perder peso.	Productos de temporada/ Más accesibles y económicos
LEGUMBRE (48-50)	Fuente de proteínas de origen vegetal de alta calidad, fibra vegetal, energía (predominan hidratos de carbono), muy poca grasa, minerales esenciales (calcio, hierro, magnesio y zinc) y vitaminas (niacina, ácido fólico (mayor contenido en garbanzos), vitamina B6 (mayor contenido en lentejas y alubias o judías). El consumo está asociado a bajos valores de enfermedades crónicas cardiovasculares, diabetes tipo 2 y cáncer, se atribuye al efecto sobre el metabolismo del colesterol, existe relación inversa entre la frecuencia de consumo y el riesgo de padecer hipertrigliceridemia, alto LDL Y bajo LDL.	De 2-4 raciones / semana	No añadir carne o grasa (excepto magra) ya que incrementa el valor energético de la ración en exceso y por su valor nutricional no es necesario. Para asimilar hierro añadir pimientos, tomates o fuentes de vitamina C al cocinarlos o crudos en ensalada.	Alta y ventaja de coste oportunidad

FRUTOS SECOS (51-53)	No incrementa el peso corporal ni el IMC, incluso que reducen el perímetro abdominal (metabolismo de los lípidos) en dietas controladas y equilibradas ya que tienen grasas omega 3 ,son una fuente importante de proteínas vegetales, contienen fibra, alto contenido en minerales (calcio, magnesio y potasio), vitaminas y reducen los riesgos cardiovasculares.	30 gr 5-6 nueces enteras/día	Consideraremos frutos secos en este caso a las nueces, almendras, pistachos y avellanas. Se toma la nuez como elección más saludable debido a su composición nutricional y sus efectos en la salud (el componente de ácidos grasos omega 3 es muy alto y el resto de componentes muy equilibrados).	Altísima
CARNE / PESCADO (10,11,44, 54,55)	<p>El pescado respecto a la carne posee características preventivas y es un factor protector para la obesidad ,sistema cardiovascular, metabolismo del colesterol y otras, debido al contenido de ácidos grasos Omega (Ácidos grasos insaturados).</p> <p>Respecto a las proteínas la calidad y cantidad de proteínas es similar y de la misma calidad (mismos aminoácidos), pero respecto a los lípidos varía en siendo en los pescados solo entre un 1% a un 7% máximo (pescados azules) por ello menor en comparación que en las carnes (3% a un 26%).</p>	2-3 veces / semana	<p>Se recomienda consumir más pescado que carne en la dieta como segundo plato o principal, debido a la directa relación de las carnes y los embutidos con la ganancia de peso, del colesterol y riesgo cardiovascular.</p> <p>La procedencia tanto en especies de agua dulce o salada no implica que no sean preferentes a las carnes en ningún caso, y las especies con mejor equilibrio entre macronutrientes y propiedades beneficiosas son los pescados azules.</p> <p>El consumo de carne roja tiene que limitarse a casual y escoger carnes magras (aves y conejo).</p>	Alta / necesidad de selección de compra por nivel del precio

PRODUCTOS INTEGRALES (cereales, panes, pastas y arroces integrales. productos elaborados a partir de harinas integrales) (10,56-59)	Son hidratos de carbono complejos y el uso de la energía que reportan es más lento y escalonado para el organismo, tienen mejores micronutrientes y no son separados sus contenidos, no es manufacturado en tanta medida, se asocia su consumo a menor IMC y a un menor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, problemas cardiovasculares y algún tipo de cáncer.	Diariamente toma principal / todas las tomas como guarnición	Existe una dificultad notable en la accesibilidad del aprovisionamiento por la poca oferta que existe, pero sí que se pueden encontrar estos productos en los supermercados, para reconocerlos, se debe de leer "grano entero", "grano integral" o "whole grain" en el detalle de ingredientes. Ver fotos y pautas en Anexo 5	Existe una asociación directa a un IMC menor cuando el 50 % de la energía de la dieta saludable proviene de productos integrales.
HUEVO (16,17)	Fuente de proteínas de muy alta calidad. Económico y buen equilibrio nutريente (hidratos, proteínas y lípidos), 18 vitaminas, minerales, carotenoides (antioxidante y antiinflamatorio) y lecitina (metabolismo neurotrasmisor).	1 huevo al día o 7 huevos por semana	Respecto a la duda de si se puede comer uno al día??, la respuesta es sí, no se observa relación con el sobrepeso, obesidad, ECV, resistencia a la insulina u otros por su ingesta. Ventaja de añadirlo diariamente modo de cocinarlos fácil.	Alta y económico

AGUA (60,61)	Control del peso corporal e incluso ayuda a reducir el sobrepeso, siempre que se acompañe de una alimentación adecuada.	Recomendado el aumento de un 1 ltr de agua sobre 2-2,5 ltr recomendados (adultos). Para cálculo final de 3 ltr insumo, unos 0,5 litros procede de la alimentación.	Por si sola no es medida efectiva. No se aumentará más porque afectaría a todo el organismo. (hiponatremia y a hiperfuncionalidad del aparato excretor y digestivo).	Altísima/ agua corriente o en botella
<i>ALIMENTO</i>	<i>BENEFICIOS</i>	<i>CANTIDAD</i>	<i>TENER EN CUENTA</i>	<i>COMPRA</i>

2. EJERCICIO FISICO

En primer lugar el ejercicio físico no ayuda a perder o mantener peso corporal por si solo, es cierto que de modo puntual o desde un punto de vista aislado respecto al gasto energético puede ser eficaz en un espacio corto de tiempo, pero ningún esfuerzo se puede mantener en el tiempo indefinidamente.

En la Tabla 6 se exponen los beneficios de la práctica del ejercicio físico para que los pueda reconocer el usuario, pero alguno de ellos son reconocibles por el propio individuo si realiza actividad, mejorando rápidamente en aspectos físicos, psíquicos y sociales.

Tabla 6. Ventajas y beneficios de realizar ejercicio físico

REALIZAR EJERCICIO FISICO MEJORA CUERPO Y MENTE (4,10,13,62,63)
Mejora el rendimiento personal y mental.
Incrementa el estado y mantenimiento del sistema locomotor
Reduce el riesgo de enfermedades: depresión, niveles de ansiedad e incrementa la autoestima. Mediante el desarrollo de la actividad se producen "tiempos muertos", se percibe la autoeficacia, aumenta la fuerza y se incrementa la sensación de autosuficiencia.
Mejora la salud mental favorece el estado de ánimo y la emotividad.
Previene y mejora afecciones cardiovasculares, pulmonares y algunas enfermedades crónicas (osteoartrosis y trastornos crónicos musculares).
Reduce el consumo y las adiciones de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas.
Ayuda al mantenimiento del peso y control del sobrepeso.
Si se realiza fuera del hogar se facilitan las relaciones sociales. (4,10,13,62,63)

Se entiende y divulgará al usuario que ejercicio físico saludable es cualquier tipo de actividad física en la cual hay un desarrollo esquelético-muscular, con intensidad moderada-intensa, mantenido, con un ritmo 60-85 % frecuencia cardíaca máxima y ajustándolo a la capacidad funcional, comorbilidad y riesgo cardiovascular, además de no sentir, ni producir cualquier tipo de molestia o dolor cuando se realice. Cualquier tipo de actividad si permite y cumple las condiciones anteriores es válida a todos los efectos (andar, correr, nadar, labores de casa, subir y bajar escaleras, bicicleta, etc.).(70 , 80 , 81 ,)

Existen diferentes niveles de efectividad, relacionados inexorablemente al número de sesiones a la semana, al tiempo y a la intensidad de ejecución, existen todo tipo de pautas para realizar, siempre en la medida que disponga el usuario, Tabla 7.

Tabla 7. Listado de detallado de actividades físicas y sus características

TIPO	TIEMPO	INTENSIDAD	SESIONES	BENEFICIO
Actividad Física*	30 min / día	Moderado a intenso	5-6 días / semana	Mejora la condición física sin llegar al control del peso natural o incluso aumento menor del 3% peso corporal (PC)
Actividad Física*	60 min / día	Moderado a intenso	Diariamente	Mantenimiento del PC / año
Actividad Física*	60-90 min / día	Moderado a intenso	Diariamente	Pérdidas menor del 3% PC / año
Actividad Física*	120 min / día	Andar (moderado)	Diariamente	Reducción de peso mantenido a largo tiempo y asentamiento en el peso normalizado
Actividad Física + hábitos saludables	80 min	Moderado	Diariamente	Reducción de peso mantenido a largo tiempo y asentamiento en el peso normalizado
	35 min	Intenso		
Actividad Física + dieta**	150-250 minutos / semana	Moderado a intenso	3-4 días / semana	Mejoría en acondicionamiento físico y Pérdidas moderadas de un 3% / año
Actividad Física + restricción calórica ***	150-250 / semana	Moderado a intenso	5-7 días / mínimo 3	Reducción moderada 2-3 kg / año
Actividad Física + restricción calórica***	225-420 min / semana	Moderado a intenso	5-7 días / mínimo 3	Pérdidas de 10 % PC de 5-7,5 kg / año
<p>* Solo actividad física, siempre es recomendable mínimo 3 sesiones / semana</p> <p>** Control de la alimentación sin restricciones calóricas sobre necesidades energéticas normalizadas.</p> <p>*** La restricción calórica será entre 500-1000 Kcal/día pero siempre por medio de una estrategia y plan individualizado y con seguimiento profesional (13-16,63)</p>				

Aun el menor esfuerzo o aporte siempre mejorara en el control del peso corporal y la mejora del estado físico en cierta medida comparado con la inactividad según se muestra en las actividades de la Tabla 8.

Tabla 8. Actividades con necesidades mínimas de recursos

TIPO	TIEMPO	INTENSIDAD	SESIONES	BENEFICIO
Andar	1 actividad	Moderada	800 m / 1000 pasos	50 Kcal y pueden ser la diferencia para no aumentar 1 kg al año de peso corporal
Actividad Física*	Sin limite	Moderada y constante	Periodos mínimos de 6 minutos	Mejoría en acondicionamiento físico sin llegar al control del peso natural
_(13)				

Por ello los resultados de las actividades tienen que mejorar la motivación, y ésta tiene que basarse al igual que en el área nutricional en que en el “cambio” por leve que sea, puede mejorar y aportar al objetivo final y atesorar un estilo de vida saludables para el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso.

A partir de las premisas anteriores y reconociendo que solo es un factor positivo más, cada usuario adaptará a su estilo de vida y en base a la motivación e implicación el tipo de actividades que desarrollará. (82 , 70 , 80 , 81)

CONCLUSIONES

Mediante la revisión bibliográfica y las entrevistas de campo se han observado las recomendaciones desde Atención Primaria en la prevención del sobrepeso y obesidad, y por ello la posibilidad y utilidad de realizar una herramienta para la promoción de salud y de hábitos higiénico-dietéticos.

El diseño de este documento sencillo, claro y asumible por parte de la población, puede ser utilizado como Plan de Actuación dirigido a los profesionales de Enfermería

para la prevención del sobrepeso y obesidad, constatando que no existe motivo por el cual no pueda ser dirigido a cualquier usuario y en cualquier etapa de su ciclo vital, realizando una labor de formación, información y prevención para la sociedad desde la Atención Primaria dentro de las funciones propias de Enfermería, de un modo sistemático y con asentamiento futuro natural, empoderando y mejorando el proceso de toma de decisiones y asentando hábitos saludables para el usuario y su entorno de un modo natural y permanente.

BIBLIOGRAFÍA

1. 6) OMS. 10 facts on obesity [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [mayo de 2014; 12 de Diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>
2. OMS. Obesidad y sobrepeso Centro de prensa Nota descriptiva N°31. [monografía en Internet]. Ginebra: OMS; [acceso 12 de Diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
3. Arrebola E, López B, Koester T , Bermejo L , Palma S, Lisbona A, Gómez C- Variables predictoras de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria. Nutrición Hospitalaria. [Internet]. 2013 [28 de Diciembre de 2014]; 28(5): 1530-1535 Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6781.pdf>.
4. Barrera A, Avila L , Cano E , Molina MA , Parrilla JI , Ramos RI et al. Practice clinical guideline. Prevention, diagnosis and treatment of overweight and obesity. Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Sociales. [Internet] 2013 [28 de Diciembre de 2014]; 51 (3): 344-57 Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23883468>
5. Sánchez J, Jiménez J, Fidel Fernández-Quesada, María J. Sánchez . Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012 . Revista Española de Cardiología. [Internet]. 2013 [12 de febrero de 2015]; 5 (66) : 371-376. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-obesidad-infantil-juvenil-espana/articulo/90198744/>
6. M. N. Ballesteros-Vásquez, L. S. Valenzuela-Calvillo, E. Artalejo-Ochoa y A. E. Robles-Sardin . Ácidos grasos trans: un análisis del efecto de su consumo en la salud humana, regulación del contenido en alimentos y alternativas para disminuirlos . Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2012 [15 de Abril de 2015]; 27(1):54-64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n1/07_revision_06.pdf
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012. [monografía en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2012 [acceso 12 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
8. Morales EM , Sánchez C, Esteban A, Alburquerque JJ y Garaulet M. Calidad de la dieta “antes y durante” un tratamiento de pérdida de peso basado en dieta mediterránea, terapia conductual y educación nutricional. Nutrición Hospitalaria [Internet] 2013 [18 de Enero de 2015]; 28(4): 980-987 . Disponible en : <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6665.pdf>
9. Rodríguez-Rodríguez E, López-Plaza B, López-Sobaler A, y M.aOrtega R. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. Nutrición

Hospitalaria [Internet]. 2014 [12 de Enero de 2015]; 26(2):355-363 . Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n2/17_original_10.pdf

10. Gargallo M, Basulto J, Breton I, Quiles J, Formiguera X, Salas-Salvadó. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinología y Nutrición. 2011 [3 de diciembre de 2014] ;59(7):429-437. Disponible en: http://www.fesnad.org/pdf/Consenso_FESNAD_SEEDO_2011.pdf
11. Norte A, Ortiz R. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2011 [15 de febrero de 2015]; 26 (2):7-14 Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_issues toc&pid=1852-733720090003&lng=es&nrm=iso
12. Gabin MM. Productos alimentarios dietéticos en la sociedad moderna. Utilidad e impacto en la alimentación hipocalórica en adultos. Dieta [Internet] 2009 [3 de Enero de 2015]; 27 (128):7-13. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73372009000300001&script=sci_arttext
13. Macfarlane D, Thomas G. Exercise and diet in weight management: updating what works. British Association of Sport and Exercise Medicine [Internet]. 2010 [22 de febrero de 2015]; 44(16):1197-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19846427>
14. Johns DJ, Hartmann-Boyce J, Jebb SA, Aveyard P. Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons. Academy of Nutrition and Dietetics [Internet]. 2014 [3 de febrero de 2015]; 114(10):1557-1568. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21494229>
15. Foster-Schubert K, Alfano CM, Duggan CR, Xiao L, Campbell KL, Kong A, et al. Effect of diet and exercise, alone or combined, on weight and body composition in overweight-to-obese postmenopausal women. Obesity. [Internet]. 2012 [3 de febrero de 2015]; 20(8):1628-38 20(8):1628-1638 . Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21494229>
16. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, Manore MM, Rankin JW, Smith BK. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. American College of Sports Medicine. [Internet] 2009 [4 de Febrero de 2015]; 41(2): 459-471. Disponible en: <http://pubmed.com/pubmed/25257365>
17. Starr P, Fischer JG, Johnson MA. Eating behaviors, mental health, and food intake are associated with obesity in older congregate meal participants. Nutr Gerontol Geriatr. [Internet] 2014 [4 de Febrero de 2015];33 (4): 340-356. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25102252>

18. Harbron J, van der Merwe L, Zaahl MG, Kotze MJ, Senekal M. Fat mass and obesity-associated (FTO) gene polymorphisms are associated with physical activity, food intake,eating behaviors, psychological health, and modeled change in body mass index in overweight/obese Caucasianadults. *Nutrients*. [Internet] 2014 [8 de Febrero de 2015];6 (8):3130-3152. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25102252>
19. Wansink B. From mindless eating to mindlessly eating better. *Physiology & Behavior*, [Internet]. 2010 [12 de Enero de 2015]; 100 (5): 454-463. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003193841000199X>.
20. Wansink B, van Ittersum K. Fast food restaurant lighting and music can reduce calorie intake and increase satisfaction. *Psychological Report*. [Internet]. 2012 [24 de Marzo de 2015]; 111(1): 228-32. Disponible en: http://www.amsciepub.com/doi/abs/10.2466/01.PR0.111.4.228-232?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&
21. Merino J , Mateo-Gallego R , Plana N , Bea AM , Ascaso J , Lahoz C , Aranda JL. Low-fat dairy products consumption is associated with lower triglyceride concentrations in a Spanish hypertriglyceridemic cohort. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2013 [20 de Diciembre de 2014]; 28(3): 927-933 . Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6363.pdf>
22. García-Almeida JM , Casado G, García J. A current and global review of sweeteners; regulatory aspects. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2013 [4 de Enero de 2015]; 28(Supl. 4):17-31. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6793.pdf>
23. Monteiro C. Como evitar el reemplazo de alimentos naturales por productos alimenticios ultra-procesados. Conferencia Internacional [Monografía en Internet]. Lima: Nutrición, y Obesidad, Nuevas Evidencias, Ideas Emergentes y Políticas Públicas; 2012 [12 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2012/05/Carlos-Monteiro-Brasil-Evitar-reemplazo-de-alimentos-naturales.pdf>
24. Macfarlane DJ, Thomas GN . Dietary protein safety and resistance exercise: What do we really know? Review. *British Journal of Sports Medicine* [Internet]. 2010 [28 de Enero de 2015]; 44(16): 1197-201 . Disponible en: <http://bjsm.bmjjournals.org/content/44/16/1197.long>
25. Hernández-Alonso P, Salas-Salvadó J, Ruiz-Canela , Corella , Estruch , Fitó M et al. High dietary protein intake is associated with an increased body weight and total death risk. *Clinical Nutrition* [Internet]. 2015 [10 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25886710>
26. Soriano-Maldonado A, Cuenca-García M , Moreno LA , González-Gross M , Leclercq C, Androutsos O et al. Ingesta de huevo y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes; papel de la actividad física. Estudio HELENA

- . Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2013 [4 de Marzo de 2015]; 28(3): 868-877. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6392.pdf>
27. Miranda JM, Anton X, Redondo-Valbuena C, Roca-Saavedra P, Rodriguez JA, Lamas A et al. Egg and egg-derived foods: effects on human health and use as functional foods. Nutrients [Internet]. 2015 [4 de Marzo de 2015]; 7(1): 706-29. Disponible en: <http://www.mdpi.com/2072-6643/7/1/706>
28. Escobar C, González E , Velasco-Ramos M , Salgado-Delgado R , Angeles M. Poor quality sleep is a contributing factor to obesity. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [Internet]. 2013 [8 de Marzo de 2015]; 4(2): 133-142. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S2007152313720007>
29. Nedeltcheva AV, Scheer FA. Metabolic effects of sleep disruption, links to obesity and diabetes. Current Opinion in Endocrinology, diabetes and obesity [Internet]. 2014 [8 de Marzo de 2015]; 21(4): 293-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24937041>
30. Jaworowska A, Blackham T, Davies I, Stevenson L. Nutritional challenges and health implications of takeaway and fast food. Nutrition Reviewes [Internet]. 2013 [20 de marzo de 2015];71(5):310-318 . Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23590707>
31. Wilcox S , Sharpe PA , Turner-McGrievy G , Granner M , Baruth M. Frequency of consumption at fastfood restaurants is associated with dietary intake in overweight and obese women recruited from financially disadvantaged neighborhoods. Nutrition Research [Internet]. 2013 [13 de Enero de 2015]; 33(8): 636-46. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=34.+In+overweight+and+obese+women+recruited+from+financially+disadvantaged+neighborhoods>
32. Baker P, Friel S. Processed foods and the nutrition transition: evidence from Asia. Obesity Reviewes [Internet]. 2014 [13 de Enero de 2015]; 15(7): 564-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Processed+foods+and+the+nutrition+transition%3A+evidence+from+Asia>.
33. Mesas AE, Guallar-Castillón P , León-Muñoz LM , Graciani A , López-García E , Gutiérrez-Fisac JL et al. Obesity-Related Eating Behaviors Are Associated with Low Physical Activity and Poor Diet Quality in Spain. The Journal of Nutrition [Internet]. 2012. [28 de Enero de 2015]; 142 (7): 1321-1328 . Disponible en: <http://jn.nutrition.org/content/142/7/1321.full.pdf+html>
34. Martínez JR .The energy density and the nutritional quality of diet depending on their sugar content. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2013 [4 de Enero de 2015]; 28 Suppl 4: 57-63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

term=The+energy+density+and+the+nutritional+quality+of+diet+depending+on+their+sugar+content

35. Silva P, Durán O. Bebidas azucaradas, más que un simple refresco . Revista chilena de nutrición [Internet]. 2014 [17 de abril de 2015]; 41(1):90-97 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v41n1/art13.pdf>
36. Zhu H, Bhagatwala J, Pollock NK, Parikh S, Gutin B, Stallmann-Jorgensen I, Thomas J et al. High sodium intake is associated with short leukocyte telomere length in overweight and obese adolescents . International Journal of Obesity [Internet]. 2015 [14 de Abril de 2015]; 1(2): 10-51 . Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25869605>
37. Thuesen B, Toft U, Buhelt LP, Linneberg A, Friedrich N, Nauck M et al. Estimated daily salt intake in relation to blood pressure and blood lipids: the role of obesity . European Journal of Preventive Cardiology [Internet]. 2014 [2 de Mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25281483>
38. Carley A, Lynn J, Campbell K, Nowson C. Dietary salt intake, sugar-sweetened beverage consumption, and obesity risk. PEDIATRICS [Internet]. 2013 [8 de marzo de 2015]; Vol. 131(1): 14 -21. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/1/14.long>
39. He FJ, Burnier M, Macgregor GA. Nutrition in cardiovascular disease: salt in hypertension and heart failure. European Heart Journal [Internet]. 2011 [27 de abril de 2015]; 32(24):3073-80 . Disponible en: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/32/24/3073.long>
40. Muñoz M, Guallar P, Mesas A, López E, Rodríguez F. Obesity-Related Eating Behaviors Are Associated with Higher Food Energy Density and Higher Consumption of Sugary and Alcoholic Beverages: A Cross-Sectional Study . Plos One [Internet]. 2013 [15 de Abril de 2015]; 10(2): 1371-1379 . Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0077137>
41. Coulson C, Williams LJ, Brennan SL, Berk M, Kotowicz MA, Lubman DI et al. Alcohol consumption and body composition in a population-based sample of elderly Australian men. Aging Clinical and Experimental Research [Internet]. 2013 [5 de Mayo de 2015]; 25 (2): 183-192. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40520-013-0026-9>
42. Nova E, Baccana G, Vesesa A, B. Zapateraa1 and A. Marcos. Potential health benefits of moderate alcohol consumption: current perspectives in research. Proceedings of the Nutrition Society [Internet]. 2012 [8 de Mayo de 2015]; 71(2): 307-15. Disponible en: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8544411&fileId=S0029665112000171>

43. Riobo P. Ingesta de grasas trans situación en España . Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2013 [4 de Enero de 2015]; 29(4): 704-712. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/revista/392.pdf>
44. Carrillo L, Dalmau J, Martínez JR, Solà R, Pérez F. Grasas de la dieta y salud cardiovascular . Anales de la Pediatría [Internet]. 2011 [4 de Enero de 2015]; 74(3): 192-199. Disponible en: [http://www.analesdepediatria.org/es/linkresolver/grasas-dieta-salud-cardiovascular/S1695-4033\(10\)00584-9/](http://www.analesdepediatria.org/es/linkresolver/grasas-dieta-salud-cardiovascular/S1695-4033(10)00584-9/)
45. Liliana M. Estudio sobre hábitos de consumo de Frutas y Verduras de los consumidores cordobeses . Programa de Desarrollo Territorial en el Área Metropolitana de Córdoba [Internet]. 2012 [22 de abril de 2015]; 1(3): 36:45 Disponible en: <http://desarrolloterritorial.adec.org.ar/horticola/images/habitos-de-consumo-de-frutas-y-verduras.pdf>
46. Mytton O, Nnoaham K , Eyles H , Scarborough P, Ni Mhurchu C. Systematic review and meta-analysis of the effect of increased vegetable and fruit consumption on body weight and energy intake. BMC Public Health [Internet]. 2014 [22 de abril de 2015]; 100 (2): 567-576. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-14-886.pdf?frame=sidebar>
47. Slavin J, Lloyd B. Health benefits of fruits and vegetables. Clinical Nutrition [Internet]. 2012 [2 de febrero de 2015]; 3(7):506-516. Disponible en: <http://advances.nutrition.org/content/3/4/506.full.pdf+html>
48. Tonstad S, Malik N, and , Haddad E. A high-fibre bean-rich diet versus a low-carbohydrate diet for obesity . Journal of Human Nutrition and Dietetics [Internet]. 2014 [2 de Febrero de 2015]; 27 (2):109-16. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jhn.12118/full>
49. Mohammadifard N, Sarrafzadegan N, Paknahad Z, Nouri F. Inverse association of legume consumption and dyslipidemia: Isfahan Healthy Heart Program . Journal of Clinical Lipidology [Internet]. 2014 [24 de Abril de 2015] ;8 (6): 584-93 .Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1933287414003109>
50. Gobierno de España [sede Web]. Madrid: [Ministerio Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente](#); 2015 [acceso 19 de Abril de 2015]. Conoce lo que comes, Enciclopedia de los Alimentos, legumbres. Disponible en: http://www.alimentacion.es/es/conoce_lo_que_comes/bloc/legumbres/Introduccion/
51. Flores G, Rojas D, Basora J, Ros E, Salas-Salvadó J. Nut intake and adiposity: meta-analysis of clinical trials . The American Journal of Clinical Nutrition [Internet]. 2013 [28 de febrero de 2015]; 97(6):1346-55. Disponible en: <http://ajcn.nutrition.org/content/97/6/1346.long>

52. Jennette P, Craig A, Johnston A, El-Mubasher MA, Chermaine T, et al. Peanut consumption in adolescents is associated with improved weight status. *Nutrition Research* [Internet]. 2013 [5 de Mayo de 2015]; 33(7): 552–556. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0271531713001073>
53. Ros E. Health Benefits of Nut Consumption. *Nutrients* [Internet]. 2010 [29 de Abril de 2015]; 2(7):652-682. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3257681/>
54. Acuña MJ. Peces de Cultivo, Composición, Comparación con Carnes de Consumo Habitual: Ventajas del Consumo de Pescados. *Diaeta* [Internet]. 2013 [16 de marzo de 2015]; 31(143): 622-631. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372013000200005&lang=pt
55. Sotos M, GuillenM, Sorlí J, Asensio E, Gillem E, González J et al. Consumo de carne y pescado en población mediterránea española de edad avanzada y alto riesgo cardiovascular. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2011 [16 de marzo de 2015]; 26(5):1033-1040. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n5/17_original_16.pdf
56. Carol E, O'Neila, Zanoveca M, Susan S, Theresa C, Nicklasc A. Whole grain and fiber consumption are associated with lower body weight measures in US adults: National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2004. *Nutrition Research* [Internet]. 2010 [27 de marzo de 2015]; 30 (12): 815-822. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027153171000223X>
57. Korrie P, Christensen R, Bartels M, Raben A, Tetens I, Kristensen M. Whole grain and body weight changes in apparently healthy adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *The American Journal of Clinical Nutrition* [Internet]. 2013 [27 de marzo de 2015]; 98 (4): 872-884. Disponible en:
<http://ajcn.nutrition.org/content/98/4/872.full.pdf+html>
58. Bellisle F, Hébel P, Colin J, Reyé B, Hopkins S. Consumption of whole grains in French children, adolescents and adults. *British Journal of Nutrition* [Internet]. 2014 [27 de marzo de 2015]; 112(2): 1674–1684. Disponible en:
http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FBJN%2FBJN112_10%2FS0007114514002670a.pdf&code=093897bc2cd961080e528452fc6608c7
59. Giacco R, Della G, Luongo D, Riccardi G. Whole grain intake in relation to body weight: from epidemiological evidence to clinical trials. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases* [Internet]. 2011 [15 de Febrero de 2015]; 21(12): 901–908. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0939475311001694>

60. Muckelbauer R, Barbosa CL, Mittag T, Burkhardt K, Mikelaishvili N, Müller-Nordhorn J. Association between water consumption and body weight outcomes in children and adolescents: a systematic review. *Obesity* [Internet]. 2014 [15 de Febrero de 2015]; 22(12):2462-75. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25401930>
61. Carmuega E, Britos S, Flax F, Kabbache D, Murray R S, Bernasconi A, et al. Inquietudes de la Población sobre el consumo de agua, sus Diferentes Tipos y la Hidratación. Sociedad Argentina de Nutrición [Internet]. 2014 [13 de Enero de 2015]; 15(4):115-125. Disponible en: http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_15/num_4/RSAN_15_4_115.pdf
62. Vaquero-Cristóbal R, Isorna M, Ruiz C. Review about state of alcohol consumption and physical sports practice. *Journal of Sport and Health Research* [Internet]. 2012 [26 de Diciembre de 2014]; 4(3):269-288 . Disponible en: http://www.journalshr.com/papers/Vol%204_N%203/V04_3_6.pdf
63. Caracuel J C, Ibarzabal A. Repercusión del ejercicio físico sobre la salud. *Apuntes de Psicología* [Internet]. 2012 [26 de Diciembre de 2014]; 30 (3): 547-554. Disponible en: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/432/352>

ABREVIATURAS

ABREVIATURAS	
IMC	índice de masa corporal
OMS	Organización Mundial de la Salud
Kcal	Kilocalorías
kg/m2	Kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros
INE	Instituto Nacional de Estadística
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
UNIZAR	Universidad de Zaragoza
IACS	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

ANEXOS

Anexo 1 (Tabla). Factores relacionados con la obesidad

FACTORES RELACIONADOS CON LA OBESIDAD
Factores Genéticos (metabolismo basal, sobrecarga ponderal de los genes).
Factores psicológicos (ansiedad, stress, autoimagen y depresión).
Factores Patológicos (afecciones a hipotálamo, tiroides o síndromes)
Factores Farmacológicos (efectos secundarios no deseados).
Factores Culturales (étnicos, religiosos, nivel de estudios y costumbres).
Factores Ambientales.
Hábitos no saludables (tabaquismo, alcohol, embarazadas, etc.).
Factores Socio-económicos.

Anexo 2 (Tabla). Tratamientos Actuales de la obesidad

TRATAMIENTO	TIPO	RIESGO	EFFECTIVIDAD
Quirúrgico (cirugía bariátrica)	Paliativo	ALTO	ALTA
Farmacológico (orlistat, sibutramina y rimonant)	Paliativo	ALTO	BAJA
Tratamiento Dietético	Paliativo	ALTO	BAJA
Productos dietéticos y light	Paliativo	ALTO	BAJA
Seguimiento profesional	Paliativo	BAJO	ALTA PERO VOLUBLE
Tratamientos preventivos	Preventivo	NULO	ALTA y PERMANENTE

Anexo 3 (Tabla). Actividades y consejos Actuales para el tratamiento de la obesidad.

ACTIVIDADES / CONSEJOS ACTUALES
Aportar unas 500 - 1000 kcal de menos sobre el total de las necesidades energéticas.
Comer todo tipo de alimentos y procurar que cada ingesta contenga los tres grupos principales nutricionales, lípidos, proteínas y carbohidratos.
Complementar con una mejora o incremento en la actividad física.
Confeccionar dietas con menús diarios y prohibiciones de alimentos.
Seguimiento terapéutico en el tiempo y unas recomendaciones por parte del profesional sanitario y seguimiento en el tiempo.
Hablar de calorías, índices glucémicos de los alimentos y pesar todas las raciones.
Animar a apuntarse al gimnasio o que camine una hora al día.

Anexo 4. Descripción de entrevista semiestructurada a los profesionales de los centros de salud.

La entrevista realizada al conjunto de profesionales de la salud se realizó de un modo dinámico y con un pequeño orden establecido, primero se le preguntaba cómo y qué ofrecen a las personas que padecen o tienen riesgo de sobrepeso u obesidad, tomando datos y observando el proceso o procesos, y luego se diseñaron dos puntos en los cuales, se les enseñaba un listado sin extensión ni mucho detalle de la serie de recomendaciones expuestas en este documento y una breve exposición de la organización final de los contenidos.

Después de mostrar y exponer las intenciones y el objetivo de por qué realizar este Plan de Actuación se les realizaron una batería de preguntas, las cuales seguían centrando la información hacia si había la necesidad de generar nuevas herramientas y sí el conjunto de recomendaciones eran completas para atesorar suficientes contenidos para generar un estilo de vida saludable en términos de nutrición y ejercicio físicos, el cómo las observaron, si verían apropiado y práctico trabajar con documentación que contuviera los contenidos seleccionados y que si estaban de acuerdo con que había que tender a la calidad en la dieta y el ejercicio físico, y a promover los hábitos desde la formación, prevención, actividades. Siempre desde la difusión de bases y recomendaciones sencillas, prácticas y concretas, pero tomando el enfoque de que el objetivo final se base en la suma de aportes y asunciones de nuevos hábitos saludables o antiguos no correctos que se modifiquen, y que por mínimas que sean las mejoras al llegar desde el conocimiento y quedando interiorizadas, se tomarán como un paso muy importante para la autonomía del usuario para poder mejorar.

La mayoría de los entrevistados respondieron del mismo modo, aunque cada uno desde su punto de vista a las preguntas realizadas y concretamente le dieron importancia a la labor de la consulta de enfermería y sus profesionales, que todo el compendio de recomendaciones eran factibles a poca intención o necesidad tenga el usuario, que son asumibles en coste, que eran claras que se entendían, y a la pregunta clave de “¿Sí un usuario cumpliera todas o casi todas las recomendaciones, se le podría decir que tiene una autonomía, conocimiento y un nivel alto respecto a los factores de vida saludable de nutrición y ejercicio físico?” la respuesta fue afirmativa y unánime, y con coletillas tal que: “no atendí a ninguna exposición o alguien que las expusiera de este modo, sencillas y detalladas, claro siempre que no fuera un profesional sanitario en nutrición”, “Hice un curso hace muy poco y hablaban casi todo esto en esa medida, pero hay matices e incluso alguna recomendación o pauta que no se expuso y me parece muy interesante”, “tiene base y serían contenidos muy interesantes para el usuario y para la prevención”.

Por ello el efecto y resolución después de las entrevistas fue la decisión de realizar un Plan de Actuación sobre hábitos saludables en nutrición y ejercicio físico para el tratamiento o la prevención del sobrepeso y la obesidad.

Anexo 5 (Tabla). Detalle de como identificar productos integrales en el supermercado

En las siguientes imágenes se puede apreciar como son los productos integrales y que pone en sus ingredientes y los que no son o no del todo completo, es importante observar los ingredientes y leer harina integral, whole grain o grano integral, si no , no son integrales, veremos como hay algún producto que inserta la proteína después, como se hace con la fibra o salvado en la mayoría de ellos.

INTEGRALES



PAN TOSTADO INTEGRAL
Ingredientes: Harina integral de trigo, azúcar, levadura, grasa vegetal (Palma), sal, agente de tratamiento de la harina (E-300).
Puede contener trazas de semillas de sésamo.

NO INTEGRALES



⑤ PAN DE MOLDE
Ingredientes: Harina de trigo, agua, salvado de trigo, aceite de girasol (1,97%), azúcar, sal, levadura, harina de malta (harina de cebada), masa madre (harina de trigo, agua, levadura), harina de soja, conservadores (E-282, E-200) y aroma.
Mantener en lugar fresco y seco.
Lote / Consumir preferentemente antes del: ver parte frontal de la bolsa.

SOLO SEMIINTEGRALES

Parecen y nos hacen creer que lo son, con mas marketing y palabras que confunden, salen fotos de cereales y la palabra integral de modo ostentoso, pero no lo son o en parte.

