



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO:

**MODIFICACIONES DE HABITOS DE VIDA EN PACIENTES OBESOS
DESDE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Autora: M^a CARMEN VIÑAS VIAMONTE

Tutor: JUAN FRANCISCO LEÓN PUY

CALIFICACIÓN.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN..... PAG. 3

OBJETIVOS..... PAG. 7

METODOLOGÍA..... PAG. 7

DESARROLLO..... PAG. 8

CONCLUSIONES..... PAG. 14

BIBLIOGRAFÍA..... PAG. 15

ANEXOS..... PAG. 19

1.- INTRODUCCIÓN

1) Definición de obesidad de la Organización Mundial de la Salud:

Aunque los términos de sobrepeso y obesidad se usan indistintamente, el sobrepeso se refiere a un exceso de peso corporal comparado con la talla, mientras que la obesidad se refiere a un exceso de grasa corporal. El Índice de Masa Corporal es una buena medida de adiposidad (peso expresado en kg dividido por la talla en metros al cuadrado); un IMC mayor a 25 kg/m² indica sobrepeso y un IMC igual o mayor de 30 kg/m² indica obesidad.⁽¹⁻²⁾

Tabla: Criterios SEEDO para definir la obesidad en grados según IMC en adultos⁽³⁾

Categoría	Valores límite del IMC (kg/m2)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso grado I	25,0-26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27,0-29,9
Obesidad de tipo I	30,0-34,9
Obesidad de tipo II	35,0-39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40,0-49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	>50

La obesidad fue etiquetada como epidemia mundial por la OMS en el año 1998 debido a que a nivel global, existe más de 1 billón de adultos con sobrepeso y de estos por lo menos 300 millones son obesos.⁽²⁾ Abarca todas las edades, sexos y condiciones sociales.⁽³⁾

Desde hace unos años las sociedades científico-médicas vienen detectando un aumento importante de la obesidad. Algunos países, conscientes del riesgo que esto conlleva para la salud de los ciudadanos, han emprendido campañas publicitarias importantes para concienciar a la población, e incluso en algunos casos, han promulgado normas legales muy estrictas

para controlar las cantidades de grasas que pueden aparecer en algunos productos.

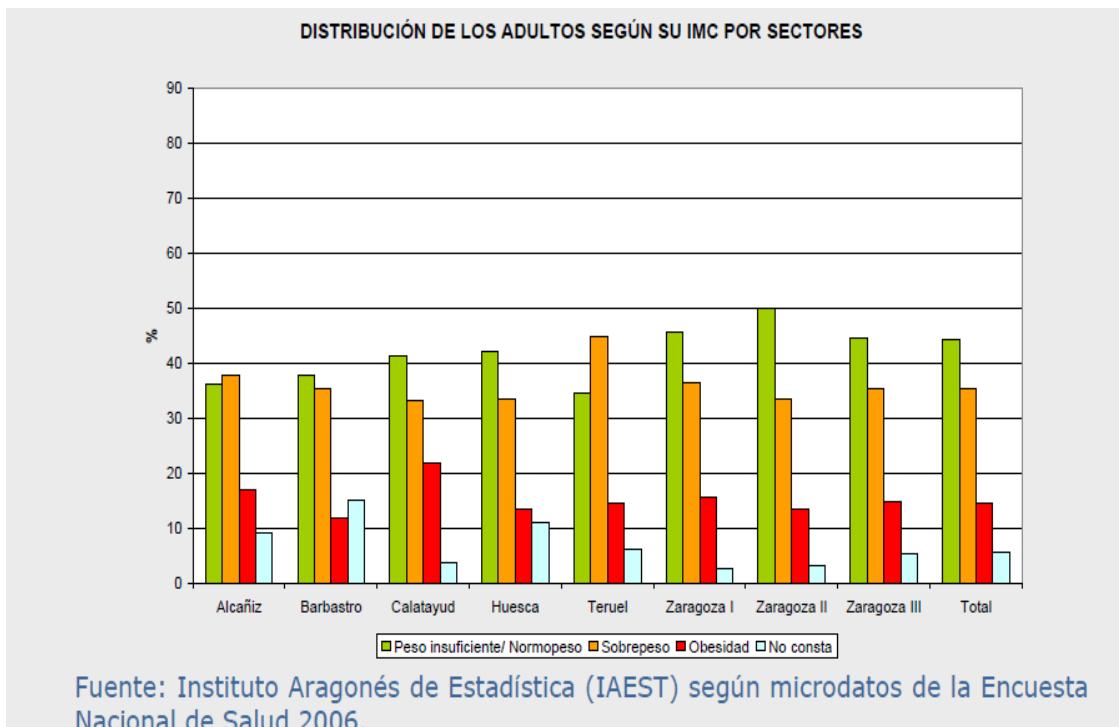
Su importancia radica en que la morbilidad y la mortalidad se incrementan con el exceso de peso, y la esperanza de vida se reduce. Al tratarse de una entidad clínica multifactorial, debe abordarse desde la consulta de atención primaria en sus diferentes aspectos biológicos, psicológicos y sociales.⁽⁴⁾

El coste económico que implica la obesidad, según el estudio DELPHI, se ha estimado en unos 2500 millones de euros anuales (actualizado a 2002), lo que supone casi el 7% del gasto sanitario mundial. El cálculo incluye no sólo el coste del tratamiento de la obesidad sino también el coste correspondiente a enfermedades atribuibles a ella como hipertensión arterial, dislipemia, gota, diabetes, cáncer y enfermedades cardiovasculares. También se ha estimado el coste de la jubilación anticipada y del desempleo debidos a la obesidad.⁽³⁻⁵⁾

Los datos epidemiológicos disponibles indican que la obesidad es la enfermedad nutricional con mayor prevalencia en los países industrializados, llegando a afectar hasta a una cuarta parte de la población y casi el 50% si consideramos solamente a las personas mayores de 50 años.⁽⁶⁻⁷⁾ La obesidad es una enfermedad metabólica de origen multifactorial, donde desempeñan un papel fundamental la genética y los factores ambientales como los hábitos dietéticos. Desgraciadamente, después de conseguir un adelgazamiento significativo se observa una recuperación ponderal, incluso a pesar de seguir con las pautas dietéticas y la actividad física correspondiente.⁽⁸⁾

Según las fuentes documentales consultadas, el índice de obesidad en el mundo está alrededor del 4% (salvando las grandes diferencias con los países subdesarrollados); en Europa es superior al 10% (siendo mayor en los países de la cuenca mediterránea).⁽⁹⁻¹⁰⁾ En España en 2006, el 15,5% de los adultos tienen obesidad y el 37,8% sobrepeso (estudios enKid y DORICA).⁽¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁾

En Aragón, según datos de 2006, el 14,5% de los adultos presentan obesidad y el 35,4% sobrepeso. En el gráfico siguiente se puede observar la comparación entre los 8 Sectores en los que se divide sanitariamente la población de nuestra comunidad y a su vez, con la media total.⁽¹⁴⁾



Índice de masa corporal(IMC) = (Peso (kg) / Estatura (m²))

Peso insuficiente si IMC<18,5 Kg/m² Normopeso si 18,5< IMC< 24,9 Kg/m² Sobre peso si 25 < IMC < 29,9 Kg/m²

Obesidad si IMC >= 30Kg/m²

Entre las consecuencias de la obesidad podemos destacar:

1. Riesgo cardiovascular.
2. Inmovilización.
3. Diabetes.
4. Dislipemia.
5. Alteraciones osteomusculares.
6. Apnea del sueño.⁽¹⁵⁾

Cuando bajamos al nivel de Atención Primaria, vemos que todas estas medidas colectivas resultan insuficientes y se plantea la necesidad de actuaciones individualizadas e incluso personalizadas con el fin de guiar y acompañar al individuo en el empeño y consecución del objetivo. En la actualidad los centros con experiencia y capacidad científica para manejar a estos pacientes prefieren utilizar un sistema denominado «cambio del estilo

de vida», que en líneas generales consiste en modificar determinados hábitos alimentarios y de actividad física, pero de una manera definitiva. ⁽⁸⁾

Línea de trabajo:

Al inicio de este estudio (20-02-2012), en nuestro Centro de Salud tenemos detectada una población obesa en mayores de 14 años del 7,7%. (Datos obtenidos de OMI-AP).

Cuando revisamos en OMI la historia del paciente, vemos que en algunos aparece creado un episodio de "Obesidad" pero no hay seguimiento de controles de peso; otros presentan el episodio y acuden a que se les pese y tome la TA de forma rutinaria; un grupo reducido que cumplen con el criterio diagnóstico se esfuerzan, junto con su enfermero, en mejorar sus hábitos y por tanto en bajar cifras; y por último un gran grupo sin identificar y que viven ajenos al problema aunque inmersos en el mismo.

Desde la consulta de enfermería me propongo actuar sobre la población ya detectada (episodio creado) e ir captando nuevos pacientes que cumplan criterios de inclusión y para esto solicito la colaboración del MAP.

Existen diferentes versiones de tablas de peso ideal. Tanto con el IMC como con las tablas en realidad se mide el exceso de peso, sin distinguir entre un exceso de grasa o de peso magro (personas muy musculosas tendrán sobrepeso, pero no exceso de grasa). Por tanto, estos métodos, pueden dar diagnósticos falsos de obesidad cuando el sobrepeso es moderado, pero estos falsos positivos se reducen cuando el sobrepeso es extremo. ⁽⁴⁾

Las enfermedades crónicas deben ser tratadas con paciencia, son personas que tienen padecimientos generalmente incurables, con recidivas frecuentes o aparición de complicaciones. La conversación es un elemento importante. No es sólo prescribir un medicamento y esperar que éste haga efecto sobre la enfermedad. Más aún, se trata que el paciente obeso acepte como base un programa de alimentación como tratamiento. ⁽⁸⁾

Las evidencias sugieren que el simple consejo verbal ofrecido en las consultas de Atención Primaria no resulta eficaz para mantener una

adecuada actividad física. Por tanto es necesario plantear otras alternativas de abordaje; con algunos pacientes se podrá trabajar para capacitarlos en la toma de decisiones de forma autónoma y responsable en lo que a salud y cuidados se refiere. ⁽¹⁶⁻¹⁵⁾

2.- OBJETIVOS DEL TRABAJO

1.- Disminuir el IMC en 5 puntos a los 12 meses al menos en el 50% de los pacientes controlados en consulta.

2.- Adquirir hábito de realización de ejercicio al menos 4 días por semana.

3.- Mantener la pérdida de peso alcanzada.

3.- METODOLOGÍA

Desde hace unos años se observa un incremento de consultas de enfermería de Atención Primaria relacionadas con el sobrepeso. Los pacientes llegan derivados del MAP y generalmente con pruebas analíticas realizadas.

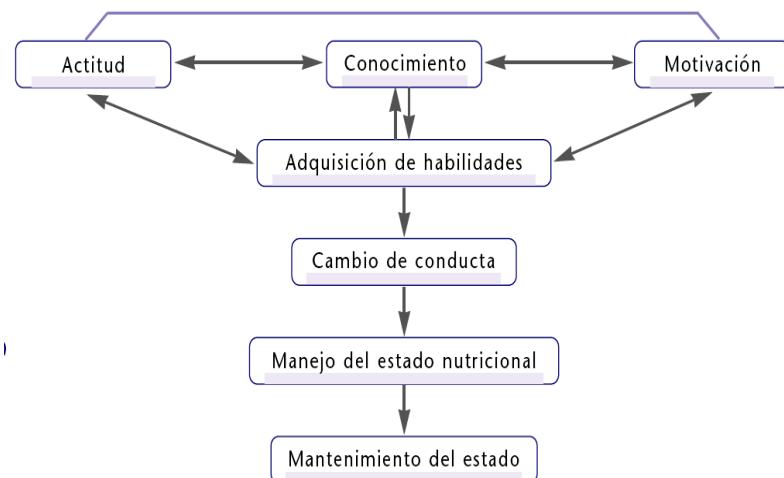
Podemos distinguir dos grupos de pacientes:

1.- Los que llevan varios años con intentos repetidos y sometidos a regímenes, a veces, poco recomendables. En los pacientes con obesidad grave el grado de ésta es directamente proporcional al número de intentos temporales realizados. ⁽⁸⁾

2.- Los que nunca se han planteado una acción de cambio.

El plan educativo debe ir orientado a lo que los pacientes "*han de hacer*" y no sólo a lo que "*han de saber*". Hay que trabajar la conducta de salud que debe ser modificada. ⁽¹⁷⁾

Cadena de la modificación del comportamiento alimentario



La consulta de enfermería se estructurará en una serie de visitas programadas cuyo número dependerá de las circunstancias personales de cada sujeto. Es importante monitorizar los progresos del paciente:

1. Primera visita: Revisión de historia y toma de contacto.
2. Segunda visita: Valoración de riesgo psicosocial. Inicio de estrategia de cambio de conducta.
3. Sucesivas: Controles mensuales
4. Sucesivas: Bimensuales hasta los doce meses.
5. Controles periódicos: como cualquier paciente crónico.

4.- DESARROLLO

1. Primera visita: Revisión de historia y toma de contacto.

El paso más importante es la toma de contacto con el paciente y una primera aproximación a su entorno; esto se realizará en la primera visita de enfermería e incluirá mediciones antropométricas, actualización de historia personal (antecedentes y patologías), revisión de hábitos de alimentación y actividades de la vida diaria, valoración de metabolopatías, intentos previos de pérdida ponderal, etc.

Se realizará determinación del **perímetro de la cintura** cuando al cálculo de IMC ≥ 30 . Se determina con una cinta métrica flexible, milimetrada, con

el sujeto en bipedestación, sin ropa y relajado. Localizar el borde superior de las crestas iliacas (**ANEXO I**) y por encima de ese punto rodear la cintura con la cinta, paralela al suelo, asegurando que la cinta esté ajustada pero sin comprimir la piel. La lectura se realiza al final de una espiración normal. El perímetro de la cintura es un buen indicador del riesgo cardiovascular y de la grasa visceral. ⁽³⁻¹⁵⁾

Parámetros de riesgo a la salud por obesidad central ⁽¹⁸⁾

SEXO	Riesgo elevado:	Riesgo muy elevado:
<i>Mujeres</i>	Circunferencia de cintura entre 80 -88 cm.	Circunferencia de cintura mayor de 88 cm.
<i>Hombres</i>	Circunferencia de cintura entre 95-102 cm	Circunferencia de cintura mayor de 102 cm.

No debemos olvidar que cada persona es un ente complejo y es importante crear un ambiente de confianza que permita hablar con sinceridad sobre lo que hacen y hasta donde podemos pedirles que lleguen.

No todas las personas identificadas como obesas van a poder ser tratadas con éxito. La motivación es el principal aliado del profesional sanitario para llevar a cabo un tratamiento eficaz. Si un paciente no está motivado a perder peso, en mejor que vuelva a la consulta cuando esté dispuesto a trabajar para "si mismo". Podemos hacer una valoración de la motivación mediante algunas preguntas concretas. ⁽¹⁵⁾ (**ANEXO II**).

En la entrevista clínica se debe profundizar en la evolución de la obesidad: edad de inicio, peso máximo y mínimo y posibles causas desencadenantes (cambio de trabajo, domicilio o estado civil, embarazo, lactancia, disminución del ejercicio, abandono de tabaquismo, cuadros ansiosodepresivos, fármacos, etc.). Registrar los intentos de pérdida de peso, tratamientos utilizados y su eficacia. Conocer la percepción que tiene el enfermo de su enfermedad y los posibles fracasos anteriores en relación al tratamiento de la obesidad. ⁽¹⁹⁾

Trabajaremos el entorno relacionado con la alimentación. Tanto el registro alimentario de 24 horas, el número de comidas que se realizan, dónde se

efectúan, con quién, el tiempo que se dedica a las comidas, presencia de hábitos compulsivos o costumbre de picar y sus preferencias alimentarias. En este apartado es importante descartar la presencia de trastornos en el comportamiento alimentario.⁽³⁾

2. Segunda visita: A los 15 días de la primera. Valoración de riesgo psicosocial. Inicio de estrategia de cambio de conducta.

Puesto que los factores de riesgo psico-sociales son independientes del resto, siempre que sea posible se insistirá en los esfuerzos para aliviar el estrés y contrarrestar el aislamiento social.⁽¹⁹⁾

Los pasos estratégicos que pueden ser utilizados para mejorar la efectividad de los consejos sobre el cambio de conducta incluyen:

- desarrollar un compromiso terapéutico con el paciente,
- asegurarse de que el paciente comprende la relación entre conducta, salud y enfermedad,
- ayudar al paciente a entender las dificultades para el cambio de conducta,
- conseguir el compromiso de los pacientes para cambiar de conducta,
- involucrar a los pacientes en la identificación y selección de los factores de riesgo que deben cambiar.
- usar una combinación de estrategias, incluyendo el refuerzo de la capacidad propia de los pacientes para cambiar,
- diseñar un plan de modificación de estilos de vida. Proponer el seguimiento del progreso mediante visitas de control,
- involucrar a otros trabajadores sanitarios siempre que sea posible.⁽²⁰⁾

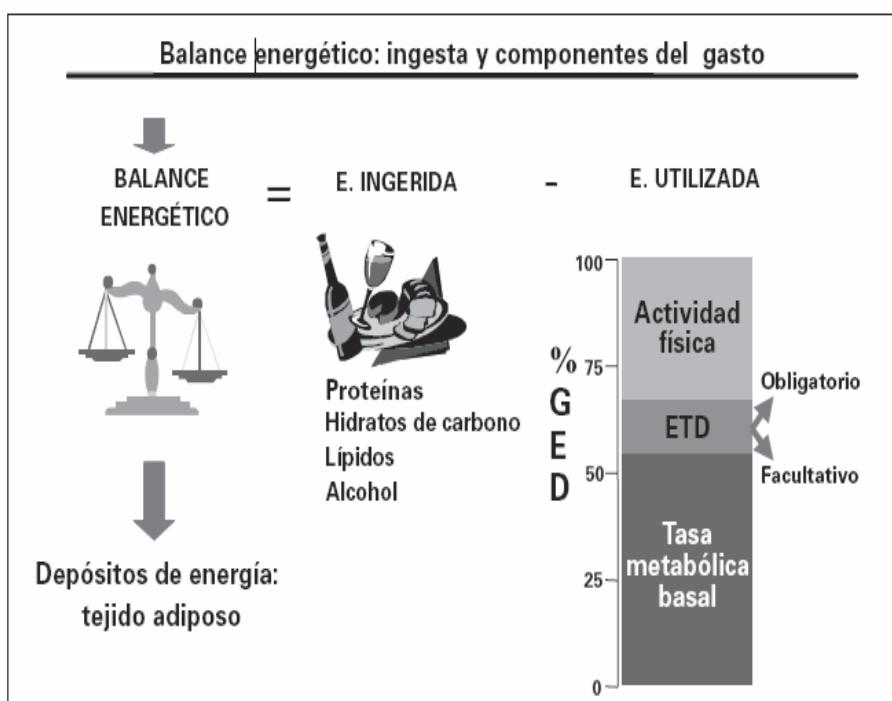
Durante esta segunda visita es importante abordar el tema de la Ingesta Energética. Parece ser un determinante importante del mantenimiento del equilibrio energético. La ingesta alimentaria es un acto voluntario regulado por la corteza cerebral y está sometido a diversas influencias sociales, culturales y genéticas. En las sucesivas visitas tenemos que ayudar al paciente a ser conscientes de estas situaciones para que, mediante un acto de voluntad personal, sea capaz de ir controlándolas.⁽¹⁰⁾

Los individuos con sobrepeso tienden a infravalorar su ingesta energética,

llegando incluso a cifras de inframanifestación entre 34%-55% frente a personas equilibradas que oscila entre 0,5%-10%. (21)

También hablaremos del gasto energético. El organismo tiene unas necesidades energéticas destinadas a mantener las funciones vitales, el crecimiento, el control postural y el nivel de actividad física de cada individuo. La energía ingerida a través de los alimentos va a ser utilizada para el metabolismo basal, la actividad y el efecto termogénico de los alimentos.

La energía consumida durante la actividad física es el componente más variable del consumo total de energía, fluctúa desde un 10% en la persona encamada hasta más del 50% en deportistas.(Tabla balance energético). (10)



Balance energético: ingesta y componentes del gasto. Ged: gasto energético diario.

ETD: efecto termogénico de la dieta.

3. Sucesivas: Mensuales los tres primeros meses.

Se pretende desarrollar una consulta dinámica y atractiva que anime al usuario a ir cumpliendo los objetivos que, de acuerdo con su enfermero, él mismo se propone. El periodo de seguimiento para este proceso intensivo se estima entre 12-18 meses, siendo las primeras consultas con frecuencias entre 15-21 días y distanciando progresivamente los encuentros según la evolución.

Hemos planteado la posibilidad de tener en el Centro de Salud una báscula

de impedancia bioeléctrica (TANITA BC-545), que además del peso, nos proporcione valores de "masa grasa", "masa ósea", "grasa visceral", "edad metabólica", etc.

Se entregará al paciente una hoja con los datos obtenidos en cada visita. Se valorará conjuntamente la progresión de los cambios realizados. **ANEXO III. (HOJA DE CONTROL).**

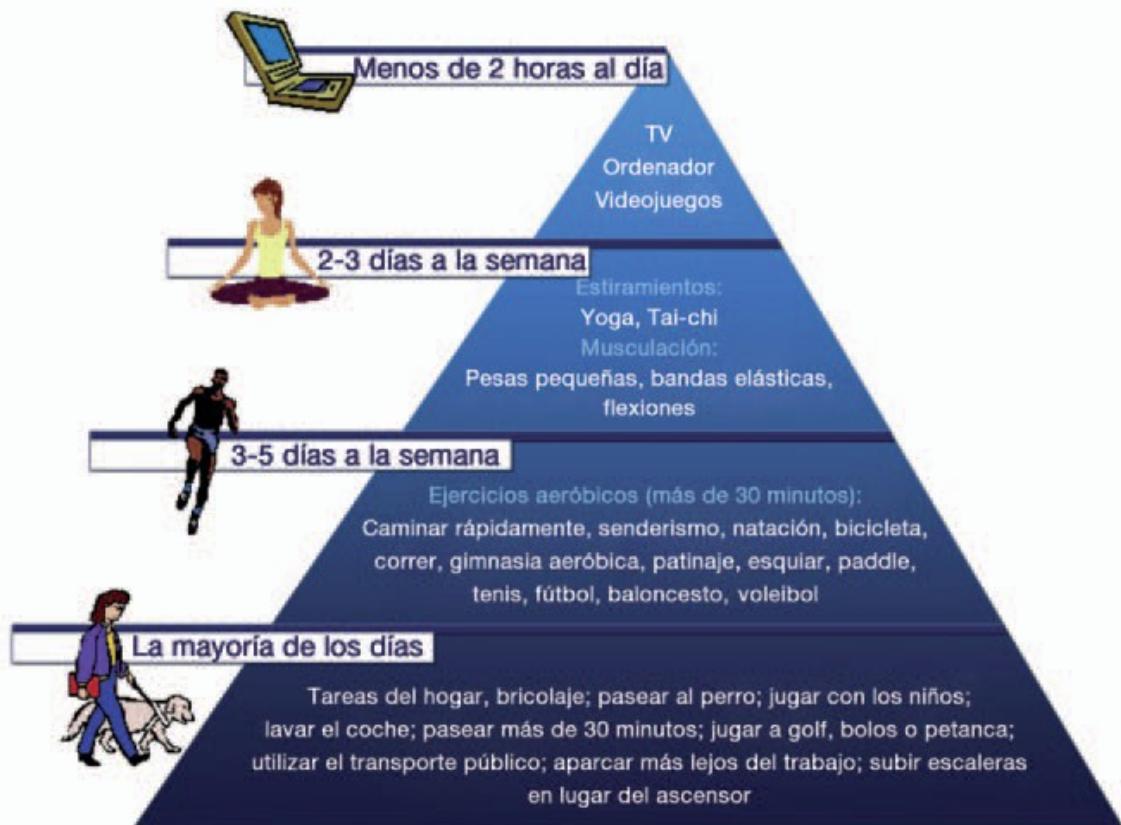
Durante este periodo se trabajarán las dietas saludables mediante recomendaciones generales:

- La dieta debe ser variada y proporcionar una ingesta calórica adecuada para el mantenimiento del peso ideal.
- Los alimentos cuyo consumo debe fomentarse son: frutas y verduras, cereales y pan integrales, productos lácteos bajos en grasa, pescado y carne magra.
- El aceite de pescado y los ácidos grasos omega-3 poseen propiedades protectoras específicas.
- La ingesta total de grasa no debería sobrepasar el 30% de la ingesta calórica total y la de ácidos grasos saturados no debería exceder un tercio de la ingesta total de grasa. La ingesta de colesterol debería mantenerse por debajo de los 300 mg/día. Se debe mantener un aporte de proteínas suficiente para preservar la masa magra.
- En una dieta isocalórica, la grasa saturada puede ser reemplazada en parte por hidratos de carbono complejos y en otra parte por ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados procedentes de alimentos de origen vegetal y pescado.⁽²⁰⁻¹⁷⁾

En cada visita, se hará registro de transgresiones alimentarias así como de la actividad física realizada desde el encuentro anterior. Se considera trasgresión a todos alimentos consumidos en cantidades superiores a las indicadas o que están fuera del plan de alimentación recomendado (bollos, chocolates, snacks, etc.). Para cuantificar el número de transgresiones por semana se considera: 1 transgresión = 150 kcal.⁽¹³⁾

También el ejercicio físico debe ser fomentado en cualquier edad del paciente tratado. Estimular para que elijan actividades compatibles con sus quehaceres diarios, preferiblemente entre 30 y 45 minutos al día, o al menos 4-5 veces por semana. Reducir conductas sedentarias como ver la

televisión.



Propuesta de pirámide de actividad física en adultos.

4. Sucesivas: Bimensuales hasta los doce meses.

Seguir con reafirmación de criterios de modificaciones medioambientales y del entorno. Marcarse metas a corto y largo plazo alcanzables y medibles, con autoevaluaciones en las que el propio paciente valore las causas de éxitos y fracasos. ⁽⁵⁾

Incidir en el contexto del Riesgo Cardiovascular y la importancia que tiene en su prevención la ausencia de sobrepeso y la actividad física adecuada. Subrayar la mejora significativa que se va observando en los parámetros de TAS y TAD a lo largo de las sucesivas consultas. ⁽²¹⁾

Se hará registro de transgresiones alimentarias y de actividad física en cada visita. ⁽¹³⁾

Ante un paciente diabético, además de todo lo mencionado anteriormente, a partir del tercer mes de seguimiento, se realizarán determinaciones de glucemias basales y postpandriales. Remarcando que la disminución de estos

valores es consecuencia de los cambios positivos que está realizando en su estilo de vida.

5. Sucesivas: Trimestral.

No podemos olvidar que es una enfermedad crónica y por tanto, como en cualquier otro paciente crónico, deberemos plantear un número de visitas programadas a lo largo del año.

Independientemente de que hayamos alcanzado los objetivos propuestos respecto a: peso, ejercicio diario controlado, aprendizaje de hábitos de alimentación, etc., en cada visita se reforzará positivamente la buena evolución de los cambios de vida realizados y la mejora que supone para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

La restricción alimentaria no debería comportar un aporte calórico por debajo de 1.000-1.200 kcal/día en mujeres y 1.200-1.600 kcal/día en hombres. Dado que el objetivo es mantener la reducción ponderal a largo plazo, el tratamiento dietético deberá mantenerse de por vida. ⁽³⁾

La adhesión del tratamiento a largo plazo depende en gran medida del apoyo psicológico que reciba el paciente. ⁽⁵⁾

5.- CONCLUSIONES

El objetivo principal y lo que se considera un éxito no es adelgazar, sino mantener el peso perdido, y esto sólo es posible con el cambio de estilo de vida en sí mismo.

Los pacientes necesitan estímulos continuos (reforzadores) de las conductas nuevas aprendidas para que se mantengan a largo plazo. La obesidad es una enfermedad crónica, como puede ser la diabetes o la hipertensión, y por tanto necesita ser tratada de por vida.

Este es el reto al que deben enfrentarse tanto los pacientes como los profesionales para mejorar y preservar la salud del mundo moderno.

6.- BIBLIOGRAFÍA

1. Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086c.pdf>
2. Sánchez C, <pichardo E y López P. Epidemiología de la obesidad. Medigraphic. Artemisa. Gac Med Méx. Vol.140, Suplemento nº2, 2004. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042b.pdf>
3. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, Blay V, Carraro R y otros. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Rev. Esp Obes 2007; 5 (3): 135-175. Disponible en:
<http://www.seedo.es/portals/seedo/RevistaObesidad/2007-n3-Consenso.pdf>
4. Robledo T, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Córdoba R. Grupos de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Obesidad. Pag. 36-39. Disponible en:
<http://www.papps.org/upload/file/recomendaciones/2003/experto2.pdf>
5. Maté del Tío M, Cano MD, Álvarez-Sala R, Bilbao J. Manejo de la obesidad en Atención Primaria. Medifam v.11 n.1 Madrid ene. 2001. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1131-57682001000100003>
6. Serra J, Castell C, Serra L, Taberner JL, Salleras L. Sobre peso y obesidad. Evaluación de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña para el año 2000. Med Clin (Barc) 2003. Disponible en:
<http://www.saveva.com/domamSalut/pub/depsalut/pdf/eva47-50.pdf>
7. Díaz J, Armero M, Calvo y Rico MA. Resultados de la intervención educativa en pacientes con obesidad. Nutricia Hospitalaria. (2002) XVII (2)

93-96. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3306.pdf>

8. Larrañaga A y García-Mayor R. Tratamiento psicológico de la obesidad.

Med Clin (Barcelona) 2007. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v129n10a13110213pdf001.pdf>

9. Varo JJ, Martínez-González MA, Martínez JA. Prevalencia de obesidad en Europa. Anales Sis San Navarra 2002, Vol.25, suplemento 1. Disponible en:
<http://84.88.0.49/index.php/ASSN/article/view/5492/4533>

10. López-Fontana CM, Martínez-González MA, Martínez JA. Obesidad, metabolismo energético y medida de la actividad física. Revista Española de Obesidad. Volumen I Núm. 1, 2003: 29-36 Disponible en:
<http://www.seedo.es/portals/seedo/RevistaObesidad/2003-n1-Revision-Obesidad-metabolismo-energetico-y-medida-de-la-actividad-fisica.pdf>

11. Aranceta J, Serra Lluis, Foz M, Moreno B y grupo colaboradores SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. Med Clin (Barc). 2005; 125(12): 460-6. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v125n12a13079612pdf001.pdf>

12. Gutierrez-Fisac JL, Regidor E, Banegas JR y Rodríguez F. Prevalencia de obesidad en la población adulta española: 14 años de incremento continuado. Publicado en Med Clin (Barc). 2005;124:196-7. - vol.124 núm 05. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/prevalencia-obesidad-poblacion-adulta-espa%C3%B1ola-14-a%C3%C3%B1os-13071485-cartas-cientificas-2005>

13. Loria-Kohen V, Gómez-Candela C. Comparación de la utilidad de dos dietas hipocalóricas equilibradas con inclusión versus exclusión de pan en el tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz. 2010. Disponible en:

http://www.uibaker.org/pdf/Promotions/SPAIN%20PCD-Resultados%20Estudio%20dieta%20hipercalorica%20vs%20exclusion%20de%20pan_completo.pdf

- 14.** Estado de Salud de Aragón. Determinantes y actuaciones. Departamento de Salud y Consumo. 2010. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/EncuestaSalud/EstadoSaludPoblacionAragon_informe%20completo.pdf
- 15.** Bellido D y colaboradores. El paciente con exceso de peso: guía práctica de actuación en Atención Primaria. Rev Esp Obes 2006; 4 (1): 33-44. Disponible en: [http://www.seedo.es/portals/seedo/consenso/FORO_ACTUA_AtencionPrimaria\(Rev_Esp_Obes2006\).pdf](http://www.seedo.es/portals/seedo/consenso/FORO_ACTUA_AtencionPrimaria(Rev_Esp_Obes2006).pdf)
- 16.** Vazquez V, López JC. Psicología y la obesidad. Artículo de revisión. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 9 nº2. 2001. Pg. 91-96. Disponible en: <http://www.medicgraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012i.pdf>
- 17.** Gómez C, Cos AI. Nutrición en Atención Primaria. Novartis Madrid 2001. Jarpyo Editores.
- 18.** Flores-Huerta S, Acosta-Cázares B, Gutiérrez-Trujillo G. Prevalencia de peso bajo, sobrepeso, obesidad general y obesidad central. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (Supl 1): S55-S62. Disponible en: <http://www.medicgraphic.com/pdfs/imss/im-2006/ims061f.pdf>
- 19.** Leyva-Moral JM. La entrevista motivacional para promover la actividad física y la adhesión dietética en personas con diabetes: revisión bibliográfica. Nure investigación, nº 29. Julio-agosto 2007. Disponible en: http://www.nure.org/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/pdf_original_29.pdf
- 20.** De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R y

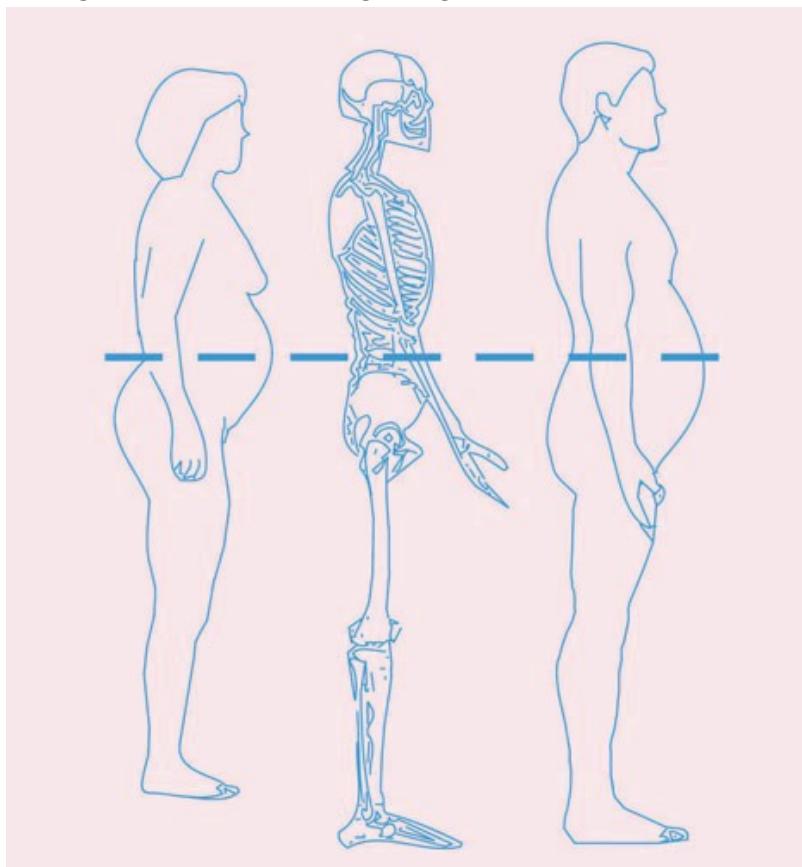
otros. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Revista Española de Salud Pública v.78 n.4 Madrid jul-agosto. 2004. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-5727200400040003&script=sci_arttext&tIng=pt

21. Moreno Esteban B, Monereo Megías S, Alvárez Hernández J y otros. Obesidad. La epidemia del siglo XXI. Pág. 59-61. Ediciones Díaz de Santos S.A. 2ª Edición, Madrid. 2000.

22. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maique A y otros. Guía Europea de Prevención cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. Revista de Salud Pública 2008; 82: 581-616. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-5727200400040002&script=sci_arttext

7.- ANEXOS

ANEXO I: MEDIDA PERÍMETRO ABDOMINAL



Referencias anatómicas para determinar la circunferencia de la cintura. NHI 00-4084 (octubre 2000).

ANEXO II: TEST DE MOTIVACIÓN

CONTESTAR CON UNA (X)	SI	NO
1.- QUIERE USTED TRATARSE?		
2.- ¿ESTARÍA USTED DISPUESTO A PERDER PESO?		
3.- ¿SE SIENTE CAPAZ DE AFRONTAR EL TRATAMIENTO?		
CONTESTAR:		
4.- ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL QUE LE MOTIVA A PERDER PESO?		
5.- ¿QUÉ ESTÁ DISPUESTO A HACER PARA CONSEGUIRLO?		

ANEXO III: DETERMINACIONES DE IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA

	Día											
Función	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
												
												
												
												
												
												
												



NOMBRE DEL PACIENTE: