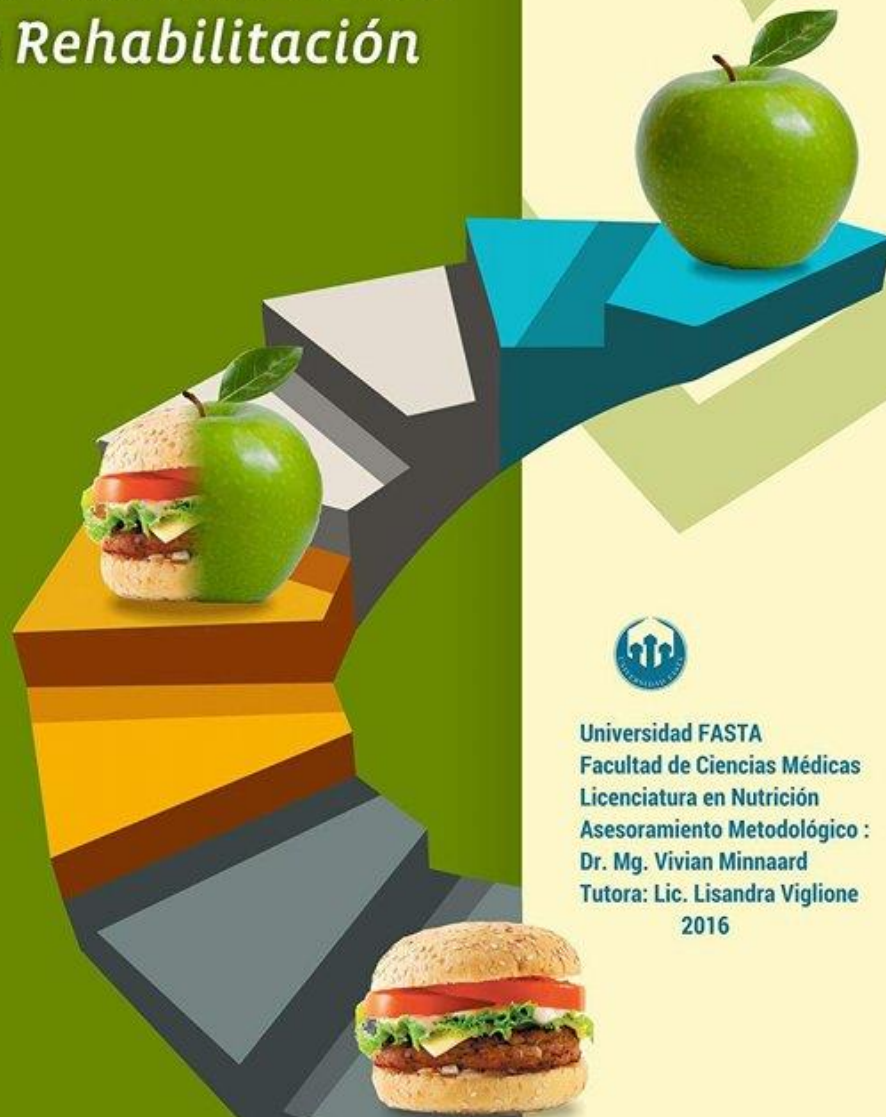


Melisa Mariela Alejandra Del Fiore

Estado Nutricional y Etapa de Cambio del Paciente Obeso en Rehabilitación



Universidad FASTA
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Nutrición
Asesoramiento Metodológico :
Dr. Mg. Vivian Minnaard
Tutora: Lic. Lisandra Viglione
2016



UNIVERSIDAD
FASTA

DE LA FRATERNIDAD DE AGRUPACIONES SANTO TOMAS DE AQUINO



BU

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
UFASTA

ESTE DOCUMENTO HA SIDO DESCARGADO DE:

THIS DOCUMENT WAS DOWNLOADED FROM:

CE DOCUMENT A ÉTÉ TÉLÉCHARGÉ À PARTIR DE:



REDI

REPOSITORIO DIGITAL
UFASTA

ACCESO: <http://redi.ufasta.edu.ar>

CONTACTO: redi@ufasta.edu.ar

*“Todo puede serle arrebatado a un hombre,
menos la última de las libertades humanas:
el elegir su actitud en una serie dada de
circunstancias, de elegir su propio camino”*

Viktor Frankl

DEDICATORIA

*A mi marido, Enzo y a mis hijos
Gaspar y Baltazar*

AGRADECIMIENTOS

A mi marido, quien siempre estuvo a mi lado en los buenos y malos momentos, aguantando mis cambios de humor cada vez que se aproximaba la época de exámenes. Gracias por tu paciencia, sin vos nada hubiera sido posible. ¡Te amo infinitamente!

A mis papas, Claudia y Rubén, por motivarme a estudiar, por enseñarme que con esfuerzo, compromiso y responsabilidad las metas que uno persigue se logran. ¡Gracias por darme la vida, los quiero!

A mi hermana, Pamela, por haber destinado parte de su tiempo a cuidar de sus sobrinitos mientras su hermana estudiaba. ¡Te quiero pequeña!

A mis suegros, Graciela y Tony, a mis cuñados, Mauro, Franco y Bruno, y a todo el resto de la familia, mi abuela Luisa, mi abuelo Eugenio que lo llevo en mi corazón, tías Ceti y Ana, Tío Guego, Saul y Noemi que nos sigue guiando desde otro lado. Gracias por su gran ayuda y por estar siempre presentes, cada uno a su manera. ¡Los quiero mucho!

A mi amiga Fernanda, por estar siempre presente, motivándome a mirar siempre para adelante. Gracias por esta hermosa amistad. ¡Te quiero!

A mi amiga Laura, mi gran compañera de la facu, juntas compartimos todos nuestros tropiezos y logros a lo largo de estos años facultativos. Ahora a transitar una nueva etapa juntas como colegas.

A la familia Grosello-Massoni por acompañarme durante todo este tiempo, dándome sabios consejos. ¡Gracias amigos!

A mi profe Lety y a todo el hermoso grupo de Kangoo Jump.

A mi tutora, Lic. Lisandra Viglione, por su asesoramiento profesional y su dedicación en la lectura de la Tesis. ¡Muchas gracias!

A Vivian Aurelia Minnaard, por su amabilidad, dedicación, por su esmero en mejorar siempre todo lo que hacía y por empujarme cada día a mejorar y avanzar siempre un pasito más. Una verdadera maestra. ¡Muchas gracias!

A la Lic. Yanina Giamberardino, por dejarme compartir a su lado algo tan lindo como es la docencia, transmitiéndome toda su experiencia en cada clase. ¡Gracias Yani!

A la Lic. Teresa Grebol y Lic. Elisa Mesera, por haberme ayudado a transitar la última parte de esta hermosa carrera, enseñándome, guiándome y acompañándome en todo momento. ¡Muchas gracias chicas!

Al Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS) y a todos los profesionales que trabajan ahí, por la oportunidad que se me brindó para poder realizar el trabajo de campo, compartiendo el tiempo y espacio.

A todos y cada uno de los pacientes entrevistados, por su actitud de colaboración, por su participación desinteresada y por acceder a participar en este estudio.

¡MUCHAS GRACIAS!

RESUMEN

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica resultante de una compleja interacción entre factores genéticos y medioambientales, que se caracteriza por el exceso de grasa corporal progresiva. Se asocia a un mayor riesgo de mortalidad sobre todo de origen cardiovascular, así como a una serie de comorbilidades tales como diabetes, dislipemia, artritis y ciertos tipos de cáncer. A su vez, el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles en todo el planeta, tendrá un profundo efecto en la discapacidad.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional y determinar en qué etapa de cambio se encuentra el paciente con sobrepeso/obesidad que se enfrenta a una entrevista motivacional al momento de realizar la consulta nutricional, en adultos entre 40 y 75 años que concurren a un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata durante el mes de marzo del 2016.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio transversal, cuantitativo. La muestra, de carácter no probabilística ha sido seleccionada por conveniencia y se estableció un total de 15 pacientes, de ambos sexos, con un IMC mayor o igual a 25, entre 40 y 75 años que concurren a un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata. A los mismos se les realizó una encuesta cuantitativa y una evaluación antropométrica en la cual se evaluó peso, talla y circunferencia de cintura durante la consulta nutricional.

Resultados: El 33% de la muestra presenta sobrepeso, 40% obesidad grado I, 20% obesidad grado II y 7% obesidad mórbida. En cuanto a las comorbilidades el 60% de los pacientes presentó más de una enfermedad además del sobrepeso u obesidad. Con respecto a los hábitos alimentarios se observa que el 100% de los pacientes realiza el almuerzo, un 80% cenan y el 79% tiene hábitos de picoteo. El 53% se encuentra en la etapa de acción con respecto a los hábitos alimentarios y el 47% se encuentra en la etapa de preparación para la acción con respecto a la actividad física.

Conclusiones: La Entrevista Motivacional es una herramienta de gran utilidad a la hora del tratamiento del sobrepeso u obesidad, ya que nos permite entender mejor el momento por el cual está atravesando el paciente, para así, mediante la utilización de distintas estrategias y recursos nutricionales, poder lograr el objetivo de descenso de peso, lo cual, ayudará enormemente para que el paciente pueda realizar todos los ejercicios necesarios durante el proceso de rehabilitación del mismo.

Palabras claves: Sobrepeso, obesidad, estado nutricional, entrevista motivacional, etapa de cambio, hábitos alimentarios, comorbilidades, actividad física, rehabilitación.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a chronic disease resulting from a complex interaction between genetic and environmental factors, which is characterized by progressive excess body fat. It is associated with an increased risk of mortality especially cardiovascular, as well as a number of comorbidities such as diabetes, dyslipidemia, arthritis and certain cancers. In turn, the increase in chronic noncommunicable diseases throughout the planet, will have a profound effect on disability.

Objective: To evaluate the nutritional status and determine what stage of change the patient overweight / obesity faces a motivational interviewing when making nutritional consultation, adults between 40 and 75 who attend an Institute for Rehabilitation is located of the city of Mar del Plata during the month of March 2016.

Materials and Methods: This cross-sectional, quantitative study. The sample, not probabilistic character has been selected for convenience and a total of 15 patients of both sexes, was established with a greater than or equal to 25 BMI between 40 and 75 who attend an Institute of Rehabilitation in Mar del Plata. At the same they underwent a quantitative survey and anthropometric assessment in which weight, height and waist circumference during nutritional consultation was evaluated.

Results: 33% of the sample are overweight, 40% obese grade I, grade II obesity 20% and 7% morbidly obese. Regarding comorbidities 60% of patients had more than one disease besides overweight or obese. With regard to eating habits it shows that 100% of patients performed lunch, dinner 80% and 79% has pecking habits. 53% is in the stage of action regarding eating habits and 47% is in the preparation stage for action on physical activity.

Conclusions: Motivational Interviewing is a very useful tool when the treatment of overweight or obese, as it allows us to better understand the time for which the patient, thus, is through using different strategies and nutritional resources, to achieve the goal of weight reduction, which will help greatly so that the patient can perform all the necessary exercises during the rehabilitation process thereof.

Keywords: Overweight, obesity, nutritional status, motivational interviewing, stage of change, food habits, comorbidities, physical activity, rehabilitation.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1	
Abordando la obesidad	5
Capítulo 2	
Tratamiento de la obesidad	16
Diseño metodológico	26
Análisis de datos	40
Conclusión	53
Bibliografía	57
Anexos	62

Introducción



INTRODUCCIÓN

La obesidad es la alteración nutricional más común en el mundo desarrollado y está alcanzando proporciones significativas en los países en vías de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud considera,

“la obesidad y el sobrepeso, como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, siendo el exceso de grasa una condición preocupante debido a que representa un factor de riesgo que incrementa la morbilidad y la mortalidad.” (OMS)¹

El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo importantes de las enfermedades cardiovasculares, que constituyen la primera causa de muerte, con más de 17 millones de defunciones anuales. Antes se consideraba que este problema sólo afectaba a los países ricos, pero las estimaciones de la OMS muestran que el sobrepeso y la obesidad están aumentando de forma creciente en los países de bajos y medianos ingresos. Esto se debe a varios factores, como el cambio generalizado de la dieta hacia un aumento del consumo de calorías, grasas, sales y azúcares, y la tendencia a la disminución de la actividad física ocasionada por el carácter sedentario del trabajo actual, el cambio de los medios de transporte y la creciente urbanización.

En el trabajo presentado por González (2007)², explican que la obesidad se presenta como la patología metabólico-nutricional más frecuente en la actualidad, tanto en la edad adulta como en la infancia, más allá de sus particularidades clínicas y socioculturales. En los países en vías de desarrollo, la obesidad se relaciona estrechamente con los cambios económicos de la población: la falta de educación de los padres, la obesidad materna y la inseguridad alimentaria³ en el hogar influyen negativamente a la hora de definir un estilo de vida saludable para el grupo familiar.

Los últimos cálculos de la OMS indican que en el año 2005 había en todo el mundo aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso, al menos 400 millones de adultos obesos y al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso.

¹ Organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

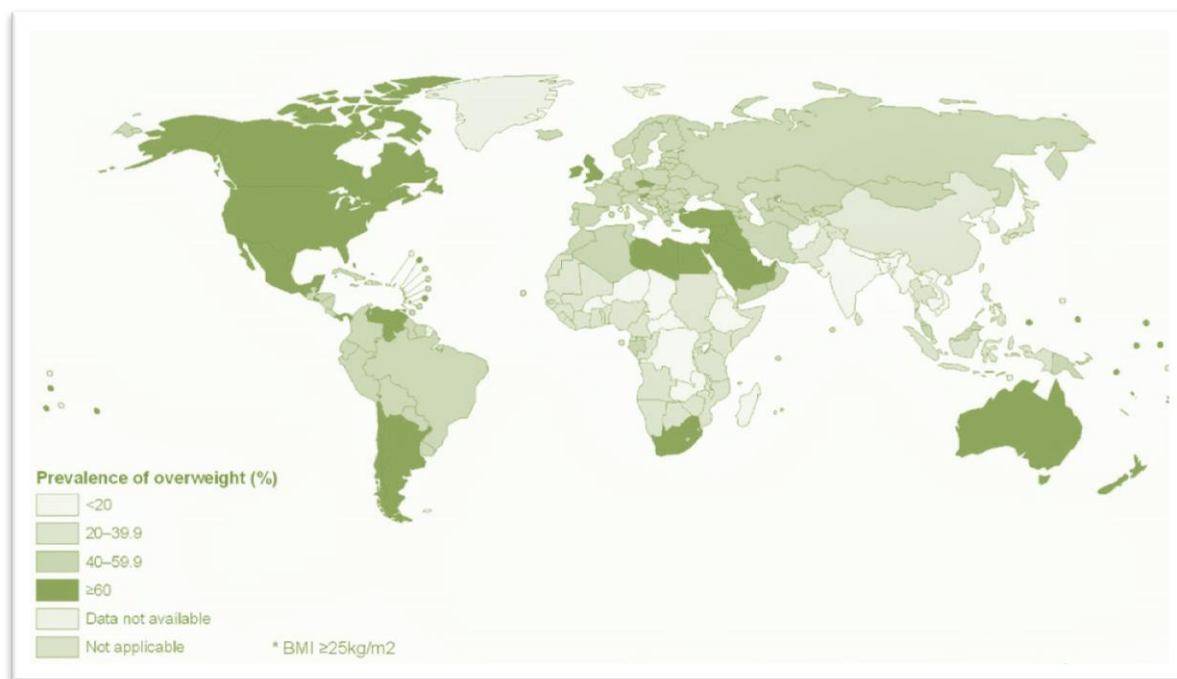
² Para ampliar la información se sugiere la lectura de Adherencia al Tratamiento Nutricional y Composición Corporal: Un Estudio Transversal en Pacientes con Sobrepeso y Obesidad en: “*Revista chilena de nutrición*”; año 2007.

³ El concepto de inseguridad alimentaria hace referencia a la imposibilidad de las personas en acceder a los alimentos debido a diversas razones, como la escasez física de los mismos, no poder comprarlos o por la baja calidad de los mismos.

INTRODUCCIÓN

Se considera que en los próximos años la mayor parte de la población del planeta será obesa o sufrirá sobrepeso, de modo que se espera también un significativo incremento de las enfermedades relacionadas con el exceso de peso como lo son la diabetes, la hipertensión, dislipemia, enfermedades cardiovasculares, artritis y ciertos tipos de cáncer.

Imagen N°1: Prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel mundial



Fuente: Adaptado de la OMS⁴

Según Facchini (2004)⁵, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)⁶ como la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial, entre otras, requieren de tratamientos prolongados, en donde los objetivos fundamentales del profesional de la salud deberían ser enfocados en: alentar al paciente a expresar sus preocupaciones, ayudarlo a ser más activo en la consulta, proveerle de la información que requiera, darle mayor poder en la toma de decisiones y alcanzar decisiones conjuntas. Para lograr estos objetivos el profesional necesita tener la capacidad de ofrecer apoyo y sostén, prestando particular atención a reforzar la autoestima y la autoeficacia, y brindar una actitud amplia, humilde y empática.

⁴ Según datos de la OMS, desde 1980, la obesidad ha aumentado en todo el mundo. En 2014, más de 1900 millones de adultos mayores de 18 años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos.

⁵ Nutricionista/Doctora Argentina especializada en temas de obesidad y trastornos alimentarios.

⁶ ECNT: trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente durante un largo período de tiempo; proceso incurable con una gran carga social, tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación.

INTRODUCCIÓN

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad⁷ realizado por la OMS, el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles que se registra en todo el planeta tendrá un profundo efecto en la discapacidad. Los factores que contribuyen a explicar la tendencia ascendente son diversos, entre los cuales se mencionan el envejecimiento de la población, cambios en el modo de vida relacionados con el tabaco, el alcohol, la alimentación y la actividad física. (OMS, 2011)⁸

Por todo lo antes expuesto, surge el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es el estado nutricional y en qué etapa de cambio se encuentra el paciente con sobrepeso/obesidad que se enfrenta a una entrevista motivacional al momento de realizar la consulta nutricional, en adultos entre 40 y 75 años que concurren a un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata, durante el mes de marzo del año 2016?

El objetivo general es:

- ✓ Evaluar el estado nutricional y en qué etapa de cambio se encuentra el paciente con sobrepeso/obesidad que se enfrenta a una entrevista motivacional al momento de realizar la consulta nutricional, en adultos entre 40 y 75 años que concurren a un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata, durante el mes de marzo del año 2016

Los objetivos específicos son:

- ✓ Valorar el estado nutricional del paciente al momento de la consulta con la Lic. en Nutrición.
- ✓ Determinar en qué etapa de cambio se encuentra el paciente en el momento de la consulta con la Lic. en Nutrición.
- ✓ Analizar los hábitos alimentarios del paciente que concurre a la consulta nutricional.

⁷ Según estimaciones de la OMS, se calcula que más de 1000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, es decir, alrededor del 15% de la población mundial.

⁸ Las personas con discapacidad presentan tasas más elevadas de tabaquismo (30,5%, en comparación con 21,7%), son más proclives a la inactividad física (22,4% frente a 11,9%) y tienen más probabilidades de ser obesas (31,2% en relación con 19,6%)

Capítulo 1:

Abordando la Obesidad



CAPÍTULO 1: ABORDANDO LA OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de grasa, dado como consecuencia de un balance energético positivo y mantenido, manifestándose con un aumento del peso corporal resultante de la interacción de factores genéticos y medioambientales. Se presenta como la patología metabólico-nutricional más frecuente en la actualidad tanto en la edad adulta como en la infancia. Constituye un serio problema para la salud pública mundial, ya que ninguna otra enfermedad registra un aumento tan explosivo en su prevalencia⁹, sobre todo a partir de la década del 80, definiéndose en 1994, por primera vez, como una epidemia¹⁰ global, siendo considerada como la epidemia del siglo XXI. (Braguinsky, 2007)¹¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹² se refiere a la obesidad como,

“una condición de acumulación anormal o excesiva de grasa en el tejido adiposo, que puede afectar la salud”¹³

La etiología de esta patología es multifactorial; si bien se conoce el sustrato genético de algunas formas de obesidad, la mayoría de las personas que la padecen tienen hábitos alimentarios inadecuados y realizan poca actividad física que condiciona el depósito de grasa, dado que la energía sobrante se acumula de esta forma en el organismo, debido a que la capacidad para almacenar carbohidratos¹⁴ es extremadamente limitada.

En la actualidad, la obesidad se ve favorecida por los cambios vertiginosos que se promueven en las tendencias alimentarias, es decir por un medio cada vez más obesogénico¹⁵, observándose un alto consumo de comidas rápidas, incrementos en el uso de azúcares y grasas en los alimentos, aumentos del consumo de alimentos entre comidas y un mayor acceso a supermercados con una mayor oferta de alimentos a bajo costo, poco saludables, precocidos y de rápida preparación. La alimentación no saludable condiciona la

⁹ Número de casos existentes en un momento dado, sin importar que tales casos sean pre-existentes o hayan comenzado durante determinado período.

¹⁰ Aparición de un número de casos de una enfermedad, dentro de una comunidad, claramente en exceso sobre su presentación normal.

¹¹ Braguinsky planteó que el tratamiento de la obesidad debe basarse en el proceso de cambio del paciente obeso y que el éxito terapéutico debe valorarse en relación con esto, siendo el descenso de peso y su mantenimiento una consecuencia de este proceso de cambio. Para ampliar la información se sugiere la lectura de su libro “Obesidad: Saberes y Conflictos, un Tratado de Obesidad”

¹² La prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más del doble entre los años 1980 y 2014.

¹³ Según OMS, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

¹⁴ Los carbohidratos se almacenan en forma de glucógeno, pudiéndose almacenar en el hígado entre 90 y 110 gramos o en el músculo hasta unos 400 gramos.

¹⁵ La expresión “Medio Obesogénico” fue propuesta en la década de 1990 para describir un medio que alienta al sobreconsumo de alimentos altamente energéticos, o sea, ricos en grasas e hidratos de carbono.

CAPÍTULO 1: ABORDANDO LA OBESIDAD

aparición de otros factores de riesgo y enfermedades a través de una ingesta aumentada de calorías y algunos nutrientes como sodio, grasas saturadas y trans, azúcares, lo cual genera hipertensión, colesterol elevado, diabetes y sobrepeso, y por otro lado, una ingesta insuficiente de otros nutrientes como la fibra, frutas y verduras, grasas poliinsaturadas, que reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer.

Imagen N°2: Factores que intervienen en el desarrollo del ambiente obesogénico



Fuente: Adaptado Boston University School of Public Health (2013)¹⁶

En las últimas décadas estamos siendo testigos de la llamada transición nutricional¹⁷, en la cual el consumo de alimentos más saludables como frutas y verduras está en descenso, mientras que el consumo de alimentos elaborados, envasados y ricos en hidratos de carbono refinados y en grasas saturadas se está incrementando; otros factores

¹⁶ El impacto de la genética, como factor causal de la obesidad, es de aproximadamente 30-40 %, mientras que al ambiente le atribuyen un 60-70%

¹⁷ La transición alimentaria y nutricional comenzó en los países desarrollados y fue más notoria en USA e Inglaterra en la última mitad del siglo XX; en Brasil, en 15 años, el sobrepeso se duplicó en los hombres y aumentó en un 200% en las mujeres.

CAPÍTULO 1: ABORDANDO LA OBESIDAD

que colaboran con el desarrollo de la obesidad son el aumento del tamaño de las porciones (pizza por metro, mega pochoclos en el cine, super pancho con múltiples aderezos, maxi porción de papas fritas, milanesas gigantes, hamburguesas dobles y con abundantes aderezos) y el marcado sedentarismo, ya que por un lado, se ha producido una disminución de la práctica de deportes programados y, por otro lado, ha aumentado el entretenimiento que requiere poco o ningún gasto energético, como es el caso del uso de la computadora, la televisión y los video juegos, lo cual ha ido marcando un cambio fundamental en el estilo de vida. (López de Blanco, 2005)¹⁸

A nivel mundial existen alrededor de 1000 millones de personas con sobrepeso, y 300 millones clínicamente obesas. El sobrepeso explica el 58 % de la diabetes, el 21 % de la enfermedad coronaria, entre el 8 y el 42 % de diversos cánceres, el 13% de las muertes en Europa y en América del norte, el 10 % en países en desarrollo, pero solo el 3% en países de elevada mortalidad. El mayor peso corporal y otros índices relacionados están asociados con mayor mortalidad. En EEUU constituye, luego del tabaquismo, la segunda causa de muerte prevenible. En este país se estimó que los individuos obesos tienen un riesgo de muerte prematura, entre un 50-100% mayor que personas de peso normal. (ENFR, 2009)¹⁹

En la Argentina, la prevalencia de obesidad ha sido evaluada por estudios regionales o parciales, como el de la ciudad de Venado Tuerto (26,8%; n=381), el de la ciudad de Dean Funes (23,9%;n=750), el Programa de Vigilancia Nutricional de la Sociedad Argentina de Nutrición (27,6%;n=10338) o el de la reciente Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS)²⁰ en la que se observó un 24,9% de sobrepeso y un 19,4% de obesidad entre mujeres de 19 a 49 años en todo el país. (Girolami, 2010)²¹

Según el Instituto Nacional contra la Discriminación (INADI)²²,

“la obesidad es la segunda causa de discriminación laboral en la Argentina; es una condición estigmatizada que supone una desventaja social y una disminución en la autoestima”

¹⁸ La transición nutricional en América Latina tiene como ventaja una reducción en las formas graves de desnutrición y en la mortalidad por esta causa aunque persisten las deficiencias por micronutrientes, en especial de hierro y vitamina A.

¹⁹ La Encuesta Nacional de Factores de Riesgos (ENFR) señala que, el 49,1% de la población general presenta exceso de peso, compuesto por 34,5% de sobrepeso y 14,6% de obesidad.

²⁰ ENNYS: brindan información completa sobre el estado nutricional y las condiciones relativas a la salud materno-infantil, con representatividad nacional, regional y provincial.

²¹ En Latinoamérica los datos de prevalencia de obesidad en jóvenes y adultos son parciales, siendo en Chile 19,7%, Brasil 9,9%, México 20%, Paraguay 29,3%, Perú 11,8% y Uruguay 28,4%

²² El 20 % de las personas con discapacidad motora, sensorial o visual son discriminadas. La segunda causa de discriminación es la obesidad, con el 14,2% (cifras del INADI; fuente: Diario La Nación, 20 de agosto de 1999)

CAPÍTULO 1: ABORDANDO LA OBESIDAD

Antes de profundizar acerca de cuestiones relacionadas con la alimentación, es necesario hacer hincapié en los mecanismos fisiológicos que intervienen en la regulación de la ingesta y del mantenimiento del peso corporal. En la homeostasis del peso corporal intervienen una serie de variados mecanismos tanto a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC), especialmente, del hipotálamo, como de los tejidos periféricos, especialmente, del adiposo. El descubrimiento de la producción de leptina por el tejido adiposo produjo un importante avance en el conocimiento de cómo una serie de péptidos de acción hormonal intervienen en la regulación del apetito y de la ingesta. En la actualidad sabemos que una serie de péptidos de diferentes orígenes regulan lo que se conoce con el nombre de sistemas Orexígeno y anorexígeno. (Anhalt, Speiser, Rudolf, 2005)²³

Tabla N°1: Sustancias implicadas en la regulación del apetito

Regulación del apetito en el corto y largo plazo	
Aumentan el apetito (orexígenas)	Disminuyen el apetito (anorexígenas)
Neuropéptido Y (NPY)	Insulina
Péptido relacionado con la proteína Agouti (AGRP)	Leptina
Hormona concentradora de melanina (HCM)	Hormona melanocitoestimulante alfa (α -MSH)
Ghrelina	GPL-1
Glucocorticoides	Colecistocinina (CCK)
Andrógenos	Serotonina
Noradrenalina	Péptido inhibidor gástrico
	Somatostatina

Fuente: Adaptado de *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* (2005)

La leptina es producida por el gen *ob* y es expresada en tejido adiposo, músculo esquelético; se encuentra aumentada en individuos obesos y se relaciona con la cantidad de tejido adiposo. Denuncia cambios en la ingesta energética, indicando al hipotálamo en momentos de ayuno, aumentar la ingesta y restringir la actividad física.

La insulina inhibe la producción del Neuropéptido Y (NPY), estimulador del apetito; si sus receptores a nivel cerebral son bloqueados, se produce un aumento en la ingesta.

La serotonina reduce la ingesta, el tamaño de las porciones y duración de las comidas.

²³ Este consenso internacional surge con la necesidad de explorar la evidencia disponible acerca de la obesidad infantil con el fin de plantear datos de la enfermedad, desarrollar recomendaciones y proveer una plataforma para poder generar acciones correctivas basadas en la prevención a futuro.

CAPÍTULO 1: ABORDANDO LA OBESIDAD

El NPY aumenta con el ayuno, restricción alimentaria y ejercicio.

La Ghrelina²⁴ aumenta antes de las comidas y con la restricción crónica de alimentos, incrementa el deseo de comer. Se eleva durante la pérdida de peso, inducido por la restricción calórica.

Wong-On, Murillo-Cuzza (2004)²⁵ afirman que es evidente que los factores genéticos son fundamentales en la patogenia de la obesidad. Los antecedentes familiares de obesidad son muy frecuentes en los pacientes obesos. Así, explican que si el padre y la madre son obesos, el 80% de los hijos lo serán también, mientras que solo presentan obesidad el 10% de los hijos cuyos padres no son obesos. Esto nos lleva a pensar que lo que se hereda en estas familias, más que las alteraciones metabólicas, son los hábitos alimentarios.

Como se menciona anteriormente, en el origen de la obesidad participan el aumento de la ingestión de calorías y la disminución del gasto energético. Esta alteración en el balance energético, en el cual la ingestión de energía en los alimentos excede el consumo energético por parte del organismo, provoca que el exceso se almacene como triglicéridos en el tejido adiposo. (Amell et al, 2007)²⁶

En función de la grasa corporal, podríamos definir como sujetos obesos a aquellos que presentan porcentajes de grasa corporal por encima de los valores considerados normales, que son del 12 al 20% en varones y del 20 al 30% en mujeres adultas. Aunque el Índice de Masa Corporal (IMC)²⁷, definido por Quetelet²⁸ como el peso de un adulto dividido por el cuadrado de la estatura, no es un excelente indicador de adiposidad en deportistas y ancianos, es el índice más utilizado por la mayoría de los estudios epidemiológicos y el recomendado por diferentes sociedades médicas y organizaciones de salud internacionales para el uso clínico, dadas su reproducibilidad, facilidad de utilización y capacidad de reflejar la adiposidad en la mayoría de la población.

²⁴ La Ghrelina es una hormona sintetizada fundamentalmente por el estómago; además de estimular la secreción de la hormona del crecimiento en la hipófisis, favorece la regulación del metabolismo energético.

²⁵ Para ampliar la información se sugiere la lectura de "*Fundamentos fisiopatológicos de la obesidad y su relación con el ejercicio*" de Manuel Wong-On, Gerardo Murrillo-Cuzza, Acta médica Costarricense. San José, Octubre 2004.

²⁶ En este estudio los autores plantean el uso de fármacos como herramienta empleada en asociación con la modificación en la conducta, dieta y ejercicio en la población de adultos. Se clasifican en aquellos que reducen la ingesta de alimentos (agentes noradrenérgicos, serotoninérgicos y duales), disminuyen la absorción (orlistat), y los que incrementan la termogénesis (efedrina y cafeína).

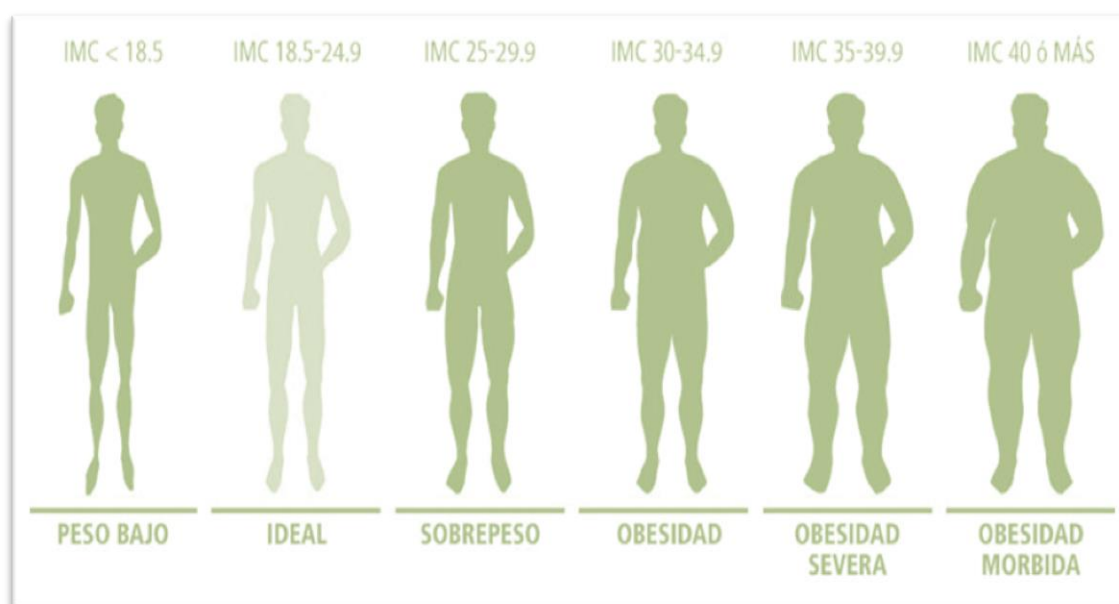
²⁷ IMC tiene buena correlación con la grasa corporal pero no discrimina tipo de grasa ni distribución.

²⁸ Lambert Adolphe Jacques Quetelet fue un astrónomo y naturalista belga, matemático, sociólogo y estadístico.

CAPÍTULO 1: ABORDANDO LA OBESIDAD

La OMS²⁹ considera que existe obesidad cuando el IMC es ≥ 30 kg/m², y obesidad mórbida cuando el IMC es ≥ 40 kg/m². Actualmente la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), define dos categorías dividiendo en obesidad mórbida el IMC de 40-49,9 kg/m² y superobesidad mórbida cuando el IMC es ≥ 50 kg/m², ya que desde el punto de vista quirúrgico tiene implicaciones a la hora de seleccionar la técnica adecuada. (SEEDO, 2007)³⁰

Imagen N°3: Clasificación de la obesidad según el IMC



Fuente: Adaptado de SEEDO (2007)

Según la Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas (2003)³¹, la obesidad no sólo depende de la adiposidad total sino también de su distribución.

Vague (1947)³², clasifica a la obesidad según el predominio hormonal en androide y ginoide. La obesidad de tipo androide se asocia con un aumento del riesgo a desarrollar

²⁹ Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares (cardiopatía y accidente cerebrovascular), diabetes, trastornos en el aparato locomotor (osteoartritis) y algunos cánceres (endometrio, mama y colon).

³⁰ El Consenso SEEDO pretende actualizar las bases para poder identificar fácilmente y evaluar al paciente que presenta sobrepeso u obesidad; proporcionar al médico, al personal sanitario y a las instituciones de salud pública pautas basadas en la evidencia para la evaluación y tratamiento del sobrepeso y la obesidad; y estimular a los proveedores y gestores de salud para que se comprometan en el cuidado de los pacientes que presentan obesidad.

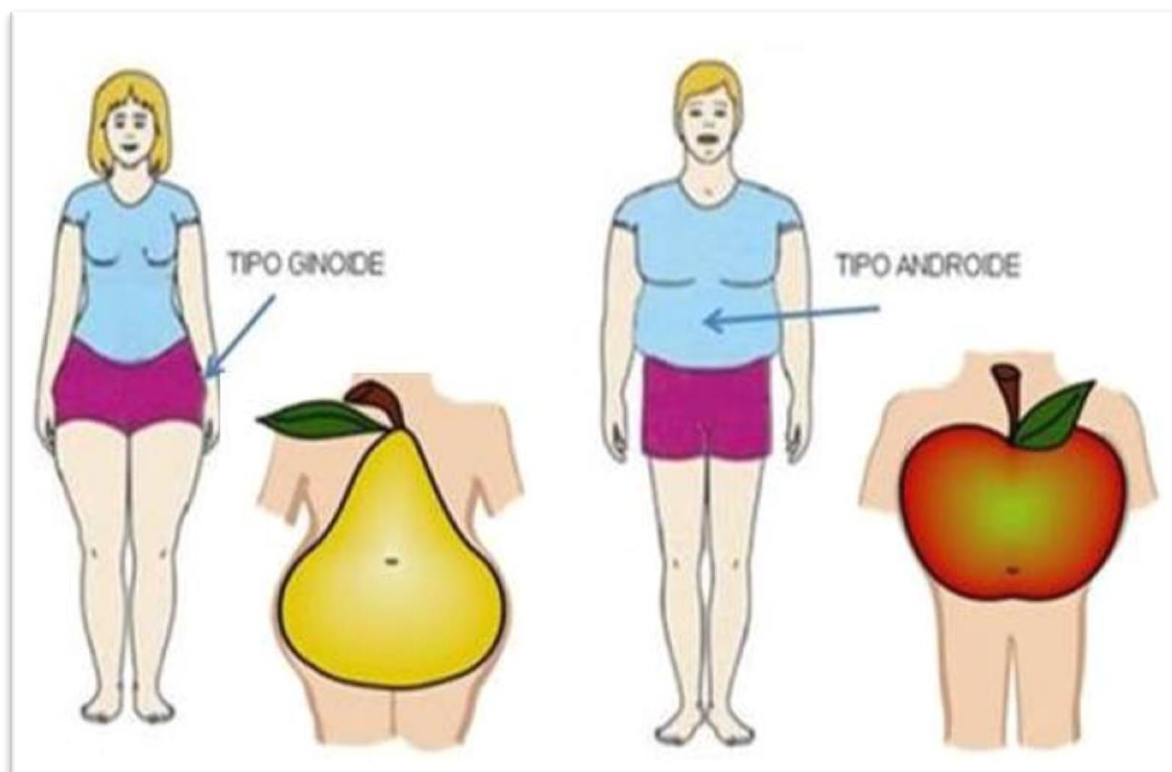
³¹ El exceso de grasa abdominal o central representa un mayor riesgo para la salud que la acumulación en la zona gluteofemoral.

³² Para determinar la obesidad de tipo androide se utiliza el Índice de Cintura Cadera cuyos valores normales son $>0,8$ en mujeres y 1 en hombres. También la circunferencia de cintura correlaciona con

CAPÍTULO 1: ABORDANDO LA OBESIDAD

diabetes tipo 2, aterosclerosis, hiperuricemia³³ e hiperlipidemia³⁴. Se caracteriza por presentar tejido adiposo en la mitad superior del cuerpo, es decir, cuello, hombros y sector superior del abdomen; mientras que la obesidad de tipo ginoide se caracteriza por presentar adiposidad en glúteos, caderas, muslos y mitad inferior del cuerpo. (Braguinsky, 2007)³⁵

Imagen N°4: Clasificación de la obesidad según la distribución del tejido adiposo



Fuente: Adaptado de www.blog-medico.com.ar

La obesidad es un factor predictivo de muerte prematura, aunque en gran parte su trascendencia sanitaria radica en su asociación con un conjunto de situaciones clínicas, conocidas comúnmente como comorbilidades, es decir, enfermedades que aparecen o se complican con la obesidad mórbida y que se mejoran o se curan con la pérdida sustancial

el riesgo cardiovascular siendo de riesgo muy aumentado un valor >102 cm en el varón y ≥ 88 cm en la mujer.

³³ La hiperuricemia es el aumento de la concentración del ácido úrico en sangre. Inicialmente puede ser asintomática pero puede desencadenar en gota aguda o crónica al depositarse en las articulaciones, manifestándose con dolor articular, inflamación e impotencia funcional.

³⁴ La hiperlipidemia consiste en la presencia de lípidos elevados en sangre. Es un desajuste metabólico que puede desencadenar en enfermedades cardiovasculares.

³⁵ Desde el punto de vista metabólico, en el tipo "ginoide", los depósitos de grasa tienen una dinámica lenta con movilización retardada de los lípidos; en cambio, los depósitos de grasa en la obesidad "androide" son fácilmente removibles.

CAPÍTULO 1: ABORDANDO LA OBESIDAD

de peso. Se pueden mencionar a la diabetes mellitus tipo 2³⁶, la hipertensión arterial³⁷, la dislipemia³⁸, la enfermedad cardiovascular y el síndrome metabólico³⁹. A su vez, la obesidad, aumenta la predisposición a sufrir con mayor frecuencia otras enfermedades, entre las que se destacan: litiasis biliar y esteatohepatitis no alcohólica, reflujo gastroesofágico, hipoventilación pulmonar y síndrome de apnea del sueño, insuficiencia venosa periférica, disminución de la testosterona sérica en varones, síndrome de anovulación-hiperandrogenismo en mujeres, infertilidad, hiperuricemia y gota y enfermedades osteoarticulares. (Gil Hernández, 2010)⁴⁰

López Alvarenga & Gonzáles García (2001), afirman que

*“los incrementos de peso durante la edad adulta y que continúan durante varios años, son los que producen mayores efectos adversos”*⁴¹

El peso en la adolescencia puede influir sobre la manifestación de algunas enfermedades en la edad adulta, incluso en forma independiente del peso alcanzado en la madurez. La obesidad en la adolescencia se asocia a mayor mortalidad general, enfermedad vascular cerebral, infarto de miocardio y cáncer de colon. (López Alvarenga & Gonzales García, 2001)⁴²

La mortalidad empieza a aumentar cuando el IMC supera los 25 kg/m². El riesgo de mortalidad se duplica a partir de un IMC de 35 respecto al normopeso, siguiendo desde entonces una relación lineal, en “U” o en “J”. (Braguinsky, 2007)⁴³

³⁶ El 80% de los pacientes diabéticos presentan sobrepeso u obesidad. El riesgo de presentar diabetes mellitus tipo 2 aumenta progresivamente a medida que aumenta el IMC, siendo 40 veces mayor para las personas con IMC > 35kg/m² que para aquellos con un IMC < 23kg/m².

³⁷ La prevalencia de HTA en obesos puede llegar a ser del 25-50%, y el riesgo de padecerla se correlaciona bien con el exceso de peso, siendo reversible a medida que se produce una pérdida ponderal.

³⁸ El perfil lipídico más frecuente encontrado en la obesidad se caracteriza fundamentalmente por aumento de los triglicéridos y por una disminución del HDL-C.

³⁹ El síndrome metabólico o síndrome “X” es la suma de diversas anomalías metabólicas, cada una de las cuales es un factor independiente de enfermedad cardiovascular y diabetes, y que juntas tienen efecto sinérgico.

⁴⁰ El individuo obeso presenta un riesgo quirúrgico superior debido a la mayor frecuencia de insuficiencia respiratoria, tromboembolia, infecciones y otras complicaciones postoperatorias.

⁴¹ Hombres con el 20% por encima del peso deseable muestran un incremento del 20% en la probabilidad de muerte por todas las causas, 25% en la mortalidad por enfermedad coronaria, 10% por accidentes cerebrovasculares, dos veces el riesgo de padecer diabetes y 40% de enfermedades de la vesícula biliar.

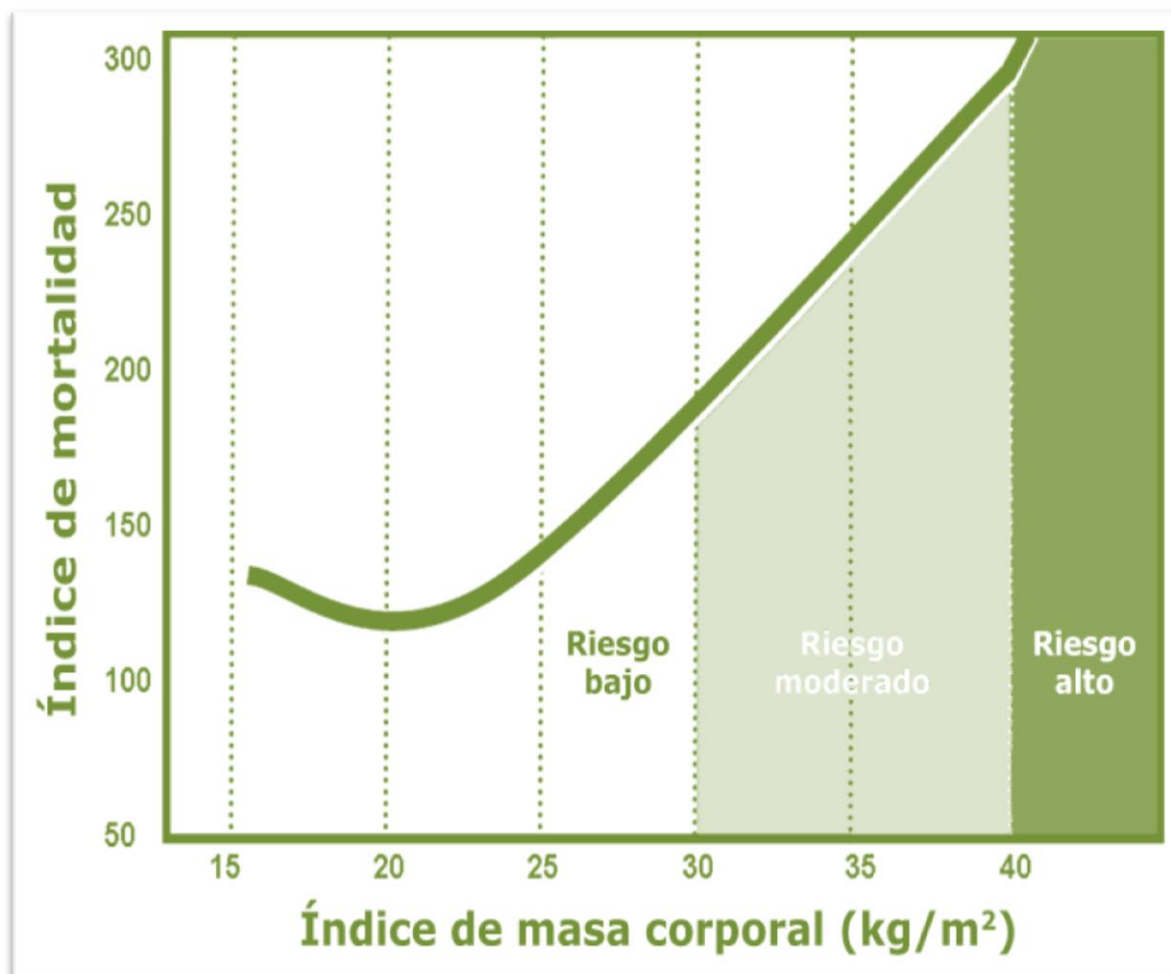
⁴² Un estudio realizado en 500 mexicanos, muestra que los pacientes con sobrepeso mayor al 75% tienen más probabilidad de haber iniciado la obesidad en la infancia, en cambio, los que tienen sobrepeso entre 25 y 75%, lo iniciaron en la edad adulta.

⁴³ El riesgo de mortalidad dependerá especialmente del exceso de peso, la distribución de la grasa corporal, la presencia de factores de riesgo cardiovascular y otras comorbilidades.

CAPÍTULO 1: ABORDANDO LA OBESIDAD

El incremento de mortalidad relacionado con el sobrepeso ha sido demostrado por Lew⁴⁴, quien tras 12 años de seguimiento de 336.442 hombres y 419.060 mujeres, encontró que con un incremento del 50% sobre el peso medio teórico, se duplicaba el riesgo de mortalidad. En diabéticos, dicho riesgo aumentaba cinco veces en hombres y ocho veces en mujeres.

Imagen N°5: Relación entre el IMC y el riesgo de mortalidad



Fuente: Adaptado de *Obesidad: Saberes y conflictos*, Braguinsky (2007)

A largo plazo, los tratamientos dietéticos, pueden tener resultados desalentadores sobre todo en pacientes con obesidad mórbida, ya que la totalidad de los que han intentado perder peso, vuelven a recuperarlo en un plazo inferior a 5 años.

⁴⁴ Para ampliar la información se recomienda la lectura de: *"Variations un mortality by weight among 750000 men and women"* de Lew EA, Garkintel L, Chronic Dis, 1979

CAPÍTULO 1: ABORDANDO LA OBESIDAD

Para establecer un abordaje terapéutico eficaz, es necesario que la población en general y los distintos colectivos políticos y sanitarios consideren a la obesidad como una enfermedad crónica y no como un problema estético circunstancial.

Garrow (1992)⁴⁵ afirma que:

“la mayoría de los obesos que comienzan un tratamiento dietético lo abandonan; la mayoría de los que continúan, no pierden peso; y la mayoría de los que logran perderlo, vuelven a recuperarlo”

⁴⁵ El tratamiento dietético junto a modificaciones en el estilo de vida, ejercicio y terapia conductual, así como el tratamiento con fármacos, consiguen pérdidas de peso alrededor del 10% a medio plazo, contribuyendo a mejorar algunas de las comorbilidades asociadas a la obesidad.

Capítulo 2:

Tratamiento de la obesidad



CAPÍTULO 2: TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

El tratamiento de la obesidad es muy complejo, siendo el porcentaje de fracasos y recaídas muy elevado. La razón de estos fracasos está determinada, en parte, por el tipo de tratamiento que normalmente se ofrece y, que en la mayoría de los casos, se intenta resolver el problema teniendo en cuenta solo la parte nutricional, sin darle importancia al componente emocional, el estilo de vida y al entorno familiar y social del paciente. (García Reyna, 2010) ⁴⁶

Según Braguinsky (2007)⁴⁷,

“el objetivo del tratamiento nutricional de la obesidad debe estar focalizado en la búsqueda del mejor peso posible en el contexto de la salud integral, es decir, que los tratamientos sean juzgados más por sus efectos en la salud y bienestar de los pacientes que por sus efectos sólo en la pérdida de peso.”

Se ha demostrado que una reducción del 10% del peso corporal mejora el control glucémico, reduce la presión arterial y los niveles de colesterol sanguíneo. Se estima que por cada un 1% de reducción del peso, se reduce en 1 y 2 mmHg la presión sistólica y la diastólica respectivamente; el colesterol LDL disminuye un 1% por cada kilo de peso perdido. A su vez, la disminución del peso corporal tiene beneficios sobre la condición psicológica del paciente y mejora su calidad de vida. (Cuevas & Reyes, 2005)⁴⁸

El tratamiento dietético no debe basarse solamente en la restricción calórica, sino que debe realizarse una dieta saludable que prevenga los trastornos metabólicos y optimice el balance energético. Debe considerarse, además del aporte calórico, el tipo de alimentos, las combinaciones y los horarios en que son ingeridos. Los alimentos y preparaciones con alto índice glucémico (IG), es decir con un IG > 90, favorecen el hiperinsulinismo y la formación de tejido adiposo, en tanto que una alimentación con bajos índices glucémicos, IG < 70, mejora el perfil lipídico y la hemoglobina glucosilada⁴⁹ en pacientes diabéticos. Las

⁴⁶ El tratamiento de la obesidad debe plantearse desde el abordaje multidisciplinario en el que nutricionistas, psicólogos y médicos actúen en forma conjunta y coordinada.

⁴⁷ Braguinsky recomienda reducir del 8% al 15% del peso inicial y mantener esta pérdida entre 1 y 2 años.

⁴⁸ Por cada 9 pacientes diabéticos que bajan al menos un 5% de su peso corporal, uno de ellos podrá suspender su tratamiento con hipoglucemiantes.

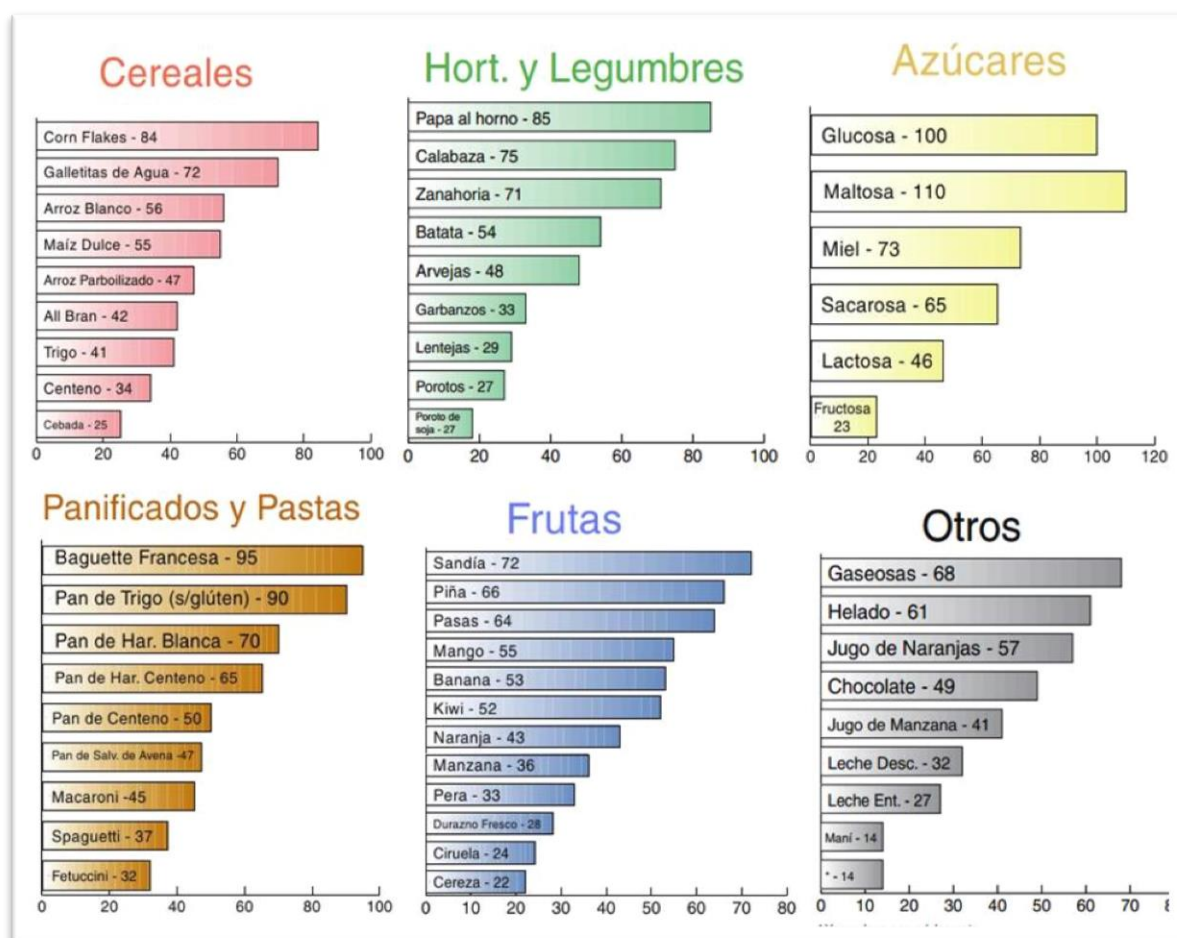
⁴⁹ Según la OMS, la prueba de la hemoglobina glucosilada (HbA1C) se practica para conocer aproximadamente el control metabólico del azúcar sanguíneo en los 2 o 3 meses precedentes, a fin de orientar las decisiones de tratamiento.

CAPÍTULO 2: TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

harinas blancas, las masas en general y muchos productos elaborados con gran contenido de grasas saturadas tienen altos índices glucémicos. (Burrows, 2000)⁵⁰

Algunos estudios realizados señalan que los hidratos de carbono de bajo índice glucémico y la ingesta de fibra podrían retrasar el hambre y la disminución de la ingesta energética posterior, en comparación con los alimentos de alto índice glucémico. (Rodota & Castro, 2012)⁵¹

Imagen N°6 Índice glucémico de los alimentos



Fuente: Adaptado de www.nutriinfo.com.ar

La obesidad como enfermedad crónica, no se manifiesta como una patología puramente biológica, sino que se ve entremezclada con diferentes rasgos psicológicos que influyen en la conducta de los pacientes obesos. Para lograr que el paciente obeso alcance

⁵⁰ El Índice Glucémico (IG) fue propuesto por el Dr. David Jenkins en 1981. Constituye una herramienta útil para determinar hasta qué punto un alimento genera un aumento de la glucosa en sangre, es decir, permite clasificar a los alimentos según la respuesta glucémica posprandial.

⁵¹ En las dietas bajas en hidratos de carbono y que contienen cantidades relativamente altas de proteínas, el incremento inicial de β -hidroxibutirato en la circulación sanguínea puede suprimir el apetito y provocar la saciedad, motivo por el cual se puede conseguir una pérdida de peso de entre 1 y 2 kilos en la primera semana de la dieta.

CAPÍTULO 2: TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

el éxito en el tratamiento de descenso de peso, es necesario trabajar interdisciplinariamente. El trabajo interdisciplinario hace referencia a la posibilidad de intercambio de saberes y supone la necesaria convivencia en espacio y tiempo de los diferentes profesionales a los fines de pensar juntos sobre aquello que los convoca, articulando los saberes propios de cada uno para entre todos diseñar estrategias de acción para cada caso. Cuando esto sea posible, el trabajo interdisciplinario puede generar: confección conjunta de criterios diagnóstico, encuentros para la reflexión, reuniones de planificación de actividades de promoción y protección de salud, atención de pacientes en conjunto y espacios para la discusión de cada especialidad. (Braguinsky, 2007)⁵²

El tratamiento de la obesidad implica la modificación de las conductas alimentarias como así también la adherencia, persistencia y mantenimiento en el tiempo por parte del paciente. Es fundamental pautar objetivos acordes a cada paciente. En cuanto a lo alimentario, los autores afirman que la ingesta excesiva de calorías de cualquier fuente, asociada a un estilo de vida sedentario, provoca un aumento de peso y obesidad. Por lo tanto, el objetivo de la terapia dietética será reducir la ingesta calórica de los alimentos. Para ello existen diversos planes alimentarios entre los cuales podemos mencionar el plan alimentario de balance negativo, plan alimentario bajo en calorías, plan alimentario muy bajo en calorías, plan alimentario alto en proteínas y plan alimentario bajo en grasas (Rodota & Castro, 2012)⁵³

Tabla N°2: Influencia de diferentes dietas sobre la pérdida de peso

Tipo de dieta	Semanas	Pérdida de peso (Kg)	Disminución de Circunferencia de Cintura (cm)
Baja en Calorías (800-1200 kcal)	14	7-13	10
Muy baja en calorías (400 - 800 kcal)	2	4-5	-
Alta en proteínas (30%)	12	7-9,5	8-9
Baja en grasas (20%)	24	5-6,5	6-7

Fuente: Adaptado de Nutrición Clínica y Dietoterápica, Rodota & Castro (2012)

⁵² Es importante aclarar que, trabajo en equipo y equipo de trabajo no son sinónimos. El funcionamiento fragmentado de un equipo de salud genera una atención de pacientes fragmentada y de menor eficiencia. La comunicación eficaz entre profesionales y con el paciente es clave para un abordaje integral.

⁵³ Las personas con IMC>35 kg/m² requieren un déficit de 500 a 1000 kcal/día para inducir una rápida pérdida de peso.

CAPÍTULO 2: TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Rodota & Castro (2012)⁵⁴ explican que un plan alimentario de balance negativo es aquel con un perfil balanceado de alimentos y nutrientes, similar al recomendado para la población en general. A su vez afirman que la reducción de 300 a 500 kcal/día es lo más adecuado, teniendo en cuenta el recuento calórico del paciente, el cual surge de un registro alimentario⁵⁵ de 3 a 7 días. La adherencia en este tipo de dietas se facilita ya que son mínimos los cambios en los hábitos alimentarios que el paciente debe realizar, fundamentalmente se disminuirá el consumo de alimentos con grasas y azúcares.

Imagen N°7: Guías Alimentarias para la población Argentina



Fuente: Ministerio de Salud

⁵⁴ Los hombres pierden más peso que las mujeres de la misma altura y peso cuando se someten a cualquier plan alimentario hipocalórico, debido a que tienen en su composición corporal mayor porcentaje de masa magra y, por lo tanto, mayor gasto energético.

⁵⁵ Es aquel en el cual el paciente deberá registrar todos los alimentos que consume tanto en el hogar como fuera del mismo, incluyendo bebidas, ingredientes de cada una de las preparaciones, método de cocción y, si es posible, anotar las marcas comerciales que recuerde. Este tipo de registros puede realizarse durante un periodo determinado de tiempo entre 1 a 5 o 7 días.

CAPÍTULO 2: TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Braguinsky (2007)⁵⁶ afirma que un plan alimentario que aporta entre 900 y 1200 kcal/día cumple con los requerimientos de proteínas de alto valor biológico, vitaminas y minerales, aunque a veces sea necesario suplementar estos últimos. Además sostiene que estos planes son aceptablemente seguros y favorables en una primera etapa de tratamiento, momento en el cual el paciente se encuentra, por lo general, con gran motivación para realizarlo.

Alrededor de 30 estudios demostraron que las dietas bajas en calorías que aportan entre 1000 y 1500 kcal/día producen una pérdida de peso de entre el 8 y 10% sobre el peso inicial en un período de tiempo de entre 16 a 26 semanas de tratamiento. (Rubio Herrera, 2005)⁵⁷

Según Gorrotxategi & Otros (2014)⁵⁸ una herramienta muy utilizada en la actualidad para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad es la Entrevista Motivacional (EM).

El método clínico de EM fue descrito por primera vez en 1983, como una intervención breve en problemas de alcoholismo. Años más tarde, 1990, se la comenzó a utilizar en otros problemas de salud, en particular en enfermedades crónicas. La EM fue estructurada como tal en el año 1991 por William Miller y Stephen Rollnick. Hoy en día es utilizada para un amplio espectro de condiciones que abarca problemas cardiovasculares, diabetes, hipertensión, abuso de drogas o alcohol, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, adherencia a la medicación, adicción al juego, prevención y tratamiento de infecciones por HIV, trastornos alimentarios, cuidados odontológicos, conducta sexual, tratamiento del dolor, violencia doméstica, entre otros. (Facchini, 2014)⁵⁹

La Entrevista Motivacional integra una variedad de fuentes como el modelo centrado en el paciente de Carl Rogers⁶⁰, Modelo Humanista; la Terapia Cognitiva⁶¹; la Teoría de

⁵⁶ Los planes alimentarios bajos en calorías también son utilizados para el tratamiento de diabéticos tipo 2 de difícil compensación, dislipémicos, hipertensos o con alguna cardiopatía severa, como por ejemplo hipertrofia del ventrículo izquierdo.

⁵⁷ Una disminución de un 10% de la energía procedente de la grasa produce una disminución de 16 gramos de peso por día.

⁵⁸ Definen a la Entrevista Motivacional como una técnica en la cual el profesional de la salud se convierte en un acompañante en el proceso de cambio y expresa la aceptación de su paciente.

⁵⁹ La autora afirma que sólo a partir del momento en que el paciente tome la decisión y el compromiso de iniciar un proceso terapéutico y se haga responsable del mismo, podrá llevar a cabo acciones realistas que produzcan cambios en su conducta y no quedar atrapado en la repetición.

⁶⁰ En el modelo de abordaje interpersonal centrado en el paciente de Rogers, el profesional tratante debe presentar tres características básicas: empatía, calidez no posesiva y autenticidad. Estas proporcionan una atmósfera ideal para generar el proceso de cambio, es decir, crear un ambiente donde el paciente pueda rever o analizar sus experiencias de una manera abierta, sin ser juzgado y encontrar soluciones para sus propios problemas.

⁶¹ La terapia cognitiva o terapia cognitiva conductual, es una forma de intervención psicoterapéutica en la que se destaca de forma prominente la reestructuración cognitiva y la promoción de una alianza terapéutica colaborativa. La reestructuración cognitiva consiste fundamentalmente en cambiar los pensamientos distorsionados, por maneras más adecuadas de pensar y actuar.

CAPÍTULO 2: TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Sistemas⁶²; el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Di Clemente. (Facchini, 2014)⁶³

Según Miller podemos definir a la EM como,

“un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente, que busca explorar y resolver las ambivalencias frente al cambio de conductas inadecuadas, e intenta promover cambios hacia estilos de vida más saludables.” (Hetteima & Otros, 2008)⁶⁴

A partir de Prochaska y Di Clemente (1984), el proceso de cambio se ha conceptualizado como una secuencia de etapas a través de las cuales las personas transitan mientras consideran, comienzan y sostienen un nuevo comportamiento.

Con relación a la obesidad, para que un tratamiento sea exitoso a largo plazo deben producirse cambios en las conductas del paciente. Las personas que deben cambiar no siempre se encuentran con la misma predisposición, es decir, que el paciente va transitando por las distintas etapas que a continuación se describen.

En la etapa de Precontemplación, la persona no considera que tenga un problema en su conducta que requiera de un cambio, o se siente incapaz de modificarla. En esta etapa la persona no está pensando en cambiar en un futuro inmediato. Las diversas causas por las cuales la persona no piensa seriamente en cambiar pueden ser por falta de información sobre las consecuencias de no realizar un cambio, por falta de confianza acerca de su capacidad de cambiar, porque prefieren no pensar, por estar a la defensiva y por resistencia a las presiones externas. Generalmente las personas que se encuentran en esta etapa concurren a la consulta por presiones del medio más que por una motivación propia, por lo cual lo importante es lograr fortalecer el vínculo paciente-profesional para poder cumplir con el objetivo principal de esta etapa que es lograr que el paciente comience a pensar en cambiar. (Rodota & Castro, 2012)⁶⁵

⁶² En la teoría general de sistemas o “sistémica”, tanto la enfermedad como la cura, pasan por comprender al individuo en sus relaciones con el todo social (pareja, familia, amistades, etc).

⁶³ La autora resalta que la EM representa un cambio paradigmático ya que ofrece una mayor comprensión de la naturaleza de la motivación por parte del paciente y del profesional tratante, buscando promover y mantener un cambio positivo en la conducta.

⁶⁴ La ambivalencia es un estado en el cual el individuo tiene sentimientos contrapuestos en relación a una misma cosa.

⁶⁵ Los autores sostienen que mediante la utilización de la EM se puede brindar al paciente otra perspectiva, como si fuera un espejo, es decir, la posibilidad de verse desde afuera de su propio marco de referencia, siendo el paciente capaz de ver las consecuencias de su conducta desde la perspectiva de un observador.

CAPÍTULO 2: TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Por diferentes motivos se puede avanzar a la siguiente etapa, la de Contemplación, en la cual la persona comienza a reconocer ciertas preocupaciones. Considera la posibilidad de realizar un cambio antes de los próximos 6 meses, es decir, está pensando en cambiar en un futuro próximo pero todavía no pasa a la acción. Sin embargo, está menos a la defensiva y más abierta al feedback y a la información. El objetivo principal en esta etapa será lograr que el paciente examine los beneficios y las barreras para lograr el cambio. (Facchini, 2014)⁶⁶

En la siguiente etapa, preparación para la acción, el individuo ha valorado que los beneficios de cambiar superan a los perjuicios, pero aunque se haya decidido a iniciar el cambio la ambivalencia no suele estar totalmente resuelta. Existe una mayor motivación, la persona se propone el cambio y planea hacerlo en un futuro cercano, pero aún está considerando qué hacer o comienza a dar pequeños pasos preparatorios. En esta etapa el profesional tratante podrá clarificar y/o negociar los objetivos que se propone el paciente y los medios para lograrlo, ofrecer diferentes alternativas de tratamiento, brindar información que el paciente requiera, negociar un plan de cambio e identificar y reducir las barreras que puedan presentarse. (Facchini, 2014)⁶⁷

Durante la acción, la persona comienza a tomar activamente medidas para cambiar, pero aún no alcanza una etapa estable. La persona modifica conductas concretas en su vida cotidiana, el cambio se vuelve observable pero no es garantía que esto se conserve en el tiempo. En esta etapa se ayudará al paciente a identificar situaciones riesgosas y conjuntamente se diseñarán estrategias de afrontamiento a dichas situaciones. (Facchini, 2014)⁶⁸

La verdadera prueba del cambio, es un cambio a largo plazo, lográndolo sostener durante años. En la etapa de mantenimiento, el comportamiento nuevo se establece con mayor firmeza, y la amenaza de un regreso a las antiguas costumbres se vuelve menos frecuente y menos intensa.

Por último, el paciente puede enfrentarse a una etapa de recaída, la cual es importante tratarla como una etapa más de este proceso y no como un fracaso. Se tratará de evitar que la persona se desilusione y abandone el tratamiento, lo cual provocaría una salida del circuito. Se debe tener en cuenta que las recaídas son parte del proceso, que se puede aprender de las mismas y volver a la acción, lo cual mejora las posibilidades de tener

⁶⁶ Los abordajes motivacionales se asocian con un mayor compromiso con el tratamiento, logrando mejor adherencia, mejores resultados terapéuticos y mayor mantenimiento de los cambios logrados.

⁶⁷ La ambivalencia no es patológica, sino que es normal y habitual en los pacientes que están transitando por distintos estadios para poder lograr el cambio.

⁶⁸ Las estrategias de afrontamiento o coping, hacen referencia a los esfuerzos para hacer frente a las demandas internas y ambientales como así también a los conflictos entre ellas. Este proceso entra en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente.

CAPÍTULO 2: TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

éxito en el largo plazo. En esta etapa será fundamental explorar el significado de la recaída y ayudar al paciente a encontrar soluciones alternativas (Facchini, 2014)

Otro pilar fundamental para el tratamiento del sobrepeso y de la obesidad es la actividad física, definiéndola como,

“toda actividad corporal realizada o no en ocio, que deriva en un aumento del gasto energético en relación al reposo” (Braguinsky, 2007)⁶⁹

La actividad física regular protege contra el aumento de peso perjudicial, mientras que el modo de vida sedentario, en particular las ocupaciones sedentarias y el ocio inactivo, como ver la televisión, estar horas frente a la computadora y/o video juegos entre otros, lo favorecen. La recomendación de realizar diariamente al menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada pretende reducir las enfermedades cardiovasculares y la mortalidad global. (Moreno Esteban & Charro Salgado, 2006)⁷⁰

Tabla N°3: Actividad Física

Actividad Física	Tiempo (minutos por semana)	Resultados esperados
Intensidad Moderada	150 – 200	Prevención del aumento de peso Pérdida de peso moderada
Intensidad Moderada	>250	Pérdida de peso clínicamente significativa
Intensidad Moderada + moderada restricción calórica	150-250	Mejor logro en el descenso de peso

Fuente: Adaptado de *Nutrición Clínica y Dietoterapia* de Rodota & Castro, 2012

El ejercicio físico y la actividad son importantes componentes para lograr la pérdida de peso, especialmente para poder mantener ese descenso a largo plazo. En el año 2000 el *American College of Sports Medicine (ACSM)* publicó recomendaciones en las que indicaba un mínimo de 150 minutos por semana de actividad física moderada para los adultos con

⁶⁹ Actualmente más del 60% de la población mundial no llega a los 30 minutos de actividad física por día.

⁷⁰ En los sedentarios la masa magra se va degradando aproximadamente un 15 % entre la tercera y la octava década de la vida, lo cual contribuye a la reducción del metabolismo basal en las edades más avanzadas.

CAPÍTULO 2: TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

sobrepeso y obesidad para lograr mejorar la salud de los pacientes. Sin embargo, 200 a 300 minutos por semana fue la recomendación para lograr la pérdida de peso a largo plazo. (Rodota & Castro, 2012)⁷¹

En la primera etapa del plan de entrenamiento físico de un paciente con sobrepeso u obesidad, los objetivos se centran principalmente en aumentar la capacidad física del sujeto, independientemente de la repercusión inicial en la disminución del peso, además de elevar la tolerancia al esfuerzo, la cual se encuentra muy disminuida en el paciente obeso. (Moreno Esteban & Charro Salgado, 2006)⁷²

⁷¹ La realización de actividad física moderada (150 a 250 minutos por semana) puede ocasionar una pérdida aproximada de 2 a 3 kilos durante 16 a 52 semanas de tratamiento.

⁷² El ejercicio físico, además de inducir un aumento del gasto energético, aporta a la salud otros beneficios como son los descensos en las cifras tensionales sistólicas y diastólicas, la normalización de lípidos sanguíneos y la disminución de los triglicéridos a través de una mejora en la sensibilidad a la insulina.

Diseño Metodológico



DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio será transversal, se analizará el estado nutricional y se determinará la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente que concurre a la consulta con la Lic. en Nutrición en un momento dado. A su vez será cuantitativo ya que la recolección de los datos será uniforme para todos los casos; los datos serán obtenidos a través de la historia clínica, de la entrevista y encuesta que se le realizará al paciente. La muestra, de carácter no probabilística ha sido seleccionada por conveniencia y se estableció un total de 15 pacientes, de ambos sexos, con un IMC mayor o igual a 25, entre 40 y 75 años que concurren a un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata.

Las variables sujetas a estudio son:

- ✓ Sexo
 - ✓ Edad
 - ✓ Actividad Física
 - ✓ Ocupación
 - ✓ Estado nutricional
 - ✓ Riesgo cardiovascular
 - ✓ Comorbilidades
 - ✓ Hábitos alimentarios
 - ✓ Etapa de cambio
-
- ✓ **Sexo:** Femenino/Masculino

 - ✓ **Edad**

Definición conceptual: Tiempo que la persona ha vivido a contar desde la fecha de su nacimiento.

Definición operacional: Tiempo que la persona ha vivido a contar desde la fecha de su nacimiento; resta entre la fecha de la consulta y la fecha de nacimiento del paciente, el resultado se expresa en años y meses. El mismo es obtenido de la historia clínica del paciente y se registra en la grilla de observación.

- ✓ **Actividad Física**

Definición conceptual: Variedad de movimientos corporales planificados que realiza el ser humano durante un período de tiempo, obteniendo como resultado un

DISEÑO METODOLÓGICO

desgaste de energía, con fines profilácticos, estéticos, desempeño deportivo o rehabilitadores. (OMS)⁷³

Definición operacional: Variedad de movimientos corporales planificados que realiza el ser humano durante un período de tiempo, obteniendo como resultado un desgaste de energía, con fines profilácticos, estéticos, desempeño deportivo o rehabilitadores. El dato es obtenido mediante una encuesta al paciente, en la cual se indagará cuál es la actividad física que realiza el mismo. Se considera:

1. Natación
2. Caminata
3. Gimnasia
4. Bicicleta

✓ Ocupación

Definición conceptual: Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio u ocupación. (Belchí García FJ, 2012)⁷⁴

Definición operacional: Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio u ocupación. Se indagará la ocupación del paciente a través de una encuesta y se considera:

1. Ocupado
2. Desocupado
3. Jubilado o pensionado

✓ Estado nutricional

Definición conceptual: Conjunto de prácticas clínicas que permiten diagnosticar y evaluar el estado clínico nutricional de un individuo o de una población y controlar su evolución. (Girolami & Gonzáles Infantino , 2010)

Definición operacional: Conjunto de prácticas clínicas que permiten diagnosticar y evaluar el estado clínico nutricional de los pacientes que concurren a una consulta con la Lic. en Nutrición en un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata. Se evalúa a través

⁷³ Se podrá ampliar la información ingresando a [http:// www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/)

⁷⁴ Se podrá ampliar la información ingresando a: www.revistatog.com/num15/pdfs/original1.pdf

DISEÑO METODOLÓGICO

de indicadores antropométricos, peso y talla, los cuales al combinarse nos permiten obtener el Índice de Masa Corporal (IMC); la OMS define al IMC como un indicador que explica diferencias en la composición corporal al definir el nivel de corpulencia de acuerdo con la relación de peso a estatura. Se calcula mediante la división del peso en kilogramos sobre la altura al cuadrado en metros. Tiene buena correlación con la grasa corporal, aunque no discrimina tipo de grasa ni distribución, y es el indicador en el que la OMS basa su clasificación de obesidad:

BAJO PESO	IMC < 18,5
NORMAL	IMC entre 18,5 – 24,9
SOBREPESO	IMC entre 25 – 29,9
OBESIDAD GRADO I	IMC entre 30 – 34,9
OBESIDAD GRADO II	IMC entre 35 – 39,9
OBESIDAD GRADO III	IMC > 40 (OBESIDAD MÓRBIDA)

Fuente: OMS

Estos datos se obtienen durante la consulta del paciente, que concurre a un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata, con la nutricionista y se registran en la grilla de observación.

- **Peso**

Definición conceptual: Totalidad de la masa corporal reflejando la cantidad total de tejidos de muy distinto valor nutricional, como agua, masa grasa, masa magra; y consecuentemente, este indicador no permite evaluar las variaciones de un solo compartimento. (Girolami & Gonzáles Infantino , 2010)

Definición operacional: Totalidad de la masa corporal reflejando la cantidad total de tejidos de muy distinto valor nutricional en pacientes, que concurren a un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata. El peso es tomado en una balanza de palanca con capacidad de 200kg. La técnica utilizada en la medición se realiza con el paciente descalzo, con ropa liviana (remera y pantalón), parado en el centro de la plataforma de la balanza. Se tomará el peso durante la consulta con la nutricionista y se registrara en la grilla de observación.

DISEÑO METODOLÓGICO

○ Talla

Definición conceptual: Longitud de los huesos largos.

Definición operacional: Longitud de los huesos largos de personas que concurren a una consulta con la nutricionista en un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata. La medida se toma con un tallímetro colocado en la balanza del consultorio, perpendicular al piso, con tope movable y capacidad de hasta 2 metros. La técnica utilizada en la medición se realiza con el paciente descalzo, con ropa liviana (remera y pantalón), la cabeza derecha (plano de Frankfurt); talones juntos, en contacto con la pared al igual que las nalgas; piernas bien extendidas; las rodillas no deben estar dobladas; hombros rectos y los brazos relajados al costado del cuerpo; la cadera no debe estar inclinada. Se pide al paciente que realice una inspiración profunda y se estire haciéndoselo más alto posible. El tope móvil debe hacer contacto con la cabeza del paciente (parte más alta del cráneo). Se efectúa la lectura hasta el último centímetro completo. Los datos son expresados en metros y centímetros, utilizando dos decimales. Se toma la talla durante la consulta y se registra en la grilla de observación.

Imagen N° 8: Balanza de palanca con tallímetro



Fuente: www.grupograt.com

✓ Riesgo Cardiovascular

Definición conceptual: Probabilidad de los pacientes de sufrir una enfermedad vascular en el corazón.

Definición operacional: Probabilidad de los pacientes de sufrir una enfermedad vascular en el corazón. Se tomará la Circunferencia de Cintura utilizando un centímetro angosto y

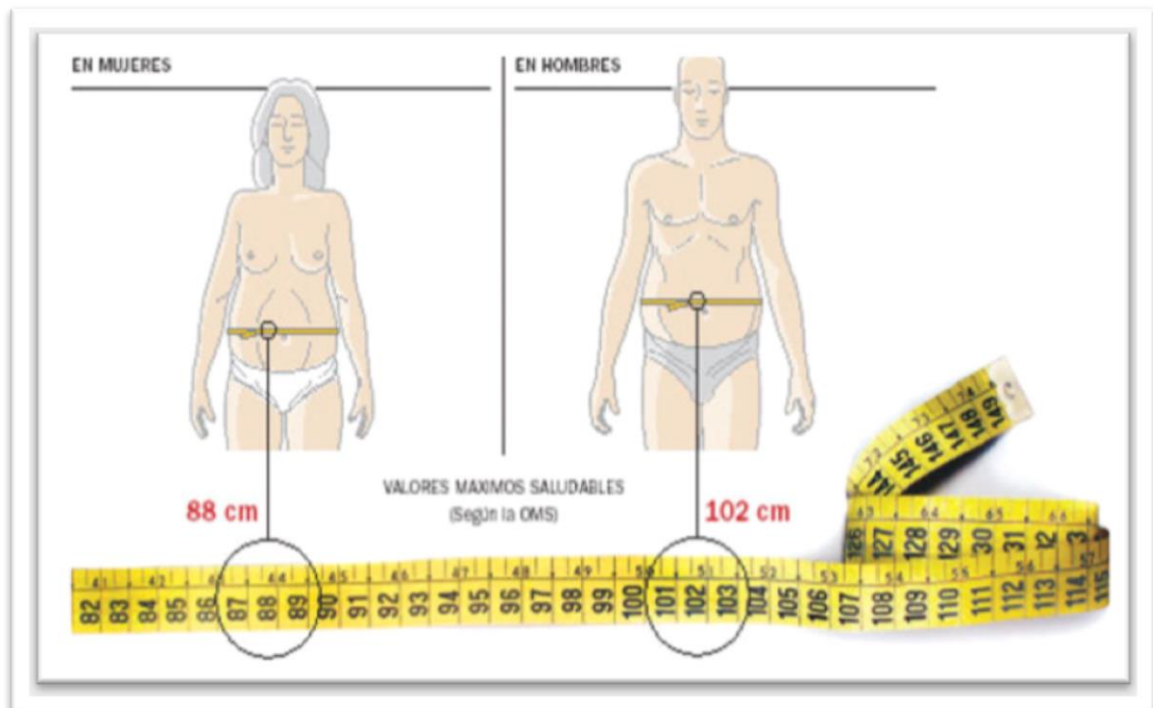
DISEÑO METODOLÓGICO

flexible teniendo en cuenta como punto de referencia el ombligo. La lectura se realiza en centímetros. La misma será tomada durante la consulta con la Lic. en Nutrición y se registrará en la grilla de observación. Según la OMS, teniendo en cuenta el sexo del paciente, podemos clasificar a los resultados en:

- **Con riesgo cardiovascular aumentado:**
 - Circunferencia de cintura > 80 cm en mujeres
 - Circunferencia de cintura >94 cm en varones

- **Con riesgo cardiovascular muy aumentado:**
 - Circunferencia de cintura >88 cm en mujeres
 - Circunferencia de cintura > 102 cm en varones

Imagen N°9: Circunferencia de cintura



Fuente: Adaptado de OMS

✓ **Comorbilidades**

Definición conceptual: Presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario.

DISEÑO METODOLÓGICO

Definición operacional: Presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario en pacientes que concurren al consultorio de la Lic. en Nutrición en un Instituto de Rehabilitación. Se considera:

1. Hipertensión Arterial
2. Dislipemia
3. Diabetes
4. Artrosis
5. Epec

✓ **Hábitos alimentarios**

Definición conceptual: Conjunto de costumbres a repetición que condicionan la forma sobre cómo los individuos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, influidas por la disponibilidad de estos, el nivel de educación alimentaria y el acceso al mismo.

Definición operacional: Conjunto de costumbres a repetición que condicionan la forma sobre cómo los individuos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, influidas por la disponibilidad de estos, el nivel de educación alimentaria y el acceso al mismo en los pacientes que concurren a una consulta con la nutricionista en un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata. Se plantea un conjunto de preguntas previamente redactadas, cuyo orden también se determina de manera tal que todas las entrevistas que forman parte de la investigación se realicen en forma idéntica. De este modo, los interrogantes son comparables y la variabilidad entre los sujetos puede atribuirse a variaciones reales en las respuestas y no al instrumento utilizado. Las preguntas son cerradas, por ende las respuestas que de ellos se obtengan son la expresión de las variables que se analizan y que pueden ser clasificadas de diversas maneras. Se indagará acerca de la distribución y horarios de las comidas dentro del día, número de comidas que realiza en el día, picoteo, comidas fuera del hogar, consumo de comidas rápidas, utilización de sal en las comidas, tamaño de las porciones y tipo de endulzantes utilizados.

✓ **Etapa de cambio**

Definición conceptual: Momentos que atraviesa el paciente en el proceso de cambio de una conducta problema a una que no lo es. (Prochaska & Diclemente, 1984)

DISEÑO METODOLÓGICO

Definición operacional: Momentos que atraviesa el paciente, que concurre a un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata, durante el proceso de cambio de una conducta problema a una que no lo es. Durante la consulta con la nutricionista se determina en qué etapa de cambio se encuentra el paciente a través de la utilización de un algoritmo, el resultado se registra en una grilla de observación.

- **Etapa de Precontemplación**

Definición conceptual: Etapa en la que el paciente no considera tener un problema en su conducta que requiera de un cambio, o se siente incapaz de modificarla; etapa en la que el paciente no está pensando en cambiar en un futuro inmediato. (Prochaska & Diclemente, 1984)

Definición operacional: Etapa en la que el paciente, que asiste al consultorio de la nutricionista de un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata, no considera tener un problema en su conducta que requiera de un cambio, o se siente incapaz de modificarla; etapa en la que el paciente no está pensando en cambiar en un futuro inmediato. Se medirá a través de un algoritmo basado en el Modelo Transteórico⁷⁵.

Imagen N°10 : Ciclo de las etapas de cambio



Fuente: Elaboración propia

- **Etapa de Contemplación**

Definición conceptual: Etapa en la que el paciente reconoce ciertas preocupaciones o asume tener determinados problemas. Empieza a considerar la posibilidad de realizar un cambio sin haber dado ningún paso aún. (Prochaska & Diclemente, 1984)

Definición operacional: Etapa en la que el paciente, que asiste al consultorio de la nutricionista de un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata, reconoce ciertas preocupaciones o asume tener determinados problemas. Empieza a considerar la

⁷⁵ El Modelo Transteórico del comportamiento en salud, fue llevado a cabo en 1979 por James Prochaska.

DISEÑO METODOLÓGICO

posibilidad de realizar un cambio sin haber dado ningún paso aún. Se medirá a través de un algoritmo basado en el Modelo Transteórico.

- **Etapa de Preparación para la acción**

Definición conceptual: Etapa en la que el paciente valora los beneficios de cambiar. Etapa en la cual hay mayor motivación, el paciente se propone el cambio y planea hacerlo en un futuro cercano. (Prochaska & Diclemente, 1984)

Definición operacional: Etapa en la que el paciente, que asiste al consultorio de la nutricionista de un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata, valora los beneficios de cambiar. Etapa en la cual hay mayor motivación, el paciente se propone el cambio y planea hacerlo en un futuro cercano. Se medirá a través de un algoritmo basado en el Modelo Transteórico.

- **Etapa de Acción**

Definición conceptual: Etapa en la que el paciente comienza a tomar activamente medidas para cambiar, pero aún no alcanza una etapa estable; etapa en la que el paciente modifica conductas concretas en su vida cotidiana; el cambio se vuelve observable. (Prochaska & Diclemente, 1984)

Definición operacional: Etapa en la que el paciente, que asiste al consultorio de la nutricionista de un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata, comienza a tomar activamente medidas para cambiar, pero aún no alcanza una etapa estable; etapa en la que el paciente modifica conductas concretas en su vida cotidiana; el cambio se vuelve observable. Se medirá a través de un algoritmo basado en el Modelo Transteórico.

- **Etapa de Mantenimiento**

Definición conceptual: Etapa que representa la verdadera prueba de cambio en el paciente obeso, es un cambio a largo plazo, sostenido durante años. (Prochaska & Diclemente, 1984)

Definición operacional: Etapa que representa la verdadera prueba de cambio en el paciente que asiste al consultorio de la nutricionista de un Instituto de Rehabilitación de la

DISEÑO METODOLÓGICO

ciudad de Mar del Plata; es un cambio a largo plazo, sostenido durante años. Se medirá a través de un algoritmo basado en el Modelo Transteórico.

- **Etapa de Recaída**

Definición conceptual: Etapa que forma parte del proceso de cambio, debe superarse para volver a la etapa de acción. (Prochaska & Diclemente, 1984)

Definición operacional: Etapa que forma parte del proceso de cambio del paciente que asiste al consultorio de la nutricionista de un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata, debe superarse para volver a la etapa de acción. Se medirá a través de un algoritmo basado en el Modelo Transteórico.

Se adjunta a continuación el consentimiento informado y la encuesta utilizada como instrumento de recolección de datos.

Mar del Plata, ___ de _____ del 2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la evaluación: Estado nutricional y etapa de cambio del paciente con sobrepeso y obesidad en rehabilitación.

Se me ha invitado a participar de la siguiente encuesta, explicándome que consiste en la realización de un cuestionario validado; la misma servirá de base a la presente tesis de grado sobre el tema arriba enunciado, que será presentado por Melisa Del Fiore, estudiante de la Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad FASTA. Dicho cuestionario consiste en una encuesta en la que contestaré una serie de preguntas, con una duración aproximada de 15 minutos. La misma no provocará ningún efecto adverso hacia mi persona, ni implicará algún gasto económico, pero contribuirá en el conocimiento de cómo se encuentra su estado nutricional y qué etapa de cambio está atravesando. Los resultados que se obtengan serán manejados en forma anónima. La firma de este consentimiento no significa la pérdida de ninguno de los derechos que legalmente me corresponden como sujeto de la investigación, de acuerdo a las leyes vigentes en la Argentina.

Yo _____ he recibido de la estudiante de Nutrición Melisa Del Fiore información clara y decido en mi plena satisfacción participar voluntariamente de la entrevista. Puedo abandonar la evaluación en cualquier momento sin que esto repercuta en mi persona.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ENCUESTA N°: _____

Sexo:

- Femenino
- Masculino

DISEÑO METODOLÓGICO

Edad: _____ años

Actividad Física:

- Si ¿Cuál? _____
- No

Trabaja:

- Si
 - Ocupado
 - Desocupado
 - Jubilado o pensionado
 - Otra situación: _____
- No

A) DATOS ANTROPOMÉTRICOS

- Peso actual (Kg) : _____
- Talla (Mts) : _____
- IMC: _____
- Diagnóstico:
 - Sobrepeso
 - Obesidad grado I
 - Obesidad grado II
- Circunferencia de cintura: _____ cm
- Riesgo Cardiovascular
 - Aumentado
 - Muy aumentado
- Comorbilidades:
 - HTA
 - DLP
 - DBT
 - EPOC
 - Otros _____

B) HÁBITOS ALIMENTARIOS

1. ¿Qué comidas realiza en el día? Marque con una "X" según corresponda:

	Siempre (7 días de la semana)	Casi siempre (5 – 6 días a la semana)	A veces (3-4 días a la semana)	Casi nunca (1-2 días a la semana)	Nunca (ningún día de la semana)
Desayuno					

DISEÑO METODOLÓGICO

Colación (media mañana)					
Almuerzo					
Merienda					
Colación (media tarde)					
Cena					

2. ¿Respetas los horarios de las comidas principales (almuerzo y cena)?

- Siempre (7 días a la semana)
- Casi siempre (5-6 días a la semana)
- A veces (3-4 días a la semana)
- Casi nunca (1-2 días a la semana)
- Nunca (ningún día de la semana)

3. ¿Picotea entre comidas?

SI En caso afirmativo, ¿Qué alimentos consume principalmente?

- Pan
- Galletitas
- Facturas
- Tortas
- Chocolates
- Golosinas
- Otros: _____

NO

4. ¿Habitualmente, repite el plato en alguna de las comidas principales (almuerzo y cena)?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

¿En cuál / cuáles?

- Almuerzo
- Cena

DISEÑO METODOLÓGICO

5. ¿Realiza alguna de las comidas principales (almuerzo y cena) fuera del hogar?

Sí

¿Cuál?

Almuerzo

Cena

¿Qué consume?

Delivery

Comidas preparadas en el hogar

Viandas saludables

Otros

No

6. ¿Con qué frecuencia consume comidas rápidas como milanesas fritas, papas fritas, hamburguesas, pizzas, empanadas y otras?

Todos los días

5 ó 6 veces por semana

3 ó 4 veces por semana

1 ó 2 veces por semana

Cada 15 días

Menos de 1 vez por semana

1 vez por mes

Nunca

7. ¿Cocina con sal?

Sí En caso afirmativo, ¿En la mesa agrega sal a las comidas?

Sí

No

No

8. ¿Qué utiliza para endulzar infusiones? (café, té, mate)

Azúcar

Edulcorante

Nada

Otros: _____

DISEÑO METODOLÓGICO

C) ETAPA DE CAMBIO

1.

- a) ¿Ha intentado hacer elecciones más saludables en su alimentación en los últimos 3 meses?
- SI → pase a la pregunta b
 - NO → pase a la pregunta c
- b) ¿Ha estado cumpliendo el plan de alimentación saludable y las recomendaciones dietéticas dadas por la nutricionista por más de 3 meses?
- SI → pase al inciso 2
 - NO → pase al inciso 2
- c) ¿Pretende intentarlo en el próximo mes?
- SI → pase al inciso 2
 - NO → pase a la pregunta d
- d) ¿Pretende intentarlo en los próximos 3 meses?
- SI
 - NO

2.

- e) ¿Ha intentado realizar algún tipo de actividad física programada en los últimos 3 meses?
- SI → pase a la pregunta f
 - NO → pase a la pregunta g
- f) ¿Ha estado realizando dicha actividad física por más de 3 meses?
- SI → FIN DE LA ENCUESTA. ¡MUCHAS GRACIAS!
 - NO → FIN DE LA ENCUESTA. ¡MUCHAS GRACIAS!
- g) ¿Pretende intentarlo en el próximo mes?
- SI → FIN DE LA ENCUESTA. ¡MUCHAS GRACIAS!
 - NO → pase a la pregunta h
- h) ¿Pretende intentarlo en los próximos 3 meses?
- SI
 - NO

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!

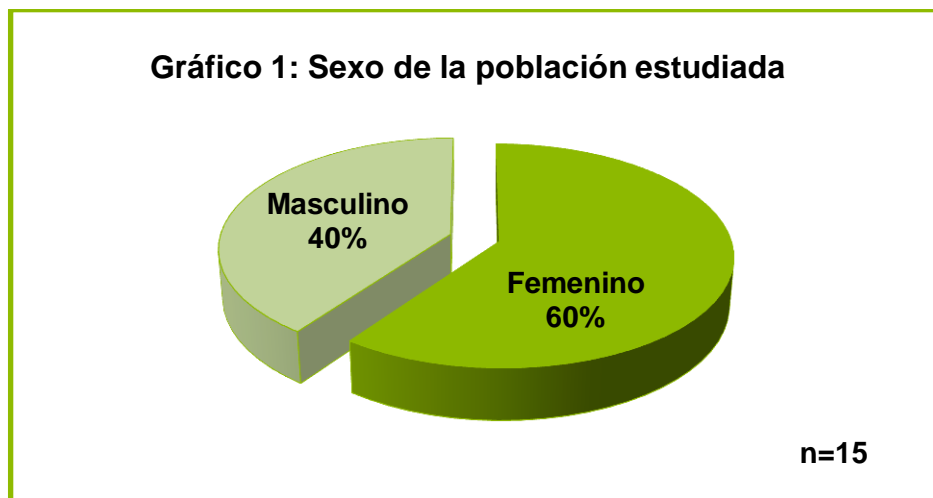
Análisis de datos



ANÁLISIS DE DATOS

De un total de 20 pacientes que concurrieron al consultorio de nutrición durante el mes de marzo en un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata, se trabaja con una muestra de 15 pacientes, los cuales son encuestados para determinar el estado nutricional, hábitos alimentarios y la etapa de cambio en la que se encuentra cada uno de ellos, obteniéndose los resultados que se detallan a continuación.

Teniendo en cuenta el sexo de los pacientes se observa una prevalencia del sexo femenino, con un total de 9 mujeres y 6 varones, lo cual se detalla posteriormente.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

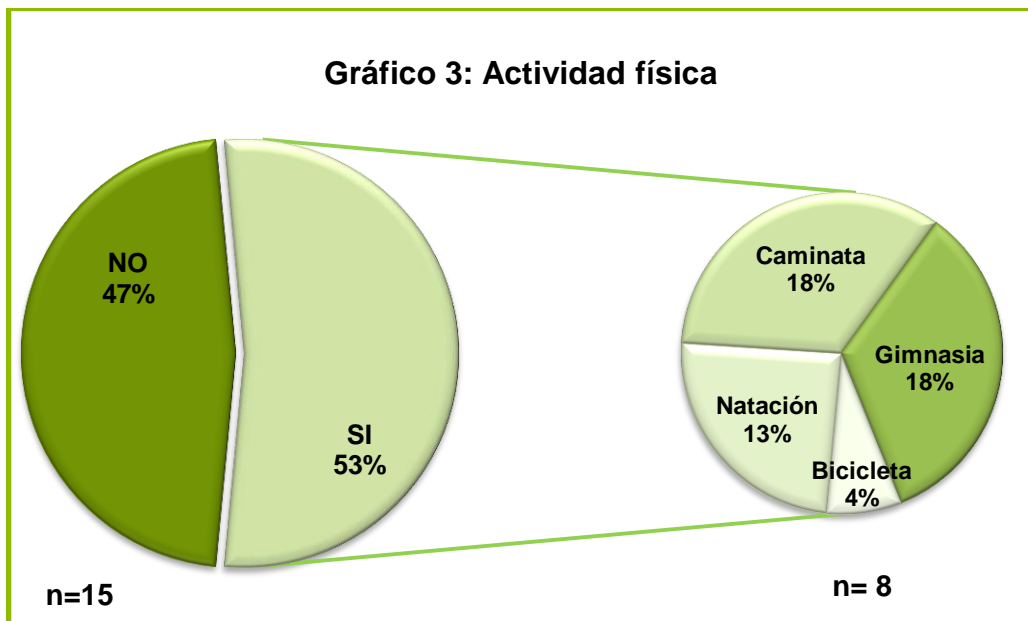
En el momento del estudio la edad promedio de los pacientes es de 58 años con un rango de 40 a 75 años. Se observa que aproximadamente un 73% de los pacientes se concentra entre los 50 y 63 años.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

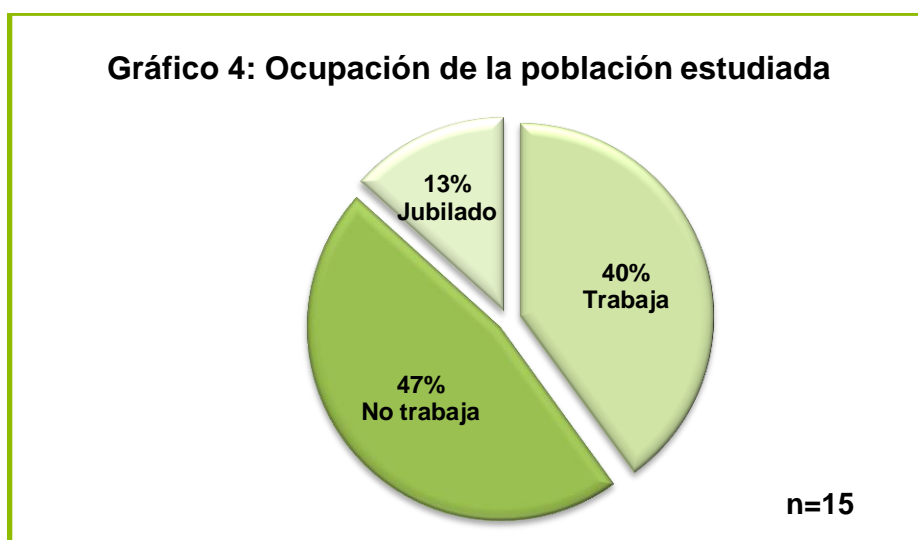
ANÁLISIS DE DATOS

Con respecto a la actividad física se obtuvo que el 47% de los pacientes son sedentarios, es decir, que no realizan ningún tipo de actividad, ya sea por su enfermedad o por no estar predispuestos a hacerla. El resto realizan algún tipo de ejercicio, de los cuales sólo el 20% realiza más de un tipo de actividad siendo las más elegidas por los pacientes caminata, gimnasia y natación.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

En cuanto a la ocupación de los pacientes entrevistados se observa que hay una distribución casi equitativa entre los que trabajan y los que no, representada por 6 y 7 pacientes respectivamente. Sólo 2 pacientes están jubilados.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

ANÁLISIS DE DATOS

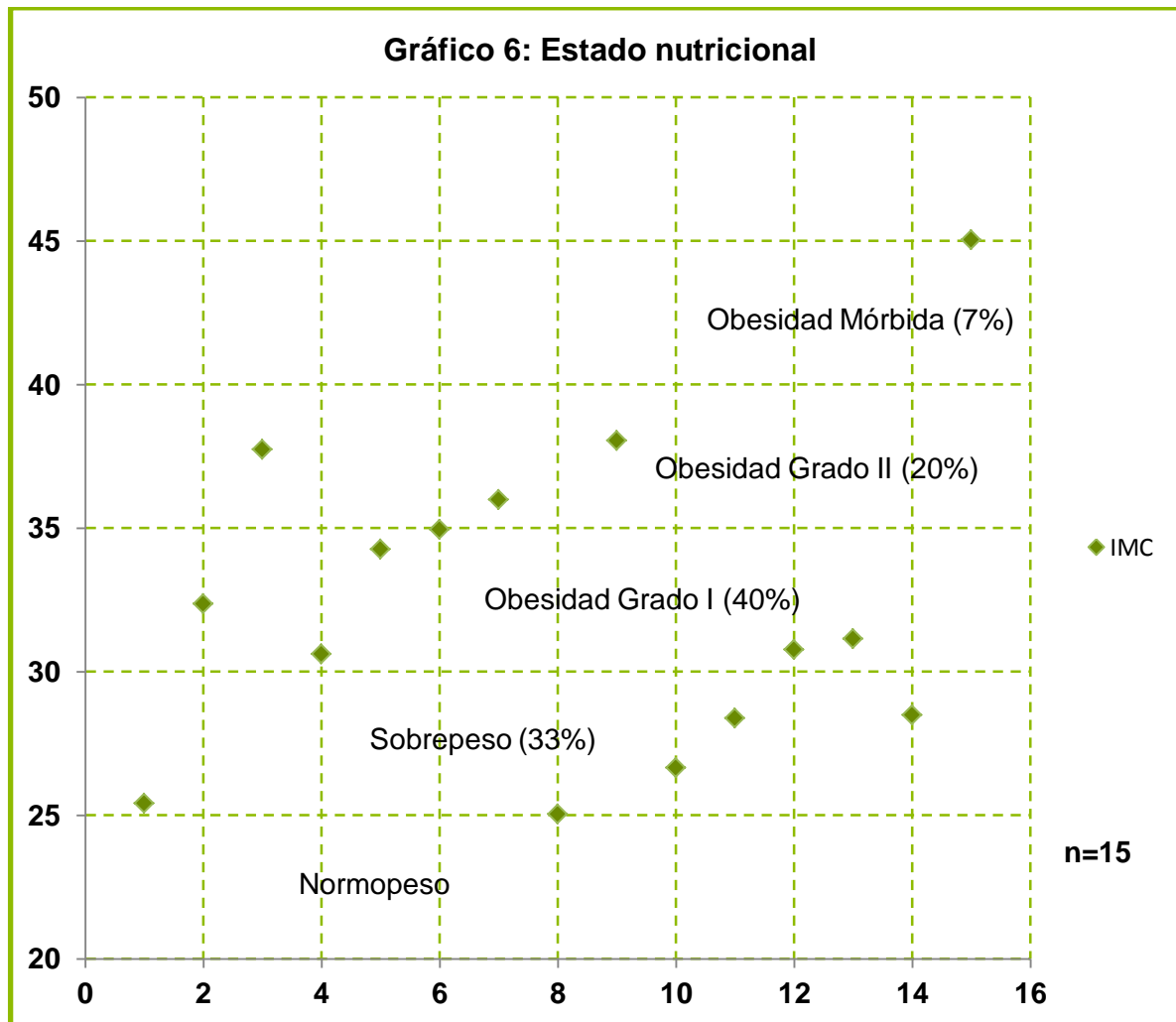
En cuanto al peso de los pacientes que participaron del estudio podemos observar que el peso promedio es de 78,8 kilos con un rango entre 58 y 117 kilos, registrándose valores atípicos de hasta 154 kilos. Se observa que aproximadamente el 47% de los pacientes tiene un peso entre 72 y 90 kilos.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

ANÁLISIS DE DATOS

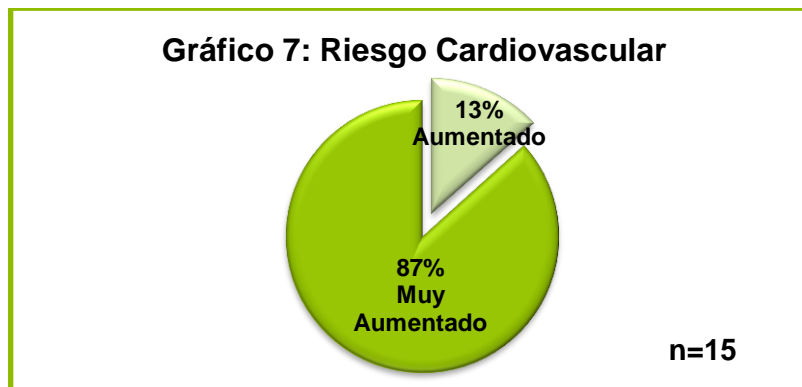
A continuación se presentan los resultados obtenidos al establecer el estado nutricional de los pacientes encuestados, a partir de la combinación del peso y la talla, lo cual nos da como resultado el IMC de cada uno de ellos. Del total de los pacientes, 6 presentan Obesidad Grado I, 5 Sobrepeso, 3 Obesidad Grado II y 1 Obesidad Mórbita.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

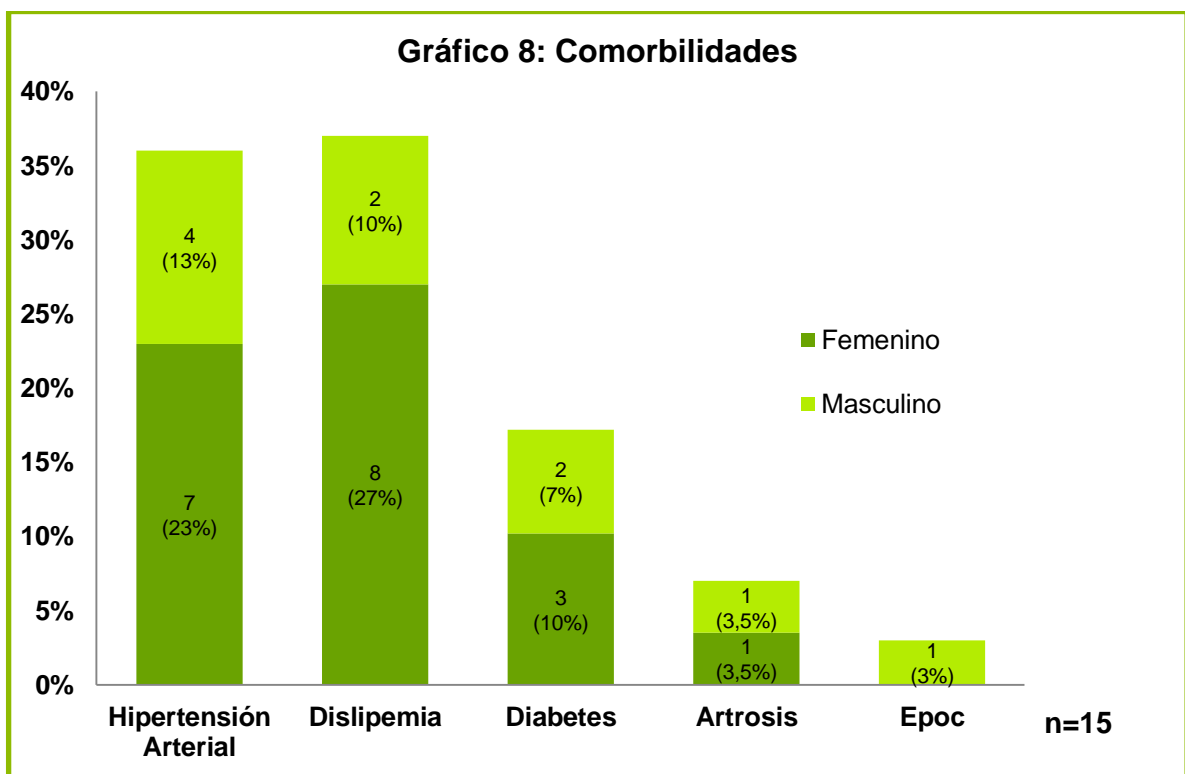
ANÁLISIS DE DATOS

Además del sobrepeso u obesidad que presenta la población estudiada, el 100% presentan Riesgo Cardiovascular, algunos pocos con riesgo aumentado, 2 varones, y en su mayoría con riesgo muy aumentado, 9 mujeres y 4 varones.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

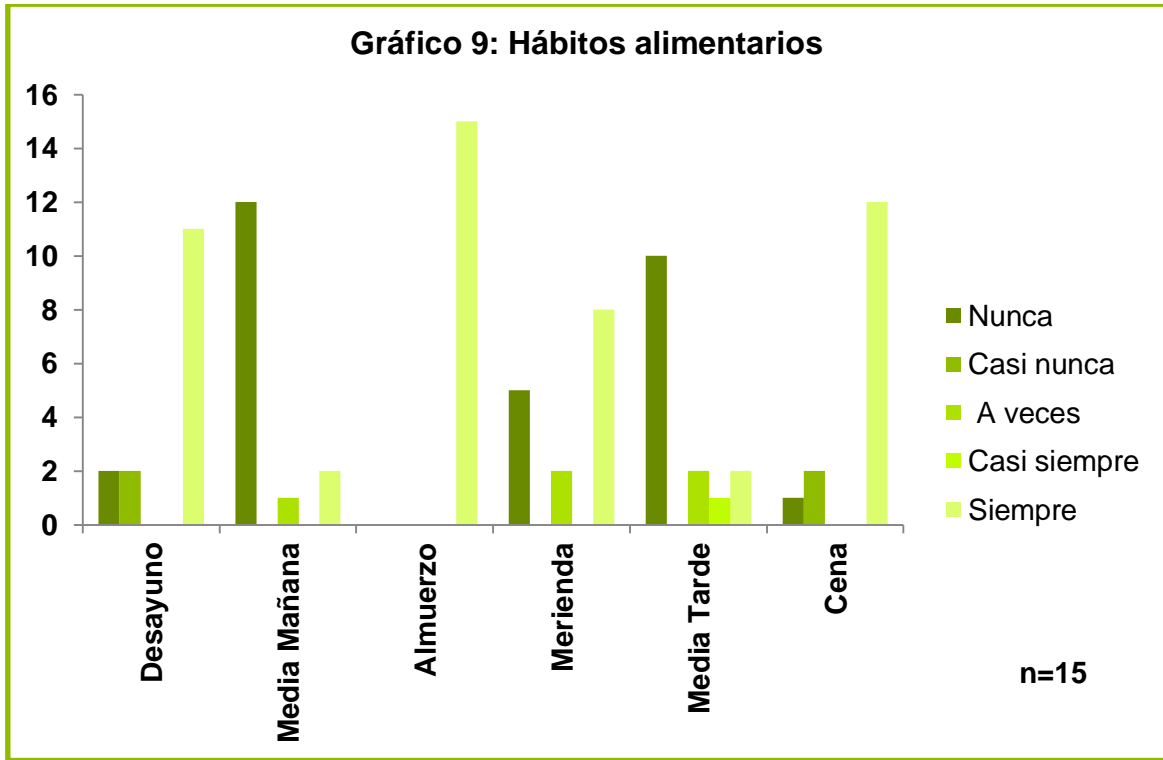
En cuanto a las comorbilidades, el 60% de los pacientes que participaron del estudio presenta más de una enfermedad además del sobrepeso u obesidad. A continuación se detallan los resultados obtenidos para cada una de ellas, siendo las de mayor prevalencia la dislipemia e hipertensión.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

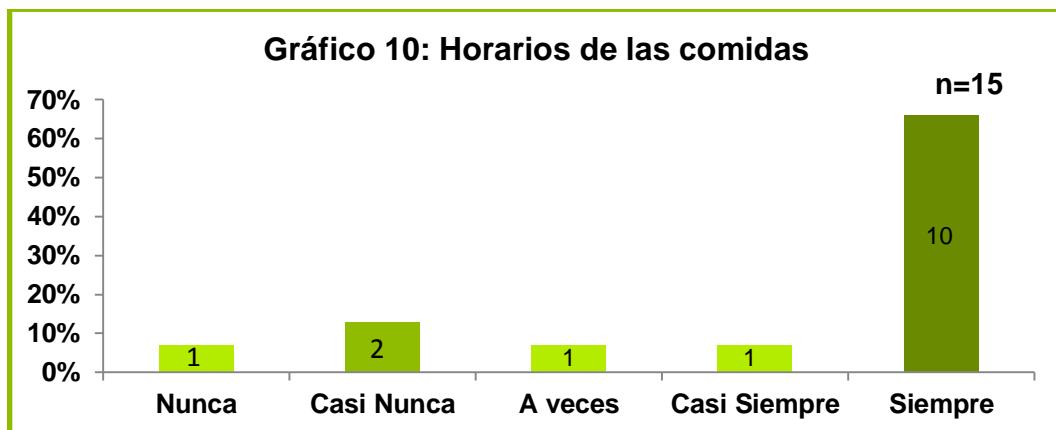
ANÁLISIS DE DATOS

En cuanto a los hábitos alimentarios, se puede destacar que el 100% de los pacientes realizan el almuerzo y un 80% cenan. Como se puede ver en el gráfico que se presenta a continuación, el resto de las ingestas varían según cada uno de los pacientes.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

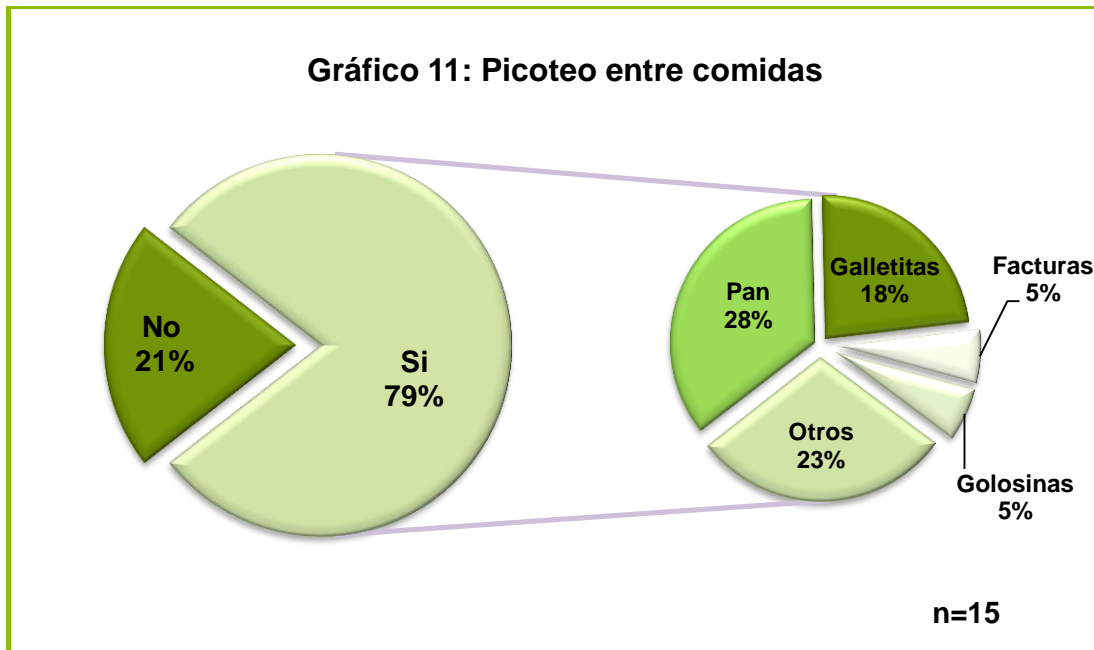
En lo que se refiere a los horarios de las comidas principales, se observa que el 67% de los pacientes respeta siempre los horarios de las comidas principales, almuerzo y cena, mientras que solo un 6% no respeta los horarios.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

ANÁLISIS DE DATOS

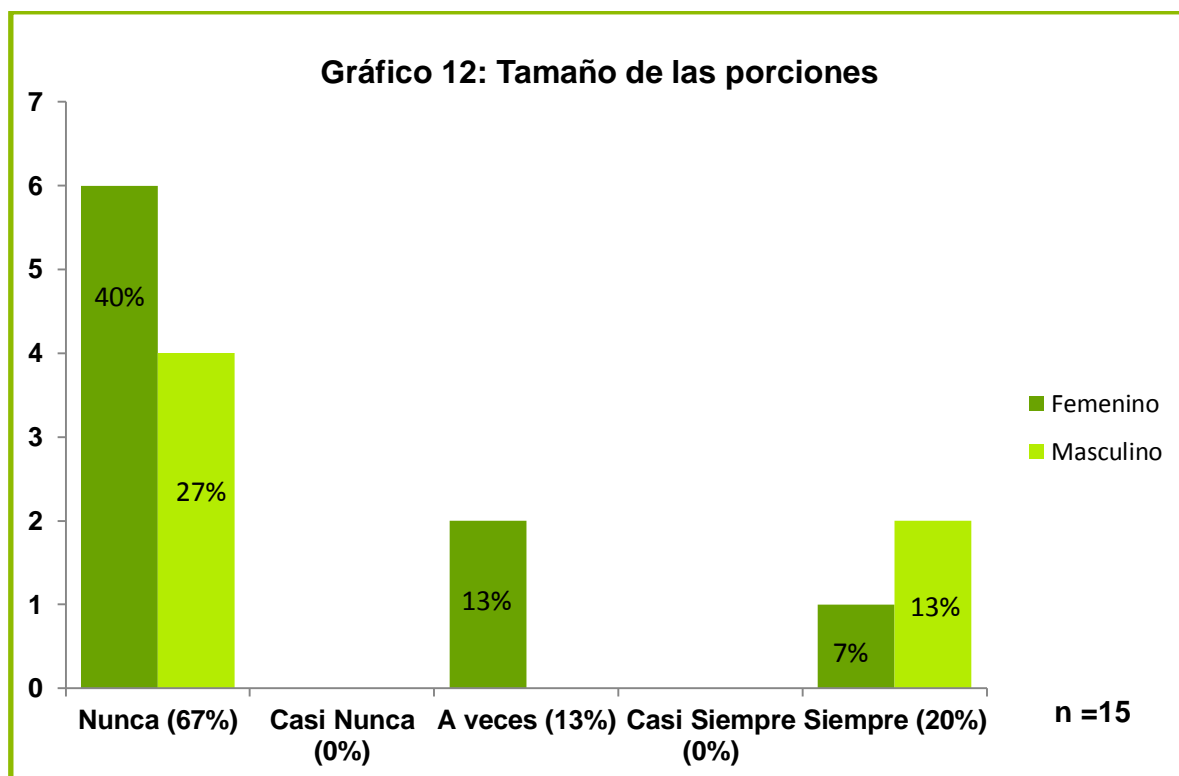
Dentro de la población estudiada, el mayor porcentaje tiene hábitos de picoteo a lo largo del día, siendo el alimento más elegido el pan. En la categoría “Otros”, la cual representa el segundo porcentaje más alto, se incluyen alimentos mencionados por los pacientes consumidos a la hora del picoteo tales como pepas de panadería, frutos secos, torta frita, salami, quesos duros, helados y aceitunas.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

ANÁLISIS DE DATOS

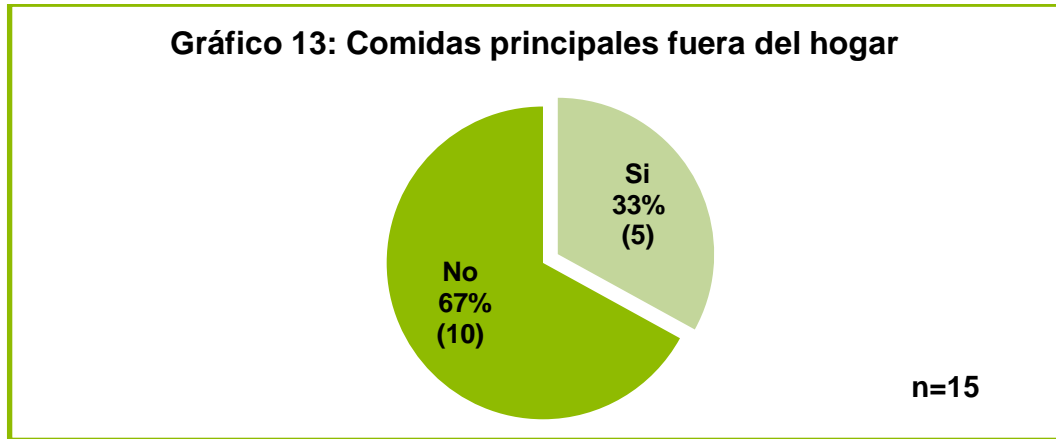
En cuanto a la repetición del plato de comida, se obtuvo que el sexo femenino controla mejor el tamaño de las porciones con respecto al sexo masculino. Sólo el 33% de la muestra repite siempre o a veces el plato, de los cuales un solo paciente lo hace en el almuerzo, 2 en la cena y 2 en el almuerzo y cena.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

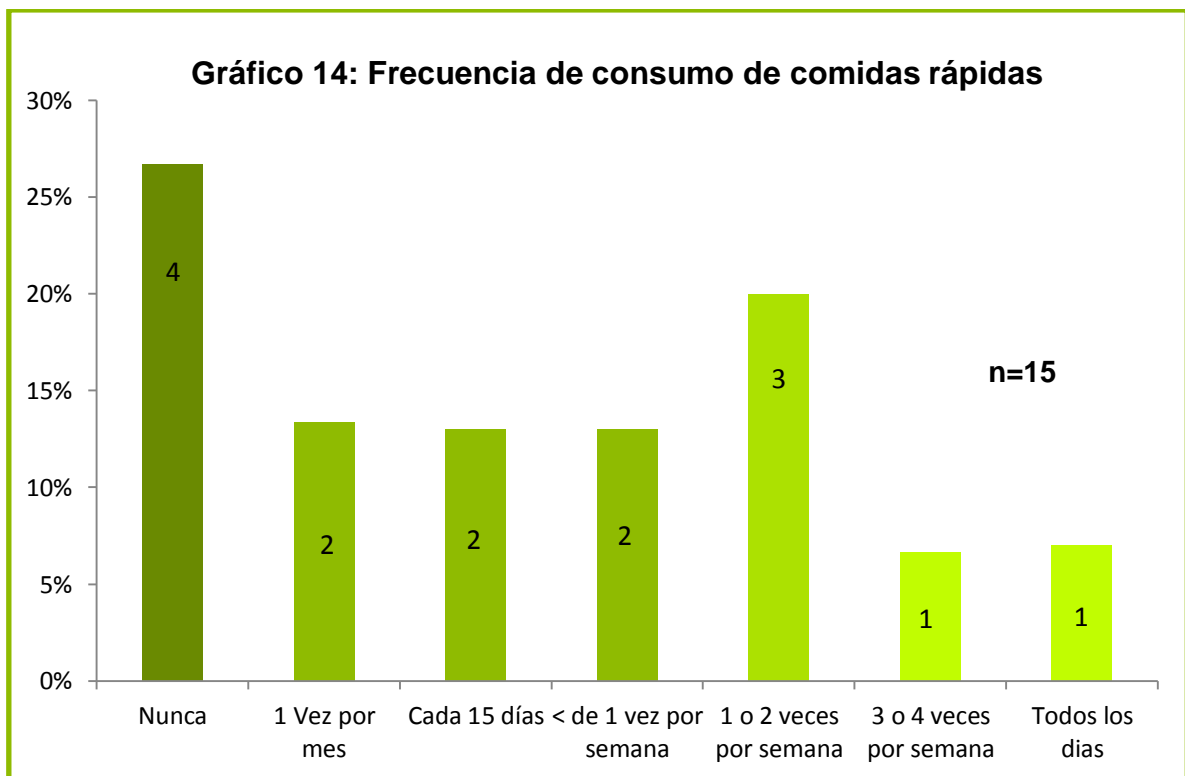
ANÁLISIS DE DATOS

Del total de la muestra, el 33% (5 pacientes) consume el almuerzo fuera del hogar de los cuales sólo 1 paciente se lleva la comida preparada desde su casa y 4 consumen en alguna parrilla y/o comida tipo fast food.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

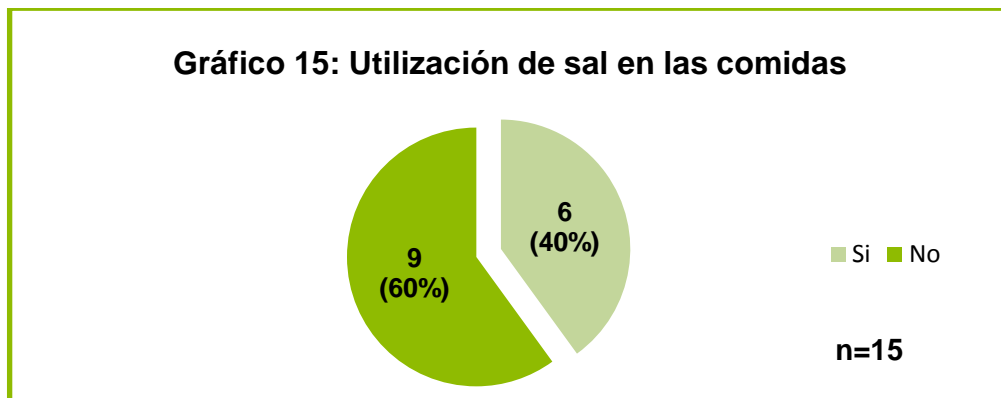
Con el respecto al consumo de comidas rápidas, se observa que 11 pacientes (73%) realizan al menos una ingesta de estas características 1 vez al mes. Sólo 4 pacientes (27%) no ingieren este tipo de alimentos.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

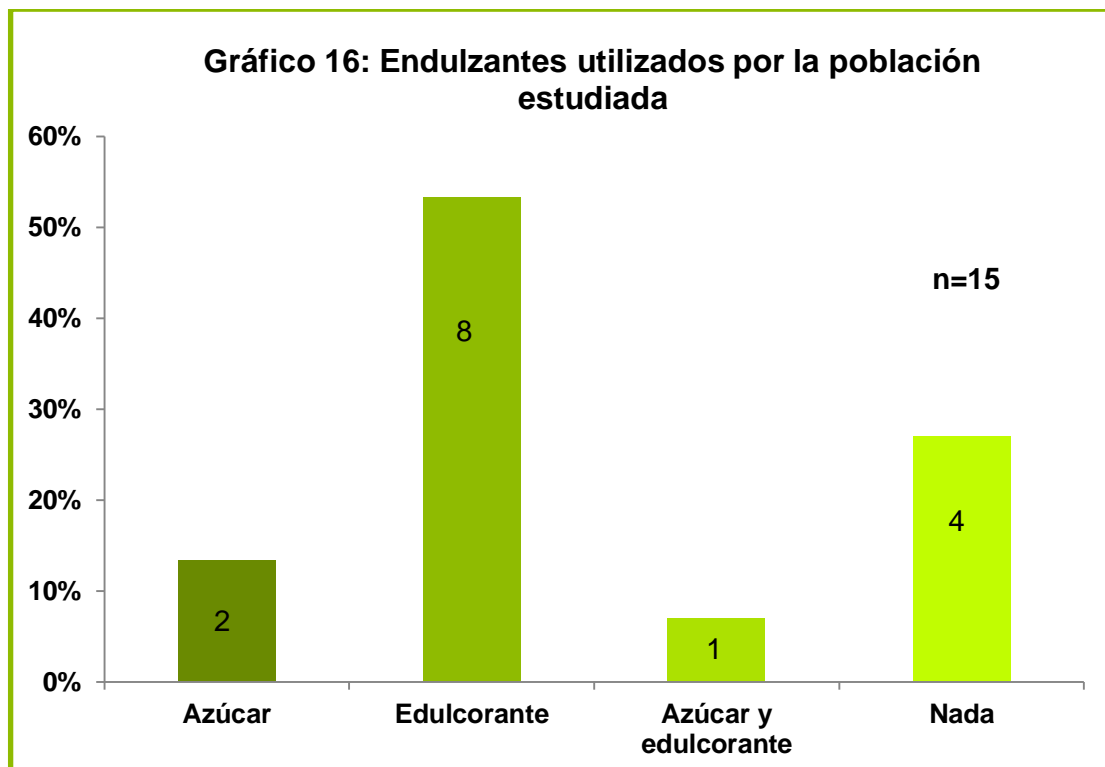
ANÁLISIS DE DATOS

En el caso del consumo de sal, 9 pacientes no utilizan nada de sal en sus comidas y 6 la utilizan, de los cuales 4 llevan el salero a la mesa, agregándole nuevamente a la preparación.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

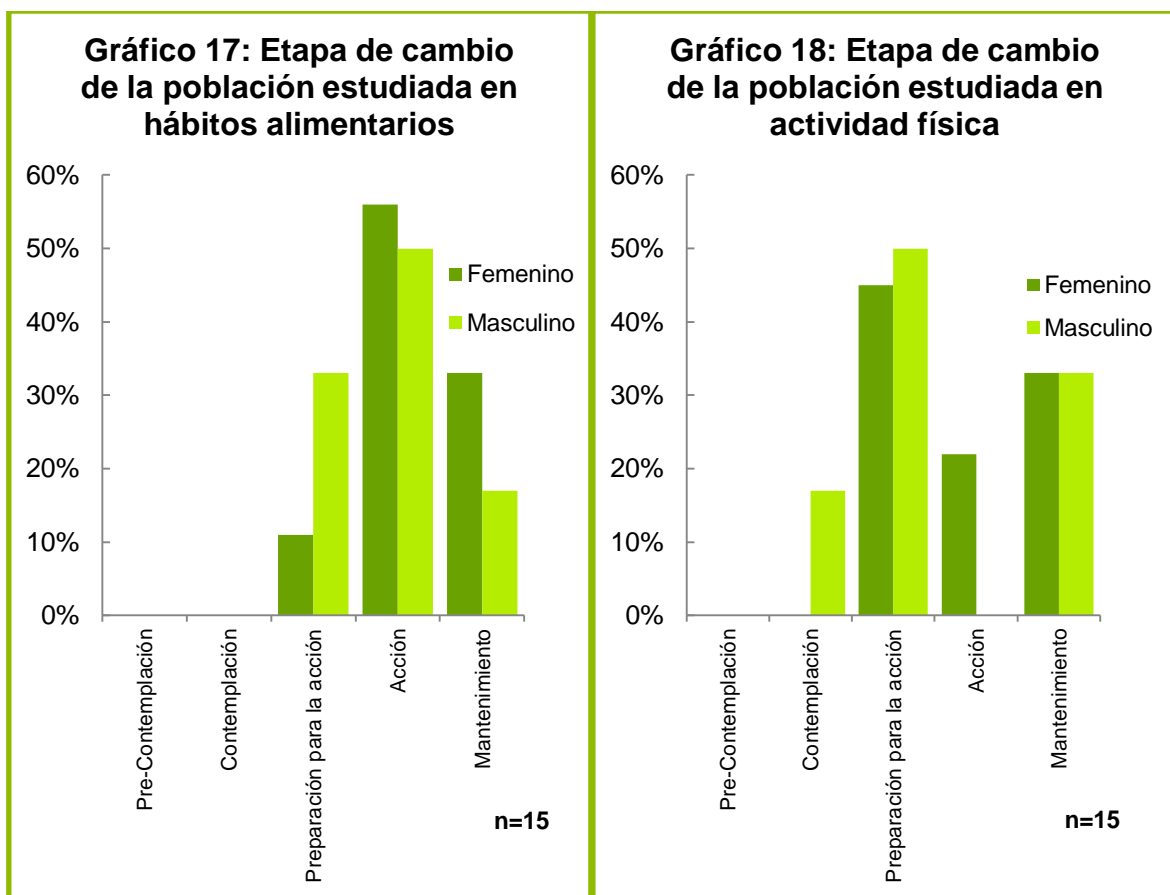
Con respecto al consumo de distintos tipos de endulzantes, se obtuvo que la mayor parte de los pacientes utilizan edulcorantes no nutritivos (53%) y el resto se encuentra repartido entre la utilización de azúcar refinada o directamente no le agregan nada. El endulzante más elegido por el sexo femenino es el edulcorante, mientras que el sexo masculino se encuentra repartido equitativamente entre las distintas opciones.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

ANÁLISIS DE DATOS

En cuanto a las etapas por las cuales va transitando el paciente que presenta sobrepeso u obesidad, se obtuvo que el porcentaje más alto (53%) se encuentra en la etapa de acción con respecto a los hábitos alimentarios, conformado por 5 pacientes del sexo femenino y 3 pacientes del sexo masculino. En paralelo, se analizó la etapa de cambio con respecto a la actividad física de la población estudiada, observándose una distribución casi equitativa en dos etapas. Por un lado, el 47% de los pacientes se encuentra en la etapa de preparación para la acción, conformada por 4 pacientes del sexo femenino y 3 del sexo masculino. Por otro lado, el 40% se encuentra en la etapa de mantenimiento, conformada por 6 pacientes, 3 del sexo femenino y 3 del masculino.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

ANÁLISIS DE DATOS

Continuando con el análisis de las etapas de cambio, a continuación se detallan los porcentajes obtenidos en cada una de las preguntas utilizadas para determinar cada una de las etapas de cambio tanto para los hábitos alimentarios (Tabla 1) como para la actividad física (Tabla 2).

Tabla 1: Hábitos Alimentarios

	%
Intentaron hacer elecciones saludables en los últimos 3 meses	40
No intentaron hacer elecciones saludables en los últimos 3 meses	10
Cumplieron con el plan alimentario y las recomendaciones dietéticas dadas por la nutricionista por más de 3 meses	13
No cumplieron con el plan alimentario y las recomendaciones dietéticas dadas por la nutricionista por más de 3 meses	27
Pretenden realizar elecciones más saludables en su alimentación en el próximo mes	10

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

Tabla 2: Actividad Física

	%
Intentaron realizar algún tipo de actividad física programada en los últimos 3 meses	23
No intentaron realizar algún tipo de actividad física programada en los últimos 3 meses	27
Realizaron actividad física programada por más de 3 meses	17
No realizaron actividad física programada por más de 3 meses	7
Pretenden realizar algún tipo de actividad física en el próximo mes	23
No pretenden realizar algún tipo de actividad física en el próximo mes	3

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados

Conclusión



CONCLUSIÓN

En el presente trabajo de investigación fueron evaluados 15 pacientes que concurrieron al consultorio de nutrición en un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata durante el mes de marzo del año 2016. La edad promedio de los pacientes es de 58 años, con un rango de 40 a 75 años, con mayor predominio del sexo femenino.

Debido a las diferentes discapacidades que presenta la población estudiada, se observó que un alto porcentaje, 60%, de los pacientes no trabaja, de los cuales solo el 13% están jubilados.

El estado nutricional de los encuestados se obtuvo a través del índice de Masa Corporal (IMC), que a pesar de no hacer distinción entre los componentes magro, graso y masa ósea, es el método más rápido para evaluarlo según la OMS. Se observó que el 33% de la muestra presenta sobrepeso, el 40% obesidad grado I, el 20% obesidad grado II y el 7% obesidad mórbida.

La determinación de la circunferencia de cintura, muestra resultados desfavorables, siendo que el 100% de los encuestados tienen riesgo cardiovascular y de ellos, el 87% lo presenta de forma aumentada. Cabe destacar que la circunferencia de cintura es un indicador de grasa abdominal, relacionando los valores elevados con la probabilidad de desarrollar enfermedad cardíaca.

En el caso de la actividad física, un 53% de los encuestados hace algún tipo de actividad física. Las actividades que más practican son la caminata, gimnasia y pileta. Debemos tener en cuenta que la mayoría de los pacientes de la población estudiada se encuentran limitados para realizar cualquier tipo de actividad, ya que presentan además de obesidad, algún otro factor limitante, como encontrarse en silla de ruedas, parálisis de algún miembro, entre otros.

En cuanto a las comorbilidades, el 60% de los pacientes presenta más de una enfermedad además del sobrepeso u obesidad, siendo las más frecuentes la hipertensión, dislipemia y diabetes.

En cuanto a los hábitos alimentarios, se puede destacar que el 100% de los pacientes realiza el almuerzo todos los días de la semana y un 80% la cena. Con respecto al resto de las comidas realizadas a lo largo del día, podemos decir que, solo el 13% realiza una colación a media mañana y a media tarde; en el caso del desayuno, el 74% desayuna todas las mañanas, 13% casi nunca desayuna y el porcentaje restante nunca realiza el desayuno, y la merienda es realizada todos los días por el 54% de los pacientes, el 13% a veces y el porcentaje restante nunca merienda.

En cuanto a los horarios de las comidas principales se puede concluir que el 66% respeta siempre los mismos horarios de las comidas y el resto presenta variaciones en los horarios.

CONCLUSIÓN

Con respecto al hábito del picoteo, se concluyó que el 79% de los pacientes entrevistados picotea a lo largo del día, siendo el alimento más elegido el pan. A su vez, se observa una gran variedad de alimentos elegidos por los pacientes a la hora del picoteo entre los cuales podemos mencionar las galletitas, facturas, golosinas, pepas de panadería, frutos secos, tortas fritas, salamines, quesos duros, helados y aceitunas. Haciendo un análisis más profundo, podríamos decir que gran parte de los alimentos no son saludables, y que el manejo de las porciones a la hora de su consumo no es el adecuado.

En cuanto a la repetición del plato de comida, se obtuvo que el 33% de la muestra repite el plato en alguna de las dos comidas principales, siendo el sexo femenino el que mejor controla el tamaño de las porciones. Dentro del porcentaje de los que no repiten el plato, podemos destacar que varios pacientes consumen la comida que se les brinda en el trabajo, no teniendo la posibilidad de repetir el plato, pero sí lo hacen en las comidas realizadas en su casa.

Con respecto a los pacientes que realizan el almuerzo fuera de su hogar, se observa un mayor predominio en la elección de comidas del tipo fast-food.

Al establecer la frecuencia de consumo de comidas rápidas, se puede concluir que el 7% las consume todos los días o, 3 o 4 veces por semana; el 20%, 1 o 2 veces por semana; el 13%, menos de una vez por semana o cada 15 días o 1 vez al mes; y un 27%, no las consume nunca.

En cuanto al consumo de sal, más de la mitad de la muestra indicó que no consume sal en las comidas. El 40 % restante cocina con sal, de los cuales el 27% lleva el salero a la mesa para agregarle nuevamente a la comida antes de ser ingerida. Haciendo un análisis más profundo, podríamos decir que el 73% del total de la población estudiada padece hipertensión arterial, de los cuales el 13%, correspondiente al sexo masculino, cocina con sal y le agrega nuevamente en la mesa.

En el caso de los endulzantes utilizados por la población entrevistada se obtuvo que la mayor parte de los pacientes, 53%, utiliza edulcorantes no nutritivos y el resto se encuentra repartido entre azúcar refinada o directamente no le agregan nada. Al comparar por sexo, se obtiene que el endulzante más elegido por las mujeres es el edulcorante, mientras que para los hombres, les resulta indiferente.

Con respecto a las etapas por las cuales los pacientes van transitando, se puede que concluir que no existe una diferencia significativa entre ambos sexos. En relación a los hábitos alimentarios, la mitad de la población encuestada se encuentra en la etapa de acción. Una frase muy utilizada por todos los pacientes que se encuentran en dicha etapa fue: *"...fui al supermercado a hacer las compras y llené la heladera con todo lo que necesito para cuidarme"*. Con la utilización de esta frase los pacientes demuestran su interés por

CONCLUSIÓN

lograr el cambio en sus hábitos alimentarios en un futuro cercano. En paralelo, se analizó también la etapa de cambio en la que se encuentran los pacientes con respecto a la realización de algún tipo de actividad física programada y se obtuvo como resultado que casi la mitad de la población estudiada se encuentra en la etapa de preparación para la acción, lo cual tiene una relación lógica con lo anteriormente mencionado ya que, lo que primero buscan los pacientes para lograr descender de peso, es modificar los hábitos alimentarios y una vez que están afianzados con la alimentación y se estancan con el peso, comienzan a realizar algún tipo de actividad física.

A modo de conclusión, podemos afirmar que la Entrevista Motivacional es una herramienta de gran utilidad a la hora del tratamiento del sobrepeso u obesidad, ya que nos permite entender mejor el momento por el cual está atravesando el paciente, para así, mediante la utilización de distintas estrategias y recursos nutricionales, poder lograr el objetivo de descenso de peso, lo cual, ayudará enormemente para que el paciente pueda realizar todos los ejercicios necesarios durante el proceso de rehabilitación del mismo.

La alimentación cumple un papel principal en la salud de los individuos y es necesario que a través de la educación alimentaria, puedan crearse hábitos alimentarios saludables y reconocer las consecuencias de una incorrecta alimentación.

En función de los resultados y conclusiones obtenidos en este estudio, se sugiere un posible interrogante a futuro, como ser, determinar la etapa de cambio en pacientes que inician por primera vez un tratamiento nutricional y reevaluarlos a los 6 meses del inicio de su tratamiento.

Bibliografía



BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Arrizabalaga, J., Calañas-Continente, A., Vidal, J., Masmiquel, L., Díaz-Fernández, M. J., García-Luna, P., y otros. (2003). Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y obesidad en personas adultas. *Endocrinol Nutr*, 1-38.
- ✓ Beato Fernández, L., & Rodríguez Cano, T. (2003). Entrevista motivacional y actitudes ante el cambio en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario. *Adicciones*, 51-56.
- ✓ Braguinsky, J. (s.f.). *Conferencia de epidemiología y prevención. La obesidad hoy. Develando ciertos enigmas, revelando otros*. Buenos Aires: Universidad de Favaloro.
- ✓ Braguinsky, J., & Colaboradores. (2007). *Obesidad: Saberes y Conflictos. Un tratado de obesidad*. Buenos Aires: ACINDES.
- ✓ Calle, E. E., Thun, M., Petrelli, J., Rodríguez, C., & Heath, C. (1999). Body-Mass Index and mortality in a prospective cohort of U.S adults. *The New England Journal of Medicine*, 1097-1105.
- ✓ Cantú Martínez, P. C., & Moreno García, D. (2007). Obesidad: Una perspectiva epidemiológica y sociocultural. *Revista Salud Pública y Nutrición*.
- ✓ Carrasco, F., Manrique, M., de la Maza, M., Moreno, M., Albala, C., García, J., y otros. (2009). Tratamiento farmacológico o quirúrgico del paciente con sobrepeso u obesidad. *Revista Médica Chilena*, 972-981.
- ✓ Chavarria Arciniega, S. (2002). Definición y criterios de obesidad. *Nutrición Clínica*, 236-240.
- ✓ Contreras, J. (2002). La obesidad: Una perspectiva sociocultural. *Form Contin Nutr Obes*, 275-286.
- ✓ Cuevas, A., & Reyes, M. (2005). Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? *Revista Médica Chilena*, 713-722.
- ✓ Daza, C. H. (2002). La obesidad: Un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colombia Médica*, 72-80.
- ✓ Facchini, M. (2004). Cambio de conductas en tratamientos de larga duración. Relación médico-paciente. *MEDICINA*, 550-554.
- ✓ Facchini, M. (2014). *Curso de Posgrado a Distancia. Entrevista Motivacional en la Práctica Clínico-Nutricional*. Buenos Aires: SAOTA.
- ✓ Ferrante, D., Linetzky, B., Konfino, J., King, A., Virgolini, M., & Laspiur, S. (2011). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: Evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. *Rev Argent Salud Pública*, 34-41.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Florez-Alarcón, L., & Carranza, W. A. (2007). La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá*, 63-82.
- ✓ García Reyna, N. (2010). Niños en movimiento: Tratamiento de la obesidad infantil, una nueva forma de abordar un viejo problema. *AEPap Curso de actualización pediátrica*, 65-77.
- ✓ González, L., Giraldo, N., Estrada, A., Muñoz, A., Mesa, E., & Herrera, C. (2007). La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: Un estudio transversal de pacientes con obesidad y sobrepeso. *Revista Chilena de Nutrición*.
- ✓ Gorrotxategi Gorrotxategi, P., Leizaola Olarreaga, L., Solorzano Sánchez, C., García Conde, G., Aguirre Sorondo, B., Toticaguena Imaz, A., y otros. (2014). Protocolo de estudio: Abordaje del sobrepeso en Atención Primaria. Papel de la Entrevista Motivacional. *Revista Pediatr Aten Primaria*, 199-207.
- ✓ Hernández - Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gac Med Mex*, 27-32.
- ✓ Hettema, J., Steele, J., & William, R. M. (2008). Entrevista Motivacional. *Revista de Toxicomanías (RET)*.
- ✓ Ibañez, L. (2007). El problema de la Obesidad en America Latina. *Revista Chilena de cirugía*.
- ✓ *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. (2011). Organización Mundial de la Salud (OMS).
- ✓ Jornada de Nutrición en Atención Primaria. Combatir la obesidad desde la Atención Primaria. (10 de Abril de 2013). Valencia.
- ✓ López Alvarenga, J., & Gonzales García, L. (2001). Enfermedades asociadas a la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 77-85.
- ✓ López de Blanco, M., & Carmona, A. (2005). La transición alimentaria y nutricional: Un reto en el siglo XXI. *Scielo*.
- ✓ López, M. (2008). Etapas del cambio conductual ante la ingesta de frutas y verduras, control de peso y ejercicio físico. *Revista Chilena de Nutrición*, 215-224.
- ✓ Manrique, M., de la Maza, M., Carrasco, F., Moreno, M., Albala, C., García, J., y otros. (2009). Diagnóstico, evaluación y tratamiento no farmacológico del paciente con sobrepeso u obesidad. *Revista Médica de Chile*, 953-971.
- ✓ Mardones, M., Olivares, S., Araneda, J., & Gómez, N. (2009). Etapas de cambio relacionadas con el consumo de frutas y verduras, actividad física y control de peso en estudiantes universitarios chilenos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 304-309.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Martínez, J. A., Moreno, M. J., Marques-Lopes, I., & Martí, A. (2002). Causas de obesidad. *Anales Sis San Navarra*, 17-27.
- ✓ Montero, J. C. (Septiembre 2009). Simposio de Obesidad. SAOTA.
- ✓ Montero, J. C., Cúneo, A., Facchini, M., & Bressan, J. (2002). Tratamiento integral de la obesidad y su prevención. *Anales Sis San Navarra*, 175-186.
- ✓ Moreno Esteban, B., & Charro Salgado, A. (2006). *Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Estrategia NAOS*. Buenos Aires - Madrid: Médica Panamericana.
- ✓ Olivares, S., Lera, L., & Bustos, N. (19 de Marzo de 2008). Etapas del cambio, beneficios y barreras en actividad física y consumo de frutas y verduras . Chile.
- ✓ Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 647-652.
- ✓ Perello, M., & Spinedi, E. (2004). Aspectos neuroendócrinos de la obesidad. *Medicina*, 257-264.
- ✓ Rodota, L. P., & Castro, M. (2012). *Nutrición Clínica y Dietoterápica*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- ✓ Rodriguez Scull, L. (2003). Obesidad: Fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. *Revista Cubana de Endocrinología*.
- ✓ Rodriguez Scull, L. (2004). La obesidad y sus consecuencias clinicometabólicas. *Revista Cubana de Endocrinología*.
- ✓ Rosado, E. L., Monteiro, J. B., Chaia, V., & do Lago, M. F. (2006). Efecto de la leptina en el tratamiento de la obesidad e influencia de la dieta en la secreción y acción de la hormona. *Nutrición Hospitalaria*, 686-693.
- ✓ Rubak, S., sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (April 2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis . *British Journal of General Practice*, 305-312.
- ✓ Rubio Herrera, M. A. (2005). *Manual de Obesidad Mórbida*. Médica Panamericana.
- ✓ Salas-Salvadó, J., Rubio, M., Barbany, M., Moreno, B., & Grupo Colaborativo de SEEDO. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin*, 184-196.
- ✓ Tamburini, Genazzini, Grufi, Benvenuto, & Ulvedal. (2013). Obesidad y adecuación emocional. *Obesidad y trastornos alimentarios*, 17-21.
- ✓ Torresani, M., & Somoza, M. (2011). *Lineamientos para el cuidado nutricional*. Buenos Aires: Eudeba.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Valdelamar, L., Rodríguez, M., Bermúdez, V., Leal, E., Bermúdez, F., Cabrera, M., y otros. (2007). Tratamiento farmacológico de la obesidad: Presente, pasado y futuro. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*.
- ✓ Vázquez Velásquez, V., & López Alvarenga, J. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 91-96.
- ✓ Velasco, N., & Haberle, S. (2003). Tratamiento quirurgico de la obesidad mórbida. *Revista Chilena de Cirugía*, 155-159.
- ✓ Villalobos , V., Campos Nonato, I., Camarillo, G., & Enriquez Santamaria, R. (2012). Instrumentos para evaluar el cambio de hábitos relacionados con el control de peso. *Respyn*.
- ✓ Zárate , A., Basurto Acevedo, L., & Saucedo García, R. (2001). La obesidad: Conceptos actuales sobre fisiopatogenia y tratamiento. *Rev Fac Med UNAM*, 66-70.

Anexos



ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento para determinar la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente obeso que concurre a un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata, basado en el modelo transteórico (TTM). (Villalobos, Campos Nonato, Camarillo, & Santamaría, enero-marzo 2012)

a) ¿Ha intentado (recomendación de hábito saludable) en los últimos 6 meses?

- Si responde **SI**, pase a la **pregunta b**
- Si responde **NO**, pase a la **pregunta c**

b) ¿Ha estado (recomendación de hábito saludable) por más de 6 meses?

- Si responde **SI**, se encuentra en la etapa de **MANTENIMIENTO**
- Si responde **NO**, se encuentra en la etapa de **ACCION**

c) ¿Pretende intentarlo en el próximo mes?

- Si responde **SI**, se encuentra en la etapa de **PREPARACIÓN**
- Si responde **NO**, pase a la **pregunta d**

d) ¿Pretende intentarlo en los próximos 6 meses?

- Si responde **SI**, se encuentra en la etapa de **CONTEMPLACIÓN**
- Si responde **NO**, se encuentra en la etapa de **PRECONTEMPLACIÓN**

ANEXO 2



ANEXO 3

Tesis de Licenciatura
Melisa Del Fiore
melisadelfiore@gmail.com

Estado Nutricional y Etapa de Cambio del paciente Obeso en Rehabilitación

Universidad Fasta
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Nutrición
2016

La obesidad es una enfermedad crónica resultante de una compleja interacción entre factores genéticos y medioambientales, que se caracteriza por el exceso de grasa corporal progresiva. Se asocia a un mayor riesgo de mortalidad sobre todo de origen cardiovascular, así como a una serie de comorbilidades tales como diabetes, dislipemia, artritis y ciertos tipos de cáncer. A su vez, el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles en todo el planeta, tendrá un profundo efecto en la discapacidad.

OBJETIVOS

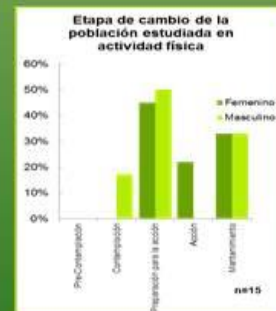
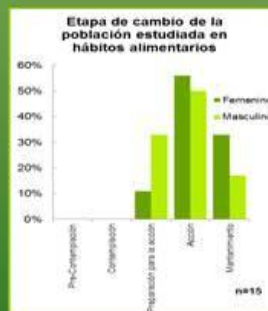
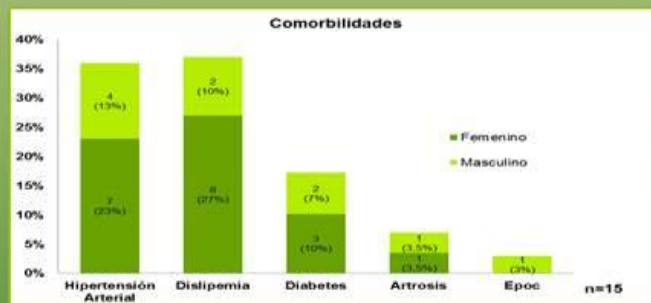
Evaluar el estado nutricional y determinar en qué etapa de cambio se encuentra el paciente con sobrepeso/obesidad que se enfrenta a una entrevista motivacional al momento de realizar la consulta nutricional, en adultos entre 40 y 75 años que concurren a un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata durante el mes de marzo del 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal, cuantitativo. La muestra, de carácter no probabilística ha sido seleccionada por conveniencia y se estableció un total de 15 pacientes, de ambos sexos, con un IMC mayor o igual a 25, entre 40 y 75 años que concurren a un Instituto de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata. A los mismos se les realizó una encuesta cuantitativa y una evaluación antropométrica en la cual se evaluó peso, talla y circunferencia de cintura durante la consulta nutricional.

RESULTADOS

El 33% de la muestra presenta sobrepeso, 40% obesidad grado I, 20% obesidad grado II y 7% obesidad mórbida. En cuanto a las comorbilidades el 60% de los pacientes presentó más de una enfermedad además del sobrepeso u obesidad. Con respecto a los hábitos alimentarios se observa que el 100% de los pacientes realiza el almuerzo, un 80% cenan y el 79% tiene hábitos de picoteo. El 53% se encuentra en la etapa de acción con respecto a los hábitos alimentarios y el 47% se encuentra en la etapa de preparación para la acción con respecto a la actividad física.



CONCLUSIONES

La Entrevista Motivacional es una herramienta de gran utilidad a la hora del tratamiento del sobrepeso u obesidad, ya que nos permite entender mejor el momento por el cual está atravesando el paciente, para así, mediante la utilización de distintas estrategias y recursos nutricionales, poder lograr el objetivo de descenso de peso, lo cual, ayudará enormemente para que el paciente pueda realizar todos los ejercicios necesarios durante el proceso de rehabilitación del mismo.

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA AUTORIZACION DEL AUTOR⁷⁶

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.

Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre: Del Fiore Melisa Mariela Alejandra

Tipo y Nº de Documento: DNI 33.022.531

Teléfono/s: (0223) 155-700023

E-mail: melisadelfiore@gmail.com

Título obtenido: Lic. en Nutrición

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Estado nutricional y etapa de cambio del paciente obeso en rehabilitación.

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero []

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

Firma del Autor Lugar y Fecha

⁷⁶ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.



Melisa Mariela Alejandra Del Fiore
Lic. en Nutrición