

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/13

Trabajo Fin de Grado

Título:

**EDUCACIÓN NUTRICIONAL Y DE HÁBITOS SALUDABLES EN SERVICIOS DE
ENFERMERÍA DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Autora:

ALMUDENA LÓPEZ CASTAÑO

Tutor:

ANTONIO FERNANDO MURILLO CANCHO

RESUMEN

Ciudadanos en países industrializados que optan por un estilo de vida donde el sedentarismo, el estrés y los malos hábitos alimentarios marcan tendencia, lo que se traduce en la aparición de enfermedades derivadas de los excesos y los desórdenes alimentarios.

Numerosas enfermedades tienen una estrecha relación con nuestra dieta. Algunas pueden deberse a la escasez de ciertos nutrientes. Otras se deben a lo contrario: a la abundancia de alimentos que se suele aunar con la escasa actividad física, el sedentarismo y conducirnos a la obesidad y a otras muchas patologías asociadas, como es el caso de ciertos tipos de diabetes, hipertensión, alteraciones de los lípidos sanguíneos, etc.

La clave está en el diseño de programas de apoyo y seguimiento del proceso dietético, así como la educación o reconducción de hábitos alimentarios y estilos de vida desde Atención Primaria; puesto que la obesidad por ejemplo constituye actualmente uno de los grandes problemas de salud pública¹.

INTRODUCCIÓN

De la alimentación va a depender, en gran medida, la salud y el buen funcionamiento de nuestro cuerpo.

Todos sabemos que la alimentación y la nutrición son un elemento fundamental en la salud de las personas, y que junto la actividad y el descanso son los pilares fundamentales sobre los que se edifica nuestra vida.

La investigación epidemiológica ha evidenciado una estrecha y coherente asociación entre diversas patologías muy prevalentes y la alimentación-nutrición de los individuos. Cabe destacar entre ellas la enfermedad cardiovascular y los factores de riesgo que inciden en su aparición (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad), diversos tipos de cáncer, cálculos biliares, caries dental, patologías digestivas, osteoporosis²...

Actualmente los individuos pueden alimentarse de forma incorrecta y perjudicial para su salud, y esto es debido a que juegan un importante papel factores socio-culturales,

económicos, geográficos, etc, que influyen y deciden qué alimentos se come, en qué cantidad, a qué horas, etc.². Todo ello configura unos hábitos alimentarios que los profesionales sanitarios debemos conocer, e intervenir sobre ellos cuando no sean los adecuados para la salud, con el fin de conseguir una alimentación equilibrada y evitar la aparición de enfermedades derivadas de los excesos y los desórdenes alimentarios.

Por otro lado, el Grupo Internacional de Trabajo en Obesidad (IOTF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han definido la obesidad como la epidemia del siglo XXI por las dimensiones adquiridas a lo largo de las últimas décadas, su impacto sobre la morbilidad, la calidad de vida y el gasto sanitario¹.

La obesidad se ha configurado como un importante problema de salud pública en la mayor parte de los países desarrollados y también en las economías en transición. La magnitud alcanzada en las últimas décadas y su rápida evolución, sobre todo entre la población más joven ha dado la voz de alarma³.

El perfil medio de la dieta, con un elevado contenido en grasas saturadas y escaso consumo de fibra, se caracteriza por un porcentaje energético y nutricional inadecuado. Al mismo tiempo, se ha impuesto de manera predominante un estilo de vida sedentario en todos los grupos de edad, tanto en el desempeño de las ocupaciones diarias como en el tiempo de ocio, con desplazamientos mecanizados, ocio sedentario y escasa dedicación a la práctica de ejercicio físico.

La Organización Mundial de la Salud y otros organismos han llamado la atención sobre la necesidad urgente de la puesta en marcha de planes de acción efectivos³.

OBJETIVOS

Generales:

Procedemos a indagar sobre el porcentaje de personas con malos hábitos que desembocan en patologías crónicas realizando una revisión bibliográfica de otros estudios anteriormente publicados.

Observamos que ha quedado demostrado científicamente que mejorando el estado nutricional de la población, mediante el desarrollo de acciones de información,

intervención y educación sanitaria así como impulsando el consejo nutricional desde Atención Primaria se puede reducir la morbilidad relacionada con la alimentación inadecuada y el sedentarismo.

Incidir sobre qué medidas se deberían adoptar para cambiar las estadísticas. Propuestas de mejora persiguiendo un mismo objetivo, la educación o reconducción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables desde Atención Primaria.

Específicos:

- ✓ Detectar en atención primaria las personas con sobrepeso u obesidad, sedentarias y/o con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, relacionados con la dieta.
- ✓ Informar sobre los riesgos para la salud derivados del sedentarismo y del exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad).
- ✓ Formar en hábitos de vida saludables: alimentación equilibrada y actividad física.
- ✓ Conseguir que el individuo sano sea capaz de identificar aquellos factores de riesgo que se relacionan con hábitos alimentarios incorrectos.
- ✓ Promover cambios de conducta hacia una alimentación saludable mediante el Consejo en Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Para la realización del presente estudio hemos realizado la *retrospectiva* de los trabajos, estudios o ensayos clínicos publicados hasta el momento que evidencian (evidencia de efectividad) la relación entre la nutrición/hábitos saludables con la salud.

Se ha precisado la *traslación* de estudios (dejar los conceptos intactos de cada estudio para permitir la comparación de resultados unos con otros), así hemos *reelaborado* los conocimientos ya existentes *sintetizando* toda la información disponible (obtenida de fuentes de información primaria, secundaria y terciaria).

Finalmente, se ha indicado incentivar el “Consejo” en Atención Primaria, para conseguir niveles óptimos de salud, mayor calidad de vida, y por tanto, reducción del gasto sanitario.

DESARROLLO

a) Nutrición

Las necesidades nutritivas y la dieta están estrechamente relacionadas con la forma de vida de los individuos en su entorno natural⁴.

En cuanto a las exigencias nutritivas, el empleo de tablas que fijan normas en materia de necesidades de energía y de alimentos, pueden interpretarse de manera diversa. Por ejemplo, no hay duda de que si se proporciona a los niños, desde su más temprana edad, una dieta de alto contenido calórico y proteico, su peso y estatura progresarán muy rápidamente. Pero, no está demostrado científicamente que llegar a ser más alto y más grueso resulte más conveniente.

El suministro de nutrientes debe realizarse en unas cantidades tales que se consigan las siguientes finalidades:

- ✓ Evitar la deficiencia de nutrientes.
- ✓ Evitar el exceso de nutrientes.
- ✓ Mantener el peso adecuado.
- ✓ Impedir la aparición de enfermedades relacionadas con la nutrición.

Las tradiciones y costumbres pueden inclinar al consumidor a optar entre diversos alimentos y preparaciones culinarias o, incluso, a abstenerse de consumir temporal o definitivamente algún alimento. También influyen los cambios en el nivel de vida, la urbanización y la educación⁴.

b) Alimentación equilibrada

Se entiende por alimentación equilibrada⁵ aquella que permite que el individuo, según su edad o situación fisiológica especial (embarazo, lactancia o crecimiento), mantenga un óptimo estado de salud y afronte la actividad que conlleva su trabajo

Anexo1

La alimentación equilibrada ha de basarse en los siguientes principios:

- ✓ La ración alimentaria diaria ha de aportar la energía necesaria para el funcionamiento del organismo.

- ✓ Debe proporcionar los nutrientes energéticos y no energéticos que cubran adecuadamente la función de nutrición.
- ✓ La ración alimentaria tiene que ser aportada en proporciones adecuadas, respetando un equilibrio entre los componentes de la ración alimentaria.

Y para lograr un equilibrio nutritivo se debe:

- ✓ Conocer el gasto calórico diario de cada individuo según su edad, sexo y circunstancias, y aportar los requerimientos calóricos necesarios.
- ✓ Aportar los requerimientos de cada uno de los nutrientes esenciales (vitaminas, aminoácidos, ácidos grasos esenciales, minerales y agua).
- ✓ Aportar al menos la mitad de las necesidades proteicas en forma de proteínas de alto valor biológico.
- ✓ Asegurar el aporte recomendado de fibra.

En cuanto a las necesidades energéticas **Anexo 2** en individuos con normopeso, el aporte energético total debe igualar las necesidades energéticas totales y estar distribuido según las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria en nuestro país:

- Hidratos de carbono: 55%
- Lípidos: 30%
- Proteínas: 12-15%

La dieta mediterránea

A partir del Estudio Siete Países⁵, realizado en EE.UU., Finlandia, Holanda, Italia, antigua Yugoslavia, Japón y Grecia para esclarecer el papel de los hábitos alimentarios como causa de la enfermedad arteriosclerótica, surgió el concepto de dieta mediterránea, que es definida del siguiente modo: la dieta mediterránea (europea) tradicional se caracteriza por la abundancia de alimentos vegetales, como pan, pasta, verduras, ensaladas, legumbres, frutas, frutos secos, aceite de oliva como principal fuente de grasa; moderado consumo de pescado, aves de corral, productos lácteos y huevos; pequeñas cantidades de carnes rojas y moderadas cantidades de vino consumidas normalmente durante las comidas.

Esta dieta es baja en ácidos grasos saturados, rica en carbohidratos y fibra, y tiene un alto contenido en ácidos grasos monoinsaturados, que derivan principalmente del aceite de oliva.

Por tanto, podemos decir que la **dieta mediterránea** es el mejor ejemplo de una alimentación saludable.

Tradicionalmente el patrón de alimentación de nuestra Comunidad Autónoma ha sido la Dieta Mediterránea. En el periodo 1960-1968, la alimentación de los españoles se ajustaba bien a una dieta mediterránea típica. Pero desde los años 70, nos hemos alejado sustancialmente de dicho patrón, evolucionando hacia un modelo menos cardiosaludable, con altos contenidos en grasas saturadas y colesterol⁶, siendo Andalucía uno de los lugares donde más han aumentado el consumo de estos nutrientes no recomendados⁷.

Según datos del Panel de Consumo Alimentario del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación del año 2004 en Andalucía el consumo de carne, pescado, aceite de oliva, verduras y frutas estaba por debajo de la media nacional⁷ **Anexo 3**. Esto unido a un aumento del comportamiento sedentario y otros estilos de vida no saludables como consumo de tabaco y alcohol, hace que sea necesario poner en marcha actuaciones que modifiquen estos hábitos que van a provocar un aumento de la morbi-mortalidad de la población⁶.

c) **Educación nutricional**

En materia de alimentación y nutrición, los profesionales sanitarios constituyen la fuente más fiable de información para la población y gozan de la mayor credibilidad y prestigio, tal y como se ha puesto de manifiesto en un sondeo de opinión realizado por el Observatorio de Alimentación de la Comunidad de Madrid⁸.

Ya en su día Florence Nightingale⁹ (considerada la primera enfermera de la era moderna) fue la primera persona que dedicándose a atender pacientes, promulgo unas normativas de higiene y de salud entre los que aparecen los primeros conceptos de ventilación, calor, luz, limpieza, ruido y **dieta**.

Los Cuidados del personal de enfermería en Nutrición¹⁰ son *asistir, informar, formar, educar, asesorar y adiestrar*, desde el aspecto bio-psico-social del paciente y con un desarrollo estructurado en diferentes etapas.

Por todo ello el presente y el futuro de la Enfermería¹¹ pasa por el cuidado integral al paciente, su familia y la comunidad; teniendo como objetivo principal conseguir que las personas logren el mayor nivel de autocuidados mejorando sus hábitos de vida. Una de sus principales tareas es y será la educación, identificación de necesidades, la información profesional y personalizada y la gestión de cuidados nutricionales.

La OMS dentro del marco Salud XXI, dice que¹² *“para el año 2015 todos los grupos de población deberán haber adoptado unos modelos de vida más sanos y propone acciones que faciliten las elecciones saludables en relación con la nutrición y el ejercicio físico”*.

En España toda la población tiene asignada un profesional de enfermería con atención directa al paciente y familia, así como a grupos de población y esta es una primera puerta de entrada general al sistema sanitario de referencia; por lo que una política educativa en alimentación desde las Consultas de Enfermería, debe proporcionarles los suficientes elementos de juicio¹².

Los hábitos alimentarios son un factor determinante del estado de salud de la población, porque se configuran en la infancia y se desarrollan y asientan a lo largo de la vida del sujeto, pudiendo influir sobre ellos a través de programas educativos que refuercen pautas de conducta alimentaria adecuadas. En los equipos multidisciplinares, las enfermeras o los enfermeros son responsables de proporcionar los cuidados y conocimientos necesarios para atender y educar sanitariamente a las personas en distintas etapas del ciclo vital.

Dentro de las necesidades básicas del individuo, la alimentación e hidratación son prioritarias en el cuidado integral razonado, científico y profesional; ya que al analizar las causas de mortalidad en nuestro país, encontramos que ocho de cada diez están relacionados con la alimentación y la ingesta de alcohol¹⁰.

La valoración enfermera detecta el déficit de conocimientos en nutrición o el deseo de mejorar los mismos. El personal de enfermería realiza el diagnostico educativo y pauta

el adiestramiento del paciente, ofreciendo atención integral y evaluación continuada de resultados. Todo ello con actitud científica, constante, negociadora, empática y enérgica ^{Anexo 4}.

La clave estaría en incorporar a la asistencia nutricional diaria todas las evidencias halladas, especialmente desde los servicios de Atención Primaria, puesto que la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) se encuentra continuamente investigando y publicando nuevos retos¹¹; pero hemos de preguntarnos qué está pasando, porque en las estadísticas se palpa de que algo no va bien, de que algo no está funcionando... ¿Qué modificaciones podemos llevar a cabo para evitar los problemas de salud relacionados con la nutrición y malos hábitos?

d) Problemas de salud relacionados con la dieta: Obesidad (gran problema del siglo XXI)

Según los datos del 2003 de la Encuesta Nacional de Salud¹⁴ el 29,08% de la población andaluza entre 2 y 17 años presenta sobrepeso u obesidad, cifra similar a los resultados de otro estudio, que daba una prevalencia del 29,4% en la población de 2 a 24 años, ocupando el segundo lugar en la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantojuvenil en España.

La obesidad es uno de los problemas de salud relacionados con la dieta más frecuente en la práctica clínica. Su importancia radica en que la morbilidad y la mortalidad se incrementan con el exceso de peso, y la esperanza de vida se reduce¹². Al tratarse de una entidad clínica multifactorial, debe abordarse desde la consulta de atención primaria en sus diferentes aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

El exceso de la grasa corporal es la característica que mejor define la obesidad. El criterio más exacto sería medir la grasa corporal total o el porcentaje de grasa que presenta un individuo. Se recurre a métodos indirectos y sencillos, que se correlacionan bien con la grasa corporal, entre los que cabe destacar¹²:

1. El índice de masa corporal (IMC) o de Quetelet, resultado de dividir el peso en kilogramos por la talla en metros al cuadrado.

Permite una clasificación cuantitativa de la obesidad. Se consideran obesos los varones con un IMC > 27,8 y las mujeres con un IMC > 27,3 kg/m². Para simplificar:

IMC = 25-30 como *sobrepeso* u obesidad ligera (grado I)
IMC > 30 como *obesidad definida* (grado II)
IMC > 40 como *obesidad mórbida* (grado III)

El IMC es un buen indicador de la obesidad y del estado nutricional en individuos de complexión normal y en edades medias de la vida (20-65 años), pero no lo es en lactantes, niños, adolescentes, ancianos, embarazadas ni personas muy musculosas.

2. Las tablas de peso ideal, que a partir del sexo, la talla y el tipo de complexión del individuo permiten también una clasificación cuantitativa.

Se considera *sobrepeso* a los que se encuentran en el 0-20% por encima de su peso esperado, mientras que los *obesos* poseen un peso situado en más de un 20% por encima del ideal. El término de *obesidad mórbida* se reserva para aquellos sujetos cuyo peso supere el doble del ideal.

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

3. La medición de los pliegues grasos cutáneos, que parte de la asunción de que las medidas de pliegues en unas determinadas localizaciones son representativas del tejido adiposo subcutáneo y de la grasa corporal total, suponiendo una compresibilidad constante de la piel, un mínimo espesor de piel, una distribución fija del tejido adiposo, una proporción constante de la grasa en el tejido adiposo y una proporción entre la grasa interna y la subcutánea fija. Pero esto no sucede así, pues con la edad la compresibilidad de la piel disminuye y aumenta el grosor del tejido adiposo, el espesor de la piel varía

con el sexo y la localización, y la proporción entre la grasa subcutánea y la total es mayor en las mujeres que en los varones.

Además con esta técnica se infraestima la grasa total en personas mayores de 60 años, en las que suele haber un aumento de la grasa intraabdominal.

Su uso está indicado en individuos con obesidad leve o moderada, adolescentes de 12-20 años y deportistas.

4. El índice cintura/cadera (WHR), que se obtiene dividiendo el perímetro de la cintura por el perímetro de la cadera.

Constituye un buen indicador de la distribución abdominal de la grasa corporal.

Factores genéticos, hormonales y metabólicos tienen un papel etiológico en el desarrollo de obesidad, aunque la principal alteración fisiopatológica es un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, que produce un aumento del depósito de grasa corporal. Se considera que los 3 factores que controlan el depósito de grasa corporal son la herencia, la dieta y el gasto energético¹². Los dos últimos se consideran inductores directos de obesidad, mientras la herencia lo hace de manera indirecta, regulando la respuesta del individuo a la dieta y/o actividad.

La OMS considera que el porcentaje óptimo de la energía total derivada de la grasa debe ser de un 20-30%¹².

Los trastornos más importantes y que más comúnmente acompañan a la obesidad son¹²: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hiperlipemia y, en consecuencia, cardiopatía isquémica.

- La obesidad se acompaña de incrementos de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y valores bajos de lipoproteínas de alta densidad (HDL). La prevalencia de hipercolesteremia en jóvenes con sobrepeso es 2,1 veces mayor que la que presentan los jóvenes con normopeso.
- Respecto a la HTA, cabe decir que la probabilidad de HTA sistólica se duplica a partir de un IMC de 27 y se triplica con valores de IMC > 30.
- La diabetes mellitus tipo 2 de inicio en la edad adulta se da tres veces más en personas obesas.

- Pero también algunos cánceres (colon, recto y próstata en varones; útero, vías biliares, ovario, endometrio y mama en mujeres), y también enfermedades tromboembólicas, digestivas, cutáneas, osteoarticulares, alteraciones psicosociales, deterioro de la función pulmonar, trastornos endocrinos y mayores riesgos quirúrgicos y obstétricos, se presentan con mayor frecuencia en los obesos¹².

Diferentes estudios demuestran que la mortalidad se incrementa proporcionalmente con el grado de obesidad. Así, según algunos autores, con un IMC > 27 la mortalidad se incrementa un 35%; con un IMC > 30, un 50%, y en obesidades mórbidas (IMC > 40) la mortalidad aumenta hasta 10 veces¹⁵.

Si bien, con la edad incrementos moderados de peso no se acompañan de mayor mortalidad. Hay que tener en cuenta otro aspecto, como es la distribución de grasa corporal. El exceso de grasa acumulada en la cintura y en el flanco (distribución androide) constituye mayor riesgo para la salud que la grasa acumulada en los muslos y los glúteos (distribución ginoide).

Cada vez hay más evidencia científica de que la intolerancia a los hidratos de carbono o ciertas dislipemias, así como un mayor riesgo de enfermedad coronaria y muerte prematura, se asocian con un aumento de la grasa intraabdominal¹².

Los obesos muchas veces no son conscientes de su problema por falta de información adecuada, y por ello no están motivados para someterse a restricciones dietéticas y cambios engorrosos de estilo de vida. Los profesionales de atención primaria deben ofrecer esta información, y en caso de coexistir otro u otros factores de riesgo, deben explicar también al paciente tanto las relaciones posibles entre ambas condiciones como sus predecibles consecuencias.

La decisión de someterse o no a tratamiento debe tomarla el propio individuo. En nuestra sociedad se da la paradoja de que mucha gente que intenta perder peso no lo necesita y que muchas otras personas que lo necesitan fracasan sistemáticamente en sus intentos.

Es importante señalar que para obtener resultados en el tratamiento de la obesidad se requiere un alto grado de colaboración, sólo posible cuando el paciente demanda atención sobre su problema y él toma la iniciativa **Anexo 5**.

Según la OMS ¹⁶, los profesionales médicos y enfermeras de atención primaria deben:

- ✓ Conocer el peso de los pacientes, y medir de forma sistemática el peso y la talla para calcular el IMC.
- ✓ Tranquilizar a aquellos con valores de IMC correctos, educar sobre los riesgos de salud que implica el sobrepeso, especialmente cuando éste se relaciona con otros riesgos, como el tabaquismo, e interrogar sobre patrones de ingesta y otros hábitos de vida, para poder ofrecer consejo adecuado a las necesidades y circunstancias individuales.
- ✓ Aconsejar a aquellos con un IMC > 30 la pérdida de peso, pactando un objetivo realista y a largo plazo.
- ✓ Animar a una pérdida de peso lenta pero gradual, no superior a 0,51 kg/semana, recomendando tanto cambios alimentarios (y si es preciso una dieta hipocalórica) como un incremento en la actividad física regular.
- ✓ Resaltar la importancia de una dieta saludable para el mantenimiento de peso una vez se ha conseguido la pérdida de peso satisfactoria y se ha alcanzado el grado deseado.
- ✓ Proveer soporte continuado y seguimiento, lo que aumenta de forma importante las posibilidades de éxito, y asesorar sobre los programas comerciales de reducción de peso.
- ✓ Animar a los pacientes con obesidad severa (IMC > 37) que no pierden peso tras un mes de dieta hipocalórica, a consultar a un especialista, para ulteriores estudios y consejos.

En España, el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud¹⁷ recomienda en el subprograma de los adultos una primera medición del peso a los 20 años y repetirla después cada 4 años, con una medición de la talla de referencia también a los 20 años, o bien en la primera visita en la que se registre el peso. Con estos datos se calculará el IMC, y a partir de él se considerarán individuos obesos, independientemente

del sexo, los que superen 30 kg/m² y con consobrepeso a los que tengan un IMC entre 25 y 30 kg/m².

El tratamiento se fundamenta siguiendo la opinión generalizada de sociedades científicas, en los tres aspectos básicos: la dieta, el ejercicio físico y el apoyo psicológico¹⁸.

e) Ejercicio físico

Durante muchos siglos, el estilo de vida del ser humano ha estado dotado de un fuerte componente de actividad física, al tener que desarrollar labores y trabajos para su subsistencia, que requerían un nivel importante de esfuerzo físico.

Sin embargo, en el último siglo, con la aparición de los grandes ingenios mecánicos, se han ido reduciendo progresivamente los niveles cotidianos de actividad física, haciendo aparecer una nueva conducta denominada sedentarismo.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2001 (ENS 2001)¹⁹ un 46,6% de la población mayor de 16 años no hace ejercicio físico en su tiempo libre, el 38,3% hace ejercicio o deporte ocasionalmente, un 8,5% practica ejercicio de forma regular (varias veces al mes) y el 6,1% realiza entrenamientos varias veces a la semana.

La relación entre la actividad física y la salud se basa en la evidencia que proporcionan los cada vez más numerosos estudios que han encontrado una influencia positiva del estilo de vida físicamente activo de los individuos sobre el desarrollo de las enfermedades más prevalentes en la sociedad moderna¹².

Las personas que mantienen un estilo de vida físicamente activo o una buena forma física presentan menores tasas de mortalidad que sus homónimos sedentarios, así como una mayor longevidad. Pero, además, en las personas que en cualquier momento de su vida abandonan su hábito sedentario para pasar a otro más activo físicamente o aumentan su forma física, se ven reducidas significativamente las tasas de mortalidad¹².

La investigación epidemiológica ha demostrado efectos protectores de diversa consistencia entre la actividad física y el riesgo de presentar varias enfermedades

crónicas que incluyen: cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, cáncer de colon, ansiedad y depresión¹².

Las conclusiones de los estudios de observación se apoyan en los resultados de los estudios de intervención que muestran: necesidades más bajas de oxígeno miocárdico, frecuencias cardíacas más bajas y menores valores de presión arterial para un esfuerzo submáximo, incremento del umbral de esfuerzo para la acumulación de lactato en sangre, aumento del umbral de esfuerzo para el comienzo de los síntomas coronarios, incremento del colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) y disminución de los triglicéridos, reducción de la presión arterial de reposo en hipertensos, disminución de la grasa corporal, disminución de las necesidades de insulina y aumento de la tolerancia a la glucosa, incremento de la densidad ósea y mejora de la función inmune y de la función psicológica.

Todas las actividades que la persona realiza en las 24 h del día suponen un mayor o menor grado de actividad física. Sin embargo, las actividades que verdaderamente marcan el estilo de vida de una persona son¹²: lo que realiza en su profesión (actividad ocupacional) y lo que hace en su tiempo libre (actividad de ocio y tiempo libre).

Las actividades ocupacionales de la gran mayoría de la población suponen un gasto energético muy bajo, y es en el tiempo libre cuando se deberían conseguir esos niveles de actividad física protectora. Las personas con actividades ocupacionales que supongan un gasto energético diario total de unas 3.000 kcal es muy posible que no necesiten incrementar los niveles de actividad de su estilo de vida, pero el resto sí que necesita hacerlo para proteger su salud.

El incremento de los niveles de actividad física puede llevarse a cabo de dos formas¹²:

1. Procurando acumular 30 min o más de actividad física moderada-intensa en la mayoría de los días de la semana, mediante la incorporación de más actividad habitual en la rutina diaria, con modalidades como subir escaleras, realizar trabajos caseros o de jardinería, bailar o caminar parte o todo el trayecto de ida y vuelta al trabajo.
2. Realizando algún ejercicio o deporte de tipo aeróbico en el tiempo libre, con una frecuencia mínima de tres veces no consecutivas por semana, una duración

mínima de cada sesión de 40-60 min, dependiendo del tipo de ejercicio o deporte.

Los ancianos deberían realizar, además, dos o tres sesiones semanales de ejercicios de flexibilidad y fuerza-resistencia muscular para paliar los devastadores efectos del envejecimiento sobre el aparato locomotor, que conducen a un mayor riesgo de caídas, a la incapacidad para el autocuidado y al encamamiento precoz.

El personal sanitario de atención primaria tiene un gran potencial para desempeñar un papel significativo en la promoción de la actividad física regular.

Aprovechando el paso de los pacientes por la consulta en Atención Primaria, tanto el médico como la enfermera pueden proporcionar consejo sanitario acerca de la práctica de ejercicio físico de tiempo libre y/o el aumento de los niveles de actividad de la vida cotidiana, y conseguir con ello incrementar los niveles de actividad física de la población.

Los pasos que debe seguir la intervención del personal sanitario de atención primaria son: preguntar, valorar, aconsejar y seguir¹².

1. Preguntar a los pacientes que pasan por el centro de salud acerca de sus hábitos de actividad física, mediante las preguntas, sencillas y específicas, que cada profesional sanitario considere oportunas o con algún cuestionario estandarizado.
2. Valorar el hábito de actividad física del paciente, para lo que se le clasificará en:
 - **Activo:** si hace ejercicio o deporte con las características de duración, frecuencia e intensidad anteriormente reseñadas, o bien alcanza un gasto calórico diario de 3.000 kcal.
 - **Parcialmente activo:** si realiza algún tipo de ejercicio o deporte pero no con los requerimientos mínimos de duración, frecuencia e intensidad.
 - **Inactivo:** si no realiza ningún tipo de ejercicio o deporte y su gasto calórico diario es < 3.000 kcal.
3. Aconsejar que inicie, aumente o mantenga la práctica de algún ejercicio físico o deporte.

4. Repetir los pasos anteriores en los nuevos contactos con el paciente, siempre que sea posible, con una periodicidad no inferior a 3 meses ni superior a 2 años.

f) Consejo dietético

En Atención Primaria, el consejo dietético es valorado muy positivamente por los profesionales sanitarios⁸ al convertirse en un medio que les ayuda a establecer un diagnóstico de los hábitos alimentarios de los pacientes, poder mejorar o modificar los ya establecidos, o bien instaurar unos nuevos. Realizan dos tipos de actuaciones:

- Preventiva: evitando que aparezcan hábitos de alimentación poco saludables.
- Paliativa: mejorando las patologías a través de la modificación o adquisición de nuevos hábitos.
-

Como *población diana* nos podríamos encontrar con:

- Personas adultas con sobrepeso u obesidad, sedentarias y/o con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta (diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer, entre otras).
- Resto de población en general.

Debe considerarse la inclusión de toda persona que lo solicite y no sólo por iniciativa de los profesionales sanitarios.

✚ La **detección** será realizada por los profesionales sanitarios de Atención Primaria, mediante las siguientes actuaciones¹³:

- En la población diana y de forma oportunista, se realizará medición de peso y talla para calcular el Índice de Masa Corpórea (IMC), se valorarán los hábitos de vida, la ingesta habitual **Anexo 3**, y la actividad física, así como la presencia de otros factores de riesgo, todo ello mediante una entrevista semiestructurada.

✚ En la **intervención**, cabe destacar:

1. Informar sobre los riesgos de continuar con hábitos de vida no saludables y explicar la importancia de la modificación de los mismos, para mejorar el estado de salud y para prevenir enfermedades.
2. Valoración del grado de motivación de las personas para el cambio de sus hábitos de vida, según el modelo de Prochaska y Diclemente **Anexo 5**.

3. Dependiendo de la motivación y la presencia o no de otros factores de riesgo, se ofrecerá **Consejo Básico** o **Intensivo**.
4. Ofrecer material educativo de apoyo.
5. Seguimiento, mediante el refuerzo de los comportamientos aprendidos.

El **Consejo Básico** consistiría en:

- Ofrecer consejo breve (de 5 minutos aproximadamente de duración) sobre actividad física y alimentación equilibrada.

Con respecto a la alimentación:

- Equilibrar la ingesta habitual y la actividad física para mantener un peso estable o permitir la pérdida en caso de sobrepeso/obesidad.
- Limitar el consumo energético que procede de las grasas limitando el consumo de alimentos fritos, salsas y grasas contenidas en alimentos de origen animal (lácteos enteros, fiambre y charcutería, carnes grasas como cerdo cordero, mantecas, etc.).
- Utilizar para cocinar preferentemente aceite de oliva y con moderación.
- Limitar o evitar el consumo de alimentos precocinados y salsas comerciales (pueden contener cantidades importantes de ácidos grasos trans).
- Aumentar el consumo de frutas, verduras y hortalizas, legumbres o cereales integrales.
- Valoración del Índice de Masa Corporal.
- Fomentar el consumo de pescado al menos 3 -5 veces por semana.
- Limitar el consumo de alimentos energéticamente densos y pobres en micronutrientes como: refrescos, zumos comerciales o chocolates.
- Limitar el consumo de sal y consumir preferentemente sal yodada.
- Hacer 3 comidas principales y 2 pequeñas colaciones al día. Evita el "picoteo".

Con respecto a la actividad física:

- En particular para aquellas personas cuya actividad ocupacional no suponga un esfuerzo físico, se recomienda:
 - Aprovechar las oportunidades que se presentan a lo largo del día para incrementar la actividad física (subir y bajar escaleras en vez de tomar el ascensor, caminar cuando sea posible para realizar los desplazamientos, etc.).

- Reducir al máximo el sedentarismo durante el tiempo libre y fomentar el ocio activo.
- Para aquellas personas que no realizan ningún tipo de ejercicio físico, recomendar al menos 30 minutos de ejercicio físico regular, de intensidad moderada (preferentemente caminar) con una frecuencia de al menos 5 veces por semana. Posteriormente recomendar el incremento de ejercicio físico de carácter aeróbico (marchas, carreras, natación, ciclismo, etc).

El **Consejo Intensivo** consistiría en:

- Ofrecer consejo de mayor intensidad como segunda línea de actuación tras el consejo básico, y en aquellos pacientes con factores de riesgo. Se llevará a cabo preferentemente por enfermeras con la colaboración de otros profesionales sanitarios en caso necesario.

Se plantea principalmente con el objetivo de reducir la morbimortalidad relacionada con la alimentación inadecuada y el sedentarismo instaurando hábitos saludables.

Para ello será importante abordar los factores cognitivos, afectivos y psicomotores:

- Conocer la importancia de la alimentación y sus efectos sobre la salud.
- Conocer las bases de una alimentación saludable.
- Conocer la importancia de la actividad física y las consecuencias para la salud de la falta de ejercicio físico y de los hábitos sedentarios.
- Conocer el ejercicio y el nivel de actividad física adecuados a las características de cada persona.
- Estar dispuesto/a (querer/desear) a mantener una alimentación saludable.
- Estar dispuesto/a (querer/desear) a mantener un nivel adecuado de actividad física y a disminuir las conductas sedentarias.
- Tener la capacidad de elaborar y/o elegir "dietas" adecuadas a las características de cada persona.
- Tener la capacidad de adecuar la alimentación cotidiana al entorno familiar y social.
- Tener la capacidad de establecer un plan de actividad física adaptado a sus características personales y ambientales (tiempo, recursos, limitaciones...).

Ahora bien, el **Consejo** puede ser individual y/o grupal, y debe constar como mínimo de:

- Entrevista motivacional dirigida a identificar barreras y detectar problemas y fuentes de dificultad.
- Establecer objetivos de cambio, consensuados, abordaje de manera priorizada y seguimiento de los mismos
- Ofrecer consejos, intervenir con asesoramiento nutricional, fomento del ejercicio, modificación de conducta y ayuda para disminuir peso.
- Al final de las sesiones, individuales o grupales se hará una evaluación de los progresos obtenidos y de resultados esperados

La duración mínima de las sesiones será de 30 minutos las individuales y de 60 minutos las grupales.

El número de sesiones será, de forma orientativa, de 4-6 sesiones ajustándose según las características de las personas y del proceso.

Seguimiento hasta los 6-12 meses.

✚ En cuanto al **seguimiento** de todas las personas incluidas en el Consejo:
Se podrá realizar telefónicamente, en el centro de salud y/o en domicilio (personas inmobilizadas y /o confinadas).

- ✓ Se programará una sesión de seguimiento al menos cada 3 meses.
- ✓ Se aprovechará cualquier visita al centro, para refuerzo positivo.
- ✓ Se valorarán cambios de estilo de vida (actividad física y alimentación), IMC, pérdida de peso y determinados parámetros (circunferencia de cintura, tensión arterial, glucemia, perfil lipídico).
- ✓ Aquellas personas que han recibido Consejo Básico y no han presentado resultados favorables, pero con alta motivación, serán derivadas a Consejo Intensivo.
- ✓ El periodo de seguimiento tendrá una duración de 12 meses, salvo que cuestiones específicas aconsejen otra duración.

Implantación del consejo dietético en la práctica desde Atención Primaria

El principal problema con el que se encuentran los profesionales de Atención Primaria es la falta de tiempo, debido a la gran concentración de pacientes, por lo que es preciso reclamar una racionalización de consultas⁸.

La falta de tiempo junto con la escasa formación específica en alimentación y nutrición, son los dos grandes inconvenientes con los que se encuentran los profesionales de Atención Primaria para poder abordar este tema.

Además, podemos citar otras limitaciones para la implantación de dicho consejo:

- El personal de enfermería no se implica tanto como sería deseable.
- Existe poca relación entre los profesionales de Atención Primaria y los especialistas en nutrición.
- Las escuelas se implican poco en la educación sobre la alimentación saludable.
- Los medios de comunicación (TV, radio, etc.) tienden a inculcar una mentalidad de *fast food*.
- Existe una deficiente política sobre la alimentación saludable a nivel nacional.

Ahora bien, ¿Cómo se implanta en la práctica una alimentación saludable?

Las condiciones necesarias para la implantación en la práctica de una alimentación saludable incluyen:

- Transmisión al paciente del mensaje: «disfrute con la comida saludable».
- Valoración de las necesidades dietéticas de la población local.
- Promoción de la actividad física.
- Adaptación a las guías dietéticas locales.
- Promoción de una política nutricional nacional.
- Cuidado del medio ambiente local.
- Promoción de la producción de alimentos locales.
- Adaptación a los hábitos y costumbres nacionales de comida.
- Mejora del conocimiento de los profesionales sobre la alimentación.
- Inclusión de la alimentación y el consejo en el currículo médico y en los cursos de posgrado.
- Provisión de información práctica a los escolares y a los maestros.
- Adaptación de los conceptos precisos sobre alimentación a la Atención Primaria mediante la formación continuada de los profesionales de este ámbito.

Por otro lado, el consejo nutricional debería ser personalizado y adaptado a las necesidades específicas de cada paciente, lo que dificulta en cierta medida su

consecución óptima, dada la diversidad de tipologías de pacientes y la fuerte inversión de tiempo que debe realizar el profesional.

Pero esto no debe suponer una limitación, pues como ya hemos visto anteriormente cabe la posibilidad del consejo nutricional en sesiones conjuntas, grupos de 8-12 personas, que ahorran tiempo y facilitan la participación. Estas sesiones pueden estar dirigidas por un profesional de enfermería o un dietista (o una combinación de ellos) y deben ser, ante todo, comprensibles, pues la mayoría de los pacientes desconocen las características de la alimentación saludable.

DISCUSIÓN

Este trabajo pretende poner de manifiesto los graves problemas de salud existentes relacionados con la dieta y los hábitos de vida.

Factores de riesgo como hipertensión arterial, hipercolesterolemia, escaso consumo de frutas y hortalizas, sobrepeso y obesidad, falta de actividad física, consumo de tabaco... son los responsables de gran parte de la morbilidad y mortalidad, directamente relacionados con la presencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, determinados tipos de cánceres u osteoporosis.

A su vez estos factores de riesgo están ocasionados por los denominados factores determinantes: mayor consumo de alimentos con alto contenido calórico, poco nutritivos y con elevada proporción de grasas, azúcares y sal, menor actividad física en diversos ámbitos, etc.

El Informe sobre la Salud en el Mundo realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002 considera que el 60% de la mortalidad y el 47% de la morbilidad mundial se deben a enfermedades no transmisibles que se prevé aumentarán hasta el año 2026. La hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la obesidad, la falta de actividad física y el consumo de tabaco son los factores de riesgo más importantes de estas enfermedades no transmisibles. La obesidad está presentando un crecimiento alarmante que hace que se considere como una de las epidemias del siglo XXI, y afecta a edades cada vez más tempranas, de forma que la OMS en su documento "Objetivos Salud XXI" considera la obesidad y el sedentarismo como problemas prioritarios en los países desarrollados.

Por tanto, es preciso crear alarma con respecto a las prácticas culinarias informales y rápidas, precaución con las confusiones derivadas de los “no saberes” y temor por las enfermedades propias de los países del primer mundo.

Los conocimientos actuales justifican una urgente acción de salud pública con planteamientos de estrategias de prevención para la reducción de los riesgos en toda la población, y precisamente las recomendaciones sobre estilos de vida que efectúan los profesionales sanitarios a los usuarios que atienden representan un importante recurso de prevención y tratamiento para los ciudadanos y ciudadanas, ya que se encuentran, especialmente los profesionales de atención primaria, en una posición de privilegio para acometer una relación de asesoramiento que resulte efectiva. Así se ha puesto de manifiesto reiteradamente a través de diversos estudios sociales, que muestran, además, que esta comunicación entre el profesional sanitario y el ciudadano es una de las principales fuentes de información y formación cuando se abordan temas de nutrición y actividad física.

Así, el consejo sobre una alimentación saludable debería formar parte de las actividades cotidianas en medicina de familia. Este consejo puede realizarlo igualmente el personal de enfermería y, como en otras actividades de promoción de la salud, debe llevarse a cabo de forma regular.

CONCLUSIONES

Los medios para llevar a cabo actividades de prevención y promoción de la salud los tenemos, siempre han estado ahí. Quizás los que nos pueden llegar a faltar sean los recursos para tratar la el problema una vez éste haya llegado.

No vamos a culpar a nadie, pero si cada uno de nosotros hiciésemos examen de conciencia y viésemos los recursos que se podrían haber ahorrado, principalmente económicos, en tratamientos para problemas evitables (obesidad, diabetes mellitus tipo II, hipercolesterolemia...) sería para echarse las manos a la cabeza.

Observando las estadísticas alguien podría pensar que ocurrió por accidente, que hemos sido atropellados por el infortunio. Pero es preciso señalar que las estadísticas las hacemos nosotros mismos, que son el reflejo de nuestra sociedad, que los jóvenes andaluces que ocupan el segundo lugar en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en

España no son extraterrestres llegados de un universo lejano, simplemente son el resultado de una alimentación desequilibrada y unos hábitos de vida sedentarios.

La población debe estar informada de las ventajas y características de una alimentación saludable, tiene que disfrutar siguiéndola y aceptarla como parte de su estilo de vida **Anexo 6** .

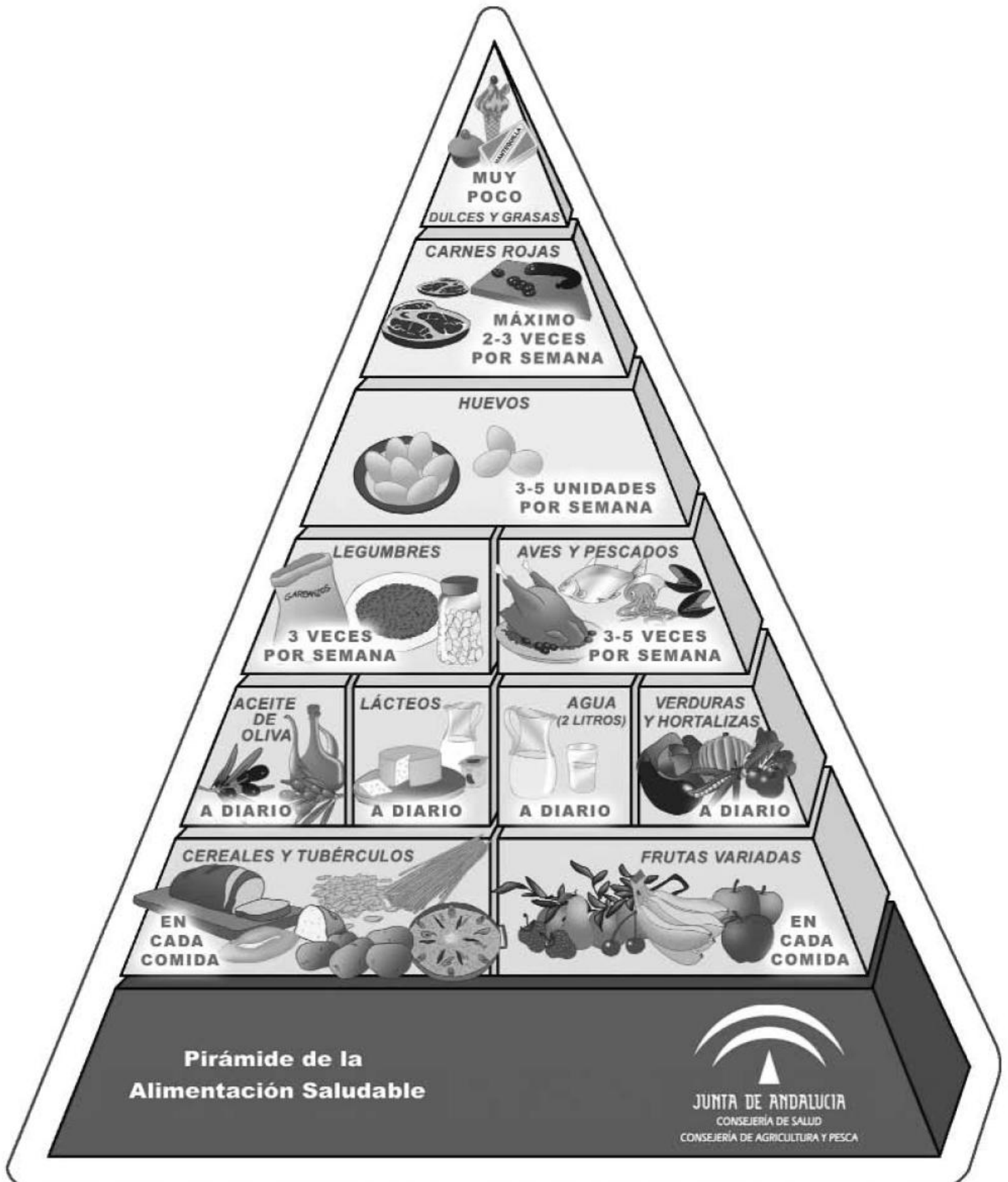
BIBLIOGRAFÍA

1. Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem L, Foz-Salac M, Moreno-Esteban B, y Grupo Colaborativo SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. Med Clin (Barc). 2005;125(12):460-6.
2. Muñoz Salvador LM, Ferrera Picado JA. Capítulo 5 Asesoramiento Dietético y Educación Nutricional en Atención Primaria. Algunas Experiencias de Educación para la Salud en Extremadura. Villanueva de la Serena (Badajoz); 2006. p.71-78.
3. Quiles Izquierdo J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem L, Román B, Aranceta J. Situación de la obesidad en España y estrategias de intervención. RENC 2008; 14(3): 142-149
4. Montero Morales C. Alimentación y vida saludable. ¿Somos lo que comemos? Universidad Pontificia Comillas de Madrid; 2003
5. Manual CTO de Enfermería 5ª Edición. Tomo I. Grupo CTO. CTO Editorial.
6. Rodríguez Artalejo F, Banegas Banegas JR, de Oya Otero M. Dieta y enfermedad cardiovascular. Med Clin 2002; 119:180-188.
7. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Estudios sobre la Comercialización Agroalimentaria en España. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, 2004.
8. La alimentación y nutrición desde Atención Primaria. Comunidad de Madrid Dirección general de salud pública alimentación
9. Nightingale, F. "Notes on nursing" Lippincott, Philadelphia. 1957. (Edición de la publicación original de 1857).
10. Torres Aured ML, Lopez-Pardo M, Dominguez Maeso A, Torres Olson C. La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica. Nutr. clin. diet. hosp. 2008; 28(3):9-19

- 11.** Aranceta-Bartrina J. Nuevos retos de la nutrición comunitaria. Revista Española de Nutrición Comunitaria 2010;16(1):51-55
- 12.** Robledo de Dios T, Ortega Sánchez-Pinilla R, Cabezas Peña C, Forés García D, Nebot Adell M, Córdoba García R. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupos de Trabajo de Educación Sanitaria y Prevención Cardiovascular del PAPPS. Aten Primaria 2003;32(Supl 2):30-44
- 13.** Consejería de salud. Junta de Andalucía. Consejo dietético en Atención Primaria. Plan para la promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008.
- 14.** Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud 2003 [Internet]. Madrid: INE, 2005 URL: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=/t15/p419&O=inebase&N=&L>
- 15.** Soriguer Escofet FJC. La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- 16.** Döbrösy L. Obesity. Prevention in primary care. Recommendations for promoting good practice. CINDI. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO, 1994; p. 3542.
- 17.** Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS); 2003.
- 18.** Sociedad Española de Arterioesclerosis, Sociedad Española de Medicina Interna y Liga de la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Recomendaciones para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. Clin Invest Arterioesclerosis 1994;6:62-102.
- 19.** Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997 y 2001.

ANEXOS

Anexo 1. Pirámide de la alimentación saludable.



La pirámide de alimentación saludable se organiza en diferentes niveles, agrupándose el primero y segundo nivel en categorías de consumo diario. El tercero, cuarto y quinto nivel se refiere a consumo semanal, y el vértice o último nivel se define como de consumo ocasional.

Esta representación gráfica es la mejor guía cualitativa y en ella queda patente que la base de la alimentación son los cereales, tubérculos, frutas, hortalizas y legumbres, leche y derivados, junto con el aceite de oliva para la preparación y condimentación de los guisos y ensaladas.

Las proteínas animales, además de las lácteas, se recomiendan las procedentes del pescado, carnes blancas y huevos. Las carnes rojas deben estar presentes sólo con frecuencia semanal/quincenal. Es recomendable alternar las fuentes de proteínas animales con las fuentes vegetales, especialmente las legumbres (3 veces por semana). Dentro del grupo de alimentos recomendados ocasionalmente, se encuentran los dulces, pasteles, snacks, bollería, helados, embutidos, mantequillas, margarinas, etc.

Anexo 2. Cantidad de nutrientes recomendados para la población general, para satisfacer las necesidades diarias de los nutrientes y la prevención de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta.

Componente dietético	Objetivo
	(% total de energía, salvo otras indicaciones)
Total grasas:	15-30%
• Ácidos grasos saturados	<10%
• Ácidos grasos poliinsaturados	6-10%
• Ácidos grasos poliinsaturados n-6	5-8%
• Ácidos grasos poliinsaturados n-3	1-2%
• Ácidos grasos tran	<1%
• Ácidos grasos monoinsaturados	El resto
Total hidratos de carbono	55-75%
- Azúcares libres (mono y disacáridos)	<10%
Proteínas	10-15%
Colesterol	< 300 mg/día
Cloruro sódico (sal)	< 5 gr/día (< 2 gr/día)
Frutas y vegetales	= 400 gr/día
Total fibra de la dieta	> 25 gr/día
Polisacáridos complejos	> 20 gr/día

Anexo 3. Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea.

Evidencia de los factores que protegen y previenen las enfermedades cardiovasculares			
Nº	Pregunta	Modo de Valoración	Puntos
1	• ¿ Usa el aceite de oliva como principal grasa para cocinar ?	• Sí = 1 punto	
2	• ¿ Cuanto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc...) ?	• 2 ó mas cucharadas = 1 punto	
3	• ¿ Cuantas raciones de verduras u hortalizas consume al día (1 ración = 200 g. Las guarniciones o acompañamientos = ½ ración) ?	• 2 ó más (al menos 1 de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto	
4	• ¿ Cuantas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día ?	• 3 ó más = 1 punto	
5	• ¿ Cuantas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (1 ración = 100-150 g) ?	• Menos de 1 = 1 punto	
6	• ¿ Cuantas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (porción individual = 12 g) ?	• Menos de 1 = 1 punto	
7	• ¿ Cuantas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día ?	• Menos de 1 = 1 punto	
8	• ¿ Bebe vino ? ¿ Cuanto consume a la semana ?	• 3 ó más vasos = 1 punto	
9	• ¿ Cuantas raciones de legumbres consume a la semana (1 plato o ración = 150 g) ?	• 3 ó más = 1 punto	
10	• ¿ Cuantas raciones de pescado/mariscos consume a la semana (1 plato, pieza o ración = 100-150 g de pescado ó 4-5 piezas ó 200 g de marisco) ?	• 3 ó más = 1 punto	
11	• ¿ Cuantas veces consume repostería comercial (no casera, como: galletas, flanes, dulces, bollería, pasteles) a la semana ?	• Menos de 3 = 1 punto	
12	• ¿ Cuantas veces consume frutos secos a la semana (1 ración = 30 g) ?	• 1 ó más = 1 punto	
13	• ¿ Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo, pavo o conejo: 1 pieza o ración de 100-150 g)?	• Sí = 1 punto	
14	• ¿ Cuantas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito) ?	• 2 ó más = 1 punto	
Resultado Final		Puntuación total	

Anexo 4. Valoración. Esquema de los principales diagnósticos de enfermería, resultados esperados e intervenciones.

Esquema de los principales diagnósticos de enfermería (NANDA), Resultados esperados (NOC) e Intervenciones (NIC)

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
00001 - DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO	1006 - Peso: Masa Corporal. 1612 - Control de Peso. 1802 - Conocimiento: Dieta. 1014 - Apetito. 1402 -Autocontrol de la Ansiedad. 1701- Creencias sobre la salud: Capacidad percibida para actuar. 1805 - Conocimiento: Conducta de salud.	5246 - Asesoramiento Nutricional. 0200 - Fomento del ejercicio. 1280 - Ayuda para disminuir el peso. 4360 - Modificación de conducta. 5604 - Enseñanza grupo. 5820 - Disminución de la ansiedad. 1460 - Relajación muscular progresiva.
00002 - DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO	1006 - Peso: Masa Corporal. 1612 - Control de Peso. 1802 - Conocimiento: Dieta. 1805 - Conocimiento: Conducta de salud.	1100 - Manejo de la Nutrición. 4360 - Modificación de conducta.
00120 - BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	1205 - Autoestima. 1200 - Imagen Corporal. 1305 - Adaptación Psico-Social: Cambio de Vida.	5400 - Potenciación de la autoestima. 5220 - Potenciación de la imagen corporal. 5270 - Apoyo emocional.
00163 - DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN	1802 - Conocimiento: Dieta. 1805 - Conocimiento: Conducta de salud.	5246 - Asesoramiento Nutricional. 0200 - Fomento del ejercicio. 5604 - Enseñanza grupo.
00168 SEDENTARISMO	1701 - Creencias sobre la salud: Capacidad percibida para actuar. 1811 - Conocimiento: Actividad prescrita. 1805 - Conocimiento: Conducta de salud.	0200 - Fomento del ejercicio. 4360 - Modificación de conducta. 5612 - Enseñanza: Actividad/ejercicio prescrito.

Anexo 5. Fases de motivación para el cambio y estrategias de intervención.

Fase	Características de la persona	Intervención del profesional
Pre-Contemplativa	No reconoce tener un problema. No considera cambiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar información general sobre la problemática (en forma neutral). • No aconsejar aún medidas de acción a tomar.
Contemplativa	Puede reconocer los problemas que acarrea su situación. Puede examinar las implicaciones de cambiar. No comienza aún el cambio.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los aspectos positivos, lo que el paciente considera logros en su situación. • Reconocer la ambivalencia. • Trabajar balances beneficios / costos • Desarrollar la discrepancia, contradicciones entre la conducta actual y las metas más amplias, y el concepto de sí mismo. • Facilitar una reevaluación , reconsideración cognitiva y emocional del comportamiento alimentario/ actividad física.
Preparación / determinación	Preparado y dispuesto para el cambio, con deseo de recibir ayuda y puede enfrentar las pérdidas que el cambio obliga.	<ul style="list-style-type: none"> • En esta fase habrá que considerar con el paciente estrategias y alternativas realistas para su situación actual.
Acción	La persona manifiesta su compromiso de cambiar, busca activamente el modo. Comienza la implantación del nuevo comportamiento alimentario/ actividad. pero no ha llegado a un cambio estable. Pueden darse recaídas que forman parte del proceso normal.	<ul style="list-style-type: none"> • En este periodo hay que ofrecer apoyo, reforzar los logros y prever las dificultades que los cambios pueden presentar (físicos, emocionales, sociales).
Mantenimiento	La persona esta consiguiendo el objetivo inicial y trabaja por mantenerlo.	<ul style="list-style-type: none"> • En esta fase hay que prevenir las recaídas y considerarlas como parte del proceso de recuperación, aprendiendo de ellas para planificar los siguientes pasos.
Recaída	La persona ha vuelto a sus hábitos anteriores (alimentación inadecuada, falta de actividad y ejercicio físico...) y ahora debe volver a afrontar la nueva situación y que hacer en el futuro.	

Anexo 6. Guía de alimentación equilibrada.

Equilibre la ingesta habitual y la actividad física para mantener un peso estable.
Favorezca la ganancia o pérdida según su situación

Consuma una amplia variedad de alimentos. Evite restricciones innecesarias.

Elija una dieta baja en grasa:

Reduzca el consumo de grasa saturada contenida en alimentos procedentes de animales terrestres y derivados: fiambre y charcutería, manteca, tocino, patés.

Limite el consumo de grasa láctea, consumiendo variedades descremadas o semidesnatadas de leche y otros productos como leches fermentadas, reduciendo asimismo el consumo de mantequillas.

Disminuya el consumo de alimentos ricos en colesterol: vísceras, grasa de la carne, yema de huevo, mantequilla, calamar, sepia y pulpo, productos de bollería y pastelería, crustáceos, quesos curados, mantecas, moluscos, embutidos.

Limite el consumo de todos aquellos productos de pastelería, bollería y heladería que contienen grasa saturada del tipo de aceites tropicales (coco y palma),

Evite o reduzca el consumo de ácidos grasos trans contenidos en grasas hidrogenadas: margarinas, algunas salsas comerciales, precocinados.

Limite el consumo de alimentos fritos.

Utilice para cocinar preferentemente aceite de oliva virgen extra y con moderación.

Consuma suficiente cantidad de proteínas, manteniendo un razonable equilibrio entre las fuentes alimentarias animales y vegetales de proteínas:

Limite el consumo de carnes rojas a 1-2 veces por semana seleccionando preferentemente las porciones más magras

Asegure el consumo de pescado al menos 3-4 veces por semana (una como mínimo pescado azul)

Incremente el consumo de legumbres a 2-3 veces por semana.

Consuma de 3-4 huevos por semana.

Tome frutos secos o semillas una vez por semana (no es en caso de sobrepeso/obesidad)

Aumente el consumo de fibra:

Consuma más de 3 raciones al día de frutas, una de ellas un cítrico.

Consuma más de 2 raciones de verduras y hortalizas, al menos una de ellas en forma de ensalada.

Tome de 4-6 raciones de cereales al día preferentemente integrales

Recuerde que las legumbres y los frutos secos contienen cantidades importantes de fibra.

Mantenga una ingesta de calcio adecuada:

Consuma de 2-4 raciones al día de lácteos y derivados: leche, yogur, queso, preferentemente variedades bajas en grasa

Consuma menos calorías, pero suficientes cantidades de vitaminas y minerales

Limite el consumo de alimentos energéticamente densos y pobres en micronutrientes:

- Alimentos procesados ricos en grasa y, almidón y/o azúcares como chocolates, helados o productos de repostería.
- Bebidas azucaradas :refrescos y zumos de frutas comerciales
- Azúcares simples: azúcar, miel, siropes, caramelos, golosinas
- Snacks salados

Limitar el consumo de sal y consumir preferentemente sal yodada.

Hacer 3 comidas principales y 2 pequeños colaciones al día.

Tome suficiente cantidad de líquidos: de 6 a 8 vasos al día de agua

Modere el consumo de alcohol