

**UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA
Escuela de CC de la Salud**



**MÁSTER OFICIAL
EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

Curso Académico 2010/2011

Trabajo de Fin de Máster

**PERFIL DEL PACIENTE OBESO O CON SOBREPESO ATENDIDO EN LA UNIDAD
DE ENDOCRINOLOGÍA, NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA DEL COMPLEJO
HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS.**

Autor: Eulalia Ruiz Arrés

Tutor: D. Gabriel Aguilera Manrique

ÍNDICE

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN

1.1. La relevancia del problema.

1.1.1. Prevalencia

1.1.2. Definición y clasificación de la obesidad

1.1.3. Etiología y factores que se relacionan con el sobrepeso y la obesidad.

1.1.4. Complicaciones de la obesidad.

1.1.5. Tratamiento.

1.2. La escasez de estudios sobre la prevalencia en nuestro entorno y sobre la influencia de algunos aspectos psicológicos, sociales y culturales en la instauración del sobrepeso y la obesidad.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

3. MARCO TEÓRICO

II. OBJETIVOS

III. METODOLOGÍA

1. Sujetos de estudio

2. Variables de estudio

3. Material y método de recogida de datos

4. Cronograma de trabajo

5. Dificultades, limitaciones y sesgos esperados

IV. RESULTADOS

V. DISCUSIÓN

VI. CONCLUSIONES.

VII. BIBLIOGRAFÍA

VIII. ANEXOS

RESUMEN

Para la presentación del trabajo final del Master “Ciencias de la Enfermería” se ha realizado un trabajo de investigación cuyo objeto de estudio ha sido el sobrepeso y la obesidad como problema de salud.

La elección de este tema se debe a que la obesidad se está convirtiendo en un problema de salud de dimensiones muy importantes, que afecta cada vez a mayores porcentajes de población, tanto adulta como infantil, y que conlleva importantes problemas para la salud individual y supone un gran reto para los servicios de salud.

El trabajo desarrollado y que a continuación se presenta consiste en un estudio descriptivo sobre los pacientes atendidos en la Unidad de Endocrinología y Nutrición Clínica del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, realizado para conocer el alcance del problema en nuestro entorno inmediato, la tendencia del mismo, las características personales y sociodemográficas de las personas que lo sufren y, en general, conocer con más profundidad la situación respecto a este problema de salud.

Los resultados obtenidos indican que estos pacientes comparten las características descritas por otros estudios. Son personas mayores de 40 años, con nivel de formación bajo, con varias patologías asociadas y que frecuentemente están en paro o tienen una actividad laboral sedentaria; sus hábitos de ocio son también sedentarios y los de alimentación incluyen costumbres no saludables y obesogénicas como la ingesta de alimentos con alta proporción de grasas y azúcares, y el consumo continuo de pequeñas cantidades de alimento entre las comidas principales -“picoteo”-. El grupo estudiado presenta altos índices de masa corporal, mayores de 40 en muchos casos; en general tienen un nivel de conocimientos medio o bajo sobre nutrición y dietética, su imagen personal y el concepto de sí mismo es negativo y no están satisfechos con su situación. En cambio acuden muy motivados para iniciar cambios, y cuentan con apoyo familiar para hacerlo.

Los resultados invitan a profundizar en la investigación sobre los aspectos tratados y a realizar otros estudios desde la perspectiva enfermera que mejoren el conocimiento que tenemos sobre estos pacientes para, a partir de ahí, incrementar la participación de las enfermeras en la atención a estas personas, fundamentalmente con espacios y propuestas de educación para la salud.

I. INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN

1.1. La relevancia del problema

1.1.1. Prevalencia

La elección de este tema se debe a que la obesidad se está convirtiendo en un problema de salud de dimensiones muy importantes, que constituye un motivo de preocupación tanto por el aumento de la prevalencia en la población adulta y en los niños y su tendencia alcista, como por las complicaciones y problemas de salud que origina.

Los estudios epidemiológicos evidencian el aumento de prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la población en general, tanto en la edad adulta como en las edades infantiles. Según la OMS, en 2002 había en el mundo trescientos millones de personas con obesidad, y estimaba que se alcanzarían los 500 millones en 2005. (1)(2)

En 2008 había 1.500 millones de adultos con sobrepeso, y más de 500 millones de obesos (3). Se ha convertido así en uno de los problemas sociosanitarios de mayor envergadura en los países desarrollados, y se considera un problema relacionado con la sociedad de consumo y los cambios de hábitos de vida. (4)

Hay pocos estudios que realicen un análisis comparativo de la prevalencia del exceso de peso entre países, debido a la utilización de distintos criterios para la definición de obesidad; no obstante, está demostrado el incremento en las tasas de prevalencia en países desarrollados y en vías de desarrollo. (5)

En sociedades como la europea o la estadounidense la tendencia al incremento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad es un hecho en las últimas décadas. En EEUU el porcentaje de obesos en el año 2000 alcanzaba el 64,5%, habiéndose incrementado en 8,3% en una década el porcentaje de población con sobrepeso (personas con Índice de Masa Corporal, IMC, entre 25 y 29,9)¹, y un 7,6% el de obesidad (IMC>30). En Europa la prevalencia varía según países, alcanzando cifras del 30% en algunos países. (5)

En España, y según los datos aportados por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, en el estudio SEEDO'97 -metanálisis de cuatro estudios realizados

¹ El IMC (Índice de masa corporal), relaciona el peso y la talla. Si el resultado del cociente entre peso (kg) y la talla (m²) es mayor de 30, la persona se considera obesa, y tendrá sobrepeso si está entre 25 y 29,9.

entre 1989 y 1994 en Cataluña, Madrid, País Vasco y Valencia- se estimó que el 50% de la población entre 25 y 60 años presenta un exceso de peso, con una prevalencia de obesidad del 13,4 % (11,5% en hombres y 15,2 en mujeres) (6).

Según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud del año 2006, la prevalencia de la obesidad en España se ha incrementado un 8% en dos décadas, desde el 7,4% en 1987 al 15,4 % en 2006, año en el que el 52,4 % de la población tenía un peso superior al normal (37% con sobrepeso y 15,4% obesidad), siendo los porcentajes mayores en hombres que en mujeres; el 44% de hombres con sobrepeso y el 15,4 % con obesidad, y el 29,4% de mujeres con sobrepeso y el 15,2 con obesidad. (7)

Los estudios realizados en Andalucía presentan un panorama similar; según la encuesta Andaluza de Salud, en el año 2007 presentaba exceso de peso el 53,5% de la población; al igual que en la encuesta nacional, la proporción era mayor en hombres (59,8%) que en mujeres (47,3%). También en ésta comunidad se ha producido un incremento de la prevalencia, de un 48,9% en 1999, a un 51,1 % en 2003 y un 53,5% en 2007. (8)

Los datos de prevalencia en la provincia de Almería aportados por ésta misma encuesta son del 49,8 % en 2007, siendo ligeramente inferior al de 2003 que alcanzaba el 49,9% de la población.

Estos datos dan muestra de la gravedad de la cuestión y del reto que supone para los servicios de salud un problema de tal magnitud, cuya relevancia ha sido uno de los motivos que han llevado a la realización de este trabajo.

Pero antes de avanzar presentando los aspectos metodológicos del estudio, es de interés centrar y delimitar el tema que nos ocupa para lo cuál se realiza a continuación un breve recorrido por la definición y clasificación de la obesidad, las complicaciones y problemas de salud asociados, y los factores que con ella se relacionan.

1.1.2. Definición y clasificación de la obesidad

Al hablar de obesidad nos referimos a una situación en la que existe una cantidad de grasa corporal superior al porcentaje considerado como normal, que es de entre un 12% y un 20% en hombres, y de entre el 20 y el 30% en mujeres. Se considera que un hombre tiene obesidad con un porcentaje de grasa superior al 25% , y una mujer cuando éste supera el 33%. Son valores limítrofes para el hombre porcentajes entre el 20 y el 25%, y para mujeres valores del 31 al 33%. (5)

Esta cantidad de grasa corporal aumentada ha sido considerada durante siglos como una característica corporal o como un factor de riesgo, pero actualmente ha cobrado entidad de enfermedad, definiéndose la obesidad como un exceso de grasa corporal que comporta un riesgo para la salud del individuo.

La Sociedad Española para el estudio de la Obesidad la considera como una enfermedad crónica (6). Con frecuencia se acompaña de un peso superior al normal para una persona de la misma talla, edad y sexo, por lo que es importante saber si el exceso de peso se debe al aumento del tejido adiposo o a otras situaciones como retención de líquidos, aumento de masa muscular, u otros. (9)

La proporción de masa grasa que tiene una persona se puede conocer a través de distintos métodos, entre los que encontramos la densitometría, los ultrasonidos, la resonancia magnética, o la impedancia bioeléctrica, método éste último bastante extendido en la actualidad². Sin embargo, los expertos coinciden en que para realizar el diagnóstico de la obesidad no es necesario conocer con exactitud la proporción de masa grasa y magra, ya que se puede diagnosticar mediante la interpretación de datos antropométricos (5). Incluso recomiendan el uso de impedancia bioeléctrica, densitometría y otros sólo para investigación. (6)

Los parámetros antropométricos de peso, talla y circunferencia de la cintura, y otros indirectos como el Índice de Masa Corporal –calculado a partir de ellos- son los métodos más utilizados en la práctica clínica, incluso para estudios epidemiológicos, porque a través de ellos se puede conocer si la persona es obesa y la distribución de la grasa corporal. (9) (6)

El método más extendido y aceptado para definir y clasificar la obesidad es el Índice de Masa Corporal ó IMC, que es el cociente entre el peso expresado en kilogramos y la talla al cuadrado expresada en metros: $IMC = \text{peso(kg)} / \text{talla(m}^2\text{)}$. Este índice es el más utilizado en estudios epidemiológicos, y se ha demostrado la existencia de una correlación adecuada entre el IMC y el porcentaje de grasa corporal.(5)(10). Utilizando como referencia el IMC, se considera que hay sobrepeso cuando el valor del parámetro es superior a 25, y obesidad cuando es mayor de 30. (3)(4)(5)(6)(10).

Utilizando como criterio el Índice de Masa Corporal, la Organización Mundial de la Salud clasifica la obesidad en cinco grados; por su parte, la Sociedad Española

² La impedancia bioeléctrica consiste en medir la resistencia de los distintos compartimentos del cuerpo humano al paso de una corriente eléctrica de 50 KHz entre dos puntos del organismo.

para el Estudio de la Obesidad en el Consenso SEEDO 2007 plantea siete categorías introduciendo dos criterios, el IMC y las estrategias de intervención terapéutica (9) (6). En la Tabla 1 se presentan los grados de sobrepeso y obesidad definidos por la OMS y por el Consenso SEEDO 2007, y en ella se pueden apreciar que la clasificación SEEDO subdivide el denominado sobrepeso en dos grados, e incluye un grado más para la obesidad, al que denomina obesidad extrema u obesidad grado 4.

TABLA 1: Clasificación de la obesidad según la OMS y la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. (SEEDO).

Clasificación OMS	Valores límite IMC (kg./m ²)	Clasificación SEEDO	Valores límite IMC (kg./m ²)
		Peso Insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5 - 24,9	Normopeso	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25 - 29,9	Sobrepeso grado 1	25 - 26,9
		Sobrepeso grado 2 (preobesidad)	27 - 29,9
Obesidad grado 1	30 - 34,9	Obesidad grado 1	30 - 34,9
Obesidad grado 2	35 - 39,9	Obesidad grado 2	35 - 39,9
Obesidad grado 3	≥ 40	Obesidad grado 3 (morbida)	40 - 49,9
		Obesidad grado 4 (extrema)	≥ 50

Por otra parte tiene gran interés clínico conocer la distribución de la grasa corporal, dado que los riesgos para la salud son mayores cuando la localización es en la región abdominal, la denominada obesidad androide, que cuando lo es en la región glúteo-femoral, obesidad ginoide. (11). Es la denominada Obesidad Central, que se puede determinar mediante el perímetro de cintura o perímetro abdominal (PC ó PA), también denominado circunferencia de la cintura (CC), que informa de la distribución de la grasa visceral³ (5)(9)(11)(12). Es un predictor de riesgo para la salud más preciso que el IMC (10). Se considera factor de riesgo cuando el PC es ≥ 102 cm. en hombres, ó ≥ 88cm en mujeres.(5)(12)(14).

1.1.3. Etiología y factores que se relacionan con el sobrepeso y la obesidad.

La obesidad se produce por alteración del balance energético, cuando la ingesta calórica es superior al gasto energético⁴ (5)(13). Existen, no obstante, mecanismos reguladores hormonales y neuronales para el balance energético, que tienden al

³ El perímetro abdominal se mide con una cinta métrica flexible, tomando como referencia el punto medio entre la última costilla y la cresta ilíaca, y rodeando la cintura; la lectura se hace después de una espiración normal.

⁴ El gasto energético lo componen el metabolismo basal (energía consumida para el funcionamiento corporal en reposo), la acción dinámica específica de los alimentos o termogénesis inducida por los alimentos (gasto energético asociado a la digestión y metabolismo de los alimentos) y la energía consumida en la actividad física. El metabolismo basal representa el 70% del total del gasto energético y está sujeto a control neuronal y hormonal. (5)(14).

mantener el peso en valores de \pm el 10% del peso previo al cambio –de ahí la tendencia a la recuperación de peso después de regímenes de adelgazamiento-. (5)

El mecanismo por el que se incrementa la cantidad de grasa y el peso corporal, aún no es del todo conocido, si bien el origen de las variaciones del IMC se debe, fundamentalmente a alteraciones en la relación entre la ingesta y la actividad física (5)(13); de ahí que tanto la composición de la dieta y contenidos calóricos, como la relación entre actividad y consumo de energía esté muy estudiado y sea en estos conceptos en los que se centran la mayoría de los tratamientos dietéticos y de las campañas y trabajos de prevención de la obesidad.

En el control del balance energético intervienen mecanismos hormonales, neuronales y neuropéptidos, con un objetivo, el de mantener los depósitos energéticos estables. Al hipotálamo y al núcleo del tracto solitario llegan señales de tipo neuronal provenientes del nervio vago, y de tipo hormonal -leptina del tejido adiposo, péptidos gastrointestinales-, aferencias que informan de si hay un balance energético positivo o negativo. Si disminuye la concentración plasmática de leptina, las señales llegan al hipotálamo, y a través de un complejo sistema de activación de neuronas orexígenas se daría una compleja respuesta que incluye aspectos hormonales, neuronales y de conducta que llevaría a un aumento de la ingesta y disminución del gasto energético; si la concentración de leptina es alta se produce el mecanismo contrario con lo que se produce una disminución de la ingesta y aumento del gasto energético. (5) (15)

La regulación fisiológica a corto plazo se realiza también mediante señales cerebrales y periféricas con la intervención de nuevo del hipotálamo. Se realiza mediante señales mecánicas generadas por contracciones del estómago y duodeno que si se realizan con el estómago vacío emiten señales de hambre, o bien por distensión estomacal que produce sensación de saciedad; también se regula por el nivel de glucemia detectado por los glucoreceptores que emiten señales hacia el hipotálamo. Pero en la inducción a la ingesta intervienen otros mecanismos que tienen que ver con influencias ambientales y factores psicológicos que crean y establecen conductas alimentarias que, en muchas ocasiones se establecen al margen de las sensaciones de hambre o del balance energético negativo. Tanto el control de la ingesta como el gasto energético total están bajo la influencia de factores genéticos como ambientales. (5)(15).

Si la causa directa de la obesidad es el desequilibrio energético entre ingesta y consumo, su etiología es diversa y en muchas ocasiones desconocida, pudiendo estar

influida y originada por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Por consiguiente está considerada como una enfermedad de origen multifactorial. (5)(6).

Mucho se ha dicho sobre la influencia genética en la aparición del sobrepeso y la obesidad, pero el incremento en la prevalencia de la obesidad ha sido tan rápido que no se puede atribuir a cambios genéticos; el aumento que se está produciendo en algunas poblaciones está estrechamente vinculado a factores medioambientales, sobre todo sociales y comportamentales. Se considera pues que la alteración en el balance energético se produce como consecuencia de la interacción del genotipo del individuo con su medio ambiente. (16)(5)(9).

1.1.4. Complicaciones de la obesidad.

Al margen de los preocupantes datos de prevalencia, hay que resaltar la gravedad de éste problema de salud. La obesidad comporta un riesgo para la salud, se presenta frecuentemente asociada a otras enfermedades, y es en muchas ocasiones, coadyuvante o factor de riesgo para la aparición de las mismas, como es el caso de la obesidad como factor de riesgo vascular (12), o en el síndrome metabólico una de cuyas categorías etiológicas es la obesidad junto con la distribución anormal de la grasa corporal (17).

Sobrepeso y obesidad se asocian con un aumento de la morbilidad y mortalidad; a mayor IMC aumenta progresivamente el riesgo de muerte por cualquier causa. (5). Además se incrementa el riesgo de sufrir algunas enfermedades; según la OMS, un índice de masa corporal elevado es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares -principalmente cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular-, diabetes, trastornos del aparato locomotor, en especial la osteoartritis, y algunos cánceres -del endometrio, la mama y el colon-. (3)

Pero hay otras alteraciones asociadas a la obesidad como hipertensión arterial, hiperlipoproteinemia - aumento de triglicéridos y de colesterol LDL y disminución del colesterol HDL-, hiperuricemia, insuficiencia cardíaca, enfermedades digestivas como riesgo de litiasis biliar o alteraciones hepáticas, alteraciones respiratorias -síndrome de hipoventilación y apnea del sueño-, insuficiencia venosa periférica, incontinencia urinaria y complicaciones obstétricas. En la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las dislipemias y la enfermedad cardiovascular el riesgo es mayor cuando la obesidad es abdominal (5)(6)(10)(11)

Hay seis aspectos relacionados con la dieta y la actividad física que se correlacionan con el riesgo de muerte prematura: hipertensión arterial, índice de masa corporal, ingestión insuficiente de fruta y verdura, inactividad física y consumo excesivo de alcohol. (2)

Sumados a los problemas en el plano físico encontramos los que aparecen en el psicológico, dado que el problema del sobrepeso y de obesidad afecta a la autoimagen y al concepto de sí mismo, existiendo el riesgo para estas personas de inadaptación y aislamiento social y tienen mayor prevalencia de alteraciones psicopatológicas; la obesidad se ha asociado con efectos negativos sobre los ocho dominios evaluados en el test de calidad de vida SF-36. (5)

Todo esto da cuenta de la trascendencia del problema de la obesidad, que no sólo lo es en el aspecto socio-sanitario, sino también en el económico. El coste que genera para los servicios de salud es elevado, representando hasta un 7% del gasto en salud pública en la Unión Europea, lo que en España supone 2.500 millones de euros anuales.(18)

Pese a estar demostrada la relación entre dieta, actividad física y salud, y el esfuerzo en prevención primaria que se realiza desde todas las instituciones, la tendencia actual es, como ha quedado dicho, al aumento de la obesidad, y paralelamente de las patologías que la acompañan.(19)

1.1.5. Tratamiento.

Si el incremento ponderal de peso trae consigo las complicaciones antes mencionadas, la pérdida de peso genera beneficios para salud y la calidad de vida, aunque se trate de pérdidas moderadas: disminución de las cifras de presión arterial, disminución de glucemia en no diabéticos y de glucemia y de hemoglobina glicosilada en sangre en pacientes diabéticos, disminución de triglicéridos, de colesterol total y LDL, y aumento de HDL, reducción de factores de riesgo cardiovascular y mejora de problemas respiratorios.(5)(10)

Sin duda alguna el mejor tratamiento es el preventivo, pero una vez instaurado el sobrepeso o la obesidad hay diferentes alternativas de tratamiento que pasan por una disminución de la ingesta calórica, el incremento de la actividad física, y modificaciones en la conducta; según el grado de obesidad y las características de la persona estará recomendado la combinación de estas propuestas con otros tratamientos como el farmacológico, quirúrgico, y otros. (5)(6)(9)(10)

Los objetivos del tratamiento para la reducción de peso deben ser, además de reducir el peso corporal, mantener el peso más bajo a largo plazo y, en caso de que no se condiga una pérdida significativa prevenir la ganancia de peso. Los expertos recomiendan marcar como objetivo inicial un pérdida del 10%, manteniendo el tratamiento dietético al menos durante seis meses, teniendo en cuenta que si ha habido pérdida de peso el paciente tendrá menor gasto energético por lo que se entra en una fase de estabilidad en la que si se plantea seguir perdiendo peso se ha de reducir algo más la ingesta o incrementar la actividad física. A partir del 3-5 años se produce una recuperación del peso, por lo que es importante que se continúe con un programa de mantenimiento de peso. En los casos en los que el paciente no consiga una reducción del peso, es importante que se marque el objetivo de prevenir una mayor ganancia. (5) (6) (10)

A pesar del desarrollo de diferentes estrategias terapéuticas y la utilización de tratamientos dietéticos variados, existe un porcentaje elevado de abandono del tratamiento, bien durante la fase de pérdida de peso o tras la finalización del mismo, volviendo la persona a recuperar parte o todo el peso perdido. Es difícil mantener a largo plazo el peso conseguido. (5) Así pues, sigue siendo un reto para los sistemas de salud mejorar la atención sanitaria a estas personas.

Este problema requiere un cambio en el estilo de vida de la persona, por lo que es requisito previo para el tratamiento la voluntad del paciente, y su compromiso para alcanzar los objetivos propuestos. Aunque el paciente consiga una pérdida inicial de peso, el tratamiento debe ser planteado a muy largo plazo, y la persona desarrollar una estrategia personal par un cambio de hábitos que ha de durar toda la vida. Pero a pesar de los problemas que entraña el tratamiento y de la relevancia del problema, la atención a las personas con sobrepeso u obesidad -en adelante SB/OB-, o con riesgo de sufrirlos no está totalmente desarrollada, quedando espacios de atención aún si acotar en los que la disciplina enfermera, desde la participación en un equipo multidisciplinar, puede aportar sus conocimientos para la mejorar de la salud de la población. Como apuntan De Torres Aured et al (2008) la enfermera en los equipos de nutrición son responsables de “..asistir, formar, informar, educar, asesorar y adiestrar desde el aspecto bio-psico-social del paciente”. (20)

En nuestro entorno sanitario la atención a pacientes obesos y con sobrepeso se desarrolla en diferentes ámbitos, desde la atención primaria a la hospitalaria. No obstante, el servicio de Endocrinología y Nutrición Clínica y Dietética del Complejo

Hospitalario Torrecárdenas -en adelante CHT- es referente provincial, por lo que en el se atiende a gran parte de la población del Almería con problemas de obesidad, tanto los que demandan la atención por iniciativa propia, como los derivados desde atención primaria para su seguimiento, los casos de obesidad mórbida para un tratamiento previo a la cirugía, o personas derivadas de especialidades quirúrgicas que solicitan una interconsulta para que los pacientes pierdan peso antes de una intervención quirúrgica.

1.2. La escasez de estudios sobre la prevalencia en nuestro entorno y sobre la influencia de algunos aspectos psicológicos, sociales y culturales en la instauración del sobrepeso y la obesidad.

La información existente sobre incidencia y prevalencia de este problema de salud proviene de los informes y encuestas anteriormente referenciados, y de estudios locales. Pese a que hay una tendencia al alza de la enfermedad, y a la gravedad de las complicaciones, no hay un registro exhaustivo de los ciudadanos que tienen SB/OB como lo hay de aquellos que sufren otros procesos, debido, posiblemente, a que en muchas ocasiones las personas con exceso de peso solicitan atención por otros problemas antes que por obesidad, aunque, como veremos más adelante, muchos de ellos se relacionan o están causados principalmente por el exceso de peso.

Por otra parte existen estudios generales de hábitos dietéticos como las encuestas de salud, y se ha encontrado bibliografía referida a hábitos alimentarios en nuestra provincia pero centrados en poblaciones muy cerradas, generalmente niños, adolescentes y jóvenes estudiantes, pero no en la población adulta en general; justifica entonces este trabajo la dificultad para encontrar estudios que analicen el problema del SB/OB en la población adulta en general en nuestro medio.

Hay suficiente evidencia científica sobre muchos aspectos de la obesidad -complicaciones, etiología, dietas adecuadas, etc.-, pero faltan datos que nos orienten hacia la personalización del tratamiento, las estrategias terapéuticas individualizadas, la adherencia al tratamiento, el manejo efectivo del mismo, y, a la postre, el éxito del tratamiento.

Posiblemente la falta de investigación al respecto se deba a la complejidad del problema y a la dificultad que entraña la recogida de datos para el estudio de algunas variables que pueden provocar el incremento ponderal de peso; como ejemplo destacar que en la búsqueda bibliográfica no se han encontrado instrumentos de medida validados y aplicables universalmente para conocer los hábitos alimentarios, la ingesta

de las personas, o los errores dietéticos. Tampoco se encuentran herramientas específicas para conocer o evaluar la motivación inicial de las personas para cumplir con las indicaciones dietéticas y de actividad física.⁵

Al mismo tiempo hay poca evidencia científica sobre la influencia que en la instauración del sobrepeso tienen las vivencias del paciente tales como sucesos vitales significativos, cambios en ciclo vital, u otros que pueden tener una significación para el paciente diferente en nuestro medio a la que tiene en otras poblaciones, o sociedades, o para las que se pueden encontrar diferencias individuales. Su mayor conocimiento podrá orientar hacia un enfoque terapéutico mas adecuado e incluso hacia la prevención a través de la información.

Destacar que también faltan estudios que investiguen el problema desde una perspectiva enfermera, enmarcados dentro de un modelo conceptual que delimite las áreas competenciales enfermeras en el abordaje de éste problema de salud y centren la investigación en los fenómenos que son de interés para ésta disciplina.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Como ya se ha visto la obesidad es una enfermedad de origen multifactorial. Si la causa directa del incremento de peso es la existencia de un aporte energético mayor que los requerimiento de la persona, el origen de este desequilibrio no es único, sino que hay multitud de factores que lo ocasionan, como factores biológicos, psicológicos, genéticos, presencia de otras patologías o factores ambientales, siendo posiblemente estos últimos los que mejor expliquen el incremento de personas obesas que se está produciendo en los últimos años.

Diferentes estudios que analizan factores genéticos y ambientales ponen de manifiesto que las diferencias entre individuos en los valores de IMC se deben en mayor medida a factores ambientales, contribuyendo con un peso de hasta un 60% e incluso un 70% al desarrollo de la obesidad, mientras que el peso de factores genéticos⁶ sería de entre el 30 y el 40%. (23) (4) (5)

⁵ En la búsqueda bibliográfica sobre voluntad y motivación, se han encontrado escalas validadas para evaluar la motivación hacia el aprendizaje, o test que miden la motivación para dejar de fumar como el de Test de Fagerström, desarrollado en 1978, o la modificación del mismo realizada por el autor en 1991, el Test de Fagerström de dependencia de la nicotina.(21)(22). Pero no se han encontrado instrumentos específicos relacionados con el cambio de hábitos dietéticos.

⁶ En relación con los factores genéticos, existen formas monogénicas de la obesidad ligadas a genes específicos; también se han descrito más de 200 marcadores, genes y regiones cromosómicas asociadas con las formas generales de la obesidad y se ha observado que la obesidad es un rasgo característico de unos veinticuatro síndromes de origen genético cuya base fisiopatológica no se conoce con exactitud. A pesar de estos avances en la investigación, no se conoce con detalle la base genética de la obesidad. (5)

Es difícil encontrar una clasificación estándar de los factores que influyen en la ganancia ponderal de peso, pero en general en los trabajos que se han consultado se estudian factores como la predisposición genética, las características personales como el sexo, la edad o los antecedentes obstétricos y ginecológicos, los factores biológicos y fisiológicos como la función de los neuropéptidos, hormonas y neurotransmisores, y otros que tienen que ver con el entorno, factores sociales, culturales, económicos, familiares, etc., que favorecen la existencia de un ambiente obesogénico al inducir al aumento de la ingesta energética y/o a la disminución del gasto energético. Los autores los clasifican de distintas formas; como ejemplo, en el trabajo de Aranceta- Bartrina, J. et al. (2005), en el que se realiza una recopilación de estudios de ámbito estatal para hacer una estimación de la prevalencia y distribución de la obesidad en España y los factores determinantes de la misma, los divide en factores sociodemográficos y factores relacionados con el estilo de vida (24); por su parte E. Rodríguez et al, (2011), hablan de características sociodemográficas, antropométricas y factores ambientales (23); en la guía de práctica clínica de Arrizabalaga, J. et al. (2003), al hablar de factores relacionados con el incremento ponderal de peso los agrupan en factores genéticos y ambientales, incluyendo en éstos últimos algunos como la menopausia o la gestación (5); en cambio, autores como C. Gómez et al, (2009), no hacen clasificación de factores o de características de los pacientes (25).

La mayoría de las investigaciones se han hecho desde otras disciplinas; no obstante, los factores estudiados los podríamos enfocar desde el punto de vista disciplinar enfermero distinguiendo factores del entorno, y factores que tienen que ver con los componentes biológicos, psicológicos y socioculturales de la persona⁷.

Entre los factores que aparecen englobados como características personales, referidos fundamentalmente a la esfera biológica, encontramos, además de los estudios sobre la base genética de la enfermedad, otros como la edad y el sexo.

Todos los estudios coinciden en apuntar que el riesgo de SP/OB aumenta con la edad. (5)(6)(8)(24). “Existe un aumento del IMC con la edad, produciéndose mayor aumento a partir de los 20-29 años y produciéndose el pico más alto a los 50-60 años”. (23). En cambio, autores como Gómez Candela, C. (2009) encuentran que alrededor del

⁷ La organización de los factores desde esta perspectiva se hace como ayuda metodológica, para la facilitar la estructuración del trabajo; no es objeto de este estudio el análisis teórico para determinar en qué medida un factor es, por ejemplo, puramente sociocultural, o tiene otros componentes psicológicos o biológicos, etc.

50% de pacientes comienza a ser obesos antes de los 20 años, asociándose a “rasgos de de compulsividad alimentaria” en un 53%. (25).

Por otra parte, en las primeras etapas de la vida ya pueden concurrir situaciones que favorecen la aparición del sobrepeso, como el bajo peso al nacer, la lactancia artificial, o la edad de inicio de la obesidad – si un niño ha sido obeso es más posible que de adulto también lo sea-. (5)(24).

En relación con el sexo no hay estudios concluyentes y hay diferencias según se trate de países desarrollados o en vías de desarrollo. En España los datos han cambiado en los últimos años. El consenso SEEDO'97 informaba que la prevalencia de la obesidad era mayor en mujeres que en hombres según los datos relativos a los años 1989 – 1994; en cambio estudios posteriores como el de ámbito local de Rodríguez, E. et al (2001), en su estudio sobre factores que contribuyen al desarrollo de sobrepeso y obesidad en la población adulta española, encuentran menor prevalencia de obesidad en la mujeres que en los hombres(23), datos que concuerdan con los aportados por la Encuesta Nacional de Salud de 2006 ⁸, y con los de la Encuesta Andaluza de Salud, 2007. (7)(8). En los países en vías de desarrollo la tendencia es la contraria. (23).

En el caso de las mujeres, la menopausia se considera una fase con riesgo de incremento de peso; otro factor que influye en el sobrepeso femenino es haber tenido embarazos dado que muchas mujeres no consiguen recuperar el peso que tenían antes del embarazo. (23) (5) (6) (24)

En cuanto a los factores ambientales -en los que los autores engloban aspectos del entorno, socioculturales, e incluso algunos factores psicológicos-, hay dos que son determinantes para que se produzca un incremento del tejido adiposo y que influyen directamente en las variaciones del IMC: la ingesta y la actividad física. De ahí que sea en estos dos aspectos, el incremento de calorías consumidas y la disminución de la actividad, en los que se centran la mayoría de las campañas y trabajos de prevención de la obesidad, y de los consejos y tratamientos dietéticos en personas con exceso de peso.

Los cambios en los hábitos de ingesta han llevado a que la comida tenga mayor densidad energética, al incremento de la ingestión de grasa y al aumento del tamaño de las porciones, mientras que se ha reducido el consumo de hidratos de carbono complejos y de fibra al disminuir la ingesta de frutas, verduras y legumbres (18). El

⁸ Según la Encuesta Nacional de Salud, en el año 2006 en 60% de los hombres presentaba exceso de peso, frente al 45% de las mujeres; en Andalucía, la encuesta de salud de esta comunidad en 2007 aporta datos similares (59,8% de los hombres, 47,3% de las mujeres).

riesgo de obesidad aumenta en personas que consumen poca fruta y verdura y cuya dieta tiene altos contenidos de grasa. (24) (6). Pero los cambios en la ingesta o en la actividad generalmente no se producen porque sí; hay un gran abanico de circunstancias y motivos que han generado un ambiente obesogénico. Encontramos así, como factor determinante de la presencia de SB/OB el estilo de vida, definido por varios autores como un factor ambiental, y que también se podría considerar como un factor sociocultural. De cualquier forma, los cambios en el estilo de vida producen variaciones en la ingesta calórica y en la actividad física, conduciendo a una vida más sedentaria, tanto en la actividad laboral como en el tiempo de ocio y de relaciones sociales. (5)(18). La obesidad es más frecuente en las personas sedentarias. (5)(6) (24)

Según la Encuesta Andaluza de Salud, en 2007 el 83,3% de las personas realiza un trabajo sedentario (8). En el estudio de Gómez Candela (2009) realizan trabajo sedentario el 59% de las personas, y sólo el 30% realiza alguna actividad física en su tiempo libre. (25)

Respecto al ejercicio y actividad física ya se ha comentado que a mayor nivel de actividad física se produce un mayor gasto energético por lo que se disminuye el riesgo de obesidad. A pesar de esto, según Rodríguez E., (2011), “ Son pocas las personas que teniendo SB/OB realizan ejercicio cuando intentan perder peso. De hecho, en este estudio las personas con SB/OB realizaron menos horas de deporte al día que las que tenían un peso normal. Esto puede ser debido a la dificultad para realizarlo, o al temor por los prejuicios sociales”(23). Según la Encuesta Andaluza de Salud, 2007, en su tiempo libre realiza actividades sedentarias el 43% de la población (8).

En cuanto a la condición de fumador/no fumador, que forma parte del estilo de vida, refiere Rodríguez E. (2011) que “numerosos estudios han demostrado que las personas fumadoras tienen menor IMC que las no fumadoras y que tras dejar de fumar se suele producir un aumento de peso corporal, datos que están en consonancia con los resultados obtenidos en este estudio” (23). Para Aranceta-Bartrina et al. (2005) el riesgo de obesidad es mayor en personas que dejan de fumar (24). Según la sociedad de Endocrinología y Nutrición, la deshabituación tabáquica se asocia con un aumento medio de peso de unos 5 kg. (5). Hay, no obstante, algunos estudios que dicen que el incremento de peso al dejar de fumar es moderado, dándose como promedio una ganancia ponderal del 3,6% , -unos 2,6 kg-. (26)

En el estudio realizado por E. Rodríguez et al (2011), se ha encontrado relación entre otros factores ambientales y el exceso de peso. Según su análisis, la realización de

dietas previas es frecuente en las personas con sobrepeso u obesidad, pero parece constituir un factor de riesgo. (23) Coincide con Gómez Candela, C. et al , (2009) quienes refieren que el 77% de personas de su estudio había realizado dietas anteriores con éxito. (25).

En este mismo estudio de E. Rodríguez, (2011), se estudian las horas de sueño y el aumento del IMC, encontrando que existe relación entre ambos; obtienen como resultado que el riesgo de SB/OB es menor en personas que duermen una media de 8,5 horas. Los autores sugieren que pueda deberse a que la falta de sueño provoca fatiga y por consiguiente la persona disminuye la actividad física, que puede ser por existir “efectos neurohormonales” en las personas que duermen menos que induzcan al incremento de ingesta, y, en tercer lugar, que pueda deberse a que al estar mas tiempo despierto haya mas tiempo para comer. (23)

Otro factor de riesgo es el estrés, que según E. Rodríguez puede provocar aumento de la ingesta calórica, “debido la estimulación crónica del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la consiguiente liberación de glucocorticoides que provocan un aumento en la ingesta y el peso corporal”, aunque en su estudio no se observa esta relación. (23)

La utilización de algunos tipos de fármacos también se relaciona con la obesidad, como aquellos que tienen acción sobre el sistema nervioso central, los esteroides o los antidiabéticos. (5)

En cuanto al entorno familiar y social, hay mayor incidencia de sobrepeso en personas que viven en pareja de forma estable (23), y también mayores porcentajes de población con SB u OB en el entorno rural y en personas con nivel socioeconómico bajo, si bien no hay estudios concluyentes. (6) En el Estudio SEEDO se veía que la prevalencia de la obesidad era mayor en niveles socioeconómicos bajos, aunque con variaciones según las poblaciones estudiadas. (6). La encuesta andaluza de salud de 2007 recoge que los porcentajes de sobrepeso y obesidad son mayores en personas con rentas familiares bajas y clase social media/baja. (8).

También se ha estudiado la relación entre el nivel cultural y la obesidad; según Aranceta-Bartrina et al (2005) en la mayoría de estudios epidemiológicos se observa que la prevalencia de obesidad es mayor a menor nivel cultural. (24), hecho este apuntado también por el Consenso SEEDO 2007 (6) y por Rodríguez. E. (2001) que encuentra mayor porcentaje de personas obesas en aquellas con estudios primarios; para

E. Rodríguez et al (2011), tener estudios universitarios disminuye el riesgo de ser obeso, y lo relacionan con las horas diarias dedicadas a realizar deporte.(23)

Respecto a los que se podrían englobar como factores psicológicos, algunos autores como Gómez Candela (2009), estudian la motivación para dejar peso, encontrando que la motivación para perder peso es, en la mayor parte de los casos, la existencia de patología asociada, mientras que en un 23% son motivos estéticos, y en un 17% la pérdida de capacidad funcional. Sin embargo en este estudio puede haber un sesgo ya que se centran sólo en personas con obesidad grado III, u obesidad grado II con complicaciones. El mismo estudio hace mención a los antecedentes familiares de obesidad, encontrando que el 64% tenían al menos un familiar de primer grado con obesidad (25).

A pesar del desarrollo de diferentes líneas de tratamiento, éste se basa, generalmente, en cambios en los hábitos de vida. Así, el éxito depende del paciente mucho más que de lo efectivos que haya resultado esos tratamientos para otras personas y de la evidencia científica que haya sobre ellos. Pero existe un alto porcentaje de personas que abandonan el tratamiento; esta cuestión ha sido analizada por algunos autores que encuentran tasas de abandono del tratamiento del 46%, o incluso del 87% según el momento del tratamiento en el que se abandone el mismo, relacionadas frecuentemente con expectativas irreales, o con la falta de individualización y adaptación al estilo de vida del paciente (27), o con no haber asistido a programas de educación sobre alimentación. (25).

En cuanto a otros aspectos de interés para el problema que nos ocupa ya se comentó en el epígrafe anterior que no se han encontrado suficientes estudios que analicen factores como el apoyo familiar y social, la autoimagen, la motivación para iniciar el tratamiento y la voluntad par mantenerlo, los conocimientos de los pacientes sobre nutrición y dietética, o que aporten evidencia sobre factores que inciden en la instauración del exceso de peso o que ayuden al éxito del tratamiento y al mantenimiento de los resultados.

3. MARCO TEÓRICO

¿Por qué se convierte en obesa una persona? Desde hace décadas muchos profesionales y científicos del campo de la salud y de otros relacionados con él intentan dar respuesta a ésta pregunta. Pero no es sencillo; la obesidad es un problema multicausal en el que convergen factores predisponentes, coadyuvantes y desencadenantes, y en el que están implicadas todas las esferas de la personas, tanto la física como la psíquica, la sociocultural y la espiritual. De ahí que este problema se pueda estudiar y analizar desde diferentes perspectivas y poniendo el acento en unos aspectos u otros dependiendo de la disciplina que lo estudie y el marco teórico del que se parta.

En este trabajo se estudia la obesidad tomando como referencia el modelo de Virginia Henderson. Este modelo describe los conceptos nucleares o fenómenos de interés de la disciplina enfermera –persona, salud, entorno y cuidado-, y establece relaciones proposicionales entre ellos, delimitando el campo de estudio disciplinar. (28)

Define la *persona* como un “ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene catorce necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento” (29)

El concepto de *salud* se encuentra implícito en la definición de Enfermería, y se identifica con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, ya sea mediante acciones desarrolladas por la propia persona o por otros. El concepto de *entorno* no está definido explícitamente, se extrae del resto de proposiciones del modelo, e “incluye factores intrínsecos y extrínsecos a la persona, incluyendo estos últimos a la familia” y la *enfermería* es “un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. (30)

V. Henderson afirma que: “la función de la enfermería es asistir al individuo sano o enfermo a la realización de las actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte digna) y que él realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios”. El modelo, en sus asunciones filosóficas, delimita el área de competencias de la enfermera, afirmando que la enfermera tiene un rol que le es propio y diferenciado, si bien comparte actividades con otros profesionales en el que sería un rol de colaboración. (30).

En cuanto a la conceptualización de los elementos fundamentales, se recogen a continuación las definiciones aportadas por M. Luís et al. (2005) de aquellos que interesa destacar para el trabajo que nos ocupa, así como las definiciones operativas que las autoras hacen de diferentes conceptos del modelo (30):

- Fuente de dificultad: es éste modelo recibe el nombre de área de dependencia, y “alude a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad para satisfacer las necesidades básicas”.
 - El término conocimiento se refiere a “saber qué acciones son las indicadas para manejar una situación de salud y cómo llevarlas a la práctica”.
 - La fuerza puede ser fuerza física o fuerza psíquica. La fuerza física es la capacidad para “poder hacer, que incluye la fuerza y el tono muscular y la capacidad psicomotriz”. La fuerza psíquica “alude al cambio de valores y actitudes; a saber por qué actuar y para qué actuar; la persona ha de tener la capacidad para relacionar los conocimientos con su situación de salud, extraer conclusiones y tomar decisiones”.
 - La voluntad es “mantener conductas adecuadas durante el tiempo necesario y con la frecuencia y intensidad requeridas para satisfacer las necesidades básicas”. Existirá una falta de voluntad si previamente la persona ha tomado la decisión adecuada, decide ponerla en marcha pero no mantiene la conducta el tiempo o con la intensidad requerida.
- Necesidades básicas: son catorce y todas tienen el significado de “requisito fundamental e indispensable para mantener la integridad y armonía de todos los aspectos del ser humano”. Cada necesidad se interrelaciona con las demás, y está a su vez condicionada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona. Son a su vez “universales -comunes a todos los seres humanos- y específicas -se satisfacen y manifiestan de manera distinta en cada persona-”. Las necesidades son:
 1. Respirar normalmente.
 2. Comer y beber adecuadamente.
 3. Eliminar por todas las vías corporales.
 4. moverse y mantener posturas ademadas.
 5. Dormir y descansar.
 6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
 7. Mantener la temperatura corporal.
 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
 9. Evitar los peligros y evitar lesionar a otras personas.
 10. Comunicarse con los demás.
 11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
 12. Ocuparse en algo de tal forma que su

labor tenga un sentido de realización personal. 13. Participar en actividades recreativas. 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

- Dependencia/ Independencia. Manifestaciones de dependencia o independencia.

La independencia se define “como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas”, y la dependencia es el desarrollo insuficiente de dicho potencial debido a la “falta de fuerza, conocimiento o voluntad, que dificulta o impide la realización de las actividades suficientes para satisfacer sus necesidades básicas”. Las manifestaciones de dependencia son conductas o indicadores de conducta de la persona que resultan incorrectos, inadecuados o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas y que están causados por la falta de conocimientos, fuerza o voluntad.

La elección de modelo de Henderson como marco teórico a partir del cuál enfocar este trabajo se debe a cuatro razones fundamentales que quedan expuestas claramente por M. T. Luis Rodrigo y colaboradoras, (2005) (30):

- El modelo de Henderson considera a la persona como un ser único con diferentes esferas, biológica, psicológica, social y cultural; considerada como un todo, reconoce la complejidad de la persona.
- Considera que la persona tiene potencial de cambio y de afrontamiento, de relación con el entorno y con los demás, y que tiene la competencia para ocuparse de sus propios cuidados.
- Convierte la salud en algo que incumbe a todas y cada una de las personas, dejando de ser algo que da el sistema sanitario, y otorga importancia al desarrollo de estilos de vida sanos.
- Permite trabajar con la taxonomías diagnóstica NANDA, la clasificaciones de intervenciones (NIC) y la clasificación de resultados (NOC) cuyo uso es cada vez mas frecuente en nuestro entorno.

Como última razón cabe decir que es el modelo mas conocido en nuestro ámbito y con el habría mas posibilidad de desarrollar líneas futuras de actuación, implementando los elementos teóricos del modelo en la práctica.

En el tema que nos ocupa, el sobrepeso y la obesidad, podemos encontrar relación directa con una de las 14 necesidades básicas definidas por Henderson, la de alimentación, denominada como “*La necesidad comer y beber adecuadamente*”.

La satisfacción de esta necesidad tiene que ver y está influenciada por todas las esferas de la persona: biológica, psicológica, sociocultural y espiritual, de ahí que su manifestación y satisfacción pueda ser distinta para cada uno. A nivel biológico la satisfacción óptima tendría que ver con la ingesta diaria, que debería ser adecuada a los requerimientos personales; en cambio, dada la interrelación entre las 14 necesidades y entre las diferentes esferas de la persona con las necesidades, hay otros factores que pueden alterar la satisfacción de la necesidad llevando a la persona a no satisfacerla de forma adecuada.

Es necesario pues valorar aspectos como los patrones y hábitos dietéticos, las limitaciones debidas a la presencia de otros problemas, las limitaciones provenientes de valores o creencias, los conocimientos sobre hábitos dietéticos saludables, el sentido que se da a la comida, los recursos con los que cuenta la persona, etc. Explorar y conocer los factores que influyen en las formas de satisfacer la necesidad, en los valores y creencias, o en el significado que se da al hecho de la comida serían entonces de gran interés para conocer por qué algunas personas no “comen y beben adecuadamente”.

En algunos casos la satisfacción de una necesidad se convierte en un problema. Y ¿por qué algo que es esencial para la supervivencia pasa, a ser, para muchas personas, el mayor problema de salud y el origen de las enfermedades que disminuirán su esperanza de vida? Encontrar la respuesta es una tarea difícil, y, de hecho, aún no se ha dado una respuesta certera y completa; hay multitud de respuestas, tantas como factores están implicados en el origen de la obesidad. Si se rompe el equilibrio entre el gasto de energía y la ingesta calórica, el excedente de energía se acumula en el organismo transformada en diferentes nutrientes, generalmente en depósitos grasos, que, si se acumulan e incrementan, generan, con el tiempo, un aumento tanto del peso como del volumen corporal.

La clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA, define este problema como “Desequilibrio de la nutrición por exceso”, poniendo énfasis, en este caso, en uno de los dos factores de la ecuación que genera incremento ponderal de peso: la ingesta. El diagnóstico “Desequilibrio Nutricional por Exceso” se refiere a una situación en la que hay un “Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas” (31) Puede ser un diagnóstico real pero también se contempla como diagnóstico de riesgo. Para la NANDA Internacional el factor relacionado es el “aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas” (31). Como características definitorias, es decir, como manifestaciones del problema se apuntan algunas que se podrían considerar factores

causales o coadyuvantes del desequilibrio, tal y como recoge M.T. Luís (2006) en su revisión crítica y guía práctica de los diagnósticos enfermeros de NANDA; estas son: comer en respuesta a claves externas (hora del día, situación social), comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (como la ansiedad), unir la comida a otras actividades, concentrar la ingesta al final del día y sedentarismo⁹. (32)

Desde la perspectiva de Henderson sería importante conocer no sólo los factores relacionados con un problema, sino también dónde radica el origen del mismo, *la fuente de dificultad*. Henderson las denomina áreas de dependencia: son la falta de *fuerza, conocimiento o voluntad*.

El punto de partida de este trabajo es investigar los factores relacionados con la obesidad desde la perspectiva enriquecedora del concepto de persona de Henderson, es decir, de considerar que las cuatro esferas de la persona están implicadas, en mayor o menor medida, en la aparición del problema; así mismo, enfocar la investigación hacia el conocimiento de las áreas de dependencia, para poder establecer, en un futuro, intervenciones individuales, adecuadas y dirigidas al origen del problema.

Fuerza, conocimiento o voluntad son términos poco abundantes en la literatura científica sobre sobrepeso y obesidad. Sin embargo, las manifestaciones de dependencia se podrían dar para cualquiera de las tres fuentes de dificultad, y trabajar en ellas sería imprescindible para mejorar el afrontamiento, y lograr el cumplimiento del tratamiento y el éxito del mismo.

Interesa pues conocer qué factores están en el origen de la obesidad, cuales se dan con más frecuencia en nuestra población para diseñar intervenciones terapéuticas adecuadas, teniendo siempre como referencia la concepción de la persona como ser único con diferentes esferas o componentes que condicionan la satisfacción de las necesidades, y las áreas de dependencia como posibles lugares de origen del problema.

Por lo tanto se trata de valorar si le falta el conocimiento, si la persona “sabe”, si tiene o no conocimientos sobre dieta equilibrada y adecuada y sobre los hábitos saludables de actividad física. Valorar, también si “puede” desde el punto de vista funcional, si tiene la fuerza física para cubrir adecuadamente la necesidad. En tercer lugar si tiene la capacidad de iniciar cambios, de relacionar los conocimientos con su situación de salud y de tomar la decisión adecuada, es decir, si tiene la fuerza psíquica.

⁹ A pesar de que tanto la definición del diagnóstico como su etiqueta se centran en el aporte de nutrientes, se recoge el sedentarismo como característica definitoria, aspecto ese que tiene que ver con la actividad física y no con la ingesta –si bien para M.T. Luís (2006) sería factor causal o coadyuvante-. El diagnóstico, que no hace referencia inicialmente a la actividad, si la recoge en cambio en el desarrollo posterior.

Y, por último, si tiene la voluntad para mantener durante el tiempo adecuado las acciones correctas para conseguir los objetivos que se marquen.

No hemos encontrado trabajos que estudien la fuerza psíquica y la voluntad, ni siquiera que aporten instrumentos o elementos para valorarlas, para saber en que medida una persona tiene esa fuerza psíquica para iniciar un tratamiento, y esa voluntad para mantenerlo hasta alcanzar los objetivos pactados. Es por eso que nos remitimos a las herramientas encontradas sobre motivación y sobre entrevista motivacional para orientar la valoración de los pacientes.

El problema del SB/OB requiere un cambio en el estilo de vida, por lo que es requisito previo para el tratamiento la voluntad de la persona y su compromiso para alcanzar los objetivos propuestos. La actuación de la enfermera en un espacio de práctica avanzada debe incorporar, además de los protocolos habituales de atención, la valoración del conocimiento y la enseñanza individual y/o grupal adaptada a cada persona; y debe así mismo trabajar el potencial de cambio y afrontamiento de cada individuo, conocer la voluntad para iniciar y mantener en el tiempo las recomendaciones, potenciarla y, en su caso, reforzarla para evitar el abandono del tratamiento.

Para ayudar a determinar el área de dependencia, y valorar si la persona tiene la fuerza psíquica –sabe qué tiene que hacer, es capaz de hacerlo, y ha tomado la decisión de hacerlo – si tiene la voluntad -es decir, si es capaz de mantener las acciones iniciadas-, o si le falta el conocimiento para saber que es necesario cambiar la conducta, puede ser útil conocer las etapas de proceso de cambio definidas por Prochaska y DiClemente en 1982 planteadas para explicar el proceso que siguen las personas cuando realizan un cambio en su estilo de vida. Los autores hablan de cinco estadios, cada uno de los cuáles refleja una actitud mental y una motivación diferente; contemplan el proceso como un modelo en espiral, en el que incluso una recaída es un escalón más que se ha subido y que acerca a la persona a la consolidación de la nueva conducta que pretende (33). La primera etapa es la precontemplación: la persona no se plantea el cambio porque no tiene conocimientos suficientes o por actitudes de rebeldía o afrontamiento ineficaz –se niega a hablar de tema-, y no está dispuesta a actuar en un futuro inmediato -próximos seis meses-. Le sigue la etapa de contemplación, cuando la persona se plantea actuar, está dispuesta a hablar del cambio pero sabe los esfuerzos que implica; la persona está inmersa en una ambivalencia y así puede estar durante años. En la etapa de preparación se convence de que es mayor el beneficio que el esfuerzo, y está

preparada para actuar en un plazo corto -menor de treinta días-. En la siguiente etapa, la de acción ya ha tomado la decisión de cambiar y empieza a desarrollar acciones para lograrlo, pero el esfuerzo continuado en el tiempo puede provocar momentos de debilidad, cansancio y recaídas. Por último, en la etapa de mantenimiento la persona ha logrado consolidar algunos cambios; es una etapa mas estable y se logra mantener la conducta con menos riesgo de recaídas. (33) (34)(35) (12)

Como herramienta metodológica que puede ser de utilidad para guiar y ayudar al paciente en cada una de estas etapas se puede recurrir a la entrevista motivacional, método desarrollado por Miller y Rolnick (1999) como un modo de ayudar a las personas a superar la ambivalencia y a comprometerse a cambiar. (34).¹⁰

De todo lo expuesto, y dadas las dimensiones del problema, se desprende el interés por realiza éste trabajo, al considerar que sería oportuno conocer la magnitud del mismo en nuestro entorno inmediato, circunscribiendo el análisis a la población que demanda atención especializada en el CHT.

También sería interesante conocer las característica personales y los factores sociales y culturales de los estos pacientes y saber si dichas características coinciden con las descritas por otros estudios para personas con el mismo problema de SB/OB. Siendo La Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del CHT referente para toda la provincia de Almería, se puede considerar que los resultados obtenidos pueden darnos una idea clara del perfil de las personas con SP u OB que demandan atención especializada por parte de los servicios Sanitarios Públicos en esta provincia.

Centran el interés de este estudio conocer las características personales, algunos factores psicológicos, sociales y culturales, la existencia de soporte familiar y obtener una primera aproximación sobre los conocimientos, la fuerza psíquica y la voluntad de los pacientes para realizar el tratamiento.

Esta constituiría la fase previa al planeamiento de otras investigaciones, ya que de antemano este trabajo se plantea como un estudio previo exploratorio para diseñar nuevos espacios de atención y orientar con los resultados obtenidos las intervenciones enfermeras en el ámbito local, y, a mas largo plazo, investigar sobre alternativas al tratamiento y atención de enfermería en el campo de la nutrición.

¹⁰ La Entrevista Motivacional “considera como aspecto esencial para iniciar el cambio la motivación personal, que..... debe surgir de la reflexión del paciente al enfrentarse con su propia ambivalencia; el profesional adopta un papel de facilitador, identificando las contradicciones del paciente.... El objetivo es aumentar la motivación intrínseca para que el cambio surja de la persona, y no venga impuesto del exterior”. (35)

La información que se pretende obtener con éste trabajo se estructura en el planteamiento de objetivos que se enuncian a continuación.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar el perfil de las personas con obesidad o sobrepeso atendidas en la Unidad de Endocrinología y Nutrición clínica del Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer las características y antecedentes personales de estas personas en relación con la obesidad.
- Conocer la presencia de otros problemas de salud asociados al sobrepeso y la obesidad en este grupo de personas
- Analizar los aspectos socioculturales que tienen relación con la presencia de sobrepeso: hábitos de vida, entorno familia y social y soporte familiar.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos saludables en relación para prevenir/corregir el sobrepeso y la obesidad.
- Determinar el grado de motivación inicial y de voluntad para cumplir el régimen terapéutico.

III. METODOLOGÍA

1. DISEÑO.

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal.

2. SUJETOS DE ESTUDIO.

La población de referencia la constituyen las personas con sobrepeso u obesidad (IMC >25), mayores de 18 años residentes en la provincia de Almería, y que solicitan atención en el Servicio Sanitario Público de Andalucía.

La población objeto de estudio son las personas que acuden a las consultas externas de la Unidad de Endocrinología y Nutrición y Dietética del C.H.T. de Almería con problemas de sobrepeso u obesidad, derivados desde atención primaria o por interconsulta de otro especialista.

Criterios de inclusión y exclusión:

- Inclusión: todos los pacientes con cita en las consultas de Endocrinología y de Nutrición Clínica y Dietética, ya sea cita de primera vez como cita de revisión.
- Exclusión: No aceptar participar.

Personas con alteraciones cognitivas.

La muestra está formada por los pacientes que acuden a las consultas externas por problemas de sobrepeso u obesidad con los siguientes criterios:

- Todos los pacientes que acudan a las consultas externas de endocrinología en turno de mañana.
- Todos los pacientes que acudan a la consulta de nutrición N° II

No se realiza procedimiento de muestreo ya que forman la muestra todos los pacientes que han acudido a las consultas elegidas y en los días y tramos horarios señalados.

Al no existir agendas de actividad de consultas específicas para sobrepeso y obesidad, salvo la agenda de “Nutrición / Cirugía Bariátrica” -específica para pacientes que se han sometido o van a someterse a dicha cirugía-, no se conoce con exactitud el número de pacientes atendidos por el problema que nos ocupa. Sin embargo, se considera que se podrá recoger información de aproximadamente el cuarenta por ciento de los pacientes citados durante el período de estudio.

3. VARIABLES DE ESTUDIO

Variables sociodemográficas

Se analizan las características sociodemográficas de la muestra a través de las variables sexo, edad, número de hijos, estado civil/ si convive o no con otras personas, nivel de estudios, lugar de residencia y ocupación laboral.

Para clasificar el nivel de estudios se utiliza la estratificación realizada por la Encuesta Andaluza de Salud (8), que lo estructura en tres grupos: hasta estudios primarios, estudios secundarios y estudios universitarios.

La ocupación o actividad habitual se clasifica en cuatro categorías según el tipo de ejercicio que implica, siguiendo el tratamiento dado a esta variable por la Encuesta Andaluza de Salud, 2007 (8):

1. Sentado la mayor parte de la jornada.
2. De pie la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos o esfuerzos.
3. Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes.
4. Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico.

Dicha encuesta considera que es un trabajo sedentario el englobado en las definiciones primera y segunda: “sentado la mayor parte de la jornada” y “de pie, sin grandes desplazamiento y esfuerzos”.

Variables antropométricas

Se analizan cuatro variables antropométricas cuantitativas: peso, talla, perímetro abdominal e índice de masa corporal.

Antecedentes familiares de obesidad.

Se recogen datos sobre la presencia de obesidad en algún miembro de la familia, incluyendo a padre, madre, pareja, hermanos, e hijos.

Otros antecedentes de interés

- Presencia de otras patologías.
- Etapa de inicio de la obesidad, diferenciadas en infancia, adolescencia, edad adulta.
- Experiencia vital con la que asocia el inicio de la obesidad; se registra si el paciente asocia el inicio del incremento ponderal de peso con alguna experiencia o situación concreta, como estabilidad laboral, estabilidad emocional, embarazo,

menopausia, deshabitación tabáquica, cambios de vida que implican cambios de actividad física o experiencia vital generadora de estrés.

- Cambios de peso en los últimos seis meses: se recoge si ha experimentado o no cambios, y en su caso si ha sido aumento, disminución u oscilaciones.

Hábitos de vida:

- Hábito tabáquico, con tres opciones de respuesta: fumador, no fumador y ex-fumador.
- Dietas anteriores: si ha realizado o no alguna dieta con anterioridad.
- Realización de ejercicio físico: se valora tanto el ejercicio practicado en su trabajo como el del tiempo libre. El ejercicio realizado en el trabajo ya queda recogido en el epígrafe de ocupación / actividad habitual; el ejercicio realizado en el tiempo libre se clasifica de la misma forma que lo hace el estudio sobre dieta y riesgo de enfermedades cardiovasculares de Andalucía -Estudio DRECA 2- con alguna modificación (36):

1. No hace ejercicio. El tiempo libre lo ocupa en actividades casi completamente sedentarias -leer, ver la televisión, ir al cine,...-.
2. Alguna actividad física ocasional -actividad ligera como caminar, paseos en bicicleta, actividades recreativas de ligero esfuerzo-.
3. Alguna actividad física ligera regular varias veces a la semana.
4. Actividad deportiva regular, varias veces a la semana -tenis, gimnasia, correr, natación, juegos de equipo,...-.
5. Entrenamiento físico varias veces a la semana

La modificación respecto al estudio DRECA consiste en incluir una opción más, la tercera que no era contemplada por dicho estudio. Se ha incluido porque es habitual que a las personas con SB/OB se les recomiende caminar o hacer una actividad similar varias veces a la semana.

Apoyo familiar

Se valora utilizando la Clasificación de Resultados de Enfermería –NOC-, (37) mediante el indicador “Apoyo Familiar” (NOC 2609). Tiene cinco opciones de respuesta, en una escala que va desde 1, la más negativa, a 5, la más positiva. La escala del indicador va desde nunca (puntuación 1) a siempre (puntuación 5).

Motivaciones para iniciar tratamiento y voluntad para mantenerlo:

- Motivo de la consulta, que se clasifica en tres categorías: por tener un problema de salud que se relaciona con la obesidad y para el que se aconseja la pérdida de peso, por problema de salud potencial o por problema estético.
- Motivación para actuar, valorada mediante indicadores de resultados NOC; se han seleccionado 5 indicadores del resultado “NOC 1209: Motivación para actuar –hacer dieta” por considerarse los más idóneos para la medir la fuerza psíquica y la voluntad que manifiesta el paciente para actuar, es decir, para iniciar el tratamiento dieta y/o ejercicio. Los indicadores utilizados son 5:
 - ¿Hace planes de futuro?
 - ¿Expresa intención de actuar?
 - ¿Se considera capaz de realizar la dieta?
 - ¿Anticipa recompensas intrínsecas y extrínsecas?
 - ¿Establece objetivos?

Para todos ellos hay 5 opciones de respuesta, con una escala que va desde nunca (1) a siempre (5).

Por otra parte se ha incorporado el cuestionario recogido en la entrevista motivacional del Proceso Asistencial Integrado “Riesgo Vascular”, 2010 (12).

- Autoestima e imagen de sí mismo: valorada mediante resultados NOC 1205, “Autoestima”, y NOC 1200 “Imagen corporal”, con varios indicadores relativos al grado de satisfacción con el aspecto y la función corporal, y con la voluntad para el cambio. Tienen cinco opciones de respuesta, en una escala que va desde 1 (nunca positiva) a 5 (siempre positiva).

Conocimientos sobre alimentación y nutrición-

Valorado mediante indicadores de resultado NOC, enfocados hacia el nivel de conocimiento sobre dieta. Se elaboran específicamente cinco indicadores, con preguntas sobre alimentos y nutrientes; las opciones de respuesta son cinco, desde 1 (ningún conocimiento) hasta 5 (conocimiento extenso).

Influencia de las situaciones de estrés sobre hábitos dietéticos:

Se valora si el paciente considera que cambian sus hábitos o no con el estrés, y en caso afirmativo si come más o menos cantidad, y si come de forma impulsiva o come “lo que pilla”

4. MATERIAL Y MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

Lugar de realización.

La recogida de datos se ha realizado en las consultas de endocrinología y en las consultas de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Torrecárdenas de Almería.

Documentos e instrumentos para la recogida de datos.

Los datos individuales se han recogido en tres registros diferenciados “Ficha Individual de recogida de datos”, “Registro de Recordatorio dietético de 24 horas” y “Encuesta autocumplimentada.” Todos incluyen los datos administrativos del paciente y un número de orden que será el de referencia para el estudio.

- Ficha individual de recogida de datos (Anexo 1).

Es la herramienta principal de recogida de datos, con la que se exploran la mayoría de los aspectos que son de interés para este trabajo. Ha sido elaborada *ad hoc*, y Recoge datos de identificación del paciente, datos socio-demográficos, datos antropométricos e historia de salud y situación actual con valoración focalizada de la alimentación.

Incluye también un apartado orientado a conocer la motivación del paciente para iniciar el tratamiento. Como ya se ha comentado se valora utilizando preguntas elaboradas con indicadores de resultado NOC y con el cuestionario de la entrevista motivacional incluido en el proceso Riesgo Vascular de 2010 (12).

También con indicadores NOC, se recogen datos sobre el apoyo familiar con el que cuenta el paciente.

- Registro de Recordatorio 24 horas (Anexo 3): para estimación de ingesta calórica, referido a las 24 horas anteriores.¹¹ El cálculo de la ingesta calórica se realiza a posteriori.
- Encuesta autocumplimentada (Anexo 2).

Consta de dos partes. La primera investiga los hábitos alimentarios, para lo que se utiliza el cuestionario de Carrillo Fdz, L. (2007), que consta de un registro

¹¹ Se trata de un método retrospectivo en el que se solicita al entrevistado que recuerde todos los alimentos y bebidas ingeridas en las 24 horas precedentes, o durante el día anterior. (39)

mínimo de hábitos alimentarios diseñado con nueve preguntas abiertas de respuestas cortas, centrado en buscar errores en la dieta (38).

La segunda parte explora la autoestima y la imagen corporal. Para ello se utilizan también indicadores NOC. Contempla además una pregunta encaminada a conocer el efecto del estrés en los hábitos de ingesta de la persona.

Metodología para recogida de datos:

La recogida de datos la realizan la enfermera de la consulta de endocrinología y la enfermera que presenta el trabajo de investigación en la consulta de nutrición y dietética. La captación y solicitud de consentimiento se ha hecho en la zona de anteconsulta. Antes de la entrada a consulta se pregunta al paciente si quiere participar y se pide su consentimiento informado; en caso de aceptar participar, la recogida de datos se hace mediante entrevista previa a la entrada del paciente a consulta médica.

- En primer lugar se recogen datos administrativos y sociodemográficos. Seguidamente se procede a tomar los datos antropométricos: peso, talla y perímetro abdominal, y a hacer el cálculo del IMC. Respecto a la secuencia y método de recogida de datos antropométricos, se realiza
 1. Peso: con la persona descalza y en ropa interior, utilizando báscula calibrada.
 2. Talla: se mide tras el peso, con la persona también descalza, utilizando tallímetro calibrado.
 3. Perímetro abdominal: se mide con la persona en bipedestación. Con la región abdominal descubierta se localiza el borde superior de las crestas iliacas y por encima de él se rodea la cintura con la cinta métrica de manera paralela al suelo y sin comprimir la piel. La lectura se realiza al final de una espiración normal (36)

Tras tomar estos datos se continúa con el resto de la valoración, terminando de cumplimentar la ficha de individual de recogida de datos.

- En segundo lugar, se pide al paciente que rellene los dos registros restantes, ayudándole en caso de ser necesario.

La fuente de datos es la entrevista clínica y los datos administrativos aportados por el programa informático.

Los instrumentos son: Peso, tallímetro, cinta métrica milimetrada, hojas de recogida de datos.

5. CRONOGRAMA DE TRABAJO

- Durante el primer trimestre del año se realizó la búsqueda bibliográfica, y se planteó la dinámica de recogida de datos con las personas implicadas en el mismo.
- Se realizó un protocolo de investigación que fue presentado en el Comité de Ética e Investigación a través de FIBAO; se presentó en el mes de abril de 2011.
- Tras la aprobación de protocolo por parte del comité mencionado, se inició la recogida de datos que se desarrolló durante el mes de junio de 2011.
- Análisis de datos: las herramientas para el análisis de datos se prepararon de forma paralela a la recogida de los mismos, realizando el análisis durante el mes de julio.
- Preparación de informe: ésta fase está ya se inició con la elaboración del protocolo de investigación, finalizando en agosto de 2011.

6. DIFICULTADES Y SESGOS ESPERADOS

El trabajo que se presenta se plantea como un estudio circunscrito al ámbito local, para conocer ciertas características de las personas que presentan este problema y la dimensión del mismo en nuestro entorno. De ahí que no se haya presentado un diseño más ambicioso; se asume que en el plano metodológico entraña una limitación importante, la no representatividad de la muestra por lo que se cuenta con que los resultados y conclusiones no son extrapolables a otras poblaciones o grupos.

Un sesgo importante tiene que ver con el componente social y estético de la obesidad, que hace que las personas con exceso de peso se dirijan, frecuentemente, a diferentes servicios buscando soluciones alternativas al problema: gimnasios, centros de estética, centros de acupuntura, centros de cirugía estética, cadenas y franquicias especializadas en nutrición, y medicina privada. Esto implica un sesgo poblacional, por lo que aunque la muestra fuese representativa, las conclusiones no podrían extrapolarse a toda la población. Pero la intención de este estudio es conocer las características personales, connotaciones, motivaciones y otros factores que atañen a las personas que acuden al CHT, y a partir de las conclusiones que se obtengan instaurar líneas de investigación y de desarrollo asistencial encaminadas a mejorar los resultados y a ofrecer mejor atención a los ciudadanos que demandan la atención en éste centro.

Otra dificultad ha sido que en la revisión bibliográfica no se ha encontrado ningún cuestionario de hábitos dietéticos validado, por lo que no se utiliza ninguno que lo esté; el cuestionario que se utiliza se aplica como ayuda para la recogida de datos

para la valoración inicial y la historia nutricional. Se ha incorporado también un Registro denominado Recordatorio 24 horas, que pese a ser muy genérico y constituir más una aproximación que una herramienta de medida, es recomendado por diversos autores y muy utilizado en estudio sobre hábitos alimentarios.

Tampoco se utilizan cuestionarios validados para conocer otros aspectos como la motivación o la imagen de sí mismo al no encontrar ninguno en la bibliografía consultada; en estos casos se ha empleado la taxonomía NOC de resultados de enfermería.

Por último apuntar que no es objeto de este estudio realizar una valoración exhaustiva de los pacientes, dados los medios escasos y, sobre todo, la limitación de tiempo dado que la entrevista se realiza inmediatamente antes del acto de consulta, sin haber citado al paciente con antelación; este es un defecto metodológico que habría de ser resuelto de cara a un estudio de mayor profundidad que requeriría un tiempo y un espacio específico para su desarrollo.

IV. RESULTADOS

En primer lugar se presentan los datos sociodemográficos, en segundo lugar los factores biológicos y variables antropométricas, en tercer lugar los factores socioculturales y por último los incluidos en factores psicológicos.

Cabe apuntar que algunos factores pueden formar parte de varias categorías de datos, si bien sólo se presentarán en una de ellas a efectos de agilidad en la presentación.

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Se han recogido datos de 40 pacientes, de los cuáles 26 tenían cita en “Consulta de Nutrición Clínica y Dietética” y 14 en “Consulta de Endocrinología”. Los datos sociodemográficos y variables utilizadas para la descripción de la muestra son: edad, sexo, tipo de población en la que reside, estado civil y personas con las que convive, nivel de estudios y profesión¹².

La distribución por sexos y grupos de edad se presenta en la Tabla 2, en la que también se incluye información referente al tipo de consulta (primera consulta o revisión) y al dispositivo asistencial del que procede, es decir, si procede de atención primaria o de especializada, y en el caso de la consulta de nutrición se detalla si el especialista que lo ha derivado es del servicio de endocrinología o de otra especialidad.

TABLA 2 : Tipo de consulta, procedencia, edad y sexo de los pacientes atendidos en cada especialidad.

		CONSULTA DE ESPECIALISTA			Nº
		Nutrición	Endocrino	TOTAL	
Nº CASOS		26	14	40	
PROCEDENCIA	A.Primaria		14	14	40
	De Consulta Endocrino	24		24	
	Otras Especialidades	2		2	
TIPO DE CONSULTA	Paciente Nuevo	24	14	24	40
	Revisión	2		2	
EDAD	18 - 19	1	1	2	40
	20 – 29	4	3	7	
	30 – 39	3	1	4	
	40 - 49	9	4	13	
	50 – 59	7	4	11	
	60 – 69	2	1	3	
	≥ 70	0	0	0	
SEXO	Hombres	10	7	17	40
	Mujeres	16	7	23	

¹² Las variables sexo y edad formarían parte de los denominados factores biológicos, mientras que el resto lo harían de los socioculturales. Se presentan aquí para ayudar a hacer una primera descripción de la muestra.

De los cuarenta pacientes que formaron parte del estudio, 23 fueron mujeres (57,5%) y 17 hombres (42,5%), como se puede apreciar en la Tabla 2; respecto a la distribución por edad, en esa misma tabla observamos que el grupo de edad de mayor frecuencia es el de 40 – 49 años (13 personas), seguido por el de 50-59 (11 personas). Tienen hijos el 62% (25 personas), siendo la media de 1,4 hijos. El resto de datos sociodemográficos se presentan en los gráficos 1, 2, 3 y 4, y en la Tabla 3.

Las características sociodemográficas del grupo muestran que el perfil de mayor frecuencia es de persona de entre 40 y 60 años, casado o con pareja estable, y con hijos, con un nivel de estudios básico (hasta estudios primarios), que vive en medio rural (pueblos de la provincia) y convive en el hogar con su pareja e hijos.

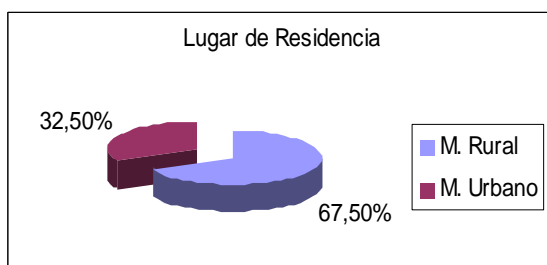


Gráfico 1. Tipo de población en la que reside, (medio rural o medio urbano).

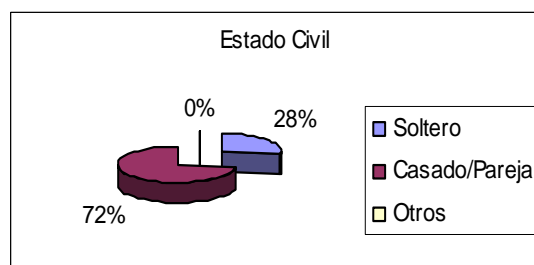


Gráfico 2. Estado Civil (soltero, casado o con pareja estable, y otros).

De las veintitrés mujeres, diecisiete están casadas (73%) y once de ellas tienen hijos, con una media de 1,3 hijos. De los diecisiete hombres, doce están casados (70%), once tienen hijos con una media de 1,5 hijos.

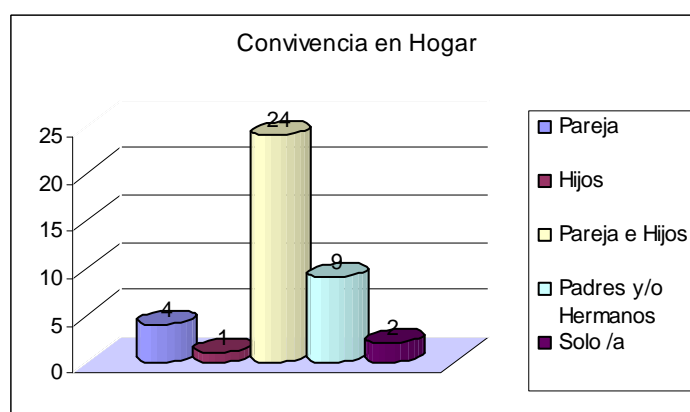


Gráfico 3. Personas con las convive el paciente.

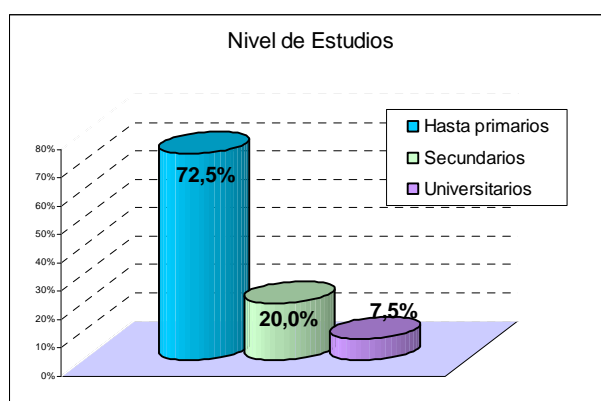


Gráfico 4. Nivel de estudios, considerando en un mismo grupo desde sin estudios hasta estudios primarios.

Respecto a la actividad laboral, tres personas refieren no tener una ocupación, no estudian ni trabajan, dos son estudiantes, dos son pensionistas y treinta y tres personas tienen una profesión u ocupación definidas, de los cuáles hay once que actualmente están en paro, y tres de ellas están en paro por problemas de salud. Se han recogido los datos de la ocupación habitual, que han sido agrupados según la actividad física que implica, datos que se reflejan en la Tabla 3.

TABLA 3. Actividad física en el trabajo

Sentado la mayor parte de la jornada	40%
De pie la mayor parte, sin grandes desplazamiento ni esfuerzos	10%
Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes	35%
Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico	15%

2. FACTORES BIOLÓGICOS.

Se incluyen aquí variables antropométricas, problemas de salud y antecedentes relacionados con la obesidad. La edad y el sexo quedan recogidos en apartado anterior.

Variables antropométricas. El 97,% de los pacientes son obesos ($IMC \geq 30$), presentando obesidad mórbida el 50% y extrema el 20%, es decir, tienen un IMC superior a 40 el 70% de los casos. El valor medio del IMC es de 35,23 mientras que el peso medio es de 120,70 kg y la talla media de 1,66 m. Hay diferencias entre hombres y mujeres según vemos en los gráficos 5 y 6.

Analizados los datos antropométricos por sexos, los hombres tienen un peso medio de 133,81 kg y la talla media es de 1,71 m.; el valor medio de IMC es de 45,78, y todos superan los 102 cm. de perímetro abdominal, siendo la media de 133,5 cm.

Las mujeres tienen un peso medio de 110,97 y una talla media de 1,62, y el valor medio resultante del IMC es de 42,32. También en todas las mujeres el perímetro abdominal es superior al considerado de riesgo, siendo la media de 122,5.

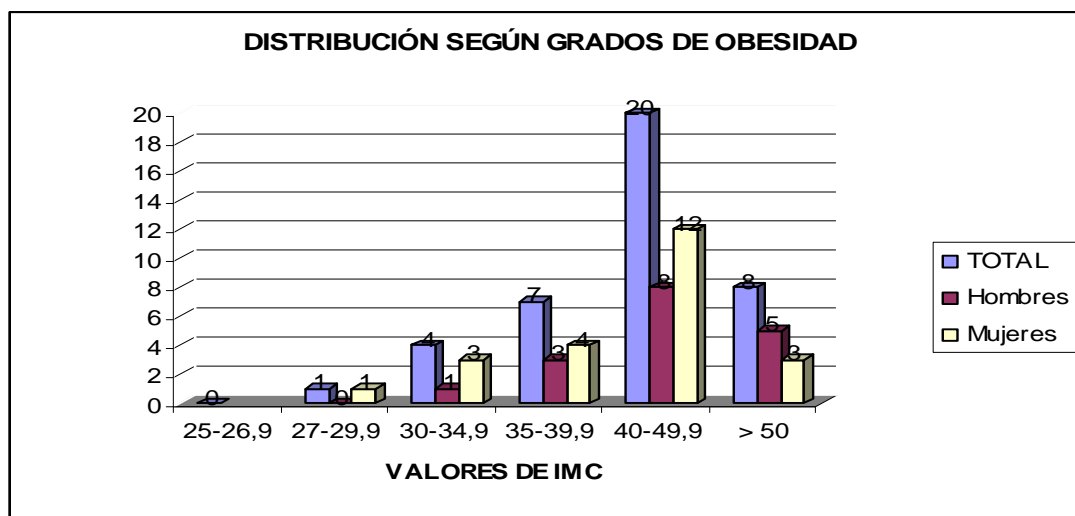


Gráfico 5. Distribución de casos de obesidad por grados de obesidad y sexo

Respecto a los grupos de edad, el IMC es mayor para el grupo de 30 a 39 años, con una media de 48,2, y es menor en el de 60 a 69 cuyo valor medio es de 42,9. En el grupo más numeroso, el de 40 – 49 años, el valor medio del IMC es de 43,4. Gráfico 7.

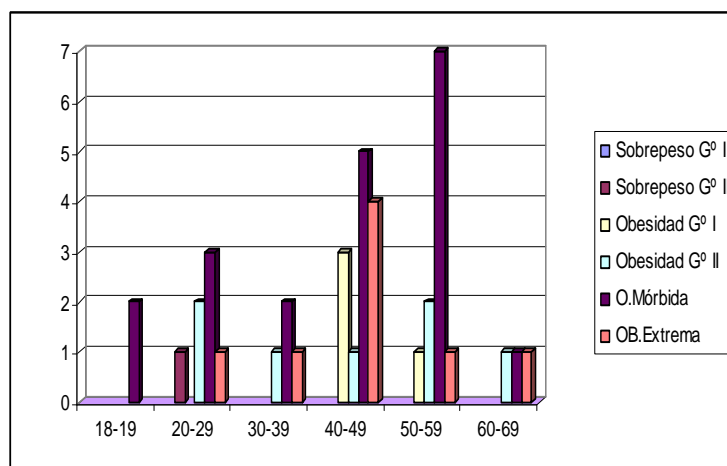


Gráfico 6. Tipos de obesidad y frecuencias por grupos de edad

Entre las personas que están solteras, el 27,3% tienen un IMC > 50. El valor medio del IMC en este grupo es de 46,49. Entre las casadas, el valor medio de IMC es de 42,76; en el 17% el IMC es mayor de 50.

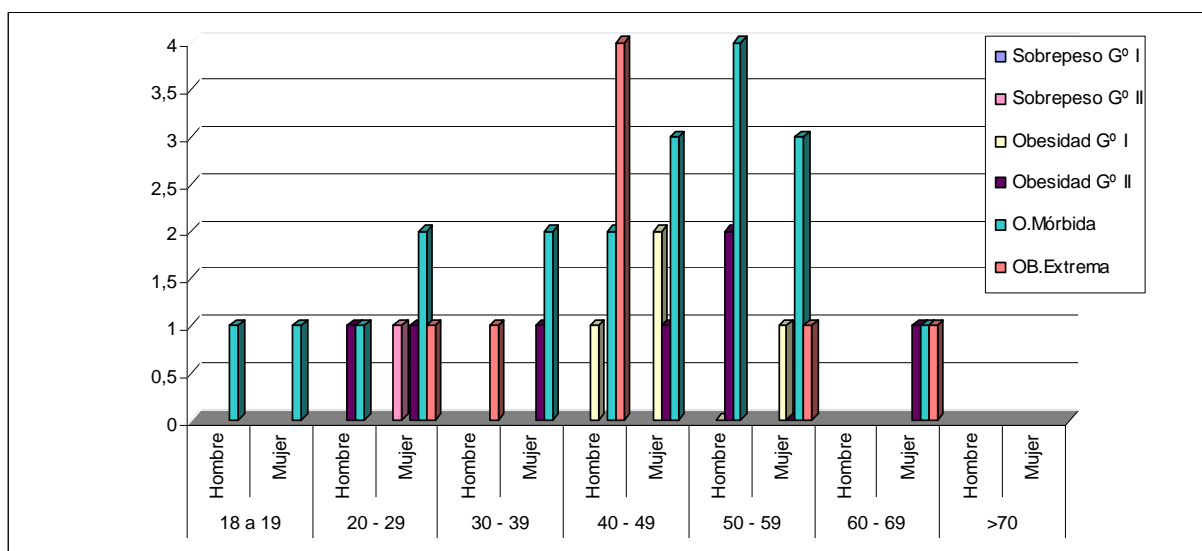


Gráfico 7. Grados de obesidad según valores de IMC, y distribución por sexos y grupos de edad.

Problemas de salud.

Además del problema de obesidad, el 40% de los pacientes presentan al menos un problema de salud conocido, siendo la hipertensión arterial el que aparece con más frecuencia, seguido por la diabetes mellitus y los problemas osteoarticulares tal y como se aprecia en la Tabla 4. En el gráfico 8 se puede observar la frecuencia con la que se presentan uno o mas problemas de salud, siendo mayor el número de personas que tienen dos o más problemas que el que presenta uno o ninguno.

TABLA 4. . Personas que presentan otras enfermedades y problemas de salud.

PROBLEMA DE SALUD	Nº de Casos	%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	16	40,0%
DIABETES	15	37,5%
DISLIPEMIAS	9	22,5%
CARDIOCIRCULATORIOS	10	25,0%
RESPIRATORIOS	9	22,5%
OSTEOARTICULARES	15	37,5%
GINECOLÓGICOS	5	12,5%
DIGESTIVOS	2	5,0%
HIPOTIROIDISMO	5	12,5%
PSICOLÓGICOS	11	27,5%
OTROS (ALERGIA)	1	2,5%
NO CONOCIDOS	6	15,0%

El tipo de diabetes que se da en el grupo es Tipo 2, controlada con dieta y /o antidiabéticos orales; entre los problemas respiratorios destaca el síndrome de apnea obstructiva del sueño, diagnosticado en cinco pacientes. Los problemas psicológicos

son, en la mayoría de los casos, cuadros ansioso-depresivos (nueve personas) , y en dos personas se dan problemas psicológicos complejos.

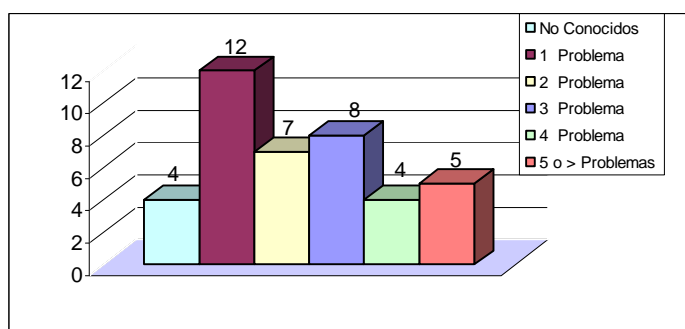


GRÁFICO 8. Frecuencia con la que se dan uno, dos, tres o más problemas de salud.

Si relacionamos los valores de IMC con los problemas de salud, encontramos que del total de personas que sufren alguna patología, un porcentaje alto son los que tienen IMC por encima de 40. En la hipertensión arterial, de los 16 casos 12 tienen obesidad mórbida o extrema; también tienen este tipo de obesidad 11 de los 15 casos de diabetes (73%), el 100% de los casos de dislipemias, 10 de los 15 personas con problemas traumatológicos (66%), 7 de los 11 con problemas psicológicos (63%) y el 77% de los pacientes con problemas respiratorios. Además, en cuanto a la mayor o menor comorbilidad encontramos que todos los pacientes que tienen 5 o más problemas son personas con obesidad mórbida o supermórbida, y también los son cuatro de las cinco que tienen 4 problemas de salud asociados. Dicho de otra manera, el 100% de personas con IMC>40 sufren, al menos, un problema de salud asociado a la obesidad, y el 46,5% presentan tres problemas o más.

Inicio de la sobrecarga ponderal. El 50% de los pacientes comienza con sobrepeso en la edad adulta, el 37,5% en la infancia y el 12,5% en la adolescencia.

Para el 40% (16 personas) la sobrecarga ponderal se instaura de forma progresiva e inespecífica, y no la asocian a ningún evento concreto. Hay ocho personas en cambio, (el 20%) que la relacionan con experiencias vitales generadoras de estrés - muerte de un familiar, ingresos hospitalarios propios o de familiar, cambios en actividad laboral, incertidumbre económica o inestabilidad laboral, y otros-. El 15%, 6 personas, refieren que la deshabitación del tabaco les indujo un aumento importante de peso, aunque sólo dos personas identifican el hecho de dejar de fumar como la causa principal de su incremento de peso, que son dos hombres de entre 50 y 59 años, uno con IMC de 38, y el otro con IMC de 45,7, los dos con trabajos que requieren gran esfuerzo físico, y

con tres problemas de salud. Cinco mujeres asocian el inicio de la sobrecarga ponderal a los embarazos (12,5 del total de casos y 22 % del total de mujeres); una de ellas relaciona su obesidad tanto con el embarazo como con la estabilidad laboral, y otra atribuye la causa al embarazo y a experiencia generadora de estrés. Por otra parte el 22% encuentra el origen de su obesidad en situaciones que provocan cambios en la actividad física cotidiana, bien por estabilidad laboral (10%) bien por cambios de trabajo, u otros. Tres personas lo asocian a vida en pareja estable, y sólo una persona relaciona directamente su obesidad con los hábitos dietéticos, “comer demasiado”.

Dietas anteriores. El 80 % ha hecho dietas anteriormente, y el 47% refiere haber aumentado de peso en los últimos 6 meses.

Los antecedentes familiares de obesidad se muestran en el siguiente gráfico.

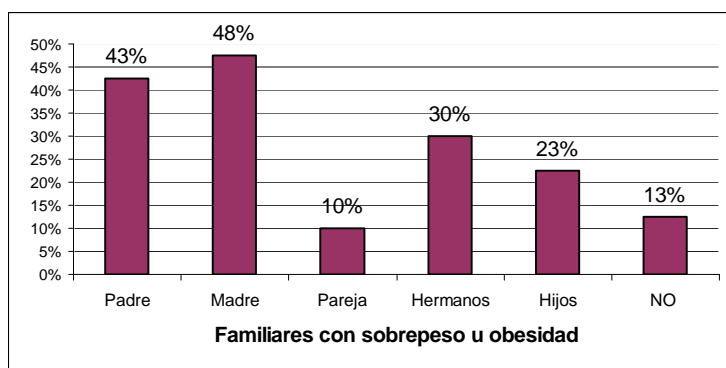


Gráfico 9. % de pacientes con familiares directos con SB/OB.

3. FACTORES SOCIOCULTURALES.

Se incluyen aquí hábitos de vida, entorno familiar y social y apoyo familiar. Otros datos como estado civil, lugar de residencia, paridad, convivencia, y actividad laboral se vieron en variables sociodemográficas

Hábitos de vida. Se han valorado diferentes cuestiones como el ejercicio físico, el consumo de tabaco o de alcohol, o la realización de dietas anteriores.

Respecto al ejercicio físico los datos quedan recogidos en la tabla 5; en ella podemos apreciar que el 72,5 % de los pacientes refieren no hacer ejercicio físico en su tiempo libre, o hacer alguna actividad de forma ocasional. A su vez, y como ya se apuntó anteriormente, el 50% tiene un trabajo sedentario.

El sedentarismo se ha valorado también de forma independiente, preguntando a la persona si considera que su vida, en general, es sedentaria o no, obteniendo como resultado que el 82,5% de las personas se consideran sedentarias.

TABLA 5. Actividad física en el tiempo libre

No hace ejercicio físico. Act. de ocio sedentarias	62,5%
Actividad física ocasional	10,0%
Actividad suave regular (varias/semana)	22,5%
Actividad deportiva regular (varias/semana)	2,5%
Entrenamiento físico varios/semana	2,5%

Refieren no salir habitualmente a la calle 9 personas (22,5%); de ellas tres salen excepcionalmente, y seis sólo para ir al trabajo y para realizar tareas imprescindibles -hacer la compra, ir a consultas médicas y similares-.

Los porcentajes de personas fumadoras y de personas que consumen alcohol, se presentan en los gráficos siguientes.

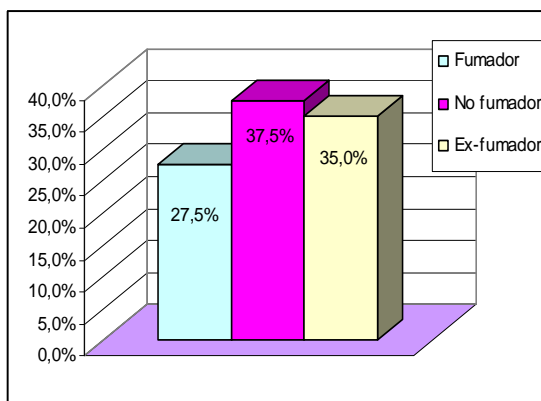


GRÁFICO 10 . Consumo De tabaco

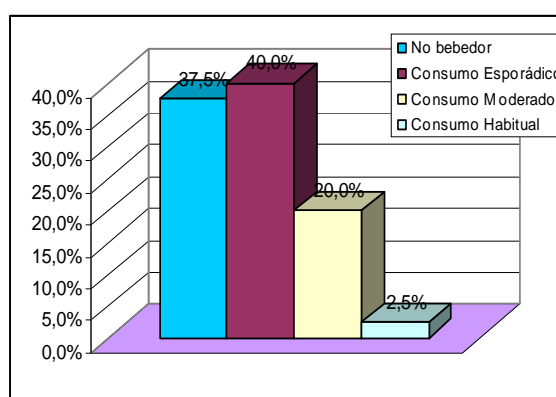


Gráfico 11. Consumo de alcohol

Por otra parte, el 80% de las personas dicen haber realizado alguna dieta con anterioridad.

En relación con la ingesta, las respuestas sobre hábitos dietéticos son las siguientes:

- Pregunta 1: ¿Hace alguna dieta especial?. El 66% no hace ninguna dieta especial, el 5,7% refiere hacer dieta, y el 17% hace la dieta recomendada por el endocrino en la primera visita, y el 11% restringe algún alimento.
- Pregunta 2: ¿Come usted de todo?: la respuesta es afirmativa en el 96% de los casos.
- Pregunta 3: ¿Toma leche todos los días?: el 68% responde Sí, y el 25% responde No.
- Pregunta 4 : ¿Toma frutas y/o verduras todos los días? El 64% responde Si, el 3% a veces, y el 13 % No; el 13% toma fruta pero no verduras, y el 3% no toma fruta.

- Pregunta 5: ¿Alterna carne, pescado y huevos? Responden sí el 65%, mientras que el 27% dice no tomar pescado, el 6% sólo toma pescado y huevos a veces, y el 8% sólo los alterna a veces.
- Pregunta 6: ¿Toma legumbres y/o arroz alguna vez a la semana? El 81% si, el 12% no y el 6% a veces.
- Pregunta 7: ¿Cuántas comidas hace al día? El 57% hace 3 comidas diarias, el 13% hace dos comidas diarias, el 23% hace de 3 a 4 comidas.
- Pregunta 8: ¿Pica usted entre horas? El 54% dice que sí, el 9% responde que a veces, y el 36,4 % responde que no.
- Pregunta 9: ¿Consume bollería industrial con excesiva frecuencia? El 18% responde que sí, el 33 % que a veces, y el 49% responde que no.

Los resultados del Registro 24 horas no se aportan a este análisis de datos dado que veinticuatro de los cuarenta casos habían acudido a consulta de endocrinología antes de ir a la consulta de nutrición, y habían recibido algunas indicaciones dietéticas para el periodo de espera mientras que tenían la cita para nutrición; de ahí que en esos casos el registro de ingesta de 24 horas no recoja la ingesta habitual que realiza el paciente, sino que encontramos que la mayoría referían haber seguido la dieta indicada, o al menos haber restringido algunos alimentos y/o reducido cantidades. Por eso no se recogen los resultados al respecto.

Entorno familiar y Apoyo familiar.

Del total de pacientes sólo dos personas viven solas, el resto, treinta y nueve personas, conviven con familiares tal y como se vio en variables sociodemográficas.

El 67% refiere contar con apoyo familiar a la hora de iniciar el tratamiento (frecuentemente el 45 % y siempre el 22,5 %), el 20 % percibe a veces el apoyo, y el 12% de pacientes dicen no sentirse apoyados por la familia (nunca cuentan con apoyo el 5%, y raramente perciben apoyo el 7,5%). El 75% de los pacientes acuden acompañados a la consulta.

4. FACTORES PSICOLÓGICOS

Se han incluido aquí variables como la motivación, la imagen y concepto de sí mismo, y el nivel de conocimientos.

Nivel de conocimientos sobre alimentación y dietética. Los datos del indicador obtenidos mediante las respuestas dadas por los pacientes sobre cuestiones básicas de alimentación y dietética se presentan en la tabla 6. La puntuación es sobre 5, (desde 1, ningún conocimiento, hasta 5, conocimientos extensos) y se observa que en ninguna de las preguntas se alcanza una puntuación mayor de 3 (conocimientos moderados).

TABLA 6. Conocimientos sobre nutrición y dietética.

	Nivel Conocimientos		
	Global	Mujeres	Hombres
Descripción de comidas a evitar	2,6	3,0	2,4
¿Conoce grupos de alimentos?	1,9	2,2	1,8
¿Conoce tipos nutrientes?	1,4	1,7	1,4
¿Que alimentos/nutrientes tienen más calorías?	2,3	2,7	2,1
¿Sabe qué alimentos son del grupo de las grasas?	2,6	3,0	2,3
¿Sabe lo que son las kilocalorías?	1,9	2,0	1,8

Si se analiza el nivel de conocimientos por grupos de edad no se encuentran diferencias importantes, si bien el grupo de 30 a 39 años y el de 40 a 49 años quedan por encima de la media para todas las preguntas.

Motivación. El motivo fundamental por el que acuden a consulta -estético, problema de salud real o problema de salud potencial- se recoge en el gráfico 12.

Del total del grupo, 21 personas refieren acudir a consulta por un solo motivo, 16 dicen tener dos motivos -estéticos y problema de salud real o potencial-, y 3 refieren haber asistido por los tres motivos.

En cuanto a la frecuencia con la que se dan los diferentes motivos por grupos de edad, refieren asistir por estética el 55% de los menores de 30 años, el 75% del grupo de entre 30 y 39, el 30% del grupo de 40 a 49, y el 50% del grupo de 50 a 59. Analizados los datos por sexos, el 56% de las mujeres argumentan motivos estéticos, unidos o no a los de salud, frente al 29% de hombres.

Ninguna de las personas con $IMC > 50$ argumenta motivos estéticos; en cambio sí lo hacen el 60% de personas con obesidad mórbida (12 personas), dos personas con IMC entre 35 y 39 (28,5%), tres con IMC de 30 a 35 (75%) y una con $IMC = 29,67$.

Por el contrario, todas las personas con obesidad extrema refieren acudir por problemas de salud reales, 17 de los 20 que presentan obesidad mórbida (85%), y el 85% de los que presentan obesidad grado II,

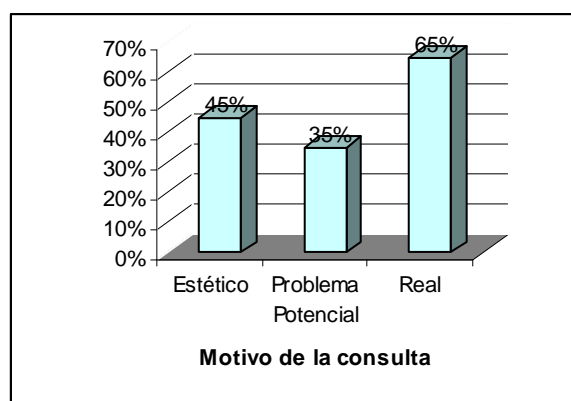


Gráfico 12. Motivos por los que acuden a consulta.

En cuanto a la motivación de los pacientes para iniciar un cambio en sus hábitos de vida, los resultados se recogen en la tabla 7. En ella se ha remarcado la puntuación de la escala que ha tenido más frecuencia de respuestas para cada indicador.

TABLA 7 . Indicadores sobre la motivación del paciente para iniciar un cambio de hábitos.

	ESCALA				
	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre
¿Haces planes para futuro?	0	3	20	11	6
¿Expresa intención de actuar?	0	2	15	13	10
¿Se considera capaz de hacer dieta?	2	1	12	17	8
¿Anticipa recompensas?	0	4	11	21	4
¿Establece objetivos?	0	6	13	19	2

Nota: Se recoge la frecuencia de respuestas para cada pregunta y valor de respuesta.

En las preguntas abiertas, las respuestas han sido:

- Pregunta 1: ¿Estaría dispuesto a modificar su estilo de vida?. Veintinueve personas dicen Si, una dice No, y diez responden sí pero plantean dudas o no se sienten capaces de lograrlo.
- Pregunta 2: ¿Se siente capaz de afrontar el proceso?. Responden Si treinta personas, tres responden No, y siete expresan sus dudas al respecto.
- Pregunta 3: ¿Cuál es la razón principal que le motiva a ello?. La respuesta en veintiún casos es “la salud”, en nueve la respuesta es por “salud y estética”, para cinco la razón es “por estética”. Por último cinco personas responden que quieren “un cambio de vida”.

- Pregunta 4: ¿Qué está dispuesto a hacer para conseguirlo?. La respuesta mayoritaria es “dieta”, que se da en diecinueve casos, siete responden “ejercicio”, tres personas responden que “el tratamiento que me pongan”, otras tres responden que cirugía, cuatro responden que dieta pero tienen sus reservas, y cuatro responden que “todo”. En muchos casos se da más de una respuesta.

Influencia del estrés en la ingesta.

El 81% de las personas dicen que cuando se sienten estresadas cambian sus hábitos alimentarios y lo hacen en el sentido que se aprecia en el gráfico 13

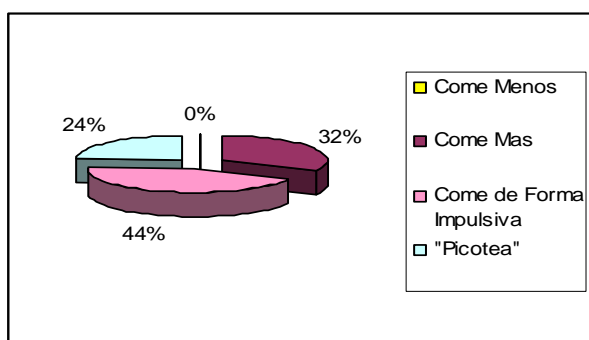


Gráfico 13. Cambios que se producen en la ingesta motivados por el estrés.

Imagen y concepto de sí mismo.

Respecto a la imagen y el concepto de sí mismo los resultados se encuentran en la tabla 8, en la que se recogen los indicadores que se han valorado y la frecuencia de respuestas /resultados obtenidos para cada valor de la escala. En esta parte de la entrevista hay siete personas que no saben o no contestan.

TABLA 8. Indicadores sobre la imagen y concepto de sí mismo.

	ESCALA (de Nunca positivos a Siempre positivos)				
	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre
¿Qué sentimientos tiene sobre su propia persona?	10	9	11	3	0
¿Qué imagen tiene de sí mismo?	11	11	9	1	1
Satisfacción con su aspecto corporal	14	9	7	1	2
Satisfacción con su función corporal	13	9	10	1	0
Voluntad para mejorar su aspecto corporal	3	2	8	11	9
Voluntad para mejorar su función corporal	3	3	7	9	11

V. DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de la muestra estudiada coinciden en muchos aspectos con las descritas por otros autores. No obstante, antes de analizar con mas detalle los resultados obtenidos es oportuno insistir en el hecho de que el estudio que se presenta es de ámbito local, y sus resultados no son extrapolables a otros grupos o poblaciones, pero sí interesa, en cambio, comparar y analizar las coincidencias con los resultados de estudios epidemiológicos y otros estudios locales. Dado que la investigación se centra en personas que solicitan cita en consulta de especialista por sobrepeso u obesidad hay que remarcar que cuando se describa una característica de la muestra se estará describiendo esa característica no en una muestra aleatoria de población sino en una muestra aleatoria de un grupo de población con una característica común: personas con índice de masa corporal superior al normopeso.

Sobre las características sociodemográficas cabe destacar que si bien hay un porcentaje mayor de mujeres, la diferencia con el de hombres no es sustancial.

En cuanto a la edad los resultados coinciden con los obtenidos por la mayoría de los estudios (23)(24)(25)(5)(6) que refieren que la prevalencia de la obesidad aumenta con la edad obteniéndose valores máximos en torno a los 50-60 años¹³. En este trabajo el porcentaje mayor de casos está en el grupo de 40-50 años (32%) seguido por el de 50-60 años (27,5%), dándose pues la mayor coincidencia con la encuesta andaluza de salud de 2007 (8), según la cuál a partir de los 45 años se incrementan los porcentajes de población obesa, situándose cerca del 65% en personas de 45 a 54 años, y por encima del 73% en personas de 55 años en adelante.

En relación con otras características sociodemográficas, los datos obtenidos son similares a los aportados por otros estudios: personas con nivel de estudios básico (23) (24) (6), casadas (23) y que viven en el medio rural (23).

No se han encontrado estudios que analicen el núcleo de convivencia del paciente, si vive sólo o no, y que valoren con quién vive, quién se hace cargo de las cuestiones relacionadas con la alimentación de la familia o que costumbres tienen a la hora de comer -horarios, formas de cocinado, etc.-. En este estudio sólo dos personas viven solas, el resto con miembros de su familia.

¹³ Aranceta-Bartrina et al, (2005) en el análisis que hacen de varios estudios de epidemiológicos sobre la obesidad de ámbito estatal concluyen que la prevalencia de la obesidad aumenta con la edad, obteniéndose valores máximos de prevalencia en torno a los 50-60 años. (24)

La actividad laboral se ha analizado sólo en relación con el sedentarismo, es decir, si implica o no actividad física, obteniendo como resultado que el 50% tiene actividad sedentaria, dato similar al del trabajo de Gómez Candela, 2009 (25) según el cuál tendrían trabajo sedentario el 59% de pacientes. La muestra en este caso no sigue la distribución indicada por la Encuesta Andaluza de Salud de 2007 (8), cuyos datos arrojan que el 87% de la población tiene trabajo sedentario. Es muy llamativo que el 27% de la muestra esté en paro, y que el 7,5% lo esté por la obesidad. En la entrevista algunas personas consideraban que tenían dificultad de encontrar trabajo por su aspecto físico, si bien este dato no ha sido recogido sistemáticamente y no puede ser analizado, aunque podría ser objeto de observación en otro estudio.

Aunque no se ha realizado un estudio sobre el nivel socioeconómico, según el tipo de ocupación y profesión que han referido tener los pacientes podemos considerar que la mayoría tiene trabajos que se encontrarían dentro de los grupos clase social IV y V establecidas por la Encuesta Andaluza de Salud de 2007 ¹⁴ (8), es decir, en las dos clases menos favorecidas. Esto, unido a las personas que están en paro y a las que refieren no tener ninguna dedicación da consistencia a la idea que se planteó sobre el posible sesgo social, no ya en cuanto a la incidencia de obesidad según nivel socioeconómico, sino en cuanto a que un sesgo de la muestra puede ser que las personas de clase económicamente superior acuden a otros centros y tratamientos privados en este aspecto de la salud.

Los datos de las variables antropométricas expresan que el 100% de la muestra tiene exceso de peso -una persona con sobrepeso grado II y treinta y nueve con obesidad-. Esto da cuenta de la gravedad del problema; no podemos valorar la prevalencia, dado que de antemano y por el tipo de consulta que es se espera que todos los pacientes tengan sobrecarga ponderal, pero sí la gravedad ya que antes de la realización de este estudio no se preveía que hubiese un porcentaje tan alto de personas con valores de IMC mayores de 40 (70% de casos con obesidad mórbida y extrema). Esto estaría en consonancia con lo descrito por otros autores como Aranceta-Bartrina et al. (2005), que refieren que tanto la prevalencia como los índices ponderales aumentan con la edad (24). En este estudio se ha encontrado que el mayor número de personas

¹⁴ La Encuesta Andaluza de Salud (2007) determina la clase social según la ocupación de la persona, estableciendo cuatro categorías: Clases sociales I y II (directivos, profesiones asociadas a estudios universitarios, artistas y Deportistas).; Clase social III: empleados de tipo administrativo, profesionales de apoyo a la gestión, trabajadores de los servicios personales y de seguridad, trabajadores por cuenta propia, y otros. Clases sociales IVa, IVb, V y en situación de desempleo: trabajadores manuales cualificados, trabajadores no cualificados y personas desempleadas.

con IMC mayor de 40 se da en el tramo de edad de entre 50 – 59 años (8 casos, que representan el 20% de la muestra y el 72% del total de pacientes de este grupo de edad). Analizados los datos por sexos, vemos que aunque hay mayor número de mujeres que de hombres en la muestra, los hombres son los que presentan mayores índices de masa corporal (el 76% de hombres tienen un IMC > 40, frente al 65,2% de mujeres).

Pocos estudios de los consultados analizan los datos diferenciando los tipos de obesidad. Rodríguez, E. (2011) diferencia entre tres grupos, normopeso, sobrepeso, obesidad, y un cuarto grupo de sobrecarga ponderal -sobrepeso más obesidad-; Gómez Candela et al. (2009) centran su estudio en personas con IMC > 40, o con IMC > de 35 con complicaciones asociadas. (23)(25)

Si uno de los objetivos de este trabajo era conocer las características y antecedentes personales de estos pacientes, las podríamos resumir en: paciente obeso, con IMC > 40, de entre 40 y 60 años de edad, sin estudios o con estudios primarios, casado, que vive mayoritariamente en pueblos de la provincia, y lo hace con uno o más miembros de su familia; su trabajo es sedentario en un 50% de los casos, y hay una alta proporción de personas en paro.

En la introducción se ha tratado ampliamente la morbilidad asociada a la obesidad, aspecto éste que constituye otro de los objetivos del trabajo, que pretende, entre otros, conocer en qué medida nuestros pacientes presentan otras patologías asociadas a la obesidad. Los resultados son que la comorbilidad es bastante alta, dado que el 40% además de la obesidad presenta al menos un problema de salud, el 18% dos problemas y el 43% más de tres problemas, lo que viene a confirmar, una vez más, que se trata de una enfermedad con implicaciones realmente graves para la salud de la persona que lo sufre.

El problema de salud que aparece con mayor frecuencia en la muestra es la hipertensión arterial, en el 40% de los casos, seguido por diabetes y problemas osteoarticulares en el 37,5%, problemas psicológicos en el 27,5%, cardiocirculatorios en el 25%, y dislipemias y respiratorios en el 22,5% de casos. Estos datos son similares a los hallados por Gómez Candela (2009), en cuyo estudio aparece hipertensión en el 35% de pacientes, dislipemias en el 25%, problemas del aparato locomotor en el 35%, psicológicos en el 34%, y respiratorios en el 19%. También refieren estos autores que los problemas psicológicos son, en su mayoría, ansiedad y depresión. (25)

Coinciden a su vez con las alteraciones que según los expertos se asocian a la obesidad y que quedaron expuestas en el epígrafe 1.1.4.: hipertensión arterial,

dislipemias, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad coronaria y cerebrovascular, síndrome de apnea del sueño y síndrome de hipoventilación, insuficiencia venosa periférica, y problemas psicológicos entre otros. Observamos también que los problemas de salud aparecen con frecuencias mas altas en personas con $IMC > 40$.

Respecto a los antecedentes relacionados con la obesidad, el 50% de la muestra sitúa el inicio del incremento ponderal de peso en la edad adulta, el 87% tiene antecedentes familiares de obesidad y en su mayoría ha realizado dietas anteriores. El grupo coincide con lo aportado por Gómez Candela (2009) y Rodríguez E. (2011) para quienes la realización de dietas previas es rasgo común y frecuentemente factor de riesgo. (23)(25). En el trabajo Gómez Candela el 50% de los pacientes se había convertido en obeso durante la infancia, dato mas elevado que el obtenido en este estudio en el que el 37,5% refieren haber iniciado el incremento ponderal de peso en su infancia, que a pesar de todo es bastante alto.

Sobre las causas a las que asocian el incremento de peso, el 40% no encuentra una causa única o reconocible, el resto lo atribuye a varios factores, fundamentalmente los cambios en la actividad física -cambio de trabajo o de estilo de vida por otros motivos- y experiencias vitales generadoras de estrés; sorprende el hecho de que sólo una persona refiera que se debe a una mayor ingesta, a que “come mucho”. Estos datos dan cuenta del origen multifactorial y de la dificultad que entraña encontrar el origen de la enfermedad, y encontrar un patrón de desarrollo común para todos los pacientes; problemas que nos deben conducir a individualizar profundamente la valoración previa y el tratamiento de cada paciente.

Por su parte, la cuestión de los antecedentes familiares constituiría materia de estudio aparte; en este sentido cabría investigar en que medida están influyendo los factores socioculturales para que en una misma familia se repitan los casos de obesidad; como vimos en la introducción la herencia genética puede ser responsable de un porcentaje de casos, pero los hábitos alimenticios probablemente sean responsables de otros tantos y sobre todo sea la interrelación entre ambos la que genere SB/OB en la población -si una persona tiene una herencia que le otorga mas posibilidades de ser obeso y crece en un ambiente obesogénico, posiblemente se convierta en obesa-. Cuando se entrevista a los pacientes que tienen familiares con obesidad y se les pregunta por hábitos de vida, frecuentemente informan de poca actividad física, de tendencia a ingestas hipercalóricas y de hábitos alimenticios poco saludables que probablemente aprendieron en su familia materna y reproducen en su núcleo familiar

actual; estos datos no se pueden aportar con exactitud al no haber sido recogidos de forma sistemática, pero constituyen un campo de estudio interesante y enriquecedor.

El ambiente familiar puede ser determinante no sólo para el incremento ponderal de peso progresivo sino también para el éxito de un régimen de dieta y ejercicio para pérdida de peso. Se puede considerar, y esto es una hipótesis para investigaciones futuras, que el éxito de tratamiento pasa, en gran medida, porque se cambien parte de los hábitos de toda la familia o de las personas con las que convive el paciente; si ellos son conscientes del problema y sus consecuencias y de que es imprescindible un cambio de hábitos podrán ayudar al paciente, si no lo son probablemente dificulten el tratamiento porque es difícil consolidar la voluntad de mantener las conductas apropiadas para la pérdida de peso si en el hogar del paciente sigue habiendo alimentos hipercalóricos al alcance de la mano, se siguen cocinando comidas prohibidas o restringidas durante una dieta, o no se estimula a la persona a caminar, a salir a la calle, etc. –o al contrario, si se lleva al extremo el control sobre el paciente que también puede provocar el efecto opuesto al deseado-. La muestra estudiada refiere sentir, en su mayoría, el apoyo de la familia, y llegan acompañados, pero la familia debería ser incorporada al tratamiento para asegurar la traducción de ese apoyo en actuaciones concretas y adecuadas.

Sobre el ejercicio físico, y por consiguiente sobre el gasto calórico, los datos apuntan al predominio de una vida sedentaria en la mayoría de los pacientes, tanto en lo relativo a la actividad laboral (trabajo sedentario el 50% de los pacientes) como en el ejercicio y actividad física realizada en el tiempo libre (72,5% actividad sedentaria); esta situación es reconocida por los pacientes que dicen en un 82,5% de los casos llevar una vida sedentaria. Los datos coinciden con todos los autores; en el trabajo de Gómez Candela et al., (2009) el 59% realiza un trabajo sedentario, y el 70% no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre. (25) Esto se podría deber, como apunta Rodríguez, E. et al. (2011), en unos casos a la dificultad de realización de actividades físicas dada la limitación funcional u otros problemas de salud, y en otros por temor a los prejuicios por parte de los demás. (23) Esta sospecha se vería corroborada por el hecho de que hay un 22,5% de personas que dicen no salir habitualmente a la calle, situación muy compatible con las dos opciones planteadas por Rodríguez E. et al.

Sobre los hábitos dietéticos, es destacable que muchos no toman fruta ni verdura a diario (36%), y que hay un alto porcentaje que hace sólo dos o tres comidas al día

(70%). Pero quizás el dato más importante es que el 63% reconoce “picar” a menudo entre horas y el 51% consumir con frecuencia bollería industrial.

Así mismo es significativo que en muchos casos los pacientes expresen que no comen tanto para estar como están; podría resultar interesante explorar esta percepción.

La cuestión del consumo de tabaco y alcohol no aporta datos significativos en este estudio, sólo se puede destacar que hay algunas personas que dicen haber incrementado notablemente su peso al dejar de fumar (el 15%) , y dos de ellas lo relacionan directamente.

Hay otros aspectos relacionados con OB/SP y que pertenecen a la esfera psicológica de la personas, como el estrés y su relación con la ingesta, la imagen y concepto de sí mismo, el nivel de conocimientos sobre hábitos adecuados o la motivación para iniciar y mantener el tratamiento. Explorar estas cuestiones era objetivo del presente trabajo, si bien se han estudiado de forma muy escueta, sabiendo de antemano que para llegar a conclusiones firmes sería necesaria una investigación más profunda. De cualquier forma se han obtenido resultados interesantes, como ya se ha visto en el epígrafe anterior, aunque no todos pueden ser cotejados con resultados de otros autores al no haber encontrado trabajos que exploren estos mismos temas.

Los resultados sobre la influencia del estrés en la ingesta refuerzan la hipótesis de autores como Rodríguez E. et al. (2011) que refieren que el estrés puede aumentar la ingesta calórica; en la muestra estudiada esto se confirma en el 81% de los casos, destacando que en ninguno de ellos se produce una disminución de la ingesta, sino que existe una clara tendencia a comer más y a hacerlo “picoteando” y comiendo de forma compulsiva.

Sobre el nivel de conocimientos, la media hallada para cada cuestión planteada es baja, de 1,4 a 2,6 en una escala de 1 a 5. Los pacientes conocen en mayor medida las comidas a evitar (obtienen una media de 2,6, conocimientos moderados), lo que posiblemente esté relacionado con la realización de dietas anteriores y también con el hecho de que es algo que está en el conocimiento común, aunque puede haber errores al respecto. Pero sobre nutrientes o sobre grupos de alimentos tienen un nivel muy bajo de conocimientos -dejando aparte las grasas, que sí son reconocidas por un porcentaje mayor de personas- lo que es coherente con los resultados obtenidos respecto al nivel de estudios del grupo analizado.

En relación con la voluntad y motivación se han explorado dos facetas. Por un lado la motivación que les ha impulsado a acudir a la consulta, obteniendo que en su

mayoría solicitan asistencia especializada porque tienen algún problema de salud real asociado a la obesidad, si bien casi la mitad de los pacientes refieren también motivos estéticos unidos o no a los de salud. Un dato que era esperable es que personas con IMC mayor de 50 ya no contemplan motivos estéticos, sino que su interés está en recuperar su funcionalidad y mejorar la salud.

Se ha valorado también la voluntad de los pacientes para realizar un cambio de hábitos de vida. Medida con indicadores de resultado NOC, el 90% de los pacientes dan puntuaciones medias o altas en la escala del indicador (“a veces” y “frecuentemente”); es decir, la mayoría de personas hacen planes de futuro, expresan abiertamente que quieren hacer algo para disminuir su peso, saben por qué quieren hacerlo y cuál va a ser la recompensa, y se consideran capaces de hacer dieta. En este sentido podríamos resumir que tienen una motivación media/media-alta para iniciar una dieta y un cambio en su vida; tendrían pues la fuerza psíquica necesaria para iniciar el tratamiento. La voluntad para mantener esa nueva forma de vida habría que medirla en las siguientes revisiones, valorando la motivación que conservan y el grado de abandono del tratamiento.

Los datos aportados por las preguntas abiertas están en la misma línea, la mayoría están dispuestos a cambiar su estilo de vida y se sienten capaces de hacerlo, aunque algunos manifiestan sus dudas al respecto. Es destacable que algunas personas, a la pregunta de ¿Qué está dispuesto a hacer para conseguirlo? responden que “todo”.

Por último se ha preguntado a los pacientes sobre su imagen personal, y los resultados obtenidos denotan que son personas profundamente insatisfechas tanto con su aspecto como con la funcionalidad de su cuerpo; alrededor de un 65% nunca o rara vez tienen una imagen positiva o sentimientos positivos sobre sí mismos. En este mismo grupo de preguntas se recogen de nuevo datos sobre la voluntad para mejorar el aspecto y la función corporal; en este caso se habla expresamente de voluntad, y las respuestas van en el mismo sentido que las obtenidas con los indicadores anteriores de motivación, aunque el porcentaje de personas que consideran tener “siempre o frecuentemente” una voluntad positiva para mejorar es algo menor que cuando se hacen las preguntas indirectas; en este caso es del 66% manifiestan tener una voluntad alta para mejorar tanto el aspecto como la función corporal.

Con todo lo expuesto es obvio que el trabajo de investigación sólo ha sido iniciado; a lo largo del trabajo han ido surgiendo muchas preguntas, que se han ido desgranando, pero están sin responder; queda pendiente darles forma, analizar su pertinencia y, si procede, plantear nuevos trabajos de investigación.

Este trabajo puede ser un punto de partida, pero no se pueden obviar sus limitaciones, y aunque se recogieron en parte en el apartado de metodología es oportuno mencionar algunas de ellas antes de cerrar esta discusión.

En primer lugar que este trabajo de investigación se ha planteado como un estudio local y circunscrito a un ámbito asistencial muy limitado, por lo que se tiene presente la no representatividad de la muestra y, por consiguiente, la imposibilidad de hacer extensivos los resultados a otros grupos de población.

A su vez se cuenta con el sesgo poblacional ya apuntado anteriormente, al formar mayoritariamente la muestra personas de un nivel educativo y social delimitado.

Por otra parte, la procedencia de los pacientes y el hecho de haber recibido alguna dieta o indicaciones dietéticas ha hecho imposible valorar la ingesta habitual de estas personas, hecho este que debería ser contemplado y modificado en los posibles estudios futuros que pudieran surgir.

Entre las dificultades encontradas están, como se dijo en apartados anteriores, el no encontrar cuestionarios validados aplicables a este tipo de estudios para medir hábitos dietéticos u otras variables como la motivación, o la imagen de sí mismo.

No contar con un espacio específico y adecuado, y con un tiempo reservado para realizar las entrevistas ha supuesto una dificultad añadida al trabajo. Además se ha hecho una recogida de datos muy amplia, que si bien aportado una información completa y muy interesante, ha supuesto un arduo trabajo; en cambio, la riqueza de información obtenida ha aportado ideas y abierto puertas para realizar otras investigaciones, o bien para profundizar en la línea actual.

Considerando los datos obtenidos, posiblemente sea oportuno plantear la realización de una segunda fase de estudio en la que por una parte se continúe con la recogida de datos con una muestra mas amplia, y por otra se analice cómo es el manejo del régimen terapéutico y los factores que se relacionan con el abandono del tratamiento, fase que quedaría más completa incorporando un parte de investigación cualitativa para explorar las actitudes, conocimientos, valores, creencias y vivencias que tienen los pacientes y su familia respecto a este problema.

VI. CONCLUSIONES

Una vez analizados los datos y presentada la discusión de los mismos, podemos concluir que los objetivos del estudio se han alcanzado, y, en consecuencia, se exponen a continuación las conclusiones que de todo lo expuesto se pueden obtener.

El perfil del paciente coincide ampliamente con el descrito por otros autores, siendo en nuestro ámbito generalmente una persona obesa, de entre 40 y 60 años de edad, con nivel de estudios y socioeconómico bajo, que vive con uno o más miembros de su familia en pueblos de la provincia. Estos pacientes presenta una comorbilidad asociada alta, siendo mayor en personas con $IMC > 40$.

Es un rasgo común a la mayoría tener una vida sedentaria, tanto en el ámbito laboral como en el tiempo libre. Esto se asocia, frecuentemente, a algunos hábitos de alimentación no saludables, como una ingesta mínima de fruta o verdura, consumo de bollería industrial, realización de pocas comidas regladas diarias y costumbre de picar a menudo entre horas. Todos han hecho dietas previas.

En el ámbito psicológico, el estrés parece constituir un factor desencadenante de la ingesta para la mayoría de estas personas, incrementando el consumo de alimentos y provocando un consumo compulsivo o de mayor picoteo. El nivel general de conocimientos respecto a nutrición y dietética es bajo en el grupo estudiado.

La mayoría de personas acuden a consulta con una motivación alta, movidas tanto por problemas de salud como estéticos, si bien se desconoce la voluntad que permanece en el transcurso de las semanas. En cambio tienen un concepto e imagen de sí mismos negativo, lo que implica poca satisfacción personal.

La familia es pieza clave en este problema, tanto por el hecho de que muchos tienen antecedentes familiares de obesidad, como porque un alto porcentaje vive en familia y será en el entorno familiar dónde deberá desarrollarse el régimen terapéutico. Gran parte expresan sentir apoyo de su familia para afrontar este problema.

Por último, y a modo de comentario final, decir que los casos estudiados han venido a corroborar todo lo encontrado en la literatura científica respecto a la gravedad de la obesidad, gravedad que tiene que ver con los problemas que pueden asociarse en todos los planos, biológicos, psicológico, social y espiritual, y que van desde la patología asociada que constituye un riesgo importante para la vida de la persona hasta el sufrimiento que manifiestan al ver cómo una situación de salud afecta a todos los ámbitos de su vida.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- (1) OMS, WHO. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Resolución de la 57ª asamblea mundial de la salud. WHA 57.17. 22-5-2004. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/index.html>. [Consultado: 1/04/2011].
- (2) OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. 2005. Ginebra: OMS Organización, 2002.
- (3) OMS. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva. Marzo 2011. Accesible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>. [Consultado 10/04/2011].
- (4) Aranceta Bartrina, J.; Pérez Rodrigo, C. Epidemiología de la Obesidad. En: Moreno Esteban, B.; Monereo Megías, S.; Álvarez Hernández, J. Obesidad. La epidemia del Siglo XXI. Madrid: Ed. Díaz Santos, 2000 (2ª Edición); 124-148.
- (5) Arrizabalaga, J.J. et al. Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. Grupo de Trabajo sobre la Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Madrid. España. Endocrinol Nutr 2003; 50 (Supl. 4):1-38.
- (6) Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO-2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica (Versión íntegra) Rev Esp Obes 2007; 7-48
- (7) Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de Estadística. Encuestas Nacionales de Salud 1995, 1997, 2001, 2003, 2006. Disponible en: www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestanacional. [Consultado el 10/04/2011].
- (8) La salud en Andalucía según las Encuestas Andaluzas de Salud (EAS): EAS-1999, EAS-2003 y EAS-2007. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/C_3NUESTRASALUD/C_1_Vida_sana/Vigilancia_de_la_salud/encuesta_andaluza_de_salud/. [Consultado: 15/04/2011]
- (9) Herrero Lozano R, et al. El sobrepeso y la obesidad en la consulta de Atención Primaria SEMERGEN 2004; 30(2):60-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es>. Consultado: 07/04/2011.
- (10) National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, North American Association for the Study of Obesity. The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Bethesda: National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, North American Association for the Study of Obesity, NIH Publication n.º 00-4048, 2000; i-77. Disponible en: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/practgde.htm. [Consultado el 1/07/2011].
- (11) González-Albarrán, M.O.; García robles, R. Obesidad y riesgo vascular. En: Moreno Esteban, B.; Monereo Megías, S.; Álvarez Hernández, J. Obesidad. La epidemia del Siglo XXI. Madrid: Ed. Díaz Santos, 2000 (2ª Edición); 191-209.
- (12) Proceso asistencial integrado Riesgo Vascular. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2010.

- (13) Moreno Esteban, B.; Cancer Minchot, E.; Garrido Pérez, M.; Rodríguez Poyo-Guerrero, P. Concepto y clasificación de la obesidad. En: Moreno Esteban, B.; Monereo Megías, S.; Álvarez Hernández, J. Obesidad. La epidemia del Siglo XXI. Madrid: Ed. Díaz Santos, 2000 (2ª Edición); 110-123.
- (14) García Perís, P.; Cuerda Compés, M.C.; Camblor Álvarez, M; Bretón Lesmes, I. Balance energético. En: Moreno Esteban, B.; Monereo Megías, S.; Álvarez Hernández, J. Obesidad. La epidemia del Siglo XXI. Madrid: Ed. Díaz Santos, 2000 (2ª Ed.); 59-69.
- (15) Escobar Jiménez, L.; Espinosa Rosso, J.R. Regulación de la ingesta. Control del apetito. En: Moreno Esteban, B.; Monereo Megías, S.; Álvarez Hernández, J. Obesidad. La epidemia del Siglo XXI. Madrid: Ed. Díaz Santos, 2000 (2ª Edición); 24-38.
- (16) Echwald, M.; Thorkild, I. A. Obesity genes. Identifying single genes involved in polygenic inheritance is not easy. *BMJ* 2001;322:630-1. DISPONIBLE EN: <http://www.bmj.com/content/322/7287/630/reply>. Consultado 15/06/2011
- (17) Lapetra Peralta, J. et al. Prevalencia del síndrome metabólico y factores asociados en población andaluza. Memoria del proyecto de investigación. Accesible en URL: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/DRECA2/E11.pdf [Consultado 1/04/2001]
- (18) Martínez Álvarez, JR. ; Villarino Marín, A.; Iglesias Rosado, C.; de Arpe Muñoz, C. , Gómez Candela, C., Marrodán Serrano, MD. Recomendaciones de alimentación para la población española. *Nutr. Clin y Diet. Hosp.* 2010, 30(1); 4-14.
- (19) OMS, WHO. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, Report of Joint WHO/FAO Expert Consultation, 2003. Disponible en: <http://www.fao.org/spanish/newsroom/news/2003/14683-es.html>. [Consultado el 8/04/2011].
- (20) De Torres Aured, M.L.; López-Pardo Martínez, M.; Domínguez Maeso, A.; De Torres Olson, C. La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2008; 28(3):9-19.
- (21) Becoña, E.; Vazquez, F.L. La evaluación de la conducta de fumar. *Psicología Conductual*. 1997, 3(5); 345-364. Disponible en: <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1997/art02.3.05.pdf>. [Consultado 10/08/2011]
- (22) Heatherton, T.; Kozlowski, L.T.; Frecker, C.; Fagerström, K. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*. 1991, 86; 1119-1127. Disponible en: <http://dionysus.psych.wisc.edu/Lit/Articles/HeathertonT1991a.pdf>. [Consultado 10/08/2011].
- (23) Rodríguez-Rodríguez, E.; Ortega Anta, RM; Palmeros Exsome, C.; López-Sobaler, AM. Factores que contribuyen al desarrollo de sobrepeso y obesidad en población adulta española. *Nutr. Clin. Diet. Hosp.* 2011; 31 (1): 39-49.
- (24) Aranceta-Bartrina, J.; Serra-Majem, L.; Fdz-Sala, M.; Moreno-Esteban, B. Prevalencia de la Obesidad en España. *Med. Clin.* 2005; 125(12):460-466.

- (25) Gómez Candela, C.; Palma Milla, S.; Piedra León, M; Bermejo, L.; Loria, V. Eficacia y predictores de cumplimiento de un programa terapéutico en pacientes con obesidad grado II complicada o mórbida, no candidatos a programa de cirugía. Nutr. clín. diet. hosp. 2009;29(39):25-31.
- (26) Nerín, I.; Beamonte, A.; Gargallo, P.; Jiménez, A.; Marqueta A. Ganancia ponderal al dejar de fumar y su relación con la ansiedad. Arch Bronconeumol. 2007; 43:9-15.
- (27) Sámano Orozco, L. F. Abandono del tratamiento dietético en pacientes diagnosticados con obesidad en un consultorio privado de nutrición. Nutr. clín. diet. hosp. 2011; 31(1):15-19
- (28) Hernández Conesa, J.; Esteban Albert, M. Fundamentos de la enfermería. Teoría y Método. Madrid: McGraw-HILL Interamericana, 1999.
- (29) Fernández Ferrín, C.; Novel Martí, Gloria. El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería, 1993.
- (30) Luís Rodrigo, M.T.; Fernández Ferrín, C.; Navarro Gómez, M^a V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Elsevier-Masson, 2005 (3^a Edición).
- (31) NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2005-2006. Madrid: ELSEVIER, 2006.
- (32) Luís Rodrigo, M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Masson-Elsevier, 2006 (7^a edición).
- (33) Granollers Mercader, Silvia. La entrevista motivacional. Una técnica útil en la consulta de enfermería. Nursing. 2004; 7(22): 58-63.
- (34) Hettema, J.; Steele, J.; Miller, W. R. Entrevista Motivacional. RET Revista de toxicomanías. 2008; 52:3-24.
- (35) Rivera Mercado, S.; Vollouta Cassinelli, M.F.; Ilabaca Grez, A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes en atención primaria?. Aten Primaria. 2008; 40(5); 257-261.
- (36) Manual para la recogida de datos del Estudio DRECA 2. Evolución del riesgo cardiovascular en la población andaluza en los últimos 16 años (1992-2007). Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/DRECA2/E6.pdf> [Consultado 15/04/2011]
- (37) Morhead, S.; Johnson, M.; Mass, Meridean L.; Swanson, E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier, 2009 (4^a Ed.).
- (38) Carrillo Fernández, L. et al. Consejo y prescripción dietética en atención primaria: un largo camino por recorrer. Aten Primaria. 2007; 39(2):53-55.
- (39) Salvador G., Palma, I., Puchal, A., Vilà, M.C., Miserachs, M., Illan, M. Entrevista dietética. Herramientas útiles para la recogida de datos. Artículo de Revisión. Rev. Univ Navarra, 2006; 4(50): 46-55

VIII. ANEXOS

- Anexo 1. Ficha Individual de recogida de datos”.
- Anexo 2. Registro de Recordatorio dietético de 24 horas.
- Anexo 3. Encuesta autocumplimentada.

ANEXO 1. FICHA INDIVIDUAL DE RECOGIDA DE DATOS

FICHA INDIVIDUAL DE RECOGIDA DE DATOS. Nº ORDEN:

FECHA:

Nº. Hª. :

CONSULTA:

PACIENTE NUEVO:

NSS:
REVISIÓN:

PROCEDENCIA: AP:

INTER DE: _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

- SEXO: Hombre Mujer EDAD:
- NIVEL DE ESTUDIOS/ FORMACIÓN:
- LUGAR DE RESIDENCIA:
- ESTADO CIVIL / CONVIVENCIA:
- HIJOS: NO SI Número:
- OCUPACIÓN /TRABAJO:
- HÁBITO DE EJERCICIO/ actividad diaria:

DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

- PESO: TALLA: IMC:.....
- PERÍMETRO ABDOMINAL:

HISTORIA DE SALUD:

- ANTECEDENTES:
- PROBLEMAS ACTUALES.
HTA: DIABETES DISLIPEMIAS OTROS
.....
- SEDENTARISMO SI NO
- FUMADOR: SI NO CANTIDAD/Día: EX – FUMADOR
- CONSUMO DE ALCOHOL: SI NO Cantidad/Descripción:.....
- HISTORIA FAMILIAR. Familiares directos con sobrepeso/obesidad
1. Padre 2. Madre 3. Pareja 4. Hermanos 5. Hijos.
- MOTIVO DE LA CONSULTA:
1. Estético 2. Problema de salud real 3. Problema salud potencial
- DIETAS ANTERIORES:
1. SI 2. NO DESCRIPCIÓN:
- EDAD / ETAPA DE INICIO DEL SOBREPESO:
1. Infancia 2. Adolescencia 3. Edad adulta
ASOCIADO A:
1. Estabilidad laboral 2. Vida en pareja estable 3. Embarazo
4. Menopausia 5. Deshabitación tabáquica:
5. Situaciones que implican cambios en la actividad física
6. Experiencia vital generadora de estrés: especificar:.....
- CAMBIOS DE PESO en los últimos 6 meses: SI 2. NO
- APOYO FAMILIAR durante el tratamiento (NOC2609): los miembros de la familia expresan deseos de apoyar al paciente
Nunca Raramente A veces Frecuentemente Siempre
- VIENE:
1. Sólo 2. Acompañado

TRATAMIENTO:

- TRATAMIENTO DIETÉTICO:

- OTRO TRATAMIENTO:

EVOLUCIÓN

- TIPO DE VISITA: PRIMERA VISITA: REV 1 REV 2 REV 3
- EVOLUCIÓN DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

	PV	REV 1	REV 2	REV 3	REV 4
Peso					
Perímetro					
IMC					

HÁBITOS NUTRICIONALES. ERRORES DE ALIMENTACIÓN (recogidos en encuesta autocumplimentada).**MOTIVACIÓN –para actuar/hacer dieta-. NOC 1209**

La escala es: 1. Nunca 2. Raramente. 3 A veces 4.Frecuentemente 5.Siempre

- ¿Hace planes para el futuro?: 1 2 3 4 5
- Expresa intención de actuar: 1 2 3 4 5
- Se considera capaz de realizar la dieta
1 2 3 4 5
- Anticipa recompensas intrínsecas y extrínsecas:
1 2 3 4 5
- Establece objetivos:
1 2 3 4 5

Otras preguntas sobre motivación:

1. ¿Estaría usted dispuesto a modificar su estilo de vida?
2. ¿Se siente capaz de afrontar el proceso?
3. ¿Cuál es la razón principal que le motiva a ello?
4. ¿Qué está dispuesto a hacer para conseguirlo?

CONOCIMIENTOS (Escala desde 1=ningún conocimiento a 5= conocimientos extensos)

1. Descripción de comidas a evitar: 1 2 3 4 5
2. ¿Conoce grupos de alimentos? 1 2 3 4 5
3. ¿conoce tipos de nutrientes? 1 2 3 4 5
4. ¿Qué alimentos tienen más calorías? 1 2 3 4 5
5. ¿Sabe que alimentos son del grupo de las grasas? 1 2 3 4 5
6. ¿Sabe lo que son las kilocalorías? 1 2 3 4 5

OBSERVACIONES

Próxima cita:.....

ANEXO 2. REGISTRO DE RECORDATORIO DIETÉTICO DE 24 HORAS .

FICHA RECORDATORIO 24 HORAS. N° ORDEN:

FECHA:
CONSULTA:

Nº. Hª. :
NSS:

Fecha Correspondiente al día del recuerdo:		
Actividad física (baja, moderada, alta):		
Consumo de suplementos (tipo y cantidad):		
DESAYUNO	HORA:	LUGAR:
Menús y Forma de preparación (proceso culinario)	Alimentos (calidad y cantidad) Bebidas Pan Aceite	
MEDIA MAÑANA	HORA:	LUGAR:
Menús y Forma de preparación (proceso culinario)	Alimentos (calidad y cantidad) Bebidas Pan Aceite	
COMIDA	HORA:	LUGAR:
Menús y Forma de preparación (proceso culinario)	Alimentos (calidad y cantidad) Bebidas Pan Aceite	
MERIENDA	HORA:	LUGAR:
Menús y Forma de preparación (proceso culinario)	Alimentos (calidad y cantidad) Bebidas Pan Aceite	
CENA	HORA:	LUGAR:
Menús y Forma de preparación (proceso culinario)	Alimentos (calidad y cantidad) Bebidas Pan Aceite	
ENTRE HORAS	HORA:	LUGAR:
Menús y Forma de preparación (proceso culinario)	Alimentos (calidad y cantidad)	
ENTRE HORAS	HORA:	LUGAR:
Menús y Forma de preparación (proceso culinario)	Alimentos (calidad y cantidad)	

ANEXO 3. ENCUESTA AUTOCUMPLIMENTADA.

ENCUESTA AUTOCUMPLIMENTADA. N° ORDEN:.....

FECHA: N°. Hª. :

CONSULTA: **NSS:**

ENCUESTA AUTOCUMPLIMENTADA:

HÁBITOS DIETÉTICOS

1. ¿Hace usted alguna dieta especial?
2. ¿Come usted de todo?
3. ¿Toma leche todos los días?
4. ¿Toma frutas y/o verduras a diario?
5. ¿Alterna carne, pescado y huevos?
6. ¿Toma legumbres y/o arroz alguna vez a la semana?
7. ¿Cuántas comidas hace al día?
8. ¿Pica usted entre horas?
9. ¿Consume bollería industrial con excesiva frecuencia?

ENCUESTA AUTOCUMPLIMENTADA: Marcar con una X dónde proceda.

Ante una situación que le produce estrés ¿Cambia sus hábitos de alimentación?: SI 2. NO Especificar: (puede marcar varias opciones).
Come mas cantidad Come menos Come de forma impulsiva Come comida rápida / lo que "pilla"
Comentarios:

A continuación se realizan unas preguntas, con 5 posibilidades de respuesta, que son:

1. Nunca Positivos 2. Raramente Positivos 3. A veces Positivos 4. Frecuentemente Positivos 5. Siempre Positivos

- ¿Qué SENTIMIENTOS tiene sobre su propia persona?
Nunca Positivos Raramente Positivos A veces Positivos Frecuentemente Positivos Siempre Positivos
- Que imagen tiene de sí misma/o:
Nunca Positiva Raramente Positiva A veces Positiva Frecuentemente Positiva Siempre Positiva
- Qué grado de SATISFACCIÓN tiene con su Aspecto Corporal:
Nunca Raramente A veces Frecuentemente Siempre
- Cómo califica su VOLUNTAD para mejorar el Aspecto corporal:
Nunca Positiva Raramente Positiva A veces Positiva Frecuentemente Positiva Siempre Positiva
- Qué grado de SATISFACCIÓN tiene con la función / capacidad corporal:
Nunca Positiva Raramente Positiva A veces Positiva Frecuentemente Positiva Siempre Positiva
- Cómo califica su VOLUNTAD para mejorar la función /capacidad corporal:
Nunca Positiva Raramente Positiva A veces Positiva Frecuentemente Positiva Siempre Positiva