

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA, PARA FORTALECER LOS CONOCIMIENTOS
SOBRE EL MANEJO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD
DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS MÓDULOS URBANOS
DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1 MORELIA, MICHOACÁN**

PROYECTO TERMINAL EMPRESARIAL PARA
OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN SALUD
PÚBLICA DE:

LORENA ESPARZA LAGUNAS.

Cuernavaca, Morelos 2011

ÍNDICE

1. Introducción	4
2. Antecedentes	6
2.1 Diagnostico de la localidad de la Nopalera	6
2.2 Factores condicionantes	6
3. Respuesta social organizada	8
4. Daños a la salud	9
5. Priorización de problemas detectados en la localidad de la Nopalera	13
6. Panorama epidemiológica del sobrepeso y la obesidad en Michoacán	15
7. Identificación del problema	18
8. Alternativas de solución	18
9. Justificación	19
10. Objetivos	20
10.1 Objetivo General	21
10.2 Objetivos Específicos	21
11. Marco teórico	21
12. Metodología	47
12.1 Diseño de la intervención	47
12.2 Selección de la población	47
12.2.1 Criterios de inclusión	47
12.2.2 Criterios de exclusión	48
12.2.3 Criterios de eliminación	48
12.3 Límites	48
12.3.1 Área geográfica	48
12.3.2 Tiempo	48
12.4 Selección y operacionalización de variables	48
12.5 Métodos e instrumento de recolección de información	49
12.6 Manejo y análisis de los datos	50
12.7 Plan de ejecución	50
12.8 Evaluación de la intervención	51
12.8.1 Alcance del programa	51
12.8.2 Alcance de la satisfacción de los participantes	52
13. Factibilidad	52
13.1 Factibilidad de mercado	52
13.2 Factibilidad técnica	52
13.3 Factibilidad política y legal	53
13.4 Factibilidad financiera	53
14. Reporte de ejecución	53

15. Resultados de la intervención	57
15.1 Características de la población	57
15.2 Equipo y material para la evaluación antropométrica	59
15.3 Resultados de la participación de enfermería en la intervención	60
15.4 Resultados de la intervención	61
15.5 Satisfacción de los participantes	64
16. Conclusiones	66
17. Recomendaciones para mejorar la intervención	67
18. Referencias	68
19. Anexos	72

Comité asesor del proyecto terminal empresarial (PTP):

Directora del proyecto: Mtra. Clara Irene Hernández Márquez.

Asesor: Mtro. Baldomero Morales Campos.

Comité evaluador:

Presidente: Mtra. Angélica Llerenas

Secretario: Mtra. Clara Irene Hernández Márquez.

Asesor interno: Mtra. Elsa María Yunes Díaz.

Asesor externo. Mtro. Raúl Iribe Pardo.

Agradecimientos

A Dios

Por darme la oportunidad de vivir, por la salud, por ser una mujer y profesionalista de bien y por todas sus bendiciones.

A mis padres:

Gracias a Ustedes aprendí la nobleza y la humildad, siempre creyeron en mí y su confianza me hizo fuerte para estar disfrutando de todos los momentos de mi vida. Su herencia ha sido darme todo su amor, su tiempo y dedicación, siempre me miran y me escuchan cuando los necesito me brindan fortaleza, apoyo y nuevas enseñanzas. Me han enseñado a respetar, seguir adelante a buscar nuevos horizontes.

A tí papá, que tú fortaleza me ha enseñado que nada es imposible que siempre se puede lograr lo que uno quiere, ya que eres un guerrero incansable, te admiro, te quiero mucho porque siempre serás el mejor padre del mundo.

A tí mamá, que tu actitud ante la vida, es nunca dejarse vencer, luchar cada día como si fuera la última batalla, que nunca te rendiste por difícil que fueran los tiempos. Eres una mujer maravillosa, admirable y de quien tengo mucho por aprender. Gracias por todo tu apoyo, te quiero mucho.

A mis hermanos:

Gracias por su apoyo, sus consejos, sus regaños, su amor, su confianza y compartir cada momento de mi vida.

A tí Sara, gracias porque me has enseñado que es una mujer incansable, alegre, objetiva y emprendedora.

A enfrentar los nuevos retos con sabiduría y paciencia.

A tí Javier, gracias por enseñarme a ser fuerte, a salir adelante con dedicación, disciplina y valentía. Que ante cada caída hay nuevas enseñanzas y que lo más importante es tú familia.

A Círce

Gracias por ser parte de esta familia, por el apoyo incondicional que me has brindado a lo largo de mi vida profesional y personal. Eres una mujer que se ha hecho camino al andar y trata de superarse cada día.

A Juan

Gracias por ser parte de esta familia, por el apoyo que me has brindado, tanto en lo personal como en lo profesional. Gracias por el amor incondicional a mi pequeña Daniela, por ser su como su padre, por quererla y cuidarla.

A mis sobrinos

Melissa tú fuiste la primera sobrina que lleno mi vida de ternura, amor, alegrías y de excelentes momentos. Tu inteligencia y belleza alegran mis ojos cada día que te veo crecer, aprender y abrir las alas para disfrutar la libertad.

Sarita mi pequeña niña, que iluminas mi vida con tu sonrisa y tú bella mirada. Siempre tienes palabras de aliento para mí. Tu nobleza y ternura me enseñan que debo seguir disfrutando cada momento como cuando era niña y a soñar que el mañana tiene Buenos deseos.

Andrés tú me enseñaste desde pequeño a aferrarme a la vida, a reír, a tener entusiasmo, que nunca debo dejar de imaginar y crear nuevas historias. Gracias por tus sonrisas y abrazos

Yuliana mi pequeña princesa, tu inocencia, tu carisma y tu inocencia alegran mi existir y hacen que me olvide de lo pesado de algunos días. Gracias por quererme y estar a mi lado con tu bella sonrisa.

Javiercito con tigo aprendí que aunque nadie espere tu llegada, será un gusto, una alegría inmensa y una bendición verte. A dar gracias a Dios por la salud otorgada.

A Daniela

Hija, gracias por llegar a mí, por darme la oportunidad de ser madre de sentir como crecías dentro de mí, por imaginar cómo serías, por ver tus ojos por primera vez, por tenerte entre mis brazos, por enseñarme cada día a ser madre, por tus abrazos, tus palabras y tu juegos cada día que llego a casa después de una larga jornada de trabajo. Gracias por comprender que he tenido que posponer jugar contigo, estar a tu lado y de perderme algunos momentos a tu lado, por lograr esta meta que hoy se cumple, terminar mi proyecto terminal profesional.

Daniela cada día crece más mi amor por tí, es por tí que mi tristeza desapareció. Doy gracias a Dios por darte como mi hija, eres la niña de mi corazón, eres tan dulce, hoy gracias a tu sonrisa mi vida está llena de luz, bienestar, amor y alegrías

Daniela eres todo en mí, el sol que ilumina mi existir y me haces tan feliz, eres la fuerza que conduce mi existir, eres mi luz y con tu amor puedo seguir cada día adelante. Gracias por estar a mi lado.

A mis amigas y amigos Cenía, Mirian, Brenda, Martita y Maricela

Gracias por su amistad, su sinceridad, por sus consejos y su apoyo. Gracias por todas las experiencias vividas a su lado, tanto en lo Personal como en lo profesional. Gracias por enseñarse a aplicar nuevos conocimientos y a poner buena cara a los momentos difíciles.

A mis amigas y compañeras del Instituto Nacional de Salud Pública Noemí, Flor y Karime

Gracias por todo su apoyo, confianza, consejos y amistad sincera. Gracias por ser parte de mi vida profesional por enseñarme a través de cada experiencias vivida a su lado a crecer como persona y como profesionista. Gracias por motivarme cada día y no desistir durante los estudios de la maestría.

A la Mtra. Clarita

Gracias por su apoyo, paciencia y enseñarme nuevos conocimientos, así como aplicarlos

Gracias por ser parte de este proyecto profesional y por cumplir con mígo la meta de titularme.

A mis profesores

Gracias por permitirme aprender de ustedes y de brindarme nuevos conocimientos.

1. INTRODUCCIÓN

El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) es actualmente uno de los retos más importantes de Salud Pública en el mundo, dada la magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población afectada, debido a que aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas.

De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha triplicado en particular en la población adulta 39.5% de los hombres y mujeres tienen sobrepeso y 31.7% obesidad. Es decir, aproximadamente 70% de la población adulta tiene una masa corporal inadecuada. (1)

Los cambios en la alimentación ocurridos en las últimas décadas en México pueden caracterizarse recurriendo al concepto de transición nutricional. (2,3) Los cambios verificados en la dieta, la actividad física y el estado de nutrición apuntan hacia un estado de transición de la etapa de “recesión” de las hambrunas” hacia el periodo de “predominio de las enfermedades crónicas”. (4,5) En la fase de “recesión de las hambrunas” se incrementa el consumo de frutas, verduras y alimentos de origen animal y los almidones cobran menos importancia en la alimentación; mientras que en la etapa de “predominio de las enfermedades crónicas” la dieta se caracteriza por un contenido elevado de grasa, colesterol y azúcares y menor consumo de ácidos grasos poli-insaturados y fibra. El estilo de vida se torna sedentario, lo que trae consigo el incremento de la prevalencia de obesidad y de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. (6)

Asimismo las modificaciones en los factores ambientales de la población durante el siglo XX contribuyeron al cambio de patrón alimentario en la sociedad de consumo, al generar cambios de comportamiento en la determinación de la elección del tipo de alimentos que se decide o no consumir. Entre los factores ambientales está el incremento de la producción de alimentos y el cambio en la elaboración de estos, en las políticas agrícolas y comerciales que han influido en la alimentación diaria de las personas. (7)

Además actualmente esta epidemia registra una elevada tasa de crecimiento entre la población michoacana ya que el 7% de los niños michoacanos menores de 5 años presentan problemas de sobrepeso y obesidad, los infantes de 5 a 12 años de edad que tienen este padecimiento representan el 22%, mientras que de los 12 a 19 años de edad ocupan el 34% del universo de la enfermedad y el 70% de la población de la entidad de los 20 años en adelante, tiene sobrepeso. (8)

...”La prevalencia de sobrepeso más obesidad en Michoacán y para ambos tipos de localidad fue 69% en adultos mayores de 20 años de edad (70.8% para

mujeres y 67.7% para hombres). Las mujeres tanto de residencia urbana como rural, presentan una prevalencia de sobrepeso más obesidad arriba de 70%. Para los hombres de las localidades rurales existe una diferencia de 29 puntos porcentuales entre el sobrepeso (49.3%) y la obesidad (19.6%).

Aunada a las altas cifras de sobrepeso y obesidad, la prevalencia de circunferencia de cintura considerada como obesidad abdominal fue 77%, en el estado, con una marcada diferencia entre sexos: 64% hombres y 85% mujeres. En las localidades urbanas la prevalencia encontrada fue mayor (78.3%) que en las rurales (74.6%)...”⁽⁹⁾

Dado que el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de enfermedades crónicas, es urgente aplicar estrategias y programas de capacitación dirigidos a la prevención y control de la obesidad en otros grupos de edad.

Derivado de lo anterior se desarrollo una intervención educativa enfocada al personal de enfermería, ya que este personal tiene un papel fundamental en la prevención del sobrepeso y la obesidad, dada su cercanía con la gente (lo que permite detectar y actuar de manera directa en los casos que así se requiere). Por ello es necesario que este tipo de personal sea capacitado en la detección y prevención del sobrepeso y la obesidad y se le sensibilice en torno a dicha problemática.

2. ANTECEDENTES

2.1 Diagnóstico de la localidad de la Nopalera

Se realizó un diagnóstico participativo en salud en la localidad de La Nopalera, del municipio de Yautepec Morelos de Septiembre de 2007 a Julio de 2008, en donde se analizaron los daños a la salud, los factores determinantes, así como los recursos y servicios con los que cuenta la localidad.

2.2 Factores condicionantes

El poblado de La Nopalera se localiza al sur del municipio de Yautepec, colindando con el municipio de Ayala. Tiene una altitud de 1,115. Su acceso es por dos vías: por la carretera Yautepec - Jojutla, que se desprende de la carretera México – Cuautla y por El Caracol, entrando por el libramiento hacia campo Chiquito y Las Granjas. (Figura 1)

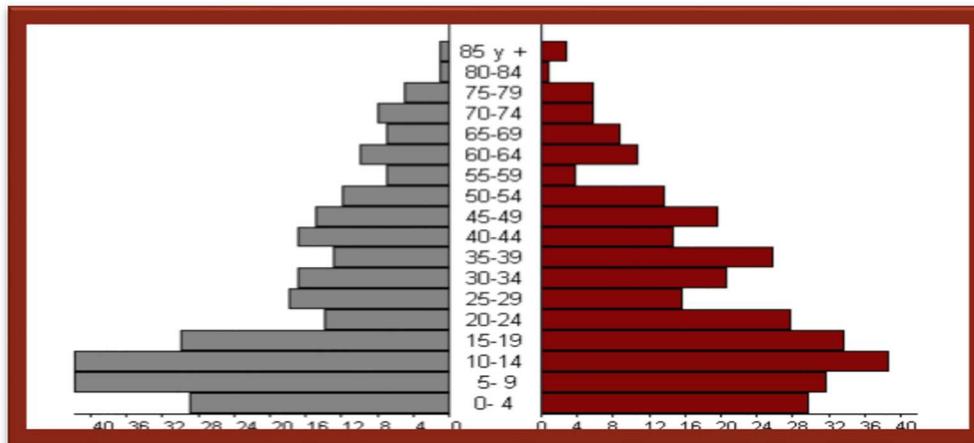


Figura No 1 Localización de La Nopalera, Morelos.

La temperatura promedio es de 21°C. El tipo de clima es cálido subhúmedo con lluvias en verano.

El censo realizado en el 2008 por el equipo de la Maestría en Salud Pública, informa que la localidad de La Nopalera cuenta con 595 habitantes de los cuales 286 (48.06%) son hombres y 309 (51.93%) son mujeres, teniendo una distribución más o menos homogénea. La edad promedio de la población es de 28.5 años.

La pirámide poblacional de la localidad La Nopalera tiene perfil expansivo, ya que se observa una base dilatada y una cúspide estrecha, típica de una estructura de población joven, con una alta proporción de niños y jóvenes. La tasa de fecundidad es de cinco. Los menores de 20 años representan el 46.7% de toda la población y los ancianos 11.45 %, lo que se asocia a países subdesarrollados en las primeras etapas de la transición demográfica.



Gráfica 1 Pirámide Poblacional de La Nopalera, Morelos 2008

Características de las viviendas

De las 143 viviendas censadas en 2008, 123 (86.01%) son propias, 8 (5.59%) son rentadas, y 12 (8.38%) son prestadas. Del total de las viviendas un 56.64% tiene techo de lamina y 29.37% de concreto; 37.76% tiene pared de ladrillo, 35.66% de block y 28.98% de adobe.

En cuanto al tipo de piso de la vivienda, 68.53% es de cemento y 23.78% es de tierra. Un 46.85% tiene dos cuartos por vivienda, y el 32.87% tiene uno. El 90.21% de la viviendas encuestadas cuenta con cocina propia y el 9.79% restante la cocina es compartida con otra familia o no cuenta con cocina. De las que cuentan con cocina, un 46.43% la tiene fuera del hogar, 44.29% en otro cuarto y 8.57% en el mismo lugar donde duermen.

Disposición de excretas

El 48.91% de las viviendas tienen el baño fuera de la casa, un 34.96% cuenta con el baño dentro de la casa, un 6.05% usa letrina y el 4.54% restante defeca al aire libre.

Abastecimiento de agua

La localidad de La Nopalera no cuenta con agua potable ni agua entubada de la red pública. El agua de uso general es obtenida de pozos artesanales en un 74.79%, de pipa en un 6.72%, y de otros medios en un 18.49%. El agua de consumo humano es embotellada en un 82.1%, y no tratada en un 6.22%

Abastecimiento de alimentos y comercio

En la localidad de La Nopalera se cuenta con tiendas las cuales realizan la venta de diversos alimentos y productos para el hogar tortillerías, un molino, viveros de plantas de ornato y otro tipo de negocios.

En general, la buena alimentación es una necesidad sentida de La Nopalera. El abastecimiento es limitado en las tiendas de abarrotes. Los miércoles por unas horas en la mañana se tiende un tianguis enfrente de la ayudantía donde se venden frutas y verduras a un precio más accesible que los precios de las tiendas de abarrotes.

La falta de acceso a comida ha determinado una dieta limitada en vitaminas, minerales, y nutrientes necesarios. Esto se traduce en un problema de nutrición dentro de la comunidad.

A través de la pregunta cualitativa del censo ¿qué comió usted ayer en el desayuno, almuerzo, comida y cena? Se encontró que los alimentos consumidos en los hogares de La Nopalera son: frijoles, huevo, tortilla, pan, sopa de fideo, leche y agua fresca. Los alimentos de origen animal consumidos por más familias son (en orden de frecuencia de mayor a menor): huevo, pollo y leche.

El consumo de frutas es generalmente limitado a fresas, manzanas, uvas, limón, ciruela, jugo de naranja y otras frutas no especificadas. Las verduras mencionadas se consumen con mayor frecuencia como salsa o chile. Aparte se consumen los nopales aunque su frecuencia es muy baja.

Dentro de la categoría de leguminosas, los frijoles son los más consumidos, siendo también el alimento más consumido en La Nopalera.

Los alimentos en categoría de cereales más consumidos (en orden de frecuencia mayor a menor) son la tortilla, el pan (telera), y el arroz. En la categoría de productos industrializados aparece el café, el refresco y el pan dulce. Algunos platillos mencionados son: la sopa aguada, salsa de queso, chiles rellenos, huevos a la mexicana, y pollo en chile.

3. RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

Infraestructura de salud en la Localidad de La Nopalera

Se cuenta con una Unidad Móvil, la cual brinda servicio oficial los martes y viernes cada 15 días, sin embargo la asistencia de la unidad es muy irregular. La unidad está constituida por un núcleo básico de servicios que presta servicios de 9:00 am a 14:00 pm exclusivamente.

Por otro lado, la comunidad mencionó que, además de los servicios de medicina oficial, también se busca medicina tradicional para la atención de sus padecimientos.

Seguridad médica

En cuanto al aseguramiento el 38.55% de la población cuenta con Seguro Popular, el 29.12% no tiene ningún tipo de seguridad médica, 9.93% es

beneficiario del programa *oportunidades* y 9.6% tiene Seguro Popular y Oportunidades simultáneamente.

Tabla No. 1. Población de la Localidad de La Nopalera, Morelos que cuenta con seguridad médica 2008.

Institución médica	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	46	7.74
ISSSTE	15	2.53
Seguro popular (SP)	229	38.55
Seguro privado	8	1.35
Oportunidades	59	9.93
No tiene	173	29.12
Otro	5	0.84
SP y Oportunidades	57	9.6
Oportunidades y seguro privado	2	0.34
Total	594	100%

Fuente: Censo La Nopalera, Morelos 2008

En relación a la prestación de servicios de salud, la información cualitativa señala que la población de localidad de La Nopalera percibe que “ya no hay parteras” en la localidad, por lo que los partos son atendidos en el municipio de Yautepec: “las mujeres son más delicadas”. Igualmente, se menciona que no hay curanderos.

Sólo se cuenta con una Unidad Móvil, pero en ocasiones no llega a la localidad para brindar la atención. No hay médicos particulares, las urgencias son atendidas en el municipio de Yautepec y la gente contrata un taxi para poder trasladar a sus enfermos.

4. DAÑOS A LA SALUD

Morbilidad sentida de la población de la localidad de La Nopalera

De acuerdo al censo realizado para el diagnóstico de salud, el 22.6% de la población refirieron tener algún tipo de enfermedad o padecimiento al momento de la aplicación del cuestionario.

Los padecimientos sentidos más frecuentes corresponden a los del sistema respiratorio, representando un 22.2% del total de padecimientos, hipertensión arterial en un 13.3%, diabetes mellitus con un 11.11%, el cuarto padecimiento corresponde a condiciones del sistema osteomuscular con un 8.1%.

Tabla No 2. Morbilidad sentida por población de la localidad de La Nopalera, Morelos 2008.

Enfermedad	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
Ninguna	230	230	460
Alergias	2	0	2
Sistema osteomuscular	6	5	11
Sistema respiratorio	12	18	30
Enfermedades del sistema nervioso	1	5	6
Riñón	1	2	3
Diabetes mellitus	4	11	15
hipertensión arterial	10	8	18
Aspectos relacionado con el estado nutricional	1	2	3
Sistema hígado	1	2	3
Dolor	3	2	5
Depresión	0	2	2
Gastritis	0	3	3
Malformaciones o síndromes cromosómicos	1	3	4
Cardíacas	0	2	2
Nariz	2	0	2
Otras	5	4	9
Sistema osteomuscular y Aspectos relacionado con el estado nutricional	0	1	1
Sistema respiratorio y DM	0	1	1
Sistema respiratorio y dolor	1	0	1
Sistema respiratorio y otras	0	2	2
Riñones y DM	1	0	1
DM Y HTA	0	1	1
DM y Otras	1	0	1
Aspectos relacionado con el estado nutricional y sistema respiratorio	0	1	1
Aspectos relacionado con el estado nutricional y enfermedades del hígado	0	2	2
Enf. Hígado y gastritis	0	1	1
Depresión y otras	1	0	1
Sistema osteomuscular, riñones y gastritis	1	0	1
Sistema respiratorio, hipertensión y otras	1	0	1
Riñón, HTA y otras	1	0	1
HTA, trastornos de nutrición y del sist. Respiratorio	0	1	1
Total	286	309	595

Fuente: Censo La Nopalera, Morelos 2008

El 40.56% de las familias dijo tener por lo menos un miembro con algún tipo de enfermedad crónica (Tabla No. 3 y tabla 3-A), de las cuales la más común fue la hipertensión arterial con un 38.43%, seguida de la diabetes mellitus con un 25.1%, otras enfermedades con un 21.96%.

Tabla No. 3. Hogares con algún integrante de la familia con diagnóstico de enfermedad crónico degenerativa, de la localidad de La Nopalera, Morelos 2008.

Personas con Enfermedades crónico degenerativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	58	40.56
No	85	59.44
Total	143	100

Fuente: Censo La Nopalera, Morelos 2008

Tabla No. 3-A. Padecimientos crónicos referidos por la población de la localidad de La Nopalera, Morelos 2008.

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus	64	25.1
Hipertensión arterial	98	38.43
Asma	16	6.27
Otras enfermedades	56	21.96
Diabetes e Hipertensión	12	4.71
Diabetes y Asma	3	1.18
Diabetes y otras enfermedades	5	1.96
Hipertensión y otras enfermedades	1	0.39
Total	255	100

Fuente: Censo La Nopalera, Morelos 2008

A partir de los datos cualitativos se identificaron varias percepciones acerca de las condiciones de salud y los padecimientos en la comunidad. Las personas de la localidad de La Nopalera refirieron que algunos están sanos y otros enfermos, y que lo que es adecuado es no estar enfermo. Se menciona que existen diferentes enfermedades y que los más afectados son los niños y los adultos mayores.

Existen condiciones que la población identifica como condicionantes para vulnerar la salud entre las que se menciona el sobrepeso, la obesidad, la desnutrición y el sedentarismo. Entre las condiciones del entorno físico se mencionan como

La vulnerabilidad es la incapacidad de resistencia cuando se presenta un fenómeno amenazante, o la incapacidad para reponerse después de que ha ocurrido un desastre.

condicionantes la granja porcina, el tirar y quemar la basura. Finalmente, la población refiere que la pobreza, la violencia intrafamiliar, la migración, la inaccesibilidad a los servicios médicos, la falta de medicamentos y la mala atención, son problemas que afectan su salud.

Cabe destacar que las enfermedades sentidas de la población de la localidad de La Nopalera presentan diferencias respecto a las consultas que se otorgan, en el centro de salud de Yautepec y en las diversas unidades médicas que cuenta el municipio. Sólo las infecciones respiratorias agudas son un padecimiento que refiere la población de la localidad, reflejándose en el otorgamiento de consultas, pero no así las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes y la hipertensión, ya que dentro de las diez principales enfermedades atendidas en el municipio de Yautepec, Morelos durante el 2007 fueron: diabetes mellitus 168 e hipertensión arterial 235. Así mismo en el centro de salud de Yautepec, Morelos dentro de las diez principales enfermedades atendidas durante el mismo año, para la diabetes se otorgaron 83 consultas y 99 consultas para la hipertensión arterial.⁽¹⁰⁾

Consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias

Las familias de la localidad de La Nopalera en donde por lo menos un habitante consume alcohol corresponden a un 35.66%, el consumo de tabaco es de un 23.08%. Sólo un 1.01% refirió tener por lo menos un habitante con otro tipo de adicción.

Mortalidad

Las principales causas de muertes registradas en la localidad de La Nopalera durante el periodo de 1986 al 2006 fueron las enfermedades del corazón con un 17.94%, las enfermedades crónicas del hígado con un 5.13%, la neumonía con un 12.8%, y los accidentes con un 17.94%.⁽¹¹⁾

Tabla No. 4. Principales causas de muerte registradas en el registro civil del municipio de Yautepec, Morelos correspondientes a la localidad de La Nopalera en el periodo comprendido de 1986 – 2006.

	Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
1	Enfermedades del corazón	7	17.94%
2	Accidentes	7	17.94%
3	Neumonía	5	12.80%
4	Enfermedades crónicas del hígado	2	5.13%

Fuente: Registro civil Yautepec, Morelos 1986-2006

En la localidad de La Nopalera en el periodo comprendido de 1986 al 2006 las muertes por enfermedades fue de 76.92% y las muertes por violencia o accidental fue de 23.08%.

5. PRIORIZACIÓN DE LOS DIVERSOS PROBLEMAS DETECTADOS EN LA LOCALIDAD DE LA NOPALERA

En la primera fase del taller de priorización de acuerdo a los datos obtenidos en la segunda reunión con la población, se realizó una matriz de problemas, en la cual cada representante de los 8 equipos conformados mencionó la calificación que obtuvieron de cada problema seleccionado. Quedando del mayor al menor puntaje de la siguiente manera:

Tabla No. 5. Primeros problemas priorizados por el método Hanlon adaptado, de la localidad de La Nopalera, Morelos.

Problema	Puntajes
Basura	117
falta de talleres jóvenes	99
barranca-río	90
Parásitos	71
Alimentación	69
Granja	68
abastecimiento de alimentos	66
Alacranismo	63
Drogadicción	62
Transporte	57

Fuente: Tercer asamblea comunitaria, La Nopalera, Morelos 2008

En la segunda fase del taller se estableció trabajar con la técnica de los 5 ¿por qué?, pero solo fue posible aplicar dos ¿por qué?, por presentarse problemas con una persona de la localidad. Para lo cual se escogieron solo las 5 primeras causas en base al puntaje de la fase anterior.

Dichos ¿por qué? se fueron colocando en un cuadro en el cual se muestra el problema y sus ¿por qué?, dentro de los que se emplearon principalmente: No existe enseñanza de la familia, como a mí no me afecta no me interesa, faltan grupos comunitarios, existe mala aplicación de la ley o ninguna aplicación de la ley, no existen sanciones.

Tabla No. 6. Técnica de "Los ¿por qué?", aplicada a los cinco principales problemas establecidos por la población de la localidad de La Nopalera, Morelos.

Problema	1er ¿por qué?	2do ¿por qué?
BASURA	Existe falta de apoyo gubernamental	Existe burocracia
	Falta de liderazgo	Divisionismo de la comunidad
	No existe enseñanza de la familia	
	No se inculca	
	Faltan grupos comunitarios.	
BARRANCA-Río.	No hay respeto a los demás al tirar la basura.	

	No tenemos educación para tirar la basura.	En la familia no se enseñan hábitos de no tirar la basura
	No existen hábitos de limpieza	Existe un mal ejemplo de padres a hijos
	Como a mí no me afecta no me interesa.	No existen sanciones
	Mala aplicación de la ley	No existe impunidad, corrupción
	No hay normas	Corrupción una generación tras otra.
PARASITOS	Por la contaminación	
	Convivencia con animales(burros, marranos, perros, vacas)	
	Drenaje del material de la granja	No hay sanciones
	Poca higiene en las casas	Falta de conciencia
	No hay conocimientos alimentos sanos	
ALIMENTACIÓN	Falta de economía	
	Malos hábitos.	Falta educación alimentaria
	Exceso publicidad comida de mala calidad	No existe orientación de los alimentos
	Exceso malos productos.	Falta de variedad en los alimentos que se venden en las tiendas
	Escuelas permiten alimentos chatarra	Los maestros establecen las cooperativas
	Obligan a los niños a vender cooperativa escolar lo que la escuela dispone	

Fuente: Tercer asamblea comunitaria, La Nopalera, Morelos 2008

En la tercera fase se colocaron en un cuadro las dependencias que podrían ayudar a resolver el problema, dentro de estas se encuentran: CEAMA, CONAGUA; SEP, Servicios de salud del estado y escuelas de la comunidad. Además se expresaron las consecuencias que producen cada uno de los problemas.

Tabla No. 7. Consecuencias de los problemas de salud de la población de la localidad de La Nopalera, Morelos

Consecuencias				
Basura	Parásitos	Alimentación	Granjas	Jóvenes
Infecciones	Enfermedades infecciosas	Diabetes	Deshidratación	Obesidad
Vómitos		Hipertensión	Diarreas	Delincuencia
Diarreas	Parasitosis	Obesidad		Drogadicción
Dolores de cabeza	Diarreas			Alcoholismo
Problemas de la piel				Violencia intrafamiliar
Alergias				
Ardor de ojos				

Fuente: Tercer asamblea comunitaria, La Nopalera, Morelos 2008

Como la obesidad a nivel local, a nivel estatal y a nivel nacional es un grave problema de salud pública, se considera importante aplicar una intervención educativa al personal de enfermería del estado de Michoacán y como parte de la Reglamentación Académica y Administrativa 2008, Capítulo I. De las opciones de graduación para cada programa, Art. 64. El programa de Maestría en Salud Pública exige que, para la obtención del grado, el alumno escoja entre las siguientes opciones:

- I. Tesis, o
- II. Artículo publicable (original o de revisión), o
- III. Proyecto terminal de carácter profesional – comunitario, docente o **empresarial**, o
- IV. Seminario de graduación.

Así como las competencias específicas establecidas para el área de epidemiología como:

- Participar en el diseño, conducción y evaluación de proyectos de investigación, principalmente operativa y evaluación de sistemas de vigilancia y
- Desarrollar medidas y programas de prevención y control epidemiológico.

Se aplica dicha intervención a las enfermeras de los módulos urbanos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, Morelia

6. PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN MICHOACAN

En Michoacán según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2006, la prevalencia de sobrepeso en preescolares fue mayor en los niños de las localidades urbanas (9.7%) que en las localidades rurales (1.1%). La prevalencia estatal de sobrepeso se ubicó en el 7.1%.

La prevalencia sumada de sobrepeso más obesidad en escolares se ubicó en 22.5% (18% niños y 26.7% niñas). Para ambos sexos y tipo de localidad la prevalencia de sobrepeso es mayor a la prevalencia de obesidad. (12)

La prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad fue 4 puntos porcentuales mayor en escolares de localidades urbanas (23.9%) que en los que habitan localidades

rurales (19.6%). Tanto en localidades urbanas como en rurales, se observó mayor prevalencia de sobrepeso más obesidad en niñas que en niños. En Michoacán uno de cada cinco niños padece sobrepeso y obesidad. ⁽¹³⁾

En Michoacán el 34% de los adolescentes presentó sobrepeso. Para las localidades urbanas, la prevalencia combinada de sobrepeso más obesidad fue 37.9% (36% en hombres y 39.4% en mujeres) en comparación con 27.5% encontrando para las localidades rurales, con una distribución de 24.5% para hombres y 31.2% para mujeres. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de Michoacán fue mayor a la observada en la escala nacional. ⁽¹⁴⁾

La prevalencia de sobrepeso más obesidad en Michoacán y para ambos tipos de localidad fue de 69% en adultos mayores de 20 años de edad (70.8% para mujeres y 67.7% para hombres), Las mujeres, tanto de residencia urbana como rural presentaron una prevalencia de sobrepeso más obesidad arriba de 70%. Para los hombres de localidades rurales existe una diferencia de 29 puntos porcentuales entre el sobrepeso (49.3%) y la obesidad (19.6%).

Aunada a las altas cifras de sobrepeso y obesidad, la prevalencia de circunferencia de cintura considerada como obesidad abdominal fue de 77% en el estado, con una marcada diferencia entre sexos 64% hombres y 85% mujeres. En las localidades urbanas la prevalencia encontrada fue mayor (78.3%) que en las rurales (74.6%).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de Michoacán se ubican ligeramente abajo del promedio nacional.

Las prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron elevadas en los diversos grupos de edad. Una quinta parte de los niños en edad escolar, un tercio de los adolescentes y siete de cada 10 adultos la presentan. Dado que el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de enfermedades crónicas, es urgente aplicar estrategias y programas dirigidos a la prevención y control de la obesidad en estos grupos de edad.

Mortalidad en Michoacán

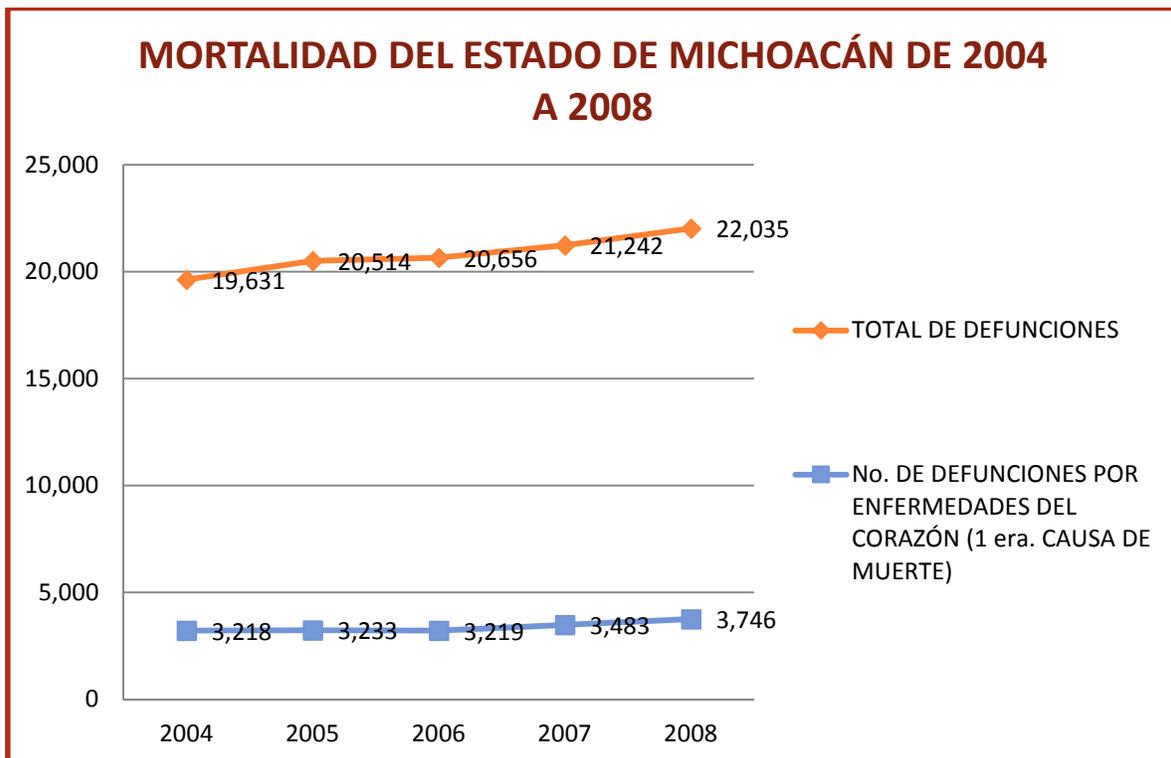
Michoacán presenta una transición epidemiológica caracterizada por un predominio cada vez mayor de las enfermedades crónico degenerativas y las lesiones. El 73% de las muertes de deben a padecimientos no transmisibles, como la diabetes, los problemas cardiovasculares y el cáncer.

En Michoacán hay tres enfermedades que concentran más del 33% de las muertes, las cuales son la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro vascular. Las enfermedades del corazón

constituyen la primera causa de muerte en el Estado de Michoacán, tanto en mujeres como hombres. Dentro de esta enfermedad destaca la cardiopatía isquémica, que es responsable de más de la mitad de las muertes de este grupo de padecimientos.

Estas enfermedades comparten algunos factores de riesgo que es importante atender. Destaca dentro de ellos el sobrepeso y la obesidad, que afectan a 69% de la población de 20 años o más.

GRAFICA No.1



FUENTE: DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA DE LA SSM

La hipertensión arterial además de ser un factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebro vasculares y la insuficiencia renal. Dentro de las causas que favorecen el desarrollo de la hipertensión se encuentra la obesidad, el sedentarismo, el consumo de sal y consumo excesivo de alcohol.

La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud. Además es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las

principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de las instituciones de salud. (15)

7. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El sobrepeso y la obesidad son patologías que cada día aumentan más su prevalencia en nuestro medio. Se ha establecido que surge de un exceso de captación de energía contra un escaso gasto de esta. Los individuos heredan un metabolismo específico que regula este balance de energía interactuando con factores ambientales.

El estilo de vida actual nos acerca y estimula al consumo de alimentos con gran cantidad energética y contenido graso, a la vez aumenta los mecanismos de confort y la tendencia al sedentarismo.

Es a través del entendimiento del proceso que tiene el sobrepeso y la obesidad que se podrá disminuir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.

De aquí surge la pregunta:

¿Una intervención educativa, por medio de una capacitación con técnicas participativas, tendrá un mayor fortalecimiento de los conocimientos sobre el manejo, detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad?

8. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Consolidar en Michoacán la Unidad de Especialidades Médicas (UNEME), definida para la atención de enfermedades crónicas, conocidas como “SORID”, que contempla la atención de: Sobrepeso, Obesidad, Riesgo cardiaco y Diabetes.

Esta UNEME permitirá al estado contar con la capacidad para abordar los aspectos médicos clínicos de una manera integral y además ofrecer herramientas educativas que incidan en la disminución de “malos hábitos de alimentación y ejercicio, con el objetivo de la construcción de estilos de vida que lleven a “buenos” hábitos de alimentación y ejercicio.

Establecer un plan de capacitación mensual para el personal operativo de salud (médicos y enfermeras) de los centros de salud, ya que los médicos y enfermeras están directamente en contacto con el paciente.

Que todos los centros de salud del área urbana del estado cuentan con un nutriólogo y psicólogo y un activador físico y así poder proporcionar la atención integral al paciente con sobrepeso u obeso.

Adecuar por regiones del estado el plato del buen comer, porque esto permitirá al personal de salud conocer las costumbres alimentarias, la económica, el acceso a los diversos alimentos y platillos establecidos para la fiestas del pueblo o familiares. Con esto se podrá proporcionar a la población del estado una adecuada orientación alimentaria.

Generar competencias públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción a la salud y prevención de enfermedades crónico degenerativas para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud, como establece el Plan Nacional de Salud 2006 – 2012.

El trabajo de intervención plantea la realización de un curso taller dirigido al personal de enfermería de los módulos urbanos de Morelia. El curso taller está basado desde la perspectiva de la promoción de la salud con técnicas participativas, con el objetivo de que las enfermeras construyan conocimiento partiendo de su experiencia e integrándola con la información que reciba.

9. JUSTIFICACIÓN

La obesidad en el estado de Michoacán es un grave problema de salud pública, resultado de los cambios que se han producido en el patrón de daños a la salud en las últimas décadas, se deben en gran medida a los estilos de vida, los cuales se ven influenciados por el nivel socioeconómico, nivel educativo, acceso a los servicios de salud, la alimentación, por el género y la cultura.

Las alteraciones del equilibrio entre la ingesta de energía y el gasto energético resultan en sobrepeso u obesidad.

La prevalencia estatal de sobrepeso en preescolares se ubicó en 7.1%, la prevalencia sumada de sobrepeso más obesidad en escolares se ubicó en 22.5%. El 34% de los adolescentes del estado presentaron sobrepeso. La prevalencia de sobrepeso más obesidad en adultos mayores de 20 años de edad fue de 69% (70.8% para mujeres y 67.7% para hombres. ⁽¹⁶⁾

El sobrepeso y la obesidad traen consigo el incremento de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas. En la actualidad predominan los desequilibrios nutricionales por exceso debido a la adquisición de hábitos alimentarios

inadecuados que implican un aporte excesivo de energía, lo que constituye un factor de riesgo de primer orden para tener obesidad y los diversos factores de riesgo cardiovascular consecuentes.

Alteraciones en los niveles de glucosa en sangre llega a ocasionar diabetes no dependiente de insulina. Alteraciones de los lípidos circulantes con aumento de los triglicéridos y del colesterol transportado por lipoproteínas de baja densidad y disminución del transportado por lipoproteínas de alta densidad. Esto conduce a la producción de dislipidemia aterogénica, es decir, un estado que favorece la acumulación de grasa en las arterias y ocasiona aterosclerosis, que es uno de los factores de más alto riesgo para la ocurrencia del infarto agudo del miocardio y de alteraciones vasculares en el sistema nervioso central (embolia, trombosis e infartos cerebrales). (17)

En este sentido el personal de salud como médicos, enfermeras, nutriólogos, psicólogos y activadores físicos no pueden permanecer ajenas (os) a este problema de salud pública. El personal de enfermería tienen un papel fundamental en la prevención del sobrepeso y la obesidad, dada su cercanía con la gente (lo que permite brindar una atención integral al paciente ya que puede detectar y actuar en las medidas preventivas en los casos que así se requiere).

Para ello, es necesario que el personal de enfermería sea capacitado en la detección y prevención del sobrepeso y la obesidad y se le sensibilice en torno a dicha problemática y no solo proporcionen la atención de la enfermedad que hace que el paciente demande el servicio médico. Así mismo tenga la posibilidad de establecer una adecuada orientación alimentario y no solo informarle al paciente que deje de comer tortilla, pan, azúcar, etc.

Sin duda la intervención del personal de enfermería es necesaria para la prevención, la detección, el tratamiento y la orientación de este complejo problema, por tal motivo se plantea como intervención educativa, el capacitar al personal de enfermería.

10.OBJETIVOS

10.1 Objetivo General

Fortalecer los conocimientos acerca de la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad, dirigidos al personal de enfermería de los módulos urbanos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia, 2010.

10.2 Objetivos Específicos

- Capacitar al personal de enfermería acerca de la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad.
- Fortalecer los conocimientos básicos de la nutrición y del ejercicio.
- Establecer las herramientas básicas para la evaluación antropométrica.
- Determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería, antes y al final de la intervención.

11. MARCO TEORICO

La Asociación Americana de Enfermeras define a la educación continua como:

“actividades educativas planeadas para construir la base educativa de experiencia para las enfermeras profesionales, para fortalecer la práctica en educación, administración, investigación o desarrollo de la teoría para mejorar la salud de los usuarios” (18)

También se describe a la capacitación como un proceso activo y permanente que consiste en adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar e incrementar los conocimientos, las destrezas y las actitudes que le permitan al personal de salud enfrentar y resolver o en su caso contribuir a la mejora de los problemas, a fin de preservar y mejorar la competencia y actitudes del personal que ha terminado su instrucción normal. (19)

Gestión en educación. Un reto permanente

La educación inicial, por sí sola no garantiza un ejercicio profesional idóneo, aporta los conocimientos para continuar la educación durante toda la vida profesional de un individuo. (20)

Es por ello, que en las últimas décadas se ha enfatizado en la educación permanente como una estrategia pedagógica para la transformación de la práctica, enfoque asociado con otros fenómenos como la revolución científica y tecnológica, la rápida obsolescencia de los conocimientos, el cambio de los perfiles epidemiológicos de las poblaciones, los problemas emergentes de salud, la crisis por la que atraviesa el sector, la pérdida de valores, el cambio de paradigma del modelo de atención, factores que han aumentado la necesidad del

adulto de lidiar diferentes medios de información para mantenerse actualizado y buscar la capacitación continua para trabajar en organizaciones cada vez más complejas y competitivas.

Sin educación continua la competencia decrece progresiva e inexorablemente como consecuencia de una dinámica influenciada por varios factores como la incongruencia de la educación inicial con los perfiles epidemiológicos del entorno, la inexorable tasa de olvido de los conocimientos y el rápido cambio en los contextos de trabajo. (21)

Por lo anterior, el conocimiento y la competencia del profesional que trabaja en el área de la salud no son responsabilidad exclusiva de las instituciones formadoras, las organizaciones tienen un compromiso permanente de capacitación a sus trabajadores mediante el desarrollo de programas que guarden relación no sólo con las políticas de salud del país sino con la misión institucional, las necesidades que los usuarios, el tipo y complejidad de los servicios que ofrece, de tal manera que permitan ofrecer nuevas metodologías de trabajo, mejorar habilidades y destrezas en el manejo de nuevas tecnologías que contribuyan a mejorar el acto del cuidado, promover valores que potencien las capacidades humanas en términos de dinamizar los problemas de la práctica causando impacto en la calidad.

La gestión del cuidado exige de la enfermera el ejercicio de competencias personales y profesionales que le permitan la aplicación de un juicio profesional en la planificación, dirección, control y evaluación de la atención que proporciona a la población, asegurando la coordinación y articulación con un equipo interdisciplinario en los diferentes grados de complejidad a fin de que estos sean oportunos, continuos, personalizados, seguros y accesibles para el usuario.

El personal de enfermería no puede permanecer ajeno a los problemas de salud pública. Sin duda su intervención es necesaria para la prevención, la detección, el tratamiento y la orientación de los problemas de salud actuales. En donde es imprescindible un abordaje integral y que, además, exista una coordinación amplia con otros profesionales e instituciones del sector salud, en particular en el ámbito de la atención primaria.

Importancia de la capacitación del personal de enfermería en formación

En la enseñanza de técnicas básicas de enfermería el individuo aprende con las sugerencias, ejemplos y demostraciones a través de un proceso de imitación. Según Vygotsky (22) una persona solo consigue imitar aquello que está en su nivel de desarrollo a través de la oportunidad de reconstrucción (interna) de aquello que

es observado en el exterior, como la creación de algo nuevo, interiorizando así un nuevo conocimiento.

Aunque las guías clínicas, los manuales y las Normas oficiales facilitan la diseminación de los resultados, su existencia, por sí misma no puede garantizar que los profesionales de enfermería conozcan los cuidados basados en la mejor evidencia y tampoco que los incorpore en su práctica diaria.

Dentro de las estrategias del Plan Nacional de Salud se encuentra la prevención de las enfermedades no transmisibles y dentro de éstas el sobrepeso y la obesidad lo cual hace evidente el interés de brindar una atención optima a los pacientes que sufran esta enfermedad.

Por lo tanto es de gran importancia el trabajo que realiza el personal de enfermería en el primer nivel de atención por su labor de promoción y prevención, son ellas (os) los que pueden influir directamente en “aplicar medidas especiales para prevenir o retrasar el desarrollo enfermedades crónicas, así como reorientar las políticas de salud.

Obesidad

La obesidad es una enfermedad caracterizada por la acumulación excesiva de grasa en el tejido adiposo, que propicia efectos negativos en la salud del individuo.

La obesidad es consecuencia de un desequilibrio de energía, en el cual su ingesta (obtenida por medio de alimentos), supera al gasto de la misma, durante un periodo prolongado. Diversos factores dan lugar a un balance positivo de energía (ganancia de peso), pero es la interacción entre los diversos factores y no la acción de uno solo lo que propicia el desequilibrio.

El mundo moderno y la tecnología actual, han propiciado un “ambiente obesogénico” en el que la tendencia de acuerdo a los patrones de trabajo y de transporte hacen que en general las personas sean menos activas y tengan actitudes más sedentarias.

Al mismo tiempo, la sociedad tiende a consumir alimentos procesados producidos a gran escala, que contienen altas cantidades de grasa y calorías, carecen de fibra y micronutrientes indispensables para el organismo, por lo que este ambiente asegura irremediablemente a la obesidad como la enfermedad del siglo XXI.

Estos factores a su vez, dependen de influencias sociales y ambientales que modifican la actitud de los individuos hacia la elección de alimentos poco saludables y disminución de su actividad física.

Factores asociados al desarrollo de la obesidad

AMBIENTALES Y SOCIALES: Los mecanismos fisiológicos que regulan el peso corporal están directamente relacionados a la actividad física de alimentos, y estos a su vez, son influidos por los factores ambientales y sociales en los que se desenvuelve el individuo. (23)

La modernización, los avances en la tecnología, la simplificación del proceso de las actividades, los medios de transporte, la automatización de los servicios básicos para la población y la transición económica, han traído mejoras en los estándares de vida de la sociedad; sin embargo, también han afectado negativamente los hábitos alimenticios y los patrones de actividad física que contribuyen a la ganancia de peso y al desarrollo de obesidad.

Otros determinantes sociales que han contribuido al aumento de la prevalencia de la obesidad son los fenómenos migratorios, la transculturización, el aumento en las porciones, el aprendizaje familiar (familias con tradición de ser grandes comedores pueden proyectar “patrones de alto consumo, las condiciones de urbanización, la falta de cultura nutrimental, las múltiples ofertas mágicas (sin dieta y sin ejercicio) para combatir la obesidad.

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN: El internet, la televisión, la radio, los medios impresos, juegan un papel importante en la educación informal que sugiere una “desinformación” que modifican los hábitos dietéticos no sólo de los adultos, sino también de los niños y adolescentes. (24)

HÁBITOS ALIMENTARIOS: La grasa, tiene un mayor contenido de energía que cualquier otro macronutriente; esta cualidad es la responsable de la sobre ingesta de alimentos por su efecto de “sensación placentera” cuando son ingeridos. Asimismo, la ingesta de grasas, no inhibe el centro del apetito localizado en el hipotálamo, lo que determina el sobreconsumo. La palatabilidad de los alimentos, es otra característica que influye en la conducta humana frente a su consumo exagerado, lo que propicia la ganancia de peso.

Transculturización es el proceso gradual por el cual una cultura adopta rasgos de otra hasta culminar en una aculturación. Describe los cambios culturales que presentan los cambios de época.

Las comidas rápidas se han extendido de manera universal, a través de las franquicias internacionales que son las que dominan este terreno; los alimentos ofrecidos por estos monopolios son altos en grasa, bajos en carbohidratos complejos y altamente energéticos; producen menos saciedad y están al alcance de casi todos los estratos sociales en donde los medios de comunicación los introduce como dietas habituales en lugar de considerarlos alimentos ocasionales.

ACTIVIDAD FÍSICA: Los estudios epidemiológicos transversales han demostrado una relación inversa entre el IMC y la actividad física ⁽²⁵⁾, indicando que los sujetos obesos son menos activos que los delgados.

La actividad física influye de manera importante en la regulación fisiológica del peso corporal. En particular, incrementa el gasto de energía, mejora el balance de grasas (al aumentar la oxidación de las mismas) y aunque existe la percepción común de que el ejercicio estimula el apetito, se ha encontrado que el ejercicio intenso, así como el ejercicio de baja intensidad pero de larga duración, suprime la sensación de hambre.

FACTORES GENÉTICOS: La herencia de la obesidad se ha estimado de 56% en el caso de obesidad visceral y 30 a 40% para el tejido subcutáneo. Se han descrito más de 250 marcadores genéticos asociados a la obesidad con otras patologías

FACTORES BIOLÓGICOS: Durante la gestación se producen una serie de cambios hormonales que con frecuencia se acompañan con un aumento de ingesta de alimento, dando como resultado final excesivo aumento de peso, con un cambio en los hábitos alimentarios. Otros cambios hormonales se presentan en las mujeres que tienen un método de anticoncepción. Asimismo las mujeres que presentan problemas de hipotiroidismo presentan cambios hormonales.

Al dejar de fumar frecuentemente se produce un aumento de peso que suele oscilar entre tres y diez kilogramos. Esto se debe a que el tabaco, particularmente la nicotina, tiene poder anorexígeno (disminuye la sensación de hambre) y estimula la secreción de adrenalina. Estos dos mecanismos ayudan a regular el peso, a través de una reducción de la ingesta de alimento. Además, se produce un estado de ansiedad, producido por la privación de la nicotina y por el cambio de hábito que muchas personas intentan aliviar comiendo más, sobre todo alimentos ricos en carbohidratos.

FACTORES PSICOSOCIALES: El síndrome del “comedor nocturno” se define como el consumo de al menos 25% de la energía entre la cena y el desayuno del siguiente día.

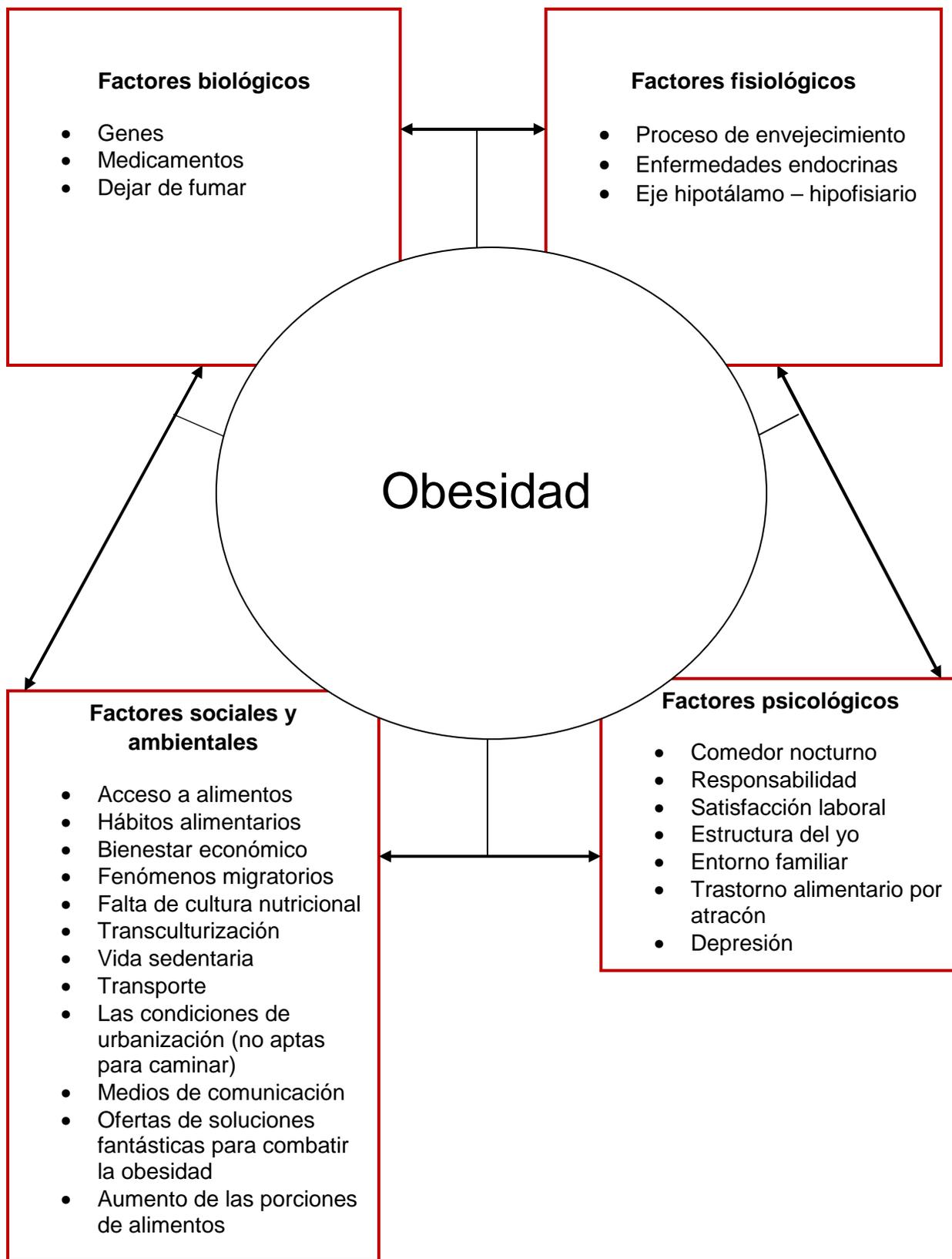


Figura 1. Mapa conceptual de la obesidad

Es un trastorno de la alimentación del obeso que se acompaña de alteraciones del sueño y ha sido considerado como un componente de la apnea del sueño. (26) El trastorno alimentario por atracón es una enfermedad caracterizada por el consumo de grandes cantidades de comida en un periodo relativamente corto, con la sensación subjetiva de pérdida de control y sin una conducta compensatoria.

FACTORES FISIOLÓGICOS: La acumulación de grasa corporal requiere del aumento en la relación aporte/gasto energético durante un largo período. Sin embargo, la simplicidad de esta premisa se desvanece al incluir el efecto modulador de otras variables fisiológicas como son las influencias del desarrollo intrauterino, la función hormonal (hormona del crecimiento y hormonas reproductivas) y la fina regulación de los sistemas de retroalimentación que tratan de mantener un constante balance energético. (27)

Fisiológicamente, existen muchas hormonas y péptidos que actúan en un sistema de retroalimentación integrado por el sistema gastrointestinal, los adipocitos, el hipotálamo y el eje hipotálamo – hipofisario – adrenal.

Otro factor de suma importancia lo constituye el proceso de envejecimiento, durante el cual existen varios elementos condicionantes del aumento de peso y de los cambios en la distribución de la grasa corporal, como son la disminución de la actividad física y de las respuestas metabólicas a modificaciones dietéticas o ambientales; cambios hormonales (como la disminución de estrógenos y progesterona altera la biología del adipocito) y la aparición de comorbilidades.

Clasificación de la Obesidad

Los individuos obesos difieren no sólo por el grado de exceso de grasa que almacenan, sino también por la distribución regional de grasa en el cuerpo. La distribución de la grasa influye de manera importante en los riesgos asociados con la obesidad y con los tipos de enfermedades que pueden resultar. El exceso de grasa abdominal es un gran factor de riesgo para enfermedades cardíacas y diabetes, así como lo es el exceso de grasa corporal per se. (28) De esto deriva el valor de medir la circunferencia de cintura para identificar el exceso de grasa abdominal.

El índice antropométrico más aceptado es el índice de masa corporal (IMC) o de Quetelet para la mayoría de los grupos de población adulta, debido a que es el menos afectado por la talla y es más fácil calcularlo. Además este índice correlaciona con muchos otros procedimientos antropométricos en cuanto a la predicción de riesgo de morbilidad y mortalidad.

El IMC, es un índice de peso para la talla, usando comúnmente para clasificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula con las cifras del peso en kilogramos, dividido entre las cifras del cuadrado de la talla, en metros (kg/m²). Tablas No. 8 y 9

Circunferencia de cintura

La distribución de la grasa corporal es independiente del IMC para predecir riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Por lo que métodos alternativos al IMC deben ser empleados para identificar la obesidad central (también llamada, obesidad androide, obesidad del segmento superior, obesidad visceral). En los hombres, la acumulación de grasa abdominal es dos veces mayor que la encontrada en mujeres pre menopáusicas.

En los últimos diez años, el índice cintura-cadera (>1 en hombres y >0.85 en mujeres), ha sido aceptado como el método clínico ideal para identificar pacientes con obesidad abdominal. Sin embargo, datos recientes demuestran que la medición de la circunferencia de cintura como, método único. Este índice correlaciona bien la distribución de la grasa abdominal y el riesgo de presentar enfermedades cardíacas y metabólicas. Es decir, a mayor circunferencia de cintura mayor propensión a presentar enfermedades cardiovasculares, así como diabetes y otras enfermedades crónicas. (29, 30)

Tabla No. 8 Clasificación del sobrepeso y la obesidad

Clasificación	IMC (kg/m ²)
Desnutrición	< 18
Peso normal	18 a 24.9
Sobrepeso	25 a 26.9
Obesidad I	27 a 29.9
Obesidad II	30 a 39.9
Obesidad III	40 o más

Basada en la NOM 174 – SSA1 – 1998

Clasificación del sobrepeso y la obesidad propuesta por la OMS

Tabla No. 9 Clasificación del sobrepeso y la obesidad en adultos de acuerdo a criterios de la OMS.

Clasificación	IMC	Riesgo de co- morbilidades
Bajo peso	< 18.5	Bajo
Normal	18.5 a 24.9	Promedio
Sobrepeso	≥25 a 29.9	Incrementado

Obesidad I	30 a 34.9	Moderado
Obesidad II	35 a 39.9	Severo
Obesidad III	≥ 40	Muy severo

FUENTE: MANUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

La distribución de grasa tiene mucha importancia en el momento de predecir las posibles complicaciones derivadas de la obesidad. La circunferencia de la cintura es una determinación muy sencilla para valorar la distribución de la grasa y según su tipo de distribución se distinguen los siguientes tipos:

- a) Obesidad androide, central o abdominal: el exceso de grasa se localiza preferentemente en abdomen. Este tipo de obesidad se asocia a un mayor riesgo de:
- Resistencia a la insulina
 - Hiperinsulinemia
 - Intolerancia a la glucosa
 - Propensión a la diabetes mellitus tipo II
 - Hiperlipidemia
 - Aterosclerosis
 - Isquemia o infarto del miocardio
 - Hipertensión arterial
 - Gota, hiperuricemia
 - Trastornos menstruales
 - Hiperandrogenismo (expresado como hirutismo, acné o alopecia)
 - Síndrome de ovario poliquístico
 - Muerte prematura
- b) Obesidad ginecoide o periférica: la grasa se acumula básicamente en la cadera y muslos. Este tipo de distribución se relaciona principalmente con insuficiencia venosa en extremidades inferiores (várices) y artrosis de rodilla (gonartrosis), constituyendo una obesidad con menor riesgo a diferencia del tipo de obesidad de tipo androide.

La circunferencia de cintura o abdomen e IMC deben medirse no sólo para la evaluación inicial de la obesidad, sino también para monitorear la eficacia del tratamiento. La circunferencia de cintura es la herramienta más práctica que el personal de salud puede utilizar para evaluar la grasa abdominal del paciente y durante el control del peso.

Evaluación del Paciente con Obesidad

A diferencia de la medición del IMC y la circunferencia de cintura, la historia clínica y el examen físico requieren más tiempo para la evaluación del paciente obeso.

En la evaluación inicial del paciente con obesidad, uno de los objetivos es identificar el tipo de tratamiento que necesitará, el personal de salud además, debe indagar sobre aspectos personales y familiares, tabaquismo y enfermedad cardiaca coronaria. Estos dos últimos factores son necesarios en la “evaluación del riesgo” de los pacientes, lo que permite al equipo de salud identificar el grado de riesgo.

La historia clínica debe incluir la tendencia del peso del paciente a lo largo de su vida, factores de riesgo para obesidad (hábitos dietéticos y de actividad física). La exploración física debe estar dirigida a padecimientos que pudieran contribuir al sobrepeso o a la obesidad utilizando pruebas de laboratorio a criterio del médico para confirmar el diagnóstico.

La historia clínica es sumamente útil para descubrir los factores que contribuyen al sobrepeso o a la obesidad del paciente: la historia familiar de obesidad se cuantifica por el número de familiares de primer grado con este padecimiento; los cambios en el estilo de vida que propiciaron la aparición de ganancia de peso, tales como después del parto, término de estudios universitarios, divorcio, casamiento, cambio de trabajo y cambios en los patrones de actividad física y alimentación.

La historia clínica debe recoger con detalle si el paciente presenta polifagia, si tiene el hábito de picar entre las comida principalmente, si presenta una especial apetencia por los carbohidratos, si tiene un mayor apetito vespertino, nocturno, si se despierta en la madrugada para comer y si padece frecuente u ocasionalmente algún episodio de voracidad (“atración”) con o sin sensación de culpa, acompañado o no de maniobras restrictivas (vómitos inducidos, laxantes, diuréticos).

Los hábitos alimentarios del paciente con sobrepeso u obeso deben ser cuidadosamente investigados en todos los casos. También es indispensable conocer si existen o no variaciones de la conducta alimentaria con relación a fases de ansiedad o de depresión. Ingesta de refrescos o bebidas azucaradas, ya que el paciente generalmente subestima los líquidos que ingiere.

La edad de inicio de la obesidad debe ser determinada, ya que está potencialmente correlacionada con los cambios en los estilos de vida que contribuyen a la obesidad, ya que está ayuda a distinguir la obesidad hiper celular

de la hipertrófica, la primera inicia frecuentemente en la infancia, mientras que la hipertrófica en la vida adulta.

Los pacientes con un estilo de vida sedentario deben ser identificados por varios motivos, el sedentarismo contribuye a la obesidad y por sí mismo es un factor de riesgo independiente para mortalidad cardiovascular general.

Una variedad de factores psicosociales contribuyen al desarrollo de la obesidad y al mismo tiempo dificultan la pérdida de peso. La identificación de estos factores ayudará a identificar la terapia conductual específica.

El examen físico debe estar dirigido a los signos o enfermedad que predisponen a complicaciones de la obesidad. Con el objeto de encontrar posibles causas secundarias de obesidad, los médicos deben estar alertas con signos de hirsutismo en mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), circunferencia de cuello grande (apnea de sueño), hiporreflexia (hipotiroidismo), debilidad muscular proximal (síndrome de cushing).

El examen físico debe estar dirigido a los signos o enfermedades que predisponen a complicaciones de la obesidad. Con el objeto de encontrar posibles causas secundarias de obesidad, los médicos deben estar alertas con signos de hirsutismo en mujeres, circunferencia de cuello grande (apnea de sueño), hipotiroidismo, debilidad muscular proximal (síndrome de cushing).

El examen físico y los estudios de gabinete deben ser recomendados para todos los pacientes independientemente de su IMC, de acuerdo a la edad y otros factores de riesgo aparte de la obesidad.

Los estudios de laboratorio pueden ser útiles para identificar causas secundarias de obesidad. También se sugieren que todo paciente con IMC mayor de 25 o una circunferencia de cintura mayor de 102cm en hombre y 88cm en mujeres, respectivamente, se realice un perfil de lípidos en y determinación de glucosa en ayuno.

En la evaluación poblacional del sobrepeso y la obesidad la ENSANUT 2006 realizó mediciones de peso y talla (longitud en niños menores de dos años) de preescolares, escolares adolescentes y adultos de ambos sexos; además, en personas mayores de 20 años fue determinada la circunferencia de cintura.

En preescolares y escolares el estado nutricional se aplicó índices antropométricos contruidos a partir de las mediciones de peso, talla o estatura y edad. Los tres indicadores utilizados en preescolares fueron el peso esperado para la edad, el

peso esperado para la talla y la talla esperada para la edad; esta última se utilizó para el análisis de la población escolar y adolescentes.

En la población escolar se calculó además, el índice de masa corporal (IMC=kg/m²). Este índice fue útil para clasificar escolares con sobrepeso u obesidad.

La prevalencia de sobrepeso u obesidad en la población adolescente (12 a 19 años) fue evaluada mediante el cálculo del índice de masa corporal.

La evaluación del estado nutricional de la población mayor de 20 años de edad fue realizada mediante dos indicadores: el IMC y la circunferencia de cintura. (31)

PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE PESO

Antes de comenzar un programa de pérdida de peso, los pacientes deben ser evaluados en relación al número y severidad de factores de riesgo cardiovascular. Algunos de estos factores requerirán ser tratados concomitantes con la estrategia para perder peso. Además pueden alertar al médico sobre la necesidad de una evaluación cardiovascular antes de ingresar en un programa de actividad física.

Los pacientes que no están listos o preparados para perder peso rara vez logran el éxito. Por este motivo, se han desarrollado puntos clave para explorar la disposición del paciente para cambiar sus hábitos de vida que lo lleven a bajar de peso: las razones del paciente para querer bajar de peso; el apoyo que el paciente espera de su familia y amigos; los riesgos y beneficios posibles derivados de la pérdida de peso; la actitud hacia la actividad física; los intentos pasados del paciente para perder peso; y el tipo de barreras y limitaciones financieras que pudieran existir.

Los pacientes con riesgo bajo y moderado que no estén listos para perder peso, se les debe sugerir mantener el peso actual. Los estilos de vida saludables deben promoverse como la parte esencial del tratamiento, cualquier complicación de la obesidad debe ser manejada apropiadamente.

Los pacientes en alto riesgo deben ser educados en relación a los beneficios de la pérdida de peso, con el propósito de motivarlos a adherirse al tratamiento. Para los pacientes que estén listos para bajar de peso, deben plantearse objetivos de dieta y actividad física razonables. Para la mayor parte de los pacientes, una disminución de 5 y 10% del peso en relación al inicial es muy razonable y proporciona beneficios en salud. Los planes alimentarios deben proveer entre

1000 y 1200 kcal/d, ya que con dietas muy bajas en calorías se pierde grasa y además masa corporal.

La pérdida de peso está contraindicada en algunos pacientes. En mujeres obesas embarazadas y en periodo de lactancia, el mantener el peso es más recomendable que perderlo. Atender los padecimientos psiquiátricos y conductuales tiene prioridad sobre la pérdida de peso. La pérdida de peso no se recomendará a pacientes con enfermedad aguda o en fase terminal u otras enfermedades graves.

Evaluación del estado nutricional

El estado nutricional es una condición dinámica en la que se encuentra un individuo, siendo un proceso que involucra desde la ingestión, digestión, utilización y hasta la eliminación de los nutrimentos. El crecimiento y desarrollo son el eje que sustenta la atención de la salud integral. (32)

La evaluación y el seguimiento periódico nutricional del niño (a) permiten detectar, prevenir y atender con oportunidad a aquéllos en riesgo de deficiencias y/o excesos. El estado de equilibrio entre la “ingesta” y el “gasto” da como resultado un buen estado de nutrición; si se rompe este equilibrio por una ingestión excesiva se presenta la obesidad y cuando el desequilibrio es por una ingestión deficiente, se desarrolla desnutrición.

Sus actividades básicas incluyen la medición de peso y talla, registro de mediciones, clasificación del estado de nutrición, incorporación a un programa de orientación alimentaria o recuperación nutricional si es necesario.

Evaluación antropométrica

La antropometría es una técnica que se ocupa de medir las dimensiones físicas del ser humano en diferentes edades y estados fisiológicos; permite conocer la magnitud de los problemas de nutrición, caracterizando la población en riesgo y ofreciendo elementos para la planeación de intervenciones nutricionales y acciones en promoción a la salud. (33)

Constituye un método apropiado, sencillo, confiable y de bajo costo para la vigilancia y seguimiento del crecimiento y el estado nutricional de los niños (as), sin embargo, su correcta aplicación requiere de personal capacitado, técnicas específicas e instrumentos calibrados.

La información básica para evaluar el estado de nutrición es:

Edad: registrar en años

Peso: registrar en kilogramos (kg) y gramos (g)

Longitud o talla: registrar en centímetros (cm)

Perímetro cefálico: registrar en centímetros (cm)

Circunferencia de cintura: registrar en centímetros (cm)

Con esas mediciones y la edad del individuo es posible crear los índices: peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla e índice de masa corporal. Otras mediciones que también proporcionan información valiosa son la circunferencia de cintura (a partir de los 2 años de edad) y para los menores de 3 años, el perímetro cefálico.

Calibración del equipo antropométrico

El funcionamiento y calibración de la báscula debe revisarse con la ayuda de taras u objetos de peso conocido que rebasen el kilogramo. En caso de no contar con esas herramientas, se pueden utilizar dos botellas de agua de 1 litro cada una, graduadas, nuevas y selladas.

Es importante que las básculas estén en una superficie lisa y firme, que no contenga bultos ni otros objetos encima mientras no se usan y que siempre se deje la pesa marcando en cero. Debe procurarse que las básculas sean revisadas y calibradas antes de cada medición para saber que se encuentran funcionando adecuadamente. Finalmente es importante que las básculas siempre permanezcan en el mismo lugar y no moverlas de un lado a otro para evitar su descalibración.

Es tener las básculas calibradas permite obtener una medición que corresponda a la realidad (exactitud), así como repetir la medición del mismo sujeto con la mínima variación.

Tales mediciones pueden ser utilizadas en forma directa o mediante el cálculo de estimaciones adicionales que permiten describir los compartimientos corporales.

Las mediciones incluidas con mayor frecuencia en la evaluación antropométrica son el peso, talla, grosor de pliegues cutáneos, perímetros corporales, así como los índices o estimaciones derivados de éstos. Para la medición de estos parámetros se emplean instrumentos simples como báscula, plicómetros y cintas métricas, lo que determina que el método tenga un costo relativamente bajo.

El peso corporal es una medida global de la composición del cuerpo. Sin embargo, el peso corporal por sí solo no es una medida de obesidad y cuando aquél, es utilizado para estimarla o definirla, se deben incluir medidas más apropiadas de la cantidad de grasa corporal (por ejemplo los pliegues cutáneos).

Peso: Se recomienda medir el peso corporal durante la mañana, en estado de ayuno y posterior a la evacuación de la vejiga urinaria. El sujeto debe vestir una mínima cantidad de ropa y el peso de ésta, debe estar registrado, obteniéndose una mayor exactitud con la utilización de prendas estandarizadas, por ejemplo, una bata hospitalaria.

Hay variaciones diurnas en el peso corporal de hasta 2 kg en sujetos adultos, Por lo tanto, es necesario registrar el horario del día en el cual se realiza la medición. Además debe investigarse la presencia de ascitis y/o edema, que pudiera ocultar cambios en el peso.

Talla: La medición de la estatura requiere de un estadímetro, el cual consiste de una barra vertical graduada y una barra horizontal (cabecera) deslizante en la parte superior, que hará contacto con el máximo punto superior sobre la cabeza.

El sujeto debe estar descalzo (sin calcetines ni zapatos), vistiendo una mínima cantidad de ropa (con el objeto de poder observar la posición del cuerpo), parado sobre una superficie firme y plana que forme un ángulo recto con la barra vertical del estadímetro, de tal forma que el peso del sujeto esté distribuido sobre ambos pies; la cabeza debe estar posicionada en el plano Frankfurt horizontal (viendo directamente hacia el frente, con el bode orbitario inferior en el mismo plano horizontal que el conducto auditivo externo). Los brazos deberán colgar libremente a los lados del tronco con la palma de las manos colocadas hacia la parte lateral externa del muslo. Los talones deben estar juntos tocando ambos la base de la barra vertical del estadímetro con los bordes internos medios de los pies formando un ángulo de 60°, los glúteos y las escapulas deben estar en contacto con la barra vertical.

Finalmente, se le pedirá al sujeto que inhale profundamente y mantenga una posición erguida, se procede a deslizar la cabecera sobre el máximo punto superior en la cabeza, con la suficiente presión para comprimir el cabello.

Circunferencia de cintura: para esta medición, el sujeto debe vestir un mínimo de ropa, de tal forma que la cinta pueda colocarse en un nivel y posición correcta. La medición no debe ser tomada sobre la ropa; el sujeto debe estar con los pies juntos en posición erguida, con el abdomen relajado.

El observador se colocará al lado del sujeto y medirá la circunferencia de cintura en el punto medio entre la última costilla y el borde superior de la cresta iliaca. La cinta deberá estar colocada en un plano horizontal. La medición debe ser tomada al final de una espiración normal, cuidando de ejercer la mínima presión con la cinta para evitar la compresión de la piel.

Si el personal de salud no aplica correctamente las técnicas en la medición de la circunferencia de la cintura y la circunferencia de la cadera, puede llevar a errores en el diagnóstico de la distribución de la grasa visceral.

El valor se registrará al 0.1 cm más próximo. Se recomienda que la lectura se realice sosteniendo con la mano izquierda el extremo final con graduación cero y colocar por arriba la porción restante de la cinta (valor de medición) con la mano derecha.

Tratamiento

El plan alimentario es parte fundamental del tratamiento del paciente obeso. El plan alimentario es un componente vital del programa para el control de peso. Un plan de alimentación ayuda al paciente a reducir de peso y a obtener niveles apropiados de azúcar, colesterol y triglicéridos en la sangre. Adherirse a su plan alimentario le permitirá tener o mantener un peso correcto.

Es muy importante que el paciente con sobrepeso u obesidad siga un plan alimentario para asegurar un balance entre el alimento que ingiere y la cantidad de energía que gasta.

El tratamiento incluye el no ganar peso, el mantener el peso, y finalmente la reducción del exceso de peso, sin dejar de considerar las medidas adicionales para controlar cualquier factor de riesgo asociado.

El régimen alimentario hipocalórico es un pilar básico e insustituible del tratamiento, cuando la evaluación del paciente obeso demuestra que la acumulación adiposa representa una influencia nociva para la salud, y esto siempre es así cuando la obesidad, como ocurre con bastante frecuencia, se acompaña de dislipidemias, además de otros factores de riesgo. Por lo que debe tomarse en cuenta lo siguiente:

- 1.- Los factores de riesgo deben ser analizados y valorados individualmente antes de iniciar el tratamiento. Debe tenerse en cuenta que sólo algunos de los factores que generan la acumulación de grasa son susceptibles de ser modificados, y la mayor parte de las veces con notable dificultad.

2.- El paciente tiene que haber alcanzado un nivel de motivación suficiente antes de iniciar el tratamiento.

3.- El paciente obeso nunca debe ser culpado por su problema, ni por el fracaso del tratamiento. El médico que no acepte este punto de vista es mejor que renuncie a tratar obesos.

4.- Salvo en casos muy especiales, la tendencia a la obesidad persiste a lo largo de la vida. Por tanto, el médico y el paciente deben estar convencidos al iniciar el tratamiento de que éste debe contemplar la consecución de cambios persistentes en los hábitos de vida.

Establecimiento de un plan alimentario para un paciente con obesidad

Un régimen hipocalórico inicial que permita perder peso de un modo gratificante y estimulante para el paciente (alrededor de 1 kg por semana), debe contener unas 800 – 1200 kcal/día, aunque esta cifra puede ser algo superior en algunos pacientes con un requerimiento energético individual elevado.

La manera de comenzar un plan dietético hipocalórico consiste en una reducción de 500 calorías (Kcal) al requerimiento actual del paciente, manteniendo el siguiente balance: 55 – 60% de carbohidratos, 20 – 25% de grasa y 10 – 15% de proteínas. Por lo que el cálculo de las calorías se hace teniendo en cuenta peso - talla, nivel de actividad física, necesidades para el crecimiento (sí todavía está en edad de crecer), metabolismo, aspectos psicológicos y su estilo de vida en general.

Es importante iniciar el plan alimenticio disminuyendo el consumo de grasas y azúcares e incluir colaciones (comidas intermedias) para mitigar el hambre entre las comidas principales establecidas para los pacientes.

Toda pérdida de peso debe considerarse como un éxito; por seguridad se recomienda evitar pérdidas mayores de 1Kg por semana.

Es importante que durante el tratamiento del paciente con sobrepeso u obeso se evalúen aspectos de la dimensión psicosocial, como:

- Explorar aspectos sobre la percepción que el paciente tiene de su imagen corporal (¿cómo percibe su peso?, ¿cuánto le gustaría pesar? y ¿cuál cree que es su peso ideal?).
- Evaluar su motivación para iniciar el tratamiento adecuado (en fase de contemplación o proactiva).
- Fortalecer su grado de comprensión, sobre las diferentes causas del problema.

- Identificar la posibilidad de apoyo familiar y del entorno social.

Ejemplo de Menú: 1,200 Kcal.

Desayuno	Colación	Comida	Cena
Huevo revuelto con jitomate: 1 huevo ½ taza de jitomate en cuadritos 1 cdita. de aceite	Queso en cuadritos con galletas saladas 30 gr. De queso panela 5 galletas saladas	1 Taza chica de arroz Filete de res asado 60 gr. De filete ½ cdita. De aceite 2 tortillas	Quesadillas con salsa de jitomate 2 tortillas de maíz 45 gr. De queso Oaxaca ½ taza de jitomate picado ¼ taza de cebolla picada Perejil Zanahoria rallada ½ taza de zanahoria rallada Limón al gusto
Pan con requesón 2 rebanadas de pan integral 1 cdita. De requesón	Manzana en cuadritos 1 manzana chica	Ensalada 1 taza de lechuga 2 rebanadas de jitomate ¼ de taza de pepino en cuadros	
Fruta picada 1 Taza de papaya		Agua fresca de sandía 1 taza de sandía 1 cdita. de azúcar (tomar 3 ó 4 vasos)	

FUENTE: APRENDIENDO A COMER BIEN DE JUAN CAURILLO.

Recomendaciones para el paciente con plan alimenticio para reducción de peso:

1. No modificar el plan alimenticio, sólo bajo prescripción del médica o del nutriólogo
2. Tomar dos litros de agua diario
3. No consumir más de 3 tazas de café al día
4. Evitar el consumo de refrescos, pero en caso de ingerirlo este deberá ser light. (Es importante no consumir más de 2 refrescos diarios)
5. Nunca prescindir del desayuno completo, compuesto por lácteos, cereales (pan, galletas, cereales para el desayuno) y fruta, al que se deberá dedicar entre 15 y 20 minutos de tiempo. De esta manera se evita o reduce la necesidad de consumir alimentos no nutritivos a media mañana y se mejorará el rendimiento físico e intelectual.

6. Involucrar a todos los miembros de la familia en las actividades relacionadas con los alimentos: hacer las compras, decidir el menú semanal, preparar y cocinar los alimentos.
7. Realizar por lo menos 30 minutos de ejercicio diario. El tipo de ejercicio que más beneficia su salud es el aeróbico, como la caminata con vigor, nadar, andar en bicicleta, bailar, entre otros.
8. En caso de que se le presente algún tipo de problemas como dolor, palpitaciones, fatiga, deseos de volver el estómago, o algún otro malestar, se deberá suspender el ejercicio y acudir al médico.

Aunque el problema del sobrepeso u obesidad es multidisciplinario y requiere un tratamiento integral, el personal de enfermería puede diseñar y monitorear al paciente dentro de un sistema por etapas. (Figura 3)

Como parte del tratamiento del paciente obeso en ocasiones se deberá considerar la psicoterapia de apoyo, ya que merece una especial atención a los pacientes que realicen atracones de comida, aunque estos se presenten en forma esporádica, así como también pacientes que sufren cuadros de depresión, que se encuentren ansiosos y con problemas de autoestima baja. (Figura 4)

Nutrimientos importantes en la dieta de los pacientes con sobrepeso u obeso

CARBOHIDRATOS: Lo conforman principalmente: El pan, papas, arroz, galletas, azúcar, frutas, verduras y pastas. Cuando son digeridos, los carbohidratos proveen energía y son la principal fuente de esta.

El consumo máximo recomendado de carbohidratos simples (azúcar, fruta, jugos de fruta, refrescos, dulces, etc.) es de 20%. El 80% restante de carbohidratos es mejor que se ingieran de: cereales, leguminosas y verduras que son carbohidratos complejos, los cuales además tienen una cantidad de fibra dietética suficiente.

CONTENIDO DE FIBRA EN ALIMENTOS: La fibra es el conjunto e hidratos de carbono complejos, no son digeribles ni absorbibles en el organismo, no aporta una cantidad de energía importante a pesar de ser un hidrato de carbono. Es importante incluirla dentro de la dieta del paciente obeso para mantener el funcionamiento, el tono y la motilidad normal. La fibra se divide en dos grupos: La fibra soluble y la fibra insoluble.

FIBRA SOLUBLE: básicamente retarda la absorción de glucosa, reduce los niveles sanguíneos de colesterol y es fermentada por las bacterias colónicas, sin tener un efecto laxante. Favorece en el tratamiento de obesidad en enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer y enfermedades de colon.

FIBRA INSOLUBLE: tienen principalmente un efecto laxante ya que acelera el tránsito intestinal y aumenta el peso de la materia fecal, también reduce la absorción de la glucosa.

Las fibras del tipo solubles se encuentran básicamente en frutas y hortalizas y las insolubles principalmente en cereales integrales, y en menor cantidad en frutas y hortalizas.

Grasas monoinsaturadas, poliinsaturadas y saturadas

Las grasas son metabolizadas a energía en ausencia de carbohidratos durante la inanición. La caracterización de los ácidos grasos está dada por el número de átomos de carbono de su cadena, y por el de sus dobles enlaces. De manera se tienen 3 formas principales:

ÁCIDOS GRASOS MONOINSATURADOS: En el organismo se forman a partir de un estearato a través de la acción de una enzima.

ÁCIDOS GRASOS POLIINSATURADOS: Este tipo de aceites poliinsaturados son más saludables, ya que contienen omega3 y omega6, a estos 2 ácidos grasos se les ha denominado cardioprotectores. Cabe destacar en este rubro la utilidad y el efecto positivo de los AG omega 3 y 6 por sus características angioprotectoras, especialmente en personas obesas. Estos ácidos grasos disminuyen el colesterol total.

ÁCIDOS GRASOS SATURADOS: Se concentran en alimentos animales: res, pollo, cerdo, productos lácteos, aceite de coco, chorizo, chicarrón y en algunos vegetales.

Se recomienda un consumo de grasa de la siguiente forma:

- 30% AG monoinsaturados
- 30% AG poliinsaturados
- 30% AG saturados

Proteínas

Este grupo de nutrimentos está formado principalmente por: carne pollo, pescado, huevo, leche, queso, frijoles y otras leguminosas. Cuando son digeridos, se usan para los procesos de reparación del cuerpo y son componentes estructurales de órganos y tejidos. Algunas proteínas también pueden usarse para producción de energía de reserva, aunque hay que recordar que la fuente principal de ésta, son los carbohidratos. En algunos productos de origen animal existe una cantidad

considerables de grasa, por lo que se debe ser muy selectivo tanto al escogerlos como en la forma de prepararlos.

Vitaminas y Minerales

Al igual que en el paciente no obeso, la recomendación de vitaminas y minerales se hará de acuerdo a las necesidades particulares del individuo.

Agua

El consumo de agua deberá ser de acuerdo a las necesidades fisiológicas del individuo de acuerdo a la actividad, clima, etc. Se sabe que un buen consumo de este líquido lo constituye 1ml/Kcal, esto aproximadamente nos representa 2 litros por día.

Ejercicio y Actividad física

Con frecuencia se utilizan estos términos de manera indistinta. Sin embargo hay algunas diferencias que es importante mencionar.

Se define como actividad física a todo movimiento corporal producido por los músculos y que requiere un gasto de energía que puede variar de un individuo a otro. La actividad física es la que cotidianamente realizamos en nuestra vida de relación con el medio que nos rodea.

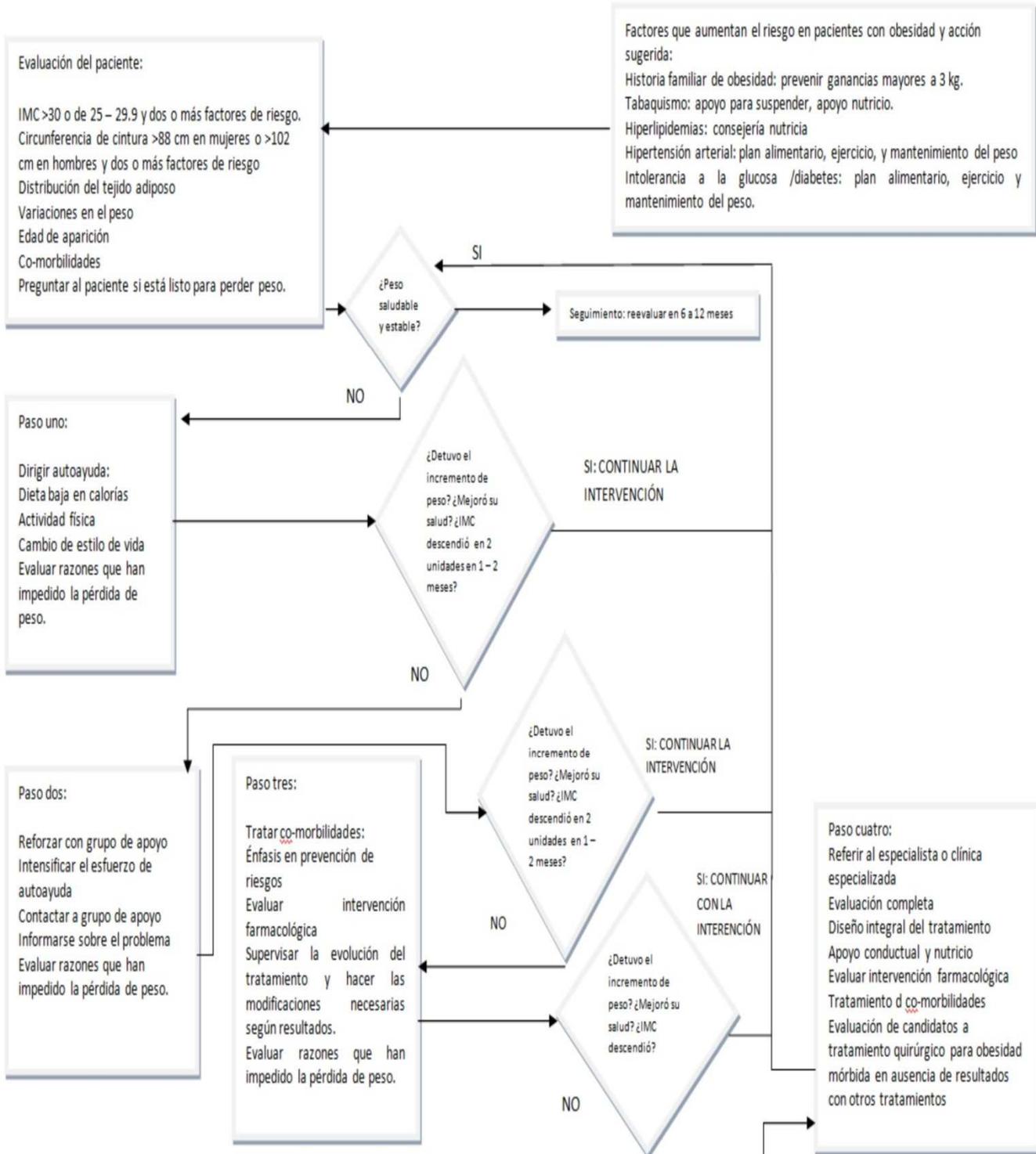
El incremento de la actividad física constituye uno de los pilares fundamentales en el tratamiento y profilaxis de la obesidad. En el caso del obeso dislipémico este elemento terapéutico se hace aún más esencial, ya que existen datos bien contrastados en bibliografía que apoyan el efecto beneficioso del mismo sobre la resistencia a la insulina, las cifras de tensión arterial y el perfil lipoprotéico.

El ejercicio incluye algunas características de la actividad física, sin embargo la diferencia consiste en que es una actividad planeada, estructurada, repetitiva y dosificada con el objetivo de mejorar o mantener la forma física relacionada con la salud (por ejemplo: la resistencia cardio respiratoria o la composición corporal).

Por lo anterior es importante que el personal involucrado en el manejo de pacientes obesos, esté familiarizado con los conceptos y fundamentos básicos sobre la actividad física y el ejercicio para el tratamiento de la obesidad.

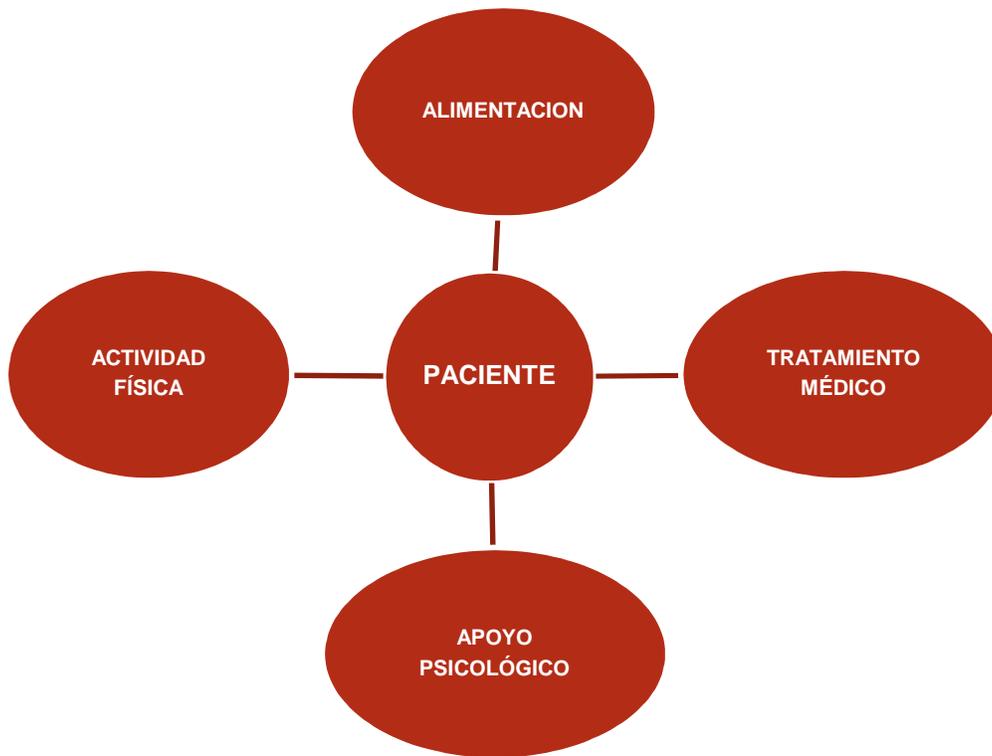
Figura 3

SISTEMA DE ETAPAS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE OBESO



FUENTE: PRÁCTICA MÉDICA EFECTIVA. VOLUMAN 5, NUMERO 2, MARZO DE 2003.

Figura 4 Niveles de actuación en el tratamiento del paciente con obesidad



La práctica cotidiana de ejercicio, es una agradable, sencilla y eficiente disciplina para obtener tanto directa como indirectamente, numerosas ventajas para la salud.

Realizar ejercicio adecuado, para la edad y para el estado de salud ayudará a:

- 1.- Reducir el riesgo de un ataque cardiaco
- 2.- Bajar la presión arterial alta
- 3.- Disminuir la resistencia a la insulina
- 4.- Disminuir el riesgo de sufrir algunos tipos de cáncer, como el de colon y mama
- 5.- Mantener un peso adecuado
- 6.- Fortalecer los pulmones y el corazón
- 7.- Disminuir el nivel de colesterol
- 8.- Aumentar la densidad ósea

- 9.- Tener menos estrés y ansiedad
- 10.- Controlar el apetito
- 11.- Ser más sociable
- 12.- Mejorar la autoestima
- 13.- Mantener autosuficiencia física durante más años
- 14.- Mejorar el estado físico general, aumentar la flexibilidad, la fuerza, la resistencia, el equilibrio, la velocidad de reacción, entre otros factores.
- 15.- Mejorar el bienestar general
- 16.- Dormir mejor
- 17.- Sentirse mejor, verse mejor y tener mayor energía para realizar las actividades cotidianas.

El ejercicio reduce el riesgo de muchas enfermedades y condiciones crónicas, está asociada con baja morbilidad y mortalidad y mejora el estado funcional y la calidad de vida.

Uno de los objetivos del ejercicio es cambiar el estilo de vida; lo cual incluye fomentar la actividad física y el ejercicio, sin embargo pocas personas tienen información acerca de qué tipo de actividad es mejor para la reducción y mantenimiento de peso.

Cuando se realiza ejercicio continuo a una intensidad promedio del 65% del volumen máximo de oxígeno ($VO_{2m\acute{a}x}$) el tejido adiposo contribuye de manera importante como fuente de energía. A mayor intensidad del $VO_{2m\acute{a}x}$ contribuyen otros sustratos como los carbohidratos. Esto explica los beneficios del ejercicio a intensidades bajas a moderadas, para la pérdida de peso, sin la necesidad de sudar en exceso o sentirse fatigado.

Si bien el ejercicio aeróbico continuo es el indicado para perder peso, no significa que otro tipo de ejercicio como el de fuerza (peso libre) u otros métodos de entrenamiento como el interválico, no funcionen para los mismos fines. La selección de un tipo o método dependerá de las características físicas y clínicas del paciente, de su disponibilidad y de su etapa de afrontamiento ante el problema.

Es importante señalar que no es necesario esperar a perder peso para verificar los efectos benéficos del ejercicio, un paciente puede no perder peso de manera

significativa, sin embargo sentirá mejoría en el desempeño de sus actividades cotidianas y los cambios en los parámetros metabólicos también serán evidentes.

Cuando se realiza ejercicio de forma regular, se presentan adaptaciones en los sistemas energéticos, y la utilización de sustratos tiende a compensar los requerimientos de la carga de entrenamiento. De este hecho se desprende que no es suficiente con mantener una carga de trabajo determinada durante mucho tiempo. Se tienen que modificar los parámetros del ejercicio (intensidad, volumen, modalidad, etc.) con la finalidad de conseguir el objetivo inicial en este caso la pérdida de peso y posteriormente iniciar una etapa de mantenimiento.

Ejercicio necesario para pérdida de peso y mantenimiento del peso perdido

El Colegio Americano de Medicina del Deporte establece recomendaciones para la pérdida de peso y mantenimiento del peso perdido.

Antes de iniciar un programa de ejercicio, es importante informar al paciente que aún con reducciones modestas en el peso corporal (5% al 10%), se observan mejorías significativas en la salud como la disminución de la presión arterial, los lípidos en sangre y otros factores relacionados con el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 o enfermedades cardiovasculares. Es por eso que el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre de Estados Unidos (NHLBI por sus siglas en inglés) establece como meta la reducción del peso corporal entre esos mismos porcentajes con mantenimiento a largo plazo.

Las consideraciones en la prescripción de ejercicio deben incluir el volumen, la intensidad y el tipo de ejercicio a realizar. Por otra parte se debe recordar que el objetivo en la población es diferente y que la cantidad de ejercicio necesaria para mejorar la forma física puede no ser la misma para lograr el control del peso.

La duración mínima recomendada para fines de salud pública es realizar 30 minutos de ejercicio continuo de moderada intensidad, esto es 150 minutos por semana. Sin embargo para pérdida de peso a largo plazo y mantenimiento del peso perdido es necesario realizar 60 minutos al día (200 a 300 minutos a la semana).

La progresión en la duración total del ejercicio debe situarse en el contexto del paciente y deberán utilizarse estrategias para facilitar la adherencia al nivel de ejercicio establecido.

La intensidad del ejercicio se establece a un porcentaje que oscila entre el 40 al 65% del $VO_{2m\acute{a}x}$ (equivalente al 55-69% de la frecuencia cardiaca máxima alcanzada en una prueba de ejercicio), la selección de un nivel de intensidad nuevamente es de acuerdo a las características individuales del paciente.

La modalidad del ejercicio se determina de acuerdo a las necesidades y preferencias del paciente. Es adecuado dar diferentes opciones de ejercicio continuo de manera que el paciente pueda escoger una u otra con la finalidad de evitar la monotonía y mejorar el apego.

Una opción en aquéllos pacientes que se someten por primera vez a un programa de ejercicio es la realización de pequeñas sesiones o bolos de ejercicio con duración de 10 a 15 minutos, con el objetivo de acumular 30 a 40 minutos de ejercicio al día. Esta estrategia es efectiva para mejorar la adherencia, aunque para lograr la pérdida de peso se deberá adoptar posteriormente la modalidad de ejercicio continuo.

El ejercicio de fuerza (con peso libre), puede incluirse en el plan de tratamiento con el fin de mejorar la fuerza y la potencia muscular y mantener la masa libre de grasa. Esta medida puede ser adoptada con mayor facilidad en aquellos pacientes que han logrado establecer un hábito de ejercicio.

Para mantener el peso perdido posterior a un programa de ejercicio el individuo debe gastar un promedio mayor a 2000 kilocalorías a la semana en actividades en su tiempo libre.

El ejercicio es uno de los pilares en el tratamiento de los individuos con obesidad. El problema no radica en conocer cuánto y qué ejercicio es el recomendado para la pérdida de peso, sino en cómo lograr que un individuo se vuelva físicamente más activo y posteriormente pueda llevar a cabo un plan de ejercicio con fines de salud.

La ratificación de la Estrategia Global de Dieta, Actividad Física y Salud de la Organización Mundial de la Salud, durante la Asamblea Mundial en mayo de 2004, enfatizó el hecho que la inactividad física es un problema mayor de salud pública tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo. Muchos países en América Latina han reconocido que incrementar el nivel de actividad física y de ejercicio en la población es un aspecto prioritario de salud, pero pocos son los países que han establecido programas nacionales para la promoción de la misma.

La búsqueda e implementación de estrategias que permitan una mejor adherencia al tratamiento es realmente el reto actual.

Sólo la educación del paciente evitará que caiga en ideas que no corresponden a la realidad. Por eso es importante conocer el fundamento fisiológico de la prescripción de ejercicio y las modificaciones que se pueden realizar en pacientes con características clínicas particulares.

12. METODOLOGÍA

12.1 Diseño de la intervención

Tipo de estudio: cuasi – experimental

12.2 Selección de la población

En las oficinas del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Michoacán se seleccionó al personal de enfermería de los programas de oportunidades y seguro popular.

Los sujetos de estudio fueron 20 enfermeras generales de los módulos urbanos de Morelia (grupo intervención) y 20 enfermeras generales de los módulos urbanos y un centro de salud de Pátzcuaro (grupo control).

La intervención educativa se llevó a cabo en la sala de juntas del Régimen Estatal De Protección Social En Salud de Morelia, Michoacán. Tuvo una duración de 24 horas, divididas en tres días (miércoles, jueves y viernes).

Al inicio de la capacitación al grupo intervención se le aplicó el pre cuestionario y al concluir la capacitación se aplicó el post cuestionario.

Al grupo control se le aplicó el pre cuestionario y se les entregó una copia del Manual “Prevención, Promoción de la Salud y Tratamiento de la obesidad” de la Secretaria de Salud, el cual se les pidió que lo leyeran. Se les citó en tres días nuevamente y se les aplicó el post cuestionario.

12.2.1 Criterios de inclusión

- Ser enfermera (o) del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades o Seguro Popular.
- Enfermera (o) que acepten participar en la intervención.

12.2.2 Criterios de exclusión

Enfermera (o) que no acepte participar en la intervención

12.2.3 Criterios de eliminación

Ambos grupos: enfermeras (os) que únicamente hayan realizado el pre cuestionario y no el post cuestionario o viceversa.

Grupo intervención: enfermeras (os) que hayan realizado el post cuestionario y no hayan recibido la capacitación acerca del sobrepeso y la obesidad.

No cursar un 80% mínimo del total de 24 horas que programaron para el curso taller.

12.3 Límites

12.3.1 Área geográfica

Grupo Intervención: Módulos Matamoros, Ampliación del Porvenir, Tierra y Libertad, Eva Samano, Clara Córdoba, Santa Cecilia, Lomas del Durazno, 5 de Febrero, Unión Antorchista.

Grupo control: Módulos Venencia, Serrato No 2, Serrato No. 3, 20 de Noviembre y C.S. Vista del Lago.

12.3.2 Tiempo

Agosto 2008 – Junio 2010

12.4 Selección y operacionalización de variables

Variable dependiente: conocimientos acerca de la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad". (Anexo No. 1)

Variables independientes: grupo intervención, edad, sexo, nivel académico, estudios posteriores, escuela donde realizó los estudios de enfermería, año en que terminó los estudios de enfermería. (Anexo No. 1)

12.5 Métodos e instrumento de recolección de información

Se empleó un cuestionario de 105 preguntas, el cual se dividió de la siguiente manera:

- Datos Generales
- Conocimientos generales del sobrepeso y la obesidad.
- Norma Oficial Mexicana de la obesidad
- Nutrición
- Antropometría
- Conocimientos generales del ejercicio
- Material y equipo para la evaluación del paciente
- Capacitaciones anteriores en sobrepeso y obesidad

A cada una de las respuestas correctas se le dió un valor que va desde 0.5 a 3 puntos, dando un valor total de 100 puntos El valor fue elaboración propia.

Para el análisis de las variables se crearon un índice de conocimientos, categorizado en: adecuado, regular y bajo.

Se construyó un “**Índice de conocimientos acerca de la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad**” construido con base en conocimientos generales del sobrepeso u obesidad, de las actividades de evaluación del sobrepeso u obesidad, de la antropometría, del tratamiento, de los beneficios del ejercicio, de la alimentación saludable y de las actividades de prevención.

Dividido en tres categorías:

- * Nivel de conocimientos nulo o bajo: enfermeras (os) con menos de 69 puntos.
- * Nivel de conocimientos medio o regular: enfermeras (os) de 70 a 89 puntos.
- * Nivel de conocimientos alto o adecuado: enfermeras (os) de 90 a 100 puntos.

De acuerdo al total de los 100 puntos correspondientes a las respuestas correctas, se clasificó en tres niveles de conocimientos.

En la construcción y validación del Índice de conocimientos acerca de la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad fue trabajado conforme a la metodología de la construcción de índices e indicadores de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de Salud (OMS).

Los objetivos principales del procesamiento del índice son:

- Evaluar los niveles de conocimientos en la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad.
- Presentar sugerencias encaminadas a mejorar los conocimientos del personal de enfermería en la atención del paciente con sobrepeso u obeso.

12.6 Manejo y análisis de los datos

La captura de los datos se realizó en una base de datos en Excel posteriormente fue transferida al programa Stata 10.

Se realizó análisis del índice de conocimientos acerca de la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad en ambos grupos.

12.7 Plan de ejecución

OBJETIVO	ACTIVIDAD	INSTRUMENTO Y/O MEDIOS DE VERIFICACIÓN	INDICADORES	ANALISIS
Fortalecer los conocimientos acerca de la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad, del personal de enfermería de los módulos urbanos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia.	Taller de capacitación, utilizando técnicas participativas. Entrega del Manual "Prevención, promoción de la salud y tratamiento de la obesidad"	Pre y post cuestionario	Porcentaje de incremento o disminución en los índices de conocimientos: Nulo o bajo Medio o regular Alto o adecuado.	Análisis mediante el programa STATA 10.

12.8 Evaluación de la intervención

Se realizó por medio de un cronograma de actividades, calificando si fueron realizadas las actividades programadas según fecha.

La evaluación incluyó el porcentaje de cambio en el nivel de conocimiento posterior a la intervención y compararlo con el grupo control.

Actividades con el grupo intervención:

1. Medición basal de conocimientos acerca del sobrepeso y la obesidad
2. Realización del curso taller
3. Medición de seguimiento de los conocimientos, a través de la aplicación de un post cuestionario.

Actividades con el grupo control

Medición basal de conocimientos acerca del sobrepeso y la obesidad

Entrega del Manual Prevención, Promoción de la salud y tratamiento de la obesidad.

Medición de seguimiento de los conocimientos a través de la aplicación de un post cuestionario.

12.8.1 Alcance del programa

Proporción de participación del personal de enfermería que asistió al curso taller del sobrepeso y la obesidad.

Grupo Intervención: Enfermeras (os) que realizaron el post cuestionario X100
Enfermeras (os) que realizaron el pre cuestionario

Grupo control: Enfermeras (os) que realizaron el post cuestionario X100
Enfermeras (os) que realizaron el pre cuestionario

12.8.2 Alcance de la satisfacción de los participantes:

Al personal de enfermería que asistió y concluyó el curso taller se les solicitó que realizara por escrito comentarios acerca del desarrollo de la capacitación.

13. FACTIBILIDAD

13.1 Factibilidad de mercado

Existen programas que se establecieron con la finalidad de prevenir el sobrepeso y la obesidad entre la población como es el Programa “Cinco pasos por tu salud para vivir mejor”, Programa “Muévete” y el Acuerdo Nacional para la salud alimentaria donde mediante líneas de acción específicas se vienen a reforzar las actividades del personal de salud para la implementación de medidas preventivas para disminuir el sobrepeso y la obesidad. Por esto es importante que el personal operativo tenga la responsabilidad del buen manejo y desarrollo de los programas de salud.

Actualmente se encuentran en las unidades médicas a médicos y enfermeras (os) con el enfoque curativo lo que genera menor interés hacia los programas que establece sus líneas de acción en las actividades preventivas, por lo que curso-taller permitirá sensibilizar al personal de enfermería sobre la importancia que la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad entre la población que acude a demandar la atención médica.

13.2 Factibilidad Técnica

Con el apoyo del Régimen Estatal de Protección Social En Salud se realizó el curso – taller al personal de enfermería de los módulos urbanos de Morelia; quien otorgó las facilidades para que sea realizará en la Sala de juntas del REPSS, en apoyo con el departamento de Oportunidades. Para la realización del proyecto se contó con el equipo técnico y audiovisual.

En cuanto a los recursos humanos, se solicitó el apoyo del equipo de nutriólogos del Departamento de Epidemiología, obteniendo como respuesta: que por el trabajo propio del departamento no podían apoyar en dicha capacitación.

Por lo anterior se solicitó el apoyo a la Nutrióloga del Programa CRECER para que participe como ponente en la capacitación con el tema: Herramientas básicas para realizar la evaluación antropométrica.

13.3 Factibilidad Política y Legal

La Secretaría de Salud, mediante los diversos programas inmersos en la salud de la población, como rectora y normativa de la vigilancia epidemiológica, es la responsable de la vinculación interinstitucional e intersectorial. Mediante las Normas Oficiales Mexicanas que rigen a cada programa como es la Norma para la atención de la Obesidad., la cual está sujeta a la Ley Federal de Metrología y Normalización así como a la Coordinación de vigilancia epidemiológica.

13.4 Factibilidad Financiera

El recurso financiero fue gasto de bolsillo propio, establecido para la intervención los materiales necesarios para la realización de las actividades de los talleres propuestos durante la capacitación.

14. Reporte de ejecución

La ejecución de la intervención se realizó en dos fases:

14.1 Acercamiento para realizar la intervención

Se realizaron las gestiones correspondientes ante la Subdirección de Gestión de Servicios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud para la aplicación del proyecto de capacitación para el curso taller para el personal de enfermería del Programa de Desarrollo Humano oportunidades y Seguro Popular, así como la realización de los oficios a los Jefes de las Jurisdicciones Sanitaria de Morelia y Pátzcuaro y el Director del Centro de Salud de Morelia, para solicitar su autorización para que el personal de enfermería asistiera al curso taller, señalando los días, el horario y el lugar establecido para dicha capacitación.

14.2 Realización del curso taller

El curso taller se realizó en la sala de juntas del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), programándose tres días (del 24 al 26 de Marzo de 2010), con un horario de 8:00 de la mañana a 3:00 de la tarde aproximadamente.

14.3 Metodología del curso taller

Registro de los asistentes

Inauguración del curso taller a cargo del Dr. Jaime García Hurtado Subdirector de Gestión de Servicios del REPSS

Se aplicaron el pre cuestionario al total de las enfermeras que asistan al curso taller.

- Para los temas de: concepto, panorama epidemiológico y la Clasificación del sobrepeso y la obesidad, se realizó a través de la técnica de exposición, proporcionando introducción de los temas.

Se utilizaron gráficas del impacto que han tenido en los últimos años el sobrepeso y la obesidad entre la población mexicana, así como la clasificación que se da a cada paciente de acuerdo a la evaluación del IMC y factores de riesgo que se presenta cada paciente.

Los temas se apoyaron con ilustraciones y ejemplos conocidos, así como significativos para el personal, enfatizando y resumiendo para facilitar la comprensión de la exposición.

- La Norma Oficial Mexicana No. 174 y el tratamiento para la obesidad se trabajó con la técnica de “Lectura comentada”, para lo cual se conformaron tres equipos de cinco integrantes y un equipo de 4 personas, se entregó una copia a cada equipo de la Norma Oficial Mexicana No. 174 SSA1 – 1998, Para el manejo integral de la obesidad, posteriormente se les dió 40 minutos para realizar la lectura del documento, al término de la misma anotaron en papel bond los puntos que establece la NOM abordar con el paciente con sobrepeso y obesidad para exponerlos ante todos los participantes.
- Los temas de las actividades de evaluación del sobrepeso y la obesidad, así como el de las medidas de prevención se trabajaron con la técnica de “Discusión dirigida”. Estos temas fueron abordados con diferentes subtemas para complementar las actividades de evaluación y las medidas de prevención. (Vigilancia y Control nutricional del niño (a), de la embarazada y de la mujer en periodo de lactancia, así como las acciones que se deben de realizar con los diferentes grupos etarios.

Se dividió al grupo en equipos, se les entregó hojas de papel bond y plumines, en seguida se les realizaron tres preguntas:

1. ¿Cómo se debe realizar el control nutricional del niño (a)?
2. ¿Cómo se debe realizar el control nutricional de la embarazada?
3. ¿Cómo se debe realizar el control nutricional de la mujer en periodo de lactancia?
4. ¿Qué actividades realizan con hombres y mujeres cuando acuden a consulta?

De acuerdo a la información que aportó cada integrante de los equipos elaboraron una lámina con las acciones del control nutricional que se aplican a los diferentes grupos establecidos en las preguntas.

- El taller de antropometría se trabajó bajo la siguiente metodología:

Se solicitó a los asistentes que conformaran por afinidad parejas, se le proporcionó a cada enfermera una cinta métrica, una hoja de registro de las diferentes medidas antropométricas a realizar. Se contó con una báscula, un estadímetro de pared y una tara de 10 kilogramos.

Posteriormente cada pareja pasó a explicar las técnicas de cómo pesar, como mide la talla, como mide la circunferencia de cintura y cadera, así de cómo calibra la báscula y como coloca el estadímetro de pared.

Una vez observadas las diferentes técnicas se realizó una breve presentación donde se explicó detalladamente los pasos para realizar en cada técnica, así como la justificación científica del por qué aplicar correctamente las técnicas de antropometría en la valoración nutricional. Posteriormente cada pareja realizó las diversas técnicas de antropometría aplicando la técnica correcta, así mismo se fueron resolviendo las dudas y corrigiendo los errores de las diferentes técnicas.

- Los temas de Conceptos básicos de nutrición, nutrientes, alimentos y bases para brindar orientación alimentaria se trabajaron con la técnica de “Lluvia de ideas”.

Se solicitó a los participantes que conformarán grupos de 4 personas y nombrarán un secretario, indicándoles que el secretario tendría que anotar todas las ideas que aportará cada participante respecto al tema asignado y al terminar expondría ante todos los asistentes las conclusiones generales de su equipo, así como el esquema del “Plato del buen comer”.

A cada grupo se les entregó hojas de papel bond, pegamento, plumines y un sobre con recortes de diferentes alimentos como: cereales, verduras, frutas, productos de origen animal, leguminosas, golosinas y comida chatarra.

- Para la muestra gastronómica se conformaron cuatro grupos, cada grupo presentó un platillo elaborado con los tres grupos de alimentos que conforman el plato del buen comer, que fuera de bajo costo y fácil de preparar.

La muestra gastronómica estuvo conformada por los siguientes platillos:

1. Ceviche de soya
2. Ensalada de atún con verduras
3. Ensalada de frutas (papaya y melón con granola y yogurt natural)
4. Budín de chayotes, calabazas y papas
5. Ensalada de lechuga, naranja, toronja y nuez
6. Aderezo de naranja con yogurt natural
7. Bocadillos de salvado con chocolate y crema de cacahuete
8. Fresas, zarzamoras, nueces, almendras, ciruelas pasas y yogurt natural.
9. Agua de limón

Antes de iniciar la degustación un integrante de cada grupo explicó la conformación del platillo, la preparación y el costo total. A través de esta práctica cada participante pudo aplicar los conocimientos adquiridos en nutrición, que pueden tener una alimentación completa, balanceada y de bajo costo.

- Los temas de Complicaciones del sobrepeso y la obesidad, la diferencia entre actividad física y ejercicio y rutinas de ejercicio para el tratamiento del paciente con sobrepeso u obesidad se trabajaron con la técnica de “Foro”.

Se conformaron varios grupos, se les informó los temas a discutir. Para cada tema se les formuló dos preguntas:

1. ¿Cuáles son las complicaciones que puede presentar una persona que tenga sobrepeso u obesidad?
2. ¿Existe diferencia entre actividad física y ejercicio y cuál de estas dos ayuda en el tratamiento del paciente que quiere bajar de peso?

Después de haber realizado cada pregunta se procedió a la apertura de exponer por parte de cada integrante de los diferentes grupos los conocimientos y opiniones de cada tema.

- El video “Una pausa para tu salud” permitió a los participantes desarrollar una rutina de ejercicios de 30 minutos, la cual puede ayudar a los pacientes a fomentar el ejercicio en su vida diaria.

15.RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

15.1 Características de la población

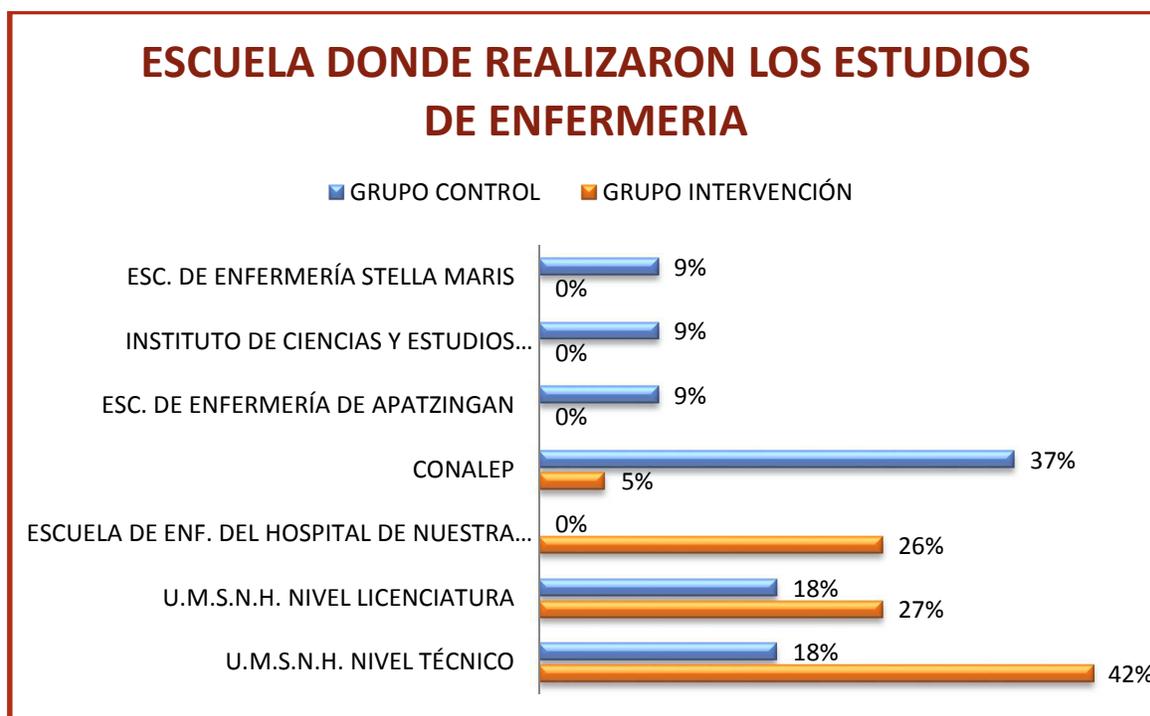
En el grupo intervención el 100% de los participantes correspondieron al sexo femenino y en el grupo control el 81% fueron del sexo femenino y el 18% correspondieron al sexo masculino.

Respecto a la edad del grupo intervención, la media fue de 29.4 años, con una desviación estándar de 6.61.

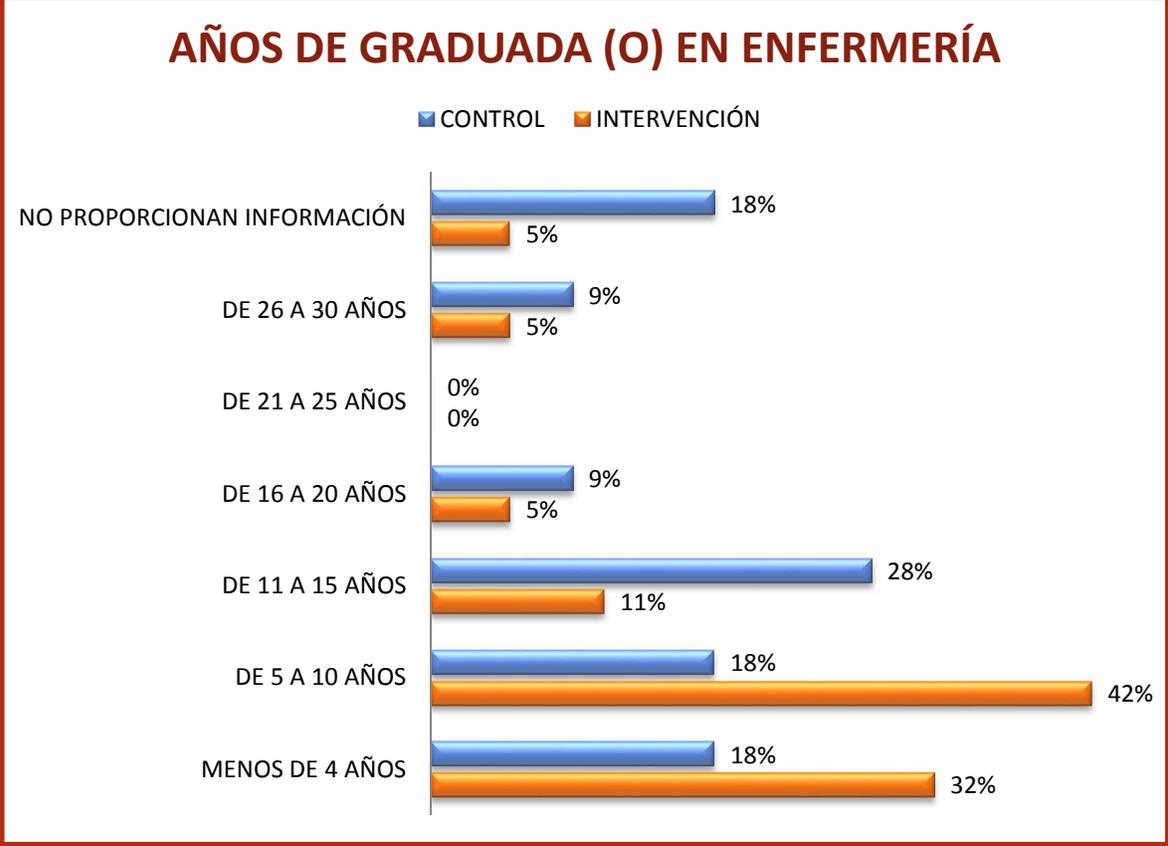
En el grupo control, la media de la edad fue de 32.5 años, con una desviación estándar de 11.3

En cuanto a donde realizaron los estudios de enfermería las enfermeras del grupo intervención, el 69% estudió en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), del cual el 42% corresponden a estudios de enfermería nivel técnico y el 27% a nivel licenciatura.

El 26% estudió en la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, una de las escuelas de enfermería con más prestigio en el estado de Michoacán y el 5% restante estudio en el CONALEP.



En el grupo control se obtuvo que el 37% estudio en el CONALEP, un 36% del personal de enfermería estudio en la UMSNH de estos el 18% estudio enfermería nivel técnico y el 18% estudio la Licenciatura en enfermería, por último el 27% restante realizó estudios de enfermería en diferentes escuelas de enfermería.



En cuanto a los años de graduada (o) en el grupo intervención se obtuvo que un 32% de las enfermeras reportaron menos de 4 años de haber acabado los estudios de enfermería, un 42% reportó 5 a 10 años de haber concluido los estudios de enfermería, un 11% cuenta de 11 a 15 años de efectuado los estudios, un 5% tiene de 16 a 20 años de concluidos los estudios y un 5% tiene de 26 a 30 años de graduada.

En el grupo control se obtuvo que un 18% de las enfermeras poseen menos de 4 años de haber acabado los estudios de enfermería, otro 18% tiene 5 a 10 años de haber concluido los estudios de enfermería, un 28% cuenta de 11 a 15 años de efectuado los estudios, un 9% tiene de 16 a 20 años de concluidos los estudios y otro 9% tiene de 26 a 30 años de graduada.

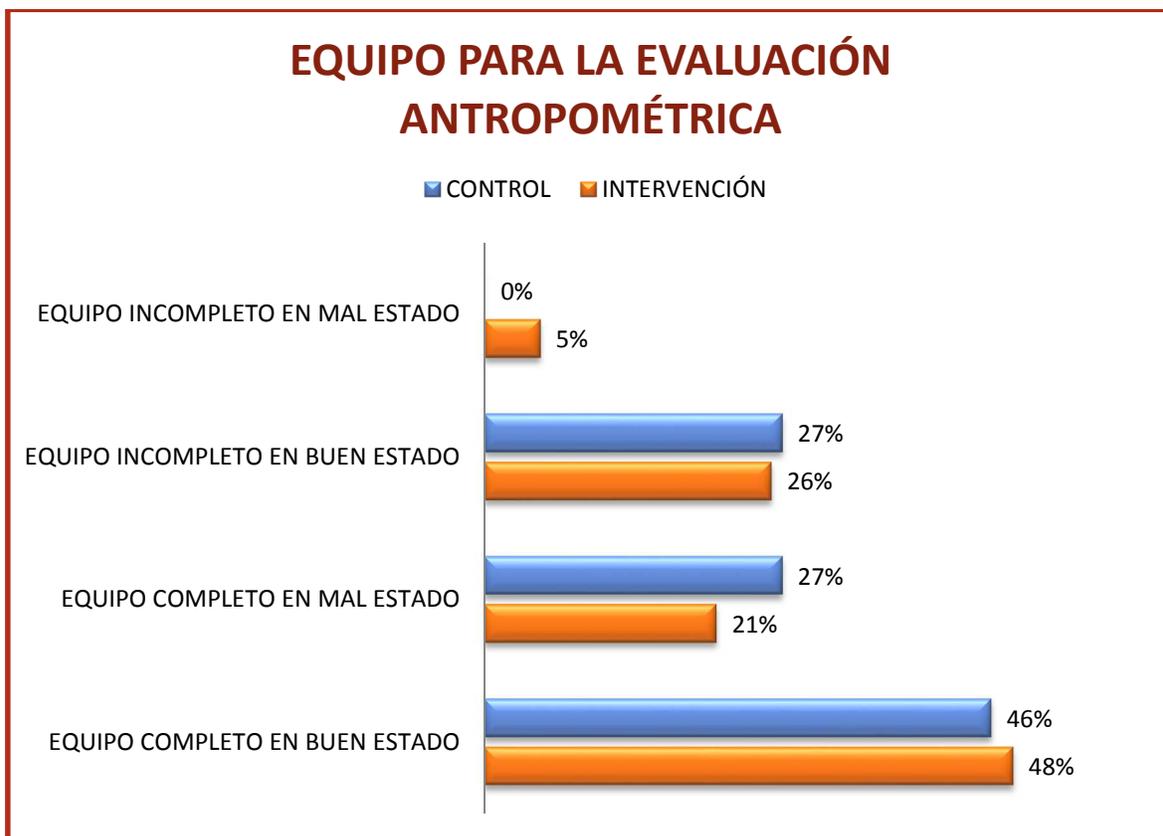
En ambos grupo ninguna enfermera o enfermero ha realizado estudios posteriores como: especialidad, maestría o doctorado.

15.2 Equipo y material para la evaluación antropométrica

Respecto al equipo y material para la evaluación antropométrica que debe tener el personal de enfermería encontraron los siguientes aspectos.

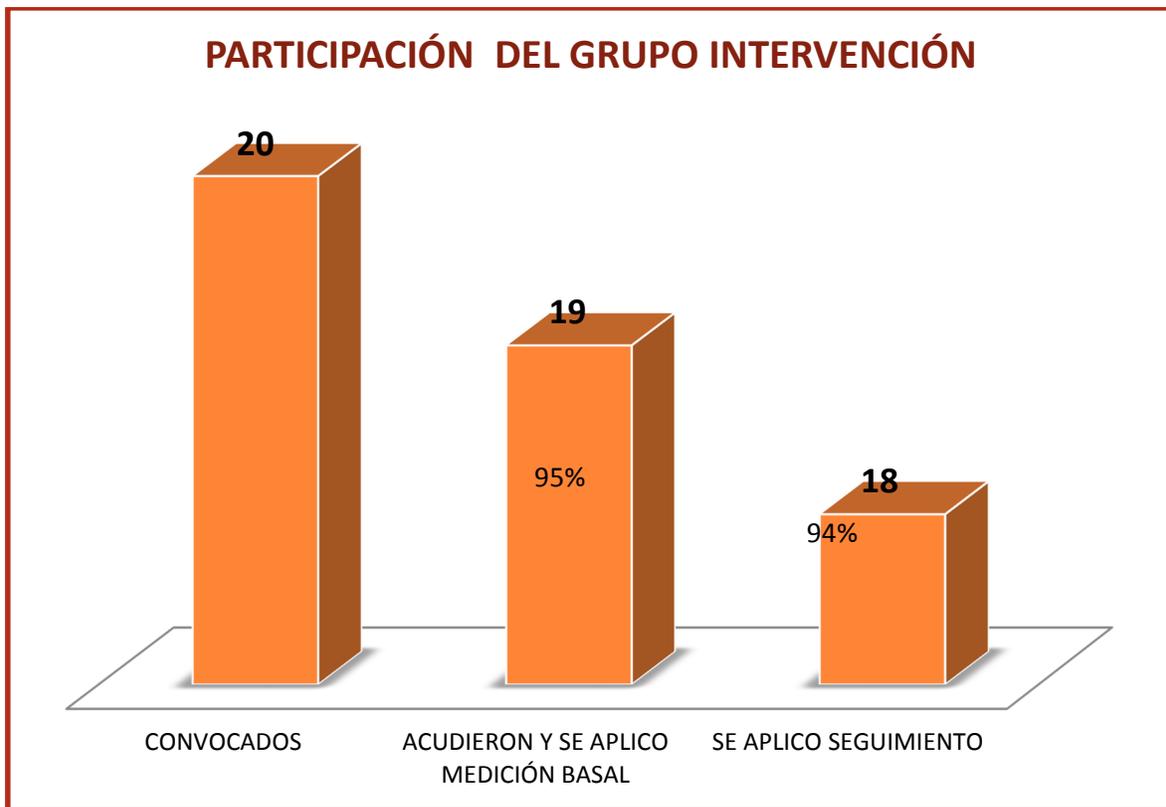
En el grupo intervención el 48% del personal de enfermería cuenta con el equipo para la evaluación antropométrica completo y en buen estado, un 21% tiene el equipo completo, pero se encuentra en mal estado, un 26% refiere tener el equipo incompleto, pero en buen estado y un 5% tiene el equipo incompleto, pero en mal estado.

En el grupo intervención el 46% del personal de enfermería cuenta con el equipo para la evaluación antropométrica completo y en buen estado, un 27% tiene el equipo completo, pero se encuentra en mal estado y otro 27% refiere tener el equipo incompleto, pero en buen estado.



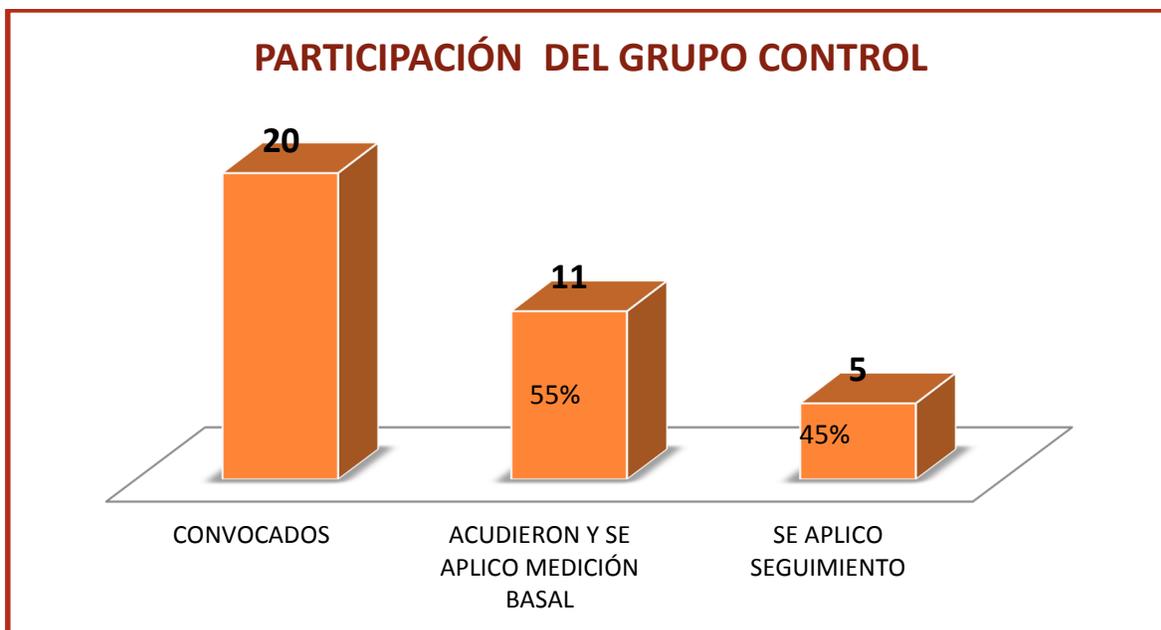
15.3 Resultados de la participación de enfermería en la intervención

De acuerdo a la convocatoria realizada al personal de enfermería de los Módulos urbanos de Morelia, Michoacán, se obtuvo un 95% de asistencia, de los cuales a todos se les aplicó la medición basal, posteriormente un 94% de las enfermeras concluyeron el curso y se les realizó la medición de seguimiento.



En el grupo control de las 20 enfermeras (os) convocados de los Módulos urbanos de Pátzcuaro Michoacán, solo se presentaron 11 (55%) enfermeras (os), y se les aplicó la medición basal, y se hizo la entrega del "Manual Prevención, promoción de la salud y tratamiento de la obesidad", posteriormente se realizó la medición de seguimiento a un 45%.

El 55% de las enfermeras (os) se negó a realizar el cuestionario de seguimiento, ya que refieren que esos aspectos solo le corresponden al médico.



15.4 Resultados de la intervención

Los resultados en el índice de conocimientos acerca de la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad en el grupo intervención presentó que un 16.66% paso de conocimientos adecuados a regulares.

En el grupo control se presentó un 20% pasó de conocimientos bajos a conocimientos regulares.

Referente al índice de conocimientos de la Norma Oficial Mexicana No, 174 en el grupo intervención se presentó que un 33.34% pasó de conocimientos bajos a regulares y un 16.66% pasó de regular a conocimientos adecuados.

Respecto al grupo control no se presentaron modificaciones en el conocimiento de la Norma Oficial Mexicana No. 174, ya que el 100% de los participantes se quedó en bajos conocimientos.

CUADRO No. 1 ÍNDICE DE CONOCIMIENTOS DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA No. 174												
GRUPO	BASAL						SEGUIMIENTO					
	ADECUADO		REGULAR		BAJO		ADECUADO		REGULAR		BAJO	
	18.5 a 16.5 puntos		16 a 14.5 puntos		14 o menos		18.5 a 16.5 puntos		16 a 14.5 puntos		14 o menos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
INTERVENCIÓN	0	0%	3	16.66%	15	83.34%	3	16.67%	9	50%	6	33.33%
CONTROL	0	0%	0	0%	5	100%	0	0%	0	0%	5	100%

Los resultados obtenidos en el índice de conocimientos de las actividades para evaluar el sobrepeso y la obesidad en el grupo intervención se presentó que un 33.34% paso de conocimientos bajos a conocimientos adecuados y un 38.88% pasó de conocimientos bajos a conocimientos regulares.

En el grupo control se dió que un 20% pasó de conocimientos deficientes a conocimientos regulares.

CUADRO No.2 ÍNDICE DE CONOCIMIENTOS DE LAS ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD												
GRUPO	BASAL						SEGUIMIENTO					
	ADECUADO		REGULAR		BAJO		ADECUADO		REGULAR		BAJO	
	18.5 a 16.5 puntos		16 a 14.5 puntos		14 o menos		18.5 a 16.5 puntos		16 a 14.5 puntos		14 o menos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
INTERVENCIÓN	0	0%	0	0%	18	100%	6	33.34%	7	38.88%	5	27.78%
CONTROL	0	0%	0	0%	5	100%	0	0%	1	20%	4	80%

Respecto al índice de conocimientos de las técnicas de antropometría en el grupo intervención se dio que un 11.11%, pasó d conocimientos regulares a conocimientos adecuados.

Respecto al grupo control se presentó que un 20% pasó de conocimientos adecuados a conocimientos bajos.

CUADRO No. 3 ÍNDICE DE CONOCIMIENTOS DE LAS TÉCNICAS DE ANTROPOMETRÍA												
GRUPO	BASAL						SEGUIMIENTO					
	ADECUADO		REGULAR		BAJO		ADECUADO		REGULAR		BAJO	
	5 a 4 puntos		3 a 2 puntos		1 punto o menos		5 a 4 puntos		4 a 3 puntos		1 punto o menos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
INTERVENCIÓN	7	38.89%	10	55.56%	1	5.55%	9	50%	8	44.44%	1	5.56%
CONTROL	3	60%	2	40%	0	0%	2	40%	2	40%	1	20%

Los resultados del índice de conocimientos acerca de la orientación alimentaria que debe proporcionarse a un paciente con sobrepeso u obeso se presentó que un 33.34%, pasó de cocimientos bajos a conocimientos regulares.

En el grupo control se presentó que un 100% se quedó con conocimientos bajos.

CUADRO No. 4 ÍNDICE DE CONOCIMIENTOS SOBRE ORIENTACIÓN ALIMENTARIA												
GRUPO	BASAL						SEGUIMIENTO					
	ADECUADOS		REGULAR		BAJO		ADECUADOS		REGULAR		BAJO	
	15.5 a 11.5 puntos		11 a 9.5 puntos		9 puntos o menos		15.5 a 11.5 puntos		11 a 9.5 puntos		9 puntos o menos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
INTERVENCIÓN	0	0%	4	22.22%	14	77.78%	0	0%	10	55.56%	8	44.44%
CONTROL	0	0%	0	0%	5	100%	0	0%	0	0%	5	100%

Los resultados obtenidos en el índice de conocimientos del tratamiento para el paciente con sobrepeso u obeso se presentó que un 27.78% pasó de conocimientos bajos a conocimientos regulares.

En el grupo control se presentó que un 40% pasó de conocimientos bajos a conocimientos regulares y un 20% pasó de conocimientos bajos a conocimientos adecuados.

CUADRO No.5 ÍNDICE DE CONOCIMIENTOS ACERCA DEL TRATAMIENTO PARA EL PACIENTE CON SOBREPESO U OBESO												
GRUPO	BASAL						SEGUIMIENTO					
	ADECUADO		REGULAR		BAJO		ADECUADO		REGULAR		BAJO	
	13 a 11.5 puntos		11 a 8.5 puntos		8 puntos o menos		13 a 11.5 puntos		11 a 8.5 puntos		8 puntos o menos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
INTERVENCIÓN	5	27.77%	7	38.89%	6	33.34%	5	27.78%	12	66.67%	1	5.55%
CONTROL	0	0%	0	0%	5	100%	1	20%	2	40%	2	40%

En el grupo intervención se dio que 22.23% pasó de conocimientos bajos a conocimientos regulares y que un 5.55% pasó de conocimientos regulares a conocimientos adecuados.

Respecto a los resultados obtenidos en el índice de conocimientos sobre los beneficios del ejercicio en el grupo control se dio que 80% pasó de conocimientos bajos a conocimientos regulares.

CUADRO No. 6 ÍNDICE DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS BENEFICIOS DEL EJERCICIO												
GRUPO	BASAL						SEGUIMIENTO					
	ADECUADO		REGULAR		BAJO		ADECUADO		REGULAR		BAJO	
	9.5 a 8 puntos		7.5 a 6 puntos		5.5 puntos o menos		9.5 a 8 puntos		7.5 a 6 puntos		5.5 puntos o menos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
INTERVENCIÓN	2	11.12%	10	55.55%	6	33.33%	3	16.67%	14	77.78%	1	5.55%
CONTROL	0	0%	0	0%	5	100%	0	0%	4	80%	1	20%

Respecto al índice de conocimientos acerca de las medidas de prevención para el sobrepeso y la obesidad en el grupo intervención se presentó que 22.23% pasó de conocimientos regulares a conocimientos adecuados.

En el grupo control se presentó que un 20% pasó de conocimientos adecuados a conocimientos regulares y un 20% paso de conocimientos bajos a conocimientos regulares.

CUADRO No. 7 ÍNDICE DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD												
GRUPO	BASAL						SEGUIMIENTO					
	ADECUADO		REGULAR		BAJO		ADECUADO		REGULAR		BAJO	
	11 a 9 puntos		8 a 6 puntos		5 puntos o menos		11 a 9 puntos		8 a 6 puntos		5 puntos o menos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
INTERVENCIÓN	5	27.78%	12	66.67%	1	5.55%	9	50.01%	8	44.44%	1	5.55%
CONTROL	2	40%	2	40%	1	20%	1	20%	4	80%	0	0%

15.5 Satisfacción de los participantes del curso taller

“...Capacitación adecuada, temas buenos con horario excelente y el lugar adecuado. Me voy muy agradecida y satisfecha por los conocimientos que me permitió reaprender”

“Es bueno y alentador que nos hagan parte de este curso, ya que en la unidad existen todos estos problemas de salud y no sabía cómo apoyar a las personas a que iniciarán un régimen alimenticio y rutina de ejercicio...”

“...Se me hizo un curso muy interesante y dinámico, todo lo expuesto fue muy bien fundamentado y previamente investigado para tener bases para contestar todas nuestras dudas. Fue muy motivante que nos tomaran en cuenta para invitarnos a este curso taller. Me gustaría que se realizarán más cursos así de esta manera...”

“...Gracias por tomar en cuenta al personal joven de oportunidades y seguro popular, ya que muy pocas veces nos invitan a cursos, por lo regular siempre acuden las compañeras de base...”

“...Todo el curso estuvo muy interesante, cumplió los objetivos y las explicaciones que se tenían, los temas muy interesantes y buenos para ponerlos a la práctica...”

“...Pues a mí me pareció excelente la capacitación porque aprendí cosas tan sencillas pero que desconocía y algunas otras de mucha importancia...”

“...Me gusto ya que es un tema bastante interesante, hay muchos detalles que en lo personal ignoraba, ahora sé que es muy fácil detectar a un paciente con sobrepeso u obesidad antes de que sea tarde, podemos prevenir enfermedades crónicas. Las ponencias me agradaron ya que fueron muy dinámicas y divertidas...”

“...El curso estuvo muy bien organizado. Mi opinión es que nos inviten más seguido a cursos para capacitarnos y corregir algunos errores que tenemos y reafirmemos conocimientos...”

“...El curso me pareció en lo personal muy ameno y entendible, no fue en horario pesado, ya que fue muy dinámico y el trabajar en equipo con diferentes compañeras me permitió conocerlas más y hacer algunas amistades, creo que debería haber más cursos de este tipo ya que así como hoy nos motiva mucho para ayudar y orientar a nuestra población...”

“...Muy bueno súper excelente, creo que se cumplieron los objetivos de aprendizaje. Buenísimas ponencias muy bien organizado me gusto mucho el mecanismo que se utilizó para la realización del curso muy dinámico. Lugar cómodo, buen horario, ambiente muy agradable...”

“...Si me gusto mucho ya que aprendí muchas cosas que desconocía y retomé cosas que dejamos de hacer y que ahora me di cuenta que son muy importantes para la salud. Todos los temas se me hicieron muy interesantes y de gran interés, me gusto como nos explicaron estuvieron muy entendibles, además de que fueron muy dinámicas y me gustaría que nos siguieran capacitando de esta manera...”

“...Me pareció bien el curso, coordinado con temas interesantes, sin embargo si me gustaría que se aplicará a más personas para que haya una buena comunicación entre los compañeros...”

“...Si, el curso estuvo muy interesante, se cumplieron con los objetivos aparte en realidad se hizo muy corto ya que tanto la ponente como nosotros participamos mucho ya que se trabajo en equipos. Sugiero que deben de hacer más capacitaciones con estas dinámicas...”

16. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de realizar capacitaciones teórico prácticas constantes ya que es la forma de garantizar y mantener actualizado al personal de enfermería, lo cual le permitirá brindar un servicio integral y eficiente a los pacientes portadores no solo del sobrepeso y la obesidad.

Es necesario que las actividades educativas deban verse como una transformación, en la que se pierde o se gana. Sin educación la competencia decrece progresivamente e irremediablemente como consecuencia de una dinámica influenciada por varios factores como la incongruencia de la educación inicial con los perfiles epidemiológicos del entorno, la inevitable tasa de olvido de los conocimientos y el rápido cambio en los contextos de trabajo.

Por último es importante reconocer que el personal de enfermería tiene un papel fundamental en la prevención del sobrepeso y obesidad, dada su cercanía con la gente (lo que permite detectar y actuar de manera directa en los casos que así se requiere). Para ello, es necesario que este tipo de personal sea capacitado en la detección y prevención del sobrepeso y la obesidad y se le sensibilice en torno a dicha problemática.

Con ello el personal de enfermería se encontrará en las condiciones adecuadas para orientar a los pacientes con sobrepeso y con obesidad, lo que sin duda fortalecerá y dará solidez a la atención de este grave problema de salud pública.

17. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA INTERVENCIÓN

Incluir en la capacitación temas de la alimentación que debe tener un paciente diabetes e hipertenso, ya que es importante que el personal de enfermería obtenga conocimientos para que pueda proporcionar a la población con estos padecimientos la alimentación que le ayudará a mejorar los hábitos alimentarios y disminuir el exceso de peso si este existiera. Así mismo otorgar un guía para la preparación de alimentos saludables.

Retomar con el personal de enfermería el tema de las técnicas de antropometría aplicada a los diferentes grupos etarios, porque esta es la base para realizar una adecuada evaluación del paciente y establecer medidas de prevención o realizar oportunamente la referencia del paciente a otro nivel de atención.

Incluir aspectos psicológicos que presente el paciente con sobrepeso u obesidad, ya que este aspecto permitirá al personal de enfermería entender mejor el entorno del paciente, el por qué le es difícil establecer un plan alimenticio saludable.

También es importante incluir temas relacionados con el apego del tratamiento para el paciente obeso.

Por último se debe reforzar los tipos de actividad física ligera, moderada y vigorosa y también proporcionar un manual que contenga diferentes actividades físicas.

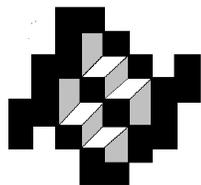
18. REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud Acuerdo Nacional contra el sobrepeso y la obesidad. México, 2010.
2. Pop Kin BM. The nutrition transition in low – income countries: an emerging crisis. *Nutrition Reviews* 1994; 52: 285-298.
3. Drewposki A, Pop Kin BM. The nutrition transition: new trends in global diet. *Nutr Rev.* FALTA EL AÑO 55:31-43.
4. Rivera J A. Barquera S. Campirano F, Campos I, Epidemiological and nutritional transtition in Mexico; rapid increase of non – communicable chronic disease and obesity. *Public Health Nutr* 2002; 5:113-122.
5. Ortiz Hernández L. Delgado Sánchez G, Hernández Briones A. Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricia en México, *Gaceta medica.* México 2006:142
6. Programa Nacional de Salud 2001 – 2006
7. French BM, Story M, Jeffery RW. Environmental influences on esting and physical activity. *Ann Rev Public Health* 2001; 22:309-335
8. Departamento de Información en salud, de los Servicios de Salud de Michoacán.
9. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Resultados por entidad Federativa Michoacán. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud.
10. Estadísticas De Los Servicios De Salud De Morelos, Jurisdicción Sanitaria No. 3
11. Registro Civil De Yautepec
12. 13,14 . ENSANUt 2006 Michoacán
15. Departamento Estatal de Epidemiología de los Servicios de Salud de Michoacán.
16. ENSANUT 2006 Michoacán
17. La Obesidad Y El Síndrome Metabólico Como Problemas De Salud Pública. Una Reflexión Mex. V. 50 No. 6
18. Furze G, Pearcey P. Continuing education in nursing: a review of the Literature *J adv Nurs* 1999; 29
19. Hernández Muñoz A y K García Aguiluz. Factores Motivacionales en el personal de enfermería que influyen en la asistencia a cursos de educación continúa. *Revista de enfermería del IMSS* 2007; 15 (3): 125 – 128.
20. Carvajal Hermida E. Gestión en educación de enfermería. Un reto permanente. México 2006; 9
21. Carvajal Hermida E. Gestión en educación de enfermería. Un reto permanente. México 2006; 9

22. Girau Rodríguez D. Importancia del entrenamiento en urgencias cardiológicas al personal de enfermería en formación. Hospital General Universitario Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" Cienfuegos.
23. Popkin B M et al A. review of dietary and environmental correlates of obesity with emphasis on developing countries. Obesity research Vol. 3 (suppl 2)
24. Dietz W H. Gortmaker S L. Dowe fattens our children at the television set. Obesity and television viewing in children and adolescents Pediatric Vol. 75
25. Westerterp KR Goran MI: Relationship between physical activity related energy expenditure and body composition: a gender difference. Int J. Obes Relat Metabo Disord Vol. 21
26. Gaceta Medica México Volumen 140, Suplemento No. 2; 2004
27. Gaceta Medica México Volumen 140, Suplemento No. 2; 2004
28. Berber A. Gómez Santos R. Fanghänel G. Sánchez Reyes L. Antropometric index in the prediction of type 2 diabetes mellitus hypertension and dyslipidemia in Mexican population. Internacional J. Abesity 2001
29. Lean MEJ. Han TS. Morrison CE. Waist Circumference as a measure for indicating need for weight management. Br. Med J. 311
30. Lean MEJ. Han TS. Morrison CE. Waist Circumference as a measure for indicating need for weight management. Br. Med J. 311
31. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.
32. Secretaría de Salud Manual Prevención, Promoción de la Salud y Tratamiento de la Obesidad. México, 2003
33. Mendoza Flores M. Corona Y. García Urbina M Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. Rev. Perinatal y Reproducción Humana vol. 20 No. 4 México 2006
34. Hernández Garduño A. Ruiz L. Capacitación sobre lactancia materna al personal de enfermería del Hospital General de México. Rev. Salud Pública vol. 42 No. 2 Cuernavaca Morelos 2000.
35. Méndez Morales E. Importancia de la detección de necesidades de capacitación y formación de la CCSS. Rev. De Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. Vol. 10 No. 2 Costa Rica 2002.
36. Barquera S. Tolentino L y Rivera Dommars J. Sobrepeso y Obesidad: Epidemiología, evaluación y tratamiento. Organización FAO 2006.
37. Barquera Simón. Análisis crítico de la mala nutrición durante las últimas décadas en México. Simposio XI Organización FAO, Salud Pública de México, vol. 49 edición especial.
38. Fogelman Y. Vinker S. Lachetr J Biderman A. Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. In jobs 2002; 26: 1393 – 1397.
39. Franc E. Rothenberg R, Lewis C. Beladoff. Correlates of physicians prevention – related practices. Arch Fam Med. 2000; 9:359 – 366.

40. Norma Oficial Mexicana NOM 031-SSA-1993 Para la atención a la salud del niño.
41. Norma Oficial Mexicana NOM 174-SSA-1998 Para el manejo integral de la obesidad.
42. Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y el recién nacido.
43. Carrillo J. Juan. Aprendiendo a Comer Bien, Silanes México 2004
44. Nueva cocina familiar, hogar y familia. Ed. Nauta Barcelona 2002
45. Nueva cocina dietética y de régimen Ed. Nautica, Barcelona 2002
46. Secretaria de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Manual: Cómo mejorar en la escuela la alimentación de niñas, niños y las y los adolescentes. México 2000.
47. Instituto Nacional de Ciencias Médicas de la Nutrición Salvador Zubiran. Fomento de nutrición y salud. Menú familiar para comer sanamente. Cuadernos de nutrición. México 2005.
48. Wyndhan Read. Lucy. Ejercita en casa Edt. Marabout. México 2007
49. Plan Nacional de Salud 2007 – 2012
50. Wadden T.A. Butryn M.L. Bymo KJ Efficacy of lifestyle modification for long term weight control obesity Research 2004 12:1515 – 1625
51. Sociedad Argentina de Nutrición. Charlas para la comunidad. Sobrepeso – Obesidad El desafío de aprender a comer sin prohibiciones.
52. Clausi Karina. Rappetti Hugo. Costos de la atención médica derivados del sobrepeso y la obesidad. México 2002.
53. Muñoz Ibarra. Carranza Madrigal Jaime. Perfil alimentario de una población rural de Michoacán y su asociación con obesidad, diabetes e hipertensión. Revista médica, México 2001 Vol. 26 24 – 30.
54. Villa R. Antonio. Escobedo H Michelle. Méndez Sánchez Nahum. Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. Gaceta médico, México 2004 Vol. 140; 21 – 25.
55. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de información para decisiones en salud. Práctica médica efectiva Obesidad en el adulto. México 2003 Vol. 5 No. 2.
56. Pérez Noriega Erika. Morales Espinoza María De Lourdes. Grajales Alonso Ignacio. Panorama Epidemiológico de la obesidad en México, Revista mexicana Enfermería Cardiológica, México 2006 Vol. 14 No. 2, 62 – 64.
57. Gómez Dantes Héctor. Vázquez Martínez José Luis. Fernández Canton. Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS, Revista médica del IMSS México 2004 Vol. 42 (3): 239 – 254.

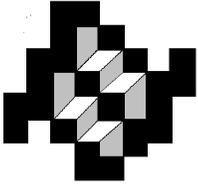
58. Vega Franco Leopoldo. Iñarritu Maricarmen. Importancia del desayuno en la nutrición y el rendimiento del niño escolar, Boletín médico del Hospital Infantil de México 2000 Vol. 57 No. 12: 714 – 721.
59. Fernández García Victoria. Isabel Hernández Tezoquipa. Promoción de la actividad física. Boletín de información científica para el cuidado en enfermería, Instituto Nacional de Salud Pública. México 2007.



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN

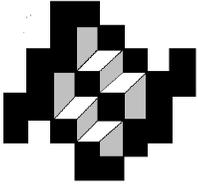
Anexo No. 1

VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
Índice de conocimientos acerca del concepto y aspectos epidemiológicos del sobrepeso y la obesidad.	<p>Conocimientos generales acerca del sobrepeso y la obesidad.</p> <p>Fueron medidos a través de las siguientes preguntas en el pre y post cuestionario:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Desde el punto de vista médico como se define a la obesidad?2. ¿Cuál es el panorama epidemiológico de la obesidad en México?3. La obesidad se asocia a:4. ¿La obesidad androide o abdominal se asocia a un mayor riesgo de padecer?5. ¿La obesidad ginecoide o periférica se asocia a un mayor riesgo de padecer?6. El síndrome metabólico se debe a la asociación de la obesidad con:7. Cuando la alimentación del niño (a) se da en exceso, no es equilibrada, en cuanto a los nutrientes que necesita, y de acuerdo con su actividad física se presenta:8. ¿La obesidad infantil es un factor de riesgo para padecer en la edad adulta?9. ¿El aumento de peso excesivo durante el embarazo aumenta el riesgo de presentar en etapas posteriores?	<p>Adecuado: 9 – 8 puntos.</p> <p>Regular: 7.5 – 6 puntos.</p> <p>Deficiente: 5.5 o menos</p>



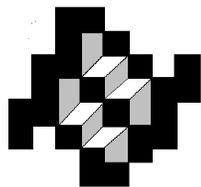
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
Índice de conocimientos de la Norma Oficial Mexicana No. 174 Para la atención de la obesidad.	<p>Conocimientos sobre las acciones a realizar, las cuales están establecidas por la Norma Oficial Mexicana No. 174 La atención de la obesidad.</p> <p>Fueron medidos a través de las siguientes preguntas en el pre y post cuestionario:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Cuáles son los índices que establece la Norma Oficial Mexicana para realizar el diagnóstico de la obesidad?2. ¿Cuáles son los aspectos que solicita la Norma Oficial Mexicana para establecer el manejo del paciente obeso?3. ¿Cómo indica la Norma Oficial Mexicana que debe ser la dieta del paciente obeso?4. ¿Cuántos kilogramos recomienda la Norma Oficial Mexicana bajar de peso a la semana?5. ¿Cuál es el número que le corresponde a la Norma Oficial Mexicana para la obesidad?6. Según la Norma Oficial Mexicana, ¿Cuándo y cómo indicar el tratamiento farmacológico para una persona obesa?7. El tratamiento quirúrgico está indicado exclusivamente en los pacientes con:	<p>Adecuado: 18.5 – 16.5 puntos.</p> <p>Regular: 16 – 14.5 puntos.</p> <p>Deficiente: 14 o menos.</p>



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN

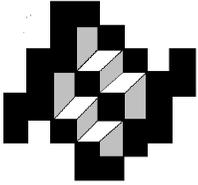
VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
<p>Índice de conocimientos de las actividades de evaluación para el sobrepeso y la obesidad.</p>	<p>Conocimientos de las actividades que se realizan durante la evaluación de un paciente con sobrepeso u obesidad.</p> <p>Fueron medidos a través de las siguientes preguntas en el pre y post cuestionario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es uno de los objetivos en la evaluación inicial de la obesidad? 2. ¿Cuándo una persona presenta un incremento en el índice de masa corporal tiene el riesgo de padecer? 3. ¿Cuándo se realiza la evaluación del paciente con sobrepeso u obeso, el peso corporal se recomienda medir? 4. ¿Para qué se utiliza el índice de Quetelet? 5. ¿Cuál es la fórmula para calcular el índice de masa corporal? 6. ¿Qué evalúa el índice de cintura cadera? 7. ¿Cuál es la fórmula para calcular el índice de cintura cadera? 8. ¿Qué evalúa la circunferencia de cintura? 9. La circunferencia de la cintura es una determinación muy sencilla para valorar la distribución de la grasa y según su tipo de distribución se distinguen los siguientes tipos: 10. ¿Qué se debe evaluar en los aspectos de la dimensión psicosocial? 11. Las personas sedentarias tienen mayor riesgo de: 12. Antes de comenzar un programa de pérdida de peso, los pacientes deben ser evaluados en relación a: 13. ¿La evaluación de estado de riesgo del paciente es útil para? 	<p>Adecuado: 18.5 – 16.5 puntos.</p> <p>Regular: 16 – 14.5 puntos.</p> <p>Deficiente: 14 o menos.</p>



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN

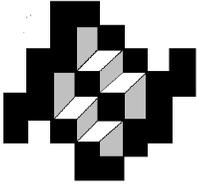
VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
Índice de conocimientos de las técnicas de antropometría.	<p>Conocimientos de la medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.</p> <p>Fueron medidos a través de las siguientes preguntas en el pre y post cuestionario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El peso corporal es una medida global de: 2. ¿Cómo se debe medir la talla del paciente? 3. ¿Cuál es la técnica correcta para medir la circunferencia de la cintura? 	<p>Adecuado: 5- 4 puntos.</p> <p>Regular: 3 – 2 puntos.</p> <p>Deficiente: 1 o menos.</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
Índice de conocimientos sobre orientación alimentaria.	<p>Conocimientos del conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, sobre las características de la alimentación y los alimentos para favorecer una alimentación correcta.</p> <p>Fueron medidos a través de las siguientes preguntas en el pre y post cuestionario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es la valoración nutricia? 2. ¿En qué consiste el plan de cuidado nutricional? 3. De acuerdo al plato del buen comer ¿Cómo debe ser la alimentación? 4. ¿Cuáles son las raciones adecuadas de cereales que debe consumir diario una persona? 5. ¿Cuáles son las raciones adecuadas de frutas y verduras que debe consumir diario una persona? 6. ¿Cuáles son las raciones adecuadas de lácteos que debe consumir diario una persona? 	<p>Adecuado: 15.5 puntos.</p> <p>Regular: 11 a 9.5 puntos.</p> <p>Deficiente: 9 o menos.</p>



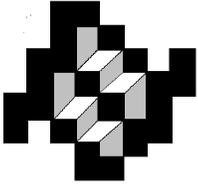
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
	<p>7. ¿Cuáles son las raciones adecuadas de carnes y proteínas que debe consumir diario una persona?</p> <p>8. ¿Con dietas muy bajas en calorías se pierde?</p> <p>9. ¿Cuáles son los carbohidratos simples?</p> <p>10. El consumo máximo recomendado de carbohidratos simples es de:</p> <p>11. ¿Cuáles son los carbohidratos complejos?</p> <p>12. ¿Cuál es el consumo máximo recomendado de carbohidratos complejos?</p> <p>13. ¿En donde se encuentra la fibra soluble?</p> <p>14. La fibra soluble es útil para:</p> <p>15. ¿En donde se encuentra la fibra insoluble?</p> <p>16. La fibra insoluble es útil para:</p> <p>17. ¿Cuánta fibra se recomienda consumir diariamente?</p> <p>18. Se recomienda un consumo de grasa de la siguiente forma:</p> <p>19. El consumo de proteínas es útil para:</p> <p>20. ¿Cuánto es para usted una ración de los siguientes ejemplos de frutas?</p> <p>21. ¿Cuánto es para usted una ración de los siguientes ejemplos de verduras?</p> <p>22. ¿El desayunar ayuda a activar el metabolismo?</p> <p>23. ¿Qué beneficios le deja tomar agua?</p> <p>24. ¿Cuáles son los bocadillos saludables?</p> <p>25. ¿Cuál es el mejor horario para consumir los alimentos?</p> <p>26. ¿Las colaciones cuantas calorías deben de contener?</p>	



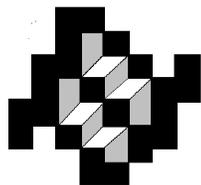
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
<p>Índice de conocimientos acerca del tratamiento para el paciente con sobrepeso u obeso.</p>	<p>Conocimientos del tratamiento estandarizado, cantidad y tiempo para cualquier tipo de paciente considerando en forma individual (edad, sexo, grado de sobrepeso u obesidad, causas, patologías asociadas).</p> <p>Fueron medidos a través de las siguientes preguntas en el pre y post cuestionario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿El tratamiento del paciente obeso deberá contemplar? 2. ¿Cómo se establece un plan alimentario en el tratamiento de un paciente con sobrepeso u obeso? 3. ¿Cómo se establece un plan de actividad física en el tratamiento del paciente con sobrepeso u obeso? 4. ¿En qué caso es necesario solicitar al apoyo de un nutriólogo para tratar la obesidad? 5. El tratamiento de la obesidad debe aplicarse en base a: 6. ¿Los planes alimentarios para bajar de peso en un adulto sano deben proveer entre? 7. El consumo del agua deberá ser de acuerdo a: 8. Una reducción mínima en la ingesta de carbohidratos es recomendable en niños con sobrepeso u obesidad a partir de: 9. ¿Cuándo refiere a un paciente con el nutriólogo? 10. ¿Cuál es el procedimiento para realizar la referencia del paciente obeso con el nutriólogo? 11. ¿Cuál es la mejor dieta que puede recomendar a los pacientes? 12. Para mantener un mejor metabolismo en pacientes que requieren bajar de peso, se recomienda: 13. ¿Cuál es el mejor plan de ejercicios para un adulto sano que desea bajar de peso? 	<p>Adecuado: 13 – 11.5 puntos. Regular: 11 – 8.5 puntos. Deficiente: 8 o menos.</p>



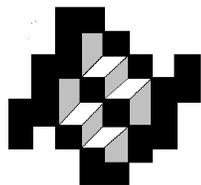
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
<p>Índice de conocimientos sobre los beneficios del ejercicio.</p>	<p>El ejercicio en la vida diaria produce considerables beneficios tanto físicos como psicológicos para la salud del ser humano.</p> <p>Fueron medidos a través de las siguientes preguntas en el pre y post cuestionario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El ejercicio intenso, así como el ejercicio de baja intensidad, pero de larga duración suprime: 2. ¿Cómo se define a la actividad física? 3. ¿Cómo se define al ejercicio? 4. ¿Existe diferencia entre el ejercicio y la actividad física? 5. ¿Cuál es el tipo de ejercicio indicado para perder peso? 6. ¿Cuántos minutos de ejercicio se recomienda para perder peso? 7. ¿Los objetivos del ejercicio son? 8. El realizar ejercicio adecuado para la edad y estado de salud del paciente le ayudara a: 9. ¿Cuáles son los ejercicios de calentamiento de la cabeza? 10. ¿Cuáles son los ejercicios de calentamiento de los brazos? 11. ¿Cuáles son los ejercicios de calentamiento de las piernas? 12. ¿Cuáles son los ejercicios de calentamiento de los hombros? 13. ¿Cuáles son los ejercicios de calentamiento del tronco y la cintura? 14. ¿Cuáles son los ejercicios de calentamiento de los pies? 15. ¿Cuáles son los beneficios de la caminata vigorosa? 	<p>Adecuado: 9.5 – 8 puntos.</p> <p>Regular: 7.5 – 6 puntos.</p> <p>Deficiente: 5.5 o menos.</p>



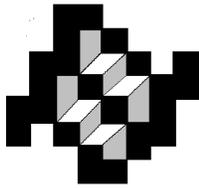
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
<p>Índice de conocimientos acerca de las medidas de prevención del sobrepeso y la obesidad.</p>	<p>Acciones encaminadas para evitar que se produzca la enfermedad, facilitar la detección temprana, facilitar el tratamiento y aminorar el daño.</p> <p>Fueron medidos a través de las siguientes preguntas en el pre y post cuestionario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En el primer año de vida del niño (a) sano (a) ¿Cuándo establece la NOM 031, realizar la vigilancia del crecimiento y desarrollo? 2. Del primer año a los cuatro años de vida del niño (a) sano (a) ¿Cuándo establece la NOM 031, realizar la vigilancia del crecimiento y desarrollo? 3. Del quinto año a los nueve años de vida del niño (a) sano (a) ¿Cuándo establece la NOM 031, realizar la vigilancia del crecimiento y desarrollo? 4. ¿Cuándo establece la NOM 031, realizar la vigilancia del crecimiento y desarrollo del adolescente sano? 5. ¿Qué actividades debe realizar el personal de enfermería durante la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño (a) sano (a) 6. ¿Qué medidas preventivas se pueden recomendar para alcanzar y mantener el rango de peso saludable? 7. ¿Cuántos kilogramos debe aumentar la mujer durante todo el embarazo? 8. Si al iniciar el embarazo, la mujer tiene sobrepeso ¿Cuántos kilogramos debe aumentar? 	<p>Adecuado: 11 – 9 puntos. Regular: 7.5 – a 6 puntos. Deficiente: 5 o menos.</p>



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN

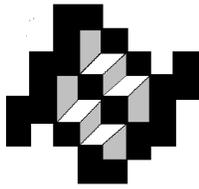
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
Edad	Tiempo que ha vivido las enfermeras o enfermeros	Años cumplidos
Sexo	Condición orgánica, masculino o femenino	Femenino Masculino
Escolaridad	Acumulación de enseñanzas adquiridas	Primaria Secundaria Carrera Técnica Preparatoria o bachillerato Licenciatura
Estudios posteriores	Conjunto de estudios posteriores realizados en un establecimiento docente	Pos técnico Diplomados Especialización Maestría Doctorado Pos doctorado Otros
Escuela donde realizó los estudios de enfermería	Establecimiento público o privado donde adquirió los conocimientos	Escuelas de enfermería del estado.
Año que termino los estudios de enfermería	Tiempo de haber concluidos los estudios de enfermería	Menos de 4 años De 5 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años De 21 a 25 años De 26 a 30 años



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Anexo No. 2

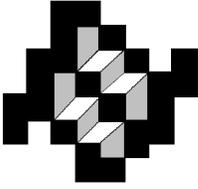
CONCEPTO	2009					2010			2011		
	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE FEB	MAR ABR	MAY DIC	ENE FEB	MAR ABR	MAY
Elaboración del protocolo de investigación											
Elaboración del instrumento de trabajo											
Elaboración y programación del curso taller para el personal de enfermería											
Gestionar permiso con las autoridades correspondientes para realizar curso taller											
Realizar curso taller para el grupo intervención											
Realizar intervención con el grupo control											
Análisis de la información obtenida en la intervención											
Realizar reporte de resultados											
Presentación de los resultados											



PRESUPUESTO DEL PROYECTO

Anexo No. 3

MATERIAL	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
PINCELES DE AGUA PARA ROTAFOLIO	PAQUETE	3	\$34.00	\$102.00
BOLÍGRAFO PUNTO MEDIANO COLOR AZUL	PIEZA	30	\$2.04	\$61.20
CINTA DIUREX DE 18 MM x 65 MTS	ROLLO	5	\$9.43	\$47.15
FOLDER COLOR CREMA T/CARTA	PIEZA	50	\$1.00	\$50.00
HOJAS BLANCAS TAMAÑO CARTA	PAQUETE	5	\$50.00	\$250.00
LÁPIZ PLOMO C/GOMA Nº 2	PIEZA	30	\$3.00	\$90.00
MARCA PUNTA GRUESA NEGRO	PIEZA	30	\$10.00	\$300.00
PAPEL BOND BLANCO T/CARTA 36 KGS C/500	PAQUETE	5	\$56.00	\$280.00
TARJETA BRISTOL 3 x 5 C/100	PAQUETE	2	\$6.33	\$12.66
Hoja de ROTAFOLIO DE 80X70 CM	PIEZA	100	\$10.00	\$1,000.00
COPIAS	PIEZA	10,000	.20	\$2,000.00
POSTIS DE COLORES	PIEZA	5	\$10.00	\$50.00
ENGARGOLADOS	PIEZA	30	\$20.00	\$600.00
ILUSTRACIONES DE ALIMENTOS	PIEZA	100	\$10.00	\$1000.00
CINTA METRICA PLASTIFICADA	PIEZA	30	\$5.00	\$150.00
PAPEL LUSTRE DE COLORES	PIEZA	10	\$2.00	\$20.00
PEGAMENTO ADHESIVO	PIEZA	30	\$10.00	\$300.00
TIJERAS PUNTA REDONDA	PIEZA	30	\$5.00	\$150.00
COFFE BREAK	PERSONA	30	\$50.00	\$1500.00
PLATOS DESECHABLES	PAQUETE	4	\$25.00	\$100.00
VASOS DESECHABLES	PAQUETE	4	\$20.00	\$80.00
CUCHARAS DESECHABLES	PAQUETE	5	\$18.00	\$90.00
SERVILLETAS DESECHABLES	PAQUETE	2	\$24.00	\$48.00
			TOTAL	\$8,281.01



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación
titulado _____

El objetivo del estudio es :

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Declaro que se me ha informado oportunamente sobre las posibles molestias inconvenientes y beneficios
derivados de mi participación en el estudio que son:

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y a aclarar cualquier duda que le
plantee acerca de los riesgos y los beneficios y cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente
sin que ello afecte mi trabajo.

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que
deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial

Nombre y firma del paciente

Nombre firma y matricula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

Testigos

Nombre y firma

RESPECTO A LAS PERSONAS

De acuerdo al Artículo 13, párrafo primero del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor; "En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y su bienestar".

Nombre y firma

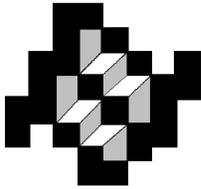
OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el Artículo 42, párrafo primero de la Ley de Información Estadística y Geografía, en vigor; "Los informantes estarán obligados a proporcionar con veracidad y oportunidad los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y a prestar el auxilio y cooperación que requieran las mismas".

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del Artículo 16, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor; "En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

En referencia directa el Artículo 38 de la Ley de Información Estadística y Geográfica, en vigor; enuncia "Los datos e informes que los particulares proporcionen para fines estadísticos o provengan de registro administrativo o civiles, serán manejados para efectos de esta Ley, bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio o fuera de él."



Instituto Nacional de Salud Pública

Maestría en Salud Pública

Introducción: El propósito de este cuestionario, es saber el conocimiento que tiene el personal de enfermería en la atención, tratamiento, control y prevención del paciente con sobrepeso y obesidad. La información proporcionada no tendrá ninguna repercusión en el trabajo y es totalmente confidencial.

Instrucciones: Lea detenidamente las preguntas, conteste, marque o circule la respuesta correcta.

I. Datos Generales

Folio: _____ Edad: _____ Sexo: _____

1.- Escolaridad

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Carrera Técnica
- d) Preparatoria o bachillerato
- e) Licenciatura, ¿cuál? _____

2.- ¿Qué estudios posteriores ha realizado?

- a) Pos técnico
- b) Diplomados
- c) Especialización
- d) Maestría
- e) Doctorado
- f) Pos doctorado
- g) Otros, ¿cuál? _____

3.- En que escuela realizó los estudios de enfermería:

4.- En qué año termino los estudios de enfermería:

II. Conocimientos generales del sobrepeso y la obesidad

5.- ¿Desde el punto médico cómo se define a la obesidad? (2) PUNTOS

- a) La obesidad, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo.
- b) Es un estado premórbido. Es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presencia de trastornos que deterioran el estado de salud.
- c) La obesidad, es el estado mórbido de adiposidad, que representa para el paciente un conjunto de factores de riesgo para su salud.
- d) La obesidad es la presencia de tejido adiposo en el organismo y así mismo la aparición de enfermedades crónicas degenerativas, que conllevan a una serie de complicaciones.

6.- ¿Cuál es el panorama epidemiológico de la obesidad en México? (1) PUNTO

- a) La mortalidad por enfermedades crónicas ocasionadas por la obesidad es un factor de riesgo que ha aumentado significativamente en los últimos años.

- b) El país ocupa el segundo lugar a nivel mundial en obesidad.
- c) Aproximadamente 24% de los adultos a partir de los 20 años de edad tienen obesidad, con mayor prevalencia en las mujeres (28.1%) que en los hombres (18.6%). Su prevalencia se ha incrementado alrededor de 167% en los últimos 11 años.
- d) Todas las anteriores son correctas.

7.- La obesidad se asocia a: (1) PUNTO

- a) Sedentarismo y malos hábitos alimenticios, herencia genética y edad.
- b) Por el estrés laboral
- c) Elevada ingesta de alimentos y consumo de refresco
- d) Todas las anteriores son correctas.

8.- ¿La obesidad androide o abdominal se asocia a un mayor riesgo de padecer? (1) PUNTOS

- a) Resistencia a la insulina, hiperinsulinemia, intolerancia a la glucosa y diabetes tipo II
- b) Aterosclerosis, isquemia o infarto del miocardio y hipertensión arterial
- c) Trastornos menstruales y muerte prematura
- d) Todas son correctas

9.- ¿La obesidad ginecoide o periférica se asocia a un mayor riesgo de padecer? (1) PUNTOS

- a) Insuficiencia venosa en extremidades inferiores y artrosis de rodilla
- b) Depresión y cáncer de mama
- c) Infertilidad e intolerancia a la insulina
- d) Incontinencia urinaria y dolor de espalda.

10.- ¿Cuál es uno de los objetivos en la evaluación inicial de la obesidad? (1) PUNTOS

- a) Identificar factores de riesgo que tiene el paciente, identificar qué tipo de tratamiento médico necesita, el plan alimenticio y plan de ejercicios.
- b) Aspectos personales, antecedentes familiares, tabaquismo y enfermedad cardíaca coronaria.
- c) La edad de inicio de la obesidad, la alimentación diaria e índice de masa corporal.
- d) Hábitos dietéticos y actividad física

11.- ¿El síndrome metabólico se debe a la asociación de la obesidad con? (0.5) PUNTO

- a) Hipertrigliceridemia e intolerancia a la glucosa
- b) Hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, incremento de LDL, disminución de HDL, intolerancia a la glucosa e hiperinsulinemia.
- c) Isquemia o infarto del miocardio, trastornos menstruales, aterosclerosis y resistencia a la insulina.

12.- ¿Cuándo una persona presenta un incremento en el índice de masa corporal tiene el riesgo de padecer? (1) PUNTO

- a) Diabetes
- b) Hipertensión arterial, accidente vascular cerebral, osteoartritis y apnea del sueño
- c) Infarto agudo al miocardio
- d) Accidente cerebro vascular

13.- ¿Cuáles son los índices que establece la Norma Oficial Mexicana para realizar el diagnóstico de la obesidad? (3) PUNTOS

- a) El índice de masa corporal (IMC)
- b) El índice cintura cadera (ICC)
- c) La circunferencia de cintura (CC)
- d) Todas las anteriores con correctas.

14.- ¿Cuáles son los aspectos que solicita la Norma Oficial Mexicana para establecer el manejo del paciente obeso? (3) PUNTOS

- a) Antecedentes familiares de obesidad y de otras enfermedades crónicas degenerativas.
- b) Antecedentes personales de sobre peso y sus variaciones, así como de otras enfermedades asociadas.
- c) Evaluación de estilos de vida y la exploración física.
- d) Todas las anteriores son correctas

15.- ¿Cómo indica la Norma Oficial Mexicana que debe ser la dieta del paciente obeso? (3) PUNTOS

- a) Individualizada y atendiendo a las circunstancias especiales de cada paciente.
- b) Una alimentación sin carbohidratos y alta en consumo de frutas y verduras.
- c) Una dieta que contenga verduras, frutas, leguminosas, alimentos de origen animal y cereales.
- d) A y c son correctas.

16.- ¿Cuántos kilogramos recomienda la Norma Oficial Mexicana bajar de peso a la semana? (3) PUNTOS

- a) 2 kilogramos
- b) 500 gramos
- c) 1 kilogramo
- d) 3 kilogramos

17.- ¿Cual es el número que le corresponde a la Norma Oficial Mexicana para la obesidad? (3) PUNTOS

- a) Norma Oficial Mexicana No. 168
- b) Norma Oficial Mexicana No. 15
- c) Norma Oficial Mexicana No. 174
- d) Norma Oficial Mexicana No. 031
- e) No se

18.- ¿El peso corporal es una medida global de? (1) PUNTO

- a) La composición del cuerpo
- b) El índice de masa corporal
- c) La composición de la grasa corporal
- d) La composición de la grasa abdominal

19.- ¿Cuándo se realiza la evaluación del paciente con sobrepeso u obeso, el peso corporal se recomienda medir? (2) PUNTOS

- a) Durante la mañana, en estado de ayuno, posterior a la evacuación de la vejiga urinaria y con bata.
- b) A cualquier hora del día
- c) En la misma bascula que se ha pesado anteriormente y con ropa estandarizada

- d) Dos horas después de haber ingerido cualquier alimento y posterior a la evacuación de la vejiga urinaria.

20.- ¿Cómo se debe medir la talla del paciente? (2) PUNTOS

- a) El sujeto debe estar descalzo (sin calcetines ni zapatos), vistiendo una mínima cantidad de ropa (con el objeto de poder observar la posición del cuerpo), parado sobre una superficie firme y plana que forme un ángulo recto con la barra vertical del estadímetro, de tal forma que el peso del sujeto esté distribuido sobre ambos pies; la cabeza debe estar posicionada en el plano Frankfurt horizontal (viendo directamente hacia el frente, con el bode orbitario inferior en el mismo plano horizontal que el conducto auditivo externo). Los brazos deberán colgar libremente a los lados del tronco con la palma de las manos colocadas hacia la parte lateral externa del muslo. Los talones deben estar juntos tocando ambos la base de la barra vertical del estadímetro con los bordes internos medios de los pies formando una ángulo de 60°, los glúteos y las escapulas deben estar en contacto con la barra vertical.
- b) El sujeto debe estar descalzo, vistiendo una mínima de ropa, parado sobre una superficie plana, la cabeza debe estar derecha. Los brazos deben colgar al lado de los muslos. Los talones deben estar juntos pegados a la pared, así como los glúteos y las escapulas.
- c) El sujeto debe estar descalzo, parado sobre la superficie del estadímetro, de tal forma que el peso del sujeto esté distribuido sobre ambos pies; la cabeza de frente hacia la pared. Los brazos deberán colgar a los lados, con las palmas de las manos hacia la parte externa del muslo. Los talones deben estar ligeramente separados, los glúteos y los hombros deben estar derechos y el paciente vistiendo un mínimo de ropa para verificar una posición correcta.

21.- ¿Para qué se utiliza el índice de quetelet? (1) PUNTOS

- a) Para realizar la evaluación clínica
- b) Para realizar la evaluación de sobrepeso y obesidad
- c) Valoración del estado nutricional
- d) Valoración del exceso de grasa en el cuerpo
- e) No se

22.- ¿Cuál es la fórmula para calcular el índice de masa corporal? (2) PUNTOS

El peso corporal entre la estatura al cuadrado

23.- ¿Que evalúa el índice de cintura cadera? (2) PUNTOS

- a) El estado nutricional
- b) El grado de obesidad
- c) La distribución del tejido adiposo
- d) El riesgo de las co-morbilidades

24.- ¿Cuál es la fórmula para calcular el índice de cintura cadera? (2) PUNTOS

Se obtiene al dividir en centímetros la circunferencia de la cintura entre la circunferencia de la cadera.

25.- ¿Qué evalúa la circunferencia de cintura? (2) PUNTOS

El riesgo epidemiológico

El riesgo a desarrollar afecciones cardiacas

El riesgo de las alteraciones óseas y articulaciones

El riesgo de las co-morbilidades más frecuentes asociadas a la obesidad

26.- ¿Cuál es la técnica correcta para medir la circunferencia de la cintura? (2) PUNTOS

- a) Con la cintura descubierta y parado con los pies juntos, los brazos a los lados y el abdomen relajado. Colocar la cinta métrica alrededor de la cintura al nivel del ombligo, sin presionar, se pide que el paciente realice una inspiración profunda y al momento de sacar el aire, tome la medida en centímetros.
- b) Con la cintura cubierta con una bata y parado con los pies juntos, los brazos sobre la nuca y el abdomen relajado. Colocar la cinta métrica por arriba del ombligo, sin presionar.
- c) Con la cintura descubierta, los brazos a los lados y el abdomen contraído. Colocar la cinta métrica alrededor de la cintura al nivel del ombligo, sin presionar, se pide al paciente realice una inspiración profunda y se toma la medida en centímetros.
- d) Con la cintura descubierta y sentado en forma derecha y los brazos a los lados y el abdomen relajado. Se coloca la cinta métrica alrededor de la cintura a nivel del ombligo, sin presionar, se mide en centímetros.

27.- La circunferencia de la cintura es una determinación muy sencilla para valorar la distribución de la grasa y según su tipo de distribución se distinguen los siguientes tipos: (2) PUNTOS

- a) Obesidad androide, central o abdominal y obesidad ginecoide o periférica
- b) Obesidad corporal y obesidad androide
- c) Obesidad ginecoide y obesidad grado III
- d) Obesidad central y obesidad grado II

28.- ¿El tratamiento para el paciente obeso deberá contemplar? (2) PUNTOS

- a) Previa evaluación del estado de nutrición con base en indicadores clínicos, dietéticos, antropométricos incluyendo: índice de masa corporal, índice de cintura cadera, circunferencia de cintura y pruebas de laboratorio. Aspectos de la dimensión psicosocial.
- b) Previa evaluación, la cual requiere determinar el grado de obesidad y estado de riesgo absoluto del paciente.
- c) Previa evaluación para el cálculo del requerimiento energético individual a través de sus diversos componentes.
- d) Analizar los factores de riesgo y valorados individualmente antes de iniciar el tratamiento.

29.- ¿Qué se debe evaluar en los aspectos de la dimensión psicosocial? (1) PUNTO

- a) Aspectos sobre la percepción que el paciente tiene de su imagen corporal (cómo percibe su peso, cuánto le gustaría pesar y cuál cree que es su peso ideal).
- b) Su motivación para iniciar el tratamiento adecuado
- c) Su grado de comprensión, sobre las diferentes causas del problema
- d) La posibilidad de apoyo familiar y del entorno social
- e) Todas son correctas

30.- ¿Cómo se establece un plan alimentario en el tratamiento de un paciente con sobrepeso u obeso? (1) PUNTO

- a) Calcular las calorías, teniendo en cuenta el peso y talla, nivel de actividad física, metabolismo, aspectos psicológicos y el estilo de vida en general.
- b) Comenzar restringiendo el consumo de grasa y azúcares, incluir colaciones para mitigar el hambre entre las comidas principales.

- c) Plan dietético hipocalórico durante 3 meses y hacer evaluaciones durante el proceso del tratamiento.
- d) Planes alimentarios bajos en calorías, entre 1000 y 1200 kcal/24h dependiendo de la grado de obesidad y del paciente y de la disciplina que tenga para modificar su estilo de vida.
- e) Todas son correctas

31.- ¿Cómo se establece un plan de actividad física en el tratamiento del paciente con sobrepeso u obeso? (1) PUNTO

- a) Establecer el ejercicio adecuado para la edad y el estado de salud del paciente, indicar el ejercicio de tres a cinco veces por semana en días alternos y de 30 a 60 minutos por sesión, iniciando con una intensidad baja y duración corta aumentando en forma progresiva.
- b) Calcular el balance energético del paciente y verificando que tipo de actividad física puede ir realizando el paciente.
- c) Establecer periodos cortos de ejercicio en forma suave y constante
- d) Incrementar poco a poco las actividades físicas

32.- ¿Según la Norma Oficial Mexicana, cuando y como iniciar el tratamiento farmacológico para un persona obesa? (3) PUNTOS

- a) En pacientes con índice de masa corporal $>30 \text{ kg/m}^2$ o bien con índice de masa corporal $>27 \text{ kg/m}^2$ con enfermedades concomitantes como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares.
- b) En quienes la dieta y la actividad física por sí solo no han logrado los resultados esperados.
- c) En pacientes con 100 kg y que desean bajar rápido de peso.
- d) Solo a y b son correctas.

33.- ¿En qué caso es necesario solicitar el apoyo de un nutriólogo para tratar la obesidad? (1) PUNTO

- a) Cuando el paciente no baja de peso y no quiere realizar ejercicio.
- b) Cuando no se logran las metas iniciales del tratamiento médico integral en un plazo de 6 a 12 meses.
- c) Si existen co-morbilidades de difícil tratamiento y/o que pongan en riesgo la vida del paciente.
- d) B y c son correctas.

34.- El tratamiento de la obesidad debe aplicarse en base a: (1) PUNTOS

- a) Previa evaluación del estado de nutrición
- b) Indicadores clínico, dietéticos, medidas antropométricas incluyendo índice de masa corporal, índice de cintura cadera, circunferencia de cintura y pruebas de laboratorio.
- c) A y b son correctas
- d) Sexo del paciente, disposición para bajar de peso, enfermedades crónicas, peso y talla

35.- El tratamiento quirúrgico está indicado exclusivamente en los pacientes con: (0.5) PUNTO

- a) Obesidad severa e índice de masa corporal mayor de 40, o mayor de 35 asociado a co-morbilidad importante.
- b) En todo los pacientes que desean realizarse el procedimiento quirúrgico.
- c) Pacientes que no bajan de peso con dieta y actividad física.
- d) Pacientes con un índice de masa corporal de 34, que no desee realizar un plan alimenticio y plan de ejercicio.

36.- ¿Qué es la valoración nutricia? (1) PUNTO

- a) La evaluación del estado nutricio mediante indicadores clínicos, dietéticos, antropométricos, pruebas de laboratorio y estilos de vida.
- b) La eficiencia de comer menos para perder peso.
- c) Otorgar orientación alimentaria a la población, que sean útiles para fomentar prácticas adecuadas de alimentación.
- d) Los hábitos o tradiciones alimentarias frecuentes que se basan en conocimientos adquiridos por experiencia y costumbres de cada comunidad.

37.- ¿En qué consiste el plan de cuidado nutricio? (1) PUNTO

- a) La elaboración del plan alimentario incluyendo alimentos de los tres grupos, orientación y asesoría nutricional. Recomendaciones para el acondicionamiento físico.
- b) Establecer dietas donde se informe al paciente que no existe un solo alimento o grupo de alimentos que proporcione al individuo todas las sustancias que requiere.
- c) Incluir alimentos de diferentes sabores, colores, olores y consistencias en cada comida, para evitar la monotonía y asegurar el consumo de los diferentes nutrimentos que requiere el organismo.

- d) Comer alimentos que tengan la cantidad de sustancias nutritivas recomendadas para crecer, desarrollarse y mantenerse sano.

38.- De acuerdo al plato de buen comer ¿Cómo debe ser la alimentación? (1) PUNTO

- a) Adecuada, variada, completa, suficiente, equilibrada e higiénica.
- b) Variada, abundante, energética.
- c) Equilibrada, higiénica y completa.
- d) Variada, suficiente, abundante e higiénica.

39.- ¿Cuáles son las raciones adecuadas de cereales, que debe consumir diario una persona? (0.5) PUNTO

- a) De 4 a 8
- b) De 6 a 12
- c) De 5 a 12
- d) De 8 a 14
- e) No se

40.- ¿Cuáles son las raciones adecuadas de frutas y verduras, que debe consumir diario una persona? (0.5) PUNTO

- a) De 2 a 5
- b) De 5 a 10
- c) De 7 a 14
- d) De 9 a 16
- e) No se

41.- ¿Cuáles son las raciones adecuadas de lácteos, que debe consumir diario una persona? (0.5) PUNTO

- a) Niños de 4 a 9 años de 3 a 5 raciones, jóvenes de 10 a 16 años de 1 a 3 raciones, adultos de 3 a 4 raciones, embarazadas y mujeres lactando 4 a 6 raciones.
- b) Niños de 4 a 9 años de 2 a 3 raciones, jóvenes de 10 a 16 años de 3 a 4 raciones, adultos de 2 a 4 raciones, embarazadas y mujeres lactando 3 a 4 raciones.
- c) Niños de 4 a 9 años de 5 a 7 raciones, jóvenes de 10 a 16 años de 4 a 8 raciones, adultos de 1 a 3 raciones, embarazadas y mujeres lactando 4 a 8 raciones.
- d) Niños de 4 a 9 años de 2 a 5 raciones, jóvenes de 10 a 16 años de 3 a 6 raciones, adultos de 5 a 7 raciones, embarazadas y mujeres lactando 5 a 8 raciones.

e) No se

42.- ¿Cuáles son las raciones adecuadas de carnes y proteínas, que debe consumir diario una persona? (0.5) PUNTO

- a) De 1 a 3
- b) De 2 a 3
- c) De 4 a 6
- d) De 7 a 9
- e) No se

43.- ¿Los planes alimentarios para bajar de peso en un adulto sano deben proveer entre? (0.5) PUNTO

- a) 1000 y 1200 calorías por día
- b) 800 y 900 calorías por día
- c) 1400 y 1600 calorías por día
- d) 2000 y 2500 calorías por día
- e) No se

44.- ¿Con dietas muy bajas en calorías se pierde? (0.5) PUNTO

- a) Grasa abdominal
- b) Agua corporal
- c) Grasa, agua y masa corporal
- d) Peso corporal
- e) No se

45.- ¿Cuáles son los carbohidratos simples? (0.5) PUNTO

- a) Azúcar de mesa, mieles, jaleas, chocolate, refresco, jugo de frutas, dulces y mermeladas
- b) Leche, queso, ates, dulces, refrescos
- c) Pan, arroz, papa, elote, camote y tortillas
- d) Leguminosas, pasteles, cereales, chocolate y dulces
- e) No se

46.- ¿El consumo máximo recomendado de carbohidratos simples es de? (0.5) PUNTO

- a) 10%
- b) 15%
- c) 20%
- d) 35%
- e) No se

47.- ¿Cuáles son los carbohidratos complejos? (0.5) PUNTO

- a) Pan, arroz, papa, elote, camote, pastas, tortillas y leguminosas
- b) Azúcar de mesa, mieles, jaleas, chocolates y mermeladas
- c) Frutas, verduras, cereales y sustitutos de azúcar
- d) Mieles, papa, lentejas, fibras y leche
- e) No se

48.- ¿Cuál es el consumo máximo recomendado de carbohidratos complejos? (0.5) PUNTO

- a) 50%
- b) 80%
- c) 90%
- d) 100%
- e) No se

49.- ¿En donde se encuentra la fibra soluble? (0.5) PUNTO

- a) Frutas, vegetales, leguminosas y hortalizas
- b) Cereales integrales y en menor cantidad en frutas y hortalizas
- c) Pan blanco, galletas, carne, leguminosas y azúcar
- d) Tubérculos, vegetales, pescado, avena y frutas
- e) No se

50.- La fibra soluble es útil para: (0.5) PUNTO

- a) Mantener normales las concentraciones de colesterol sanguíneo, reducir la absorción de glucosa, sales biliares y favorece en el tratamiento de obesidad en enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, cáncer y enfermedad de colon.
- b) Mantener un adecuado movimiento peristáltico y evitar el estreñimiento
- c) Retarda la absorción de la glucosa y reduce los niveles sanguíneos de colesterol.

- d) Mantener normales las concentraciones de colesterol sanguíneo, prevenir el estreñimiento y mejorar la absorción de las grasas.
- e) No se

51.- ¿En donde se encuentra la fibra insoluble? (0.5) PUNTO

- a) Leguminosas, cereales, frutas y verduras
- b) Cereales integrales
- c) Tubérculos y leguminosas
- d) Frutas y hortalizas
- e) No se

52.- La fibra insoluble es útil para: (0.5) PUNTO

- a) Efecto laxante, ya que acelera el tránsito intestinal y aumenta el peso de la materia fecal, también reduce la absorción de la glucosa.
- b) Mantener normales las concentraciones de colesterol, prevenir el estreñimiento y mejorar la absorción de las grasas.
- c) Retarda la absorción de la glucosa y reduce los niveles de colesterol
- d) Nos proporciona energía
- e) No se

53.- ¿Cuánta fibra se recomienda consumir diariamente? (0.5) PUNTO

- a) Entre 10 y 20 gramos
- b) Entre 15 y 30 gramos
- c) Entre 20 y 35 gramos
- d) Entre 30 y 40 gramos

54.- ¿Se recomienda un consumo de grasa de la siguiente forma? (0.5) PUNTO

- a) 10% de ácidos grasos monoinsaturados, 20% de ácidos grasos poliinsaturados y 30% de ácidos grasos saturados
- b) 30% de ácidos grasos monoinsaturados, 25% de ácidos grasos poliinsaturados y 40% de ácidos grasos saturados.
- c) 30% de ácidos grasos monoinsaturados, 30% de ácidos grasos poliinsaturados y 30% de ácidos grasos saturados.
- d) 15% de ácidos grasos monoinsaturados, 35% de ácidos grasos poliinsaturados y 10% de ácidos grasos saturados.
- e) No se

55.- ¿El consumo de proteínas es útil para? (0.5) PUNTO

- a) Procesos de reparación del cuerpo y son componentes estructurales de órganos y tejidos
- b) Pueden usarse para producción de energía de reserva.
- c) Ayudan a la conformación de la masa muscular, la constitución de los glóbulos rojos.
- d) A y b son correctas
- e) No se

56.- ¿El consumo del agua deberá ser de acuerdo a? (1) PUNTO

- a) Las necesidades fisiológicas del individuo de acuerdo a la actividad y el clima.
- b) El peso del paciente y la actividad física
- c) La edad del paciente, el clima y las calorías que consume al día
- d) Al tipo de trabajo del paciente, la edad y el clima
- e) No se

57.- ¿Las personas sedentarias tienen mayor riesgo de? (1) PUNTO

- a) Aumentar el trabajo del corazón y sufrir infartos
- b) Aumentar el peso corporal y tener la presión alta
- c) Estar más irritables y estresados y ser dependientes físicamente a edades más tempranas
- d) No se
- e) Solo a, b y c son correctas

58.- ¿El ejercicio intenso, así como el ejercicio de baja intensidad, pero de larga duración suprime? (0.5) PUNTO

- a) El peso corporal
- b) La sensación de hambre
- c) El grado de grasa y energía
- d) La circunferencia de la cintura
- e) No se

59.- ¿Cómo se define a la actividad física? (1) PUNTO

- a) Todo movimiento corporal producido por los músculos y que requiere un gasto de energía que puede variar de un individuo a otro.
- b) Es lo que cotidianamente realizamos en nuestra vida de relación con el medio que nos rodea.
- c) Es una actividad planeada, estructurada, repetitiva y dosificada con el objeto de mejorar y mantener la forma física relacionada con la salud.
- d) Solo a es correcta.

60.- ¿Cómo se define al ejercicio? (1) PUNTO

- a) Es una práctica cotidiana, en forma agradable, sencilla y eficiente para obtener tanto directa como indirectamente, numerosas ventajas para la salud.
- b) Es una actividad planeada, estructurada, repetitiva y dosificada con el objetivo de mejorar o mantener la forma física relacionada con la salud.
- c) Es un hábito saludable que ayuda a sentirse bien física y psicológicamente, contribuyendo a la prevención y control de padecimientos.
- d) Es un practica que ayuda a las personas a la pérdida de peso

61.- ¿Existe diferencia entre ejercicio y actividad física? (0.5) PUNTO

- a) Si existe diferencia
- b) No existe diferencia
- c) Son iguales
- d) No se

62.- ¿Cuál es el tipo de ejercicio indicado para perder peso? (0.5) PUNTO

- a) ejercicio aeróbico
- b) ejercicio anaeróbico
- c) ejercicio de alto impacto
- d) todas las anteriores son correctas.

63.- ¿Cuántos minutos de ejercicio se recomiendan para perder peso? (1) PUNTO

- a) 30 minutos al día
- b) 45 minutos al día
- c) 60 minutos al día

- d) 90 minutos al día
- e) No se

64.- ¿Los objetivos del ejercicio son? (1) PUNTO

- a) Mejorar paulatinamente la tolerancia al esfuerzo físico
- b) Aumentar progresivamente el gasto de energía
- c) Prevenir y corregir las alteraciones de postura
- d) Disminuir el tiempo dedicado a la actividad pasiva y mejorar la autoestima
- e) Todos son correctos

65.- El realizar ejercicio adecuado a la edad y estado de salud del paciente le ayudará a:
(1) PUNTO

- a) Reducir el riesgo de un ataque cardiaco, bajar la presión arterial alta, disminuir la resistencia a la insulina, controlar el apetito y tener menos estrés y ansiedad.
- b) Disminuir el riesgo de sufrir algunos tipos de cáncer, mantener un peso adecuado y fortalecer los pulmones y el corazón.
- c) Disminuir el nivel de colesterol y aumentar la densidad ósea.
- d) Todas son correctas

66.- ¿Cuáles son los ejercicios de calentamiento de la cabeza? (0.5) PUNTO

- a) Recostar la cabeza en los hombros, alternando derecha e izquierda
- b) Girar la cabeza a la derecha y a la izquierda
- c) Mover la cabeza al frente y atrás
- d) Todas las anteriores son correctas

67.- ¿Cuáles son los ejercicios de calentamiento de los brazos? (0.5) PUNTO

- a) Elevar los brazos al frente hasta la altura de la cara y regresarlos a la posición original y elevar los brazos lateralmente hasta la altura de los hombros y regresarlos a la posición original.
- b) Elevar los brazos al frente hasta arriba de la cabeza y bajarlos en forma lateral y mover los brazos como si fuera corriendo.
- c) Movimiento de rotación de ambos brazos y movimientos de muelleo
- d) Movimientos de cruce alternado de los brazos y movimientos de muelleo sostenido

68.- ¿Cuáles son los ejercicios de calentamiento de las piernas? (0.5) PUNTO

- a) Mantener la rodilla alineada con la cadera alternando ambas piernas
- b) Dar una pata que no sobrepase la altura de la cadera alternando ambas piernas
- c) Elevar las rodillas al frente, alternándolas, balancear las piernas lateralmente alejándolas y acercándolas, no importa que se cruce con el pie de apoyo y elevando las piernas hacia atrás, alternándolas.
- d) Flexionar las rodillas hasta la parte más baja de la pierna que queda paralela al suelo.

69.- ¿Cuáles son los ejercicios de calentamiento de los hombros? (0.5) PUNTO

- a) Subir y bajar los hombros
- b) Mover los hombros delante y hacia atrás, alternándolos
- c) Mantener los brazos abiertos, levantar los brazos por encima de la cabeza
- d) Solo a y b son correctas

70.- ¿Cuáles son los ejercicios de calentamiento del tronco y la cintura? (0.5) PUNTO

- a) Con las manos en la cintura, flexionar el tronco hacia la derecha y volver a la posición central, hacer lo mismo hacia la izquierda.
- b) Con las manos en la cintura, flexionar el tronco al frente, luego llévelo hacia atrás, volver a la posición central
- c) Con los brazos extendidos a los lados, flexionar el tronco hacia la derecha y volver a la posición central, hacer lo mismo hacia la izquierda.
- d) Todas son correctas

71.- ¿Cuáles son los ejercicios de calentamiento de los pies? (0.5) PUNTO

- a) Caminar normalmente durante un minuto, caminar apoyándose sobre la punta de los pies, caminar apoyándose sobre los talones y caminar alternando el apoyo sobre la punta y los talones.
- b) Realizar una caminata durante 10 minutos
- c) Elevar las piernas y girar los pies, hacia la derecha e izquierda
- d) Sostener un tobillo y tirar suavemente, alternando ambos pies

72.- En el primer año de vida del niño (a) sano (a) ¿Cuándo establece la NOM 031, realizar la vigilancia del crecimiento y desarrollo? (1) PUNTOS

- a) Cada mes
- b) Cada tres meses
- c) Cada 15 días
- d) Cada dos meses

73.- Del primer año a los cuatro años de vida del niño (a) sano (a) ¿Cuándo establece la NOM 031, realizar la vigilancia del crecimiento y desarrollo? (1) PUNTOS

- a) Cada 2 meses
- b) Cada 6 meses
- c) Cada 3 meses
- d) Cada año

74.- Del quinto año a los nueve años de vida del niño (a) sano (a) ¿Cuándo establece la NOM 031, realizar la vigilancia del crecimiento y desarrollo? (1) PUNTOS

- a) Dos veces al año
- b) Cada año
- c) Cada 5 meses
- d) Cada 4 meses

75.- ¿Cuándo establece la NOM 031, realizar la vigilancia del crecimiento y desarrollo del adolescente sano? (1) PUNTOS

- a) Cada 6 meses
- b) Cada año
- c) Cada 2 meses
- d) Cada año y medio

76.- ¿Qué actividades debe realizar el personal de enfermería durante la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño (a) sano (a)? (2) PUNTOS

- a) Pesar, medir, orientación alimentaria, vacunación, cálculo del índice de masa corporal y registro en la tarjeta de control nutricional.
- b) Pesar, medir y orientación alimentaria
- c) Pesar, cálculo del índice de masa corporal, registro en la tarjeta de control y vacunación

- d) Medir, registro en la cartilla de vacunación, orientación alimentaria y registro en la tarjeta de control.

77.- Cuando la alimentación del niño (a) se da en exceso, no es equilibrada, en cuanto a los nutrientes que necesita y de acuerdo con su actividad física, se presenta: (0.5) PUNTO

- a) Sobrepeso
- b) Obesidad
- c) Desnutrición
- d) Desequilibrio alimenticio

78.- ¿La obesidad infantil es un factor de riesgo para padecer en la edad adulta? (1) PUNTO

- a) Hipertensión arterial y diabetes tipo II
- b) Enfermedad cardíaca coronaria
- c) Hipertensión intracraneal idiopática
- d) Depresión

79.- ¿Una reducción mínima en la ingesta de carbohidratos es recomendable en niños con sobrepeso y obesidad a partir de? (1) PUNTO

- a) 7 años
- b) 8 años
- c) 10 años
- d) 12 años

80.- ¿Qué medidas preventivas se pueden recomendar para alcanzar y mantener el rango de peso saludable? (2) PUNTO

- a) Orientar a la población acerca de la importancia de comer considerando el equilibrio del valor calórico de los alimentos y del consumo de frutas y verduras.
- b) La importancia de una actividad física vigorosa y regular, por un mínimo de 30 minutos 5 veces al día.
- c) La necesidad de acudir periódicamente a la consulta para evaluar su índice de masa corporal (peso y talla), la circunferencia de cintura, la presión arterial, la glucosa y el colesterol.

d) Todas las anteriores son correctas.

81.- ¿Cuántos kilogramos debe aumentar la mujer durante todo el embarazo? (1) PUNTO

- a) De 8 a 10 kilogramos
- b) De 9 a 12 kilogramos
- c) De 10 a 15 kilogramos
- d) De 12 a 18 kilogramos

82.- Si al iniciar el embarazo, la mujer tiene sobrepeso ¿cuántos kilogramos debe aumentar? (2) PUNTOS

- a) De 9 a 12 kilogramos
- b) De 7 a 10 kilogramos
- c) De 6 a 9 kilogramos
- d) De 5 a 8 kilogramos

83.- ¿El aumento de peso excesivo durante el embarazo aumenta el riesgo de presentar en etapas posteriores? (1) PUNTO

- a) Obesidad y diabetes mellitus tipo 2
- b) Hipertensión arterial
- c) Trastornos menstruales
- d) Muerte prematura

84.- Antes de comenzar un programa de pérdida de peso, los pacientes deben ser evaluados en relación a: (0.5) PUNTO

- a) Al número y severidad de factores de riesgo cardiovascular
- b) A los factores de riesgo físicos
- c) Al grado de obesidad
- d) A las medidas de circunferencia de cintura y cadera

85.- ¿La evaluación del estado de riesgo del paciente es útil para? (1) PUNTO

- a) Determinar el estado de riesgo relativo basado en parámetros de sobrepeso y obesidad e identificar pacientes obesos con riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, mortalidad prematura y diabetes tipo II.
- b) Determinar riesgo muy alto para la mortalidad prematura y evaluar el estado de riesgo de obesidad.
- c) Determinar cardiopatía coronaria, presencia de otras enfermedades ateroscleróticas y diabetes tipo II
- d) Determinar la circunferencia de cintura e índice de masa corporal

86.- ¿Cuándo refiere a un paciente con el nutriólogo? (0.5) PUNTO

87.- ¿Cuál es el procedimiento para realizar la referencia del paciente obeso con el nutriólogo? (0.5) PUNTO

88.- ¿Cuál es la mejor dieta que puede usted recomendar a los pacientes? (0.5) PUNTO

- a) La dieta de la zona
- b) La dieta de la luna
- c) La dieta sin carbohidratos
- d) La dieta vegetariana
- e) La dieta establecida por un nutriólogo

89.- ¿Para mantener un mejor metabolismo en pacientes que requieren bajar de peso, se recomienda? (1) PUNTO

- a) Comer 3 veces al día abundantemente
- b) Comer 5 veces al día en pocas cantidades
- c) Comer 2 veces al día moderadamente
- d) Comer 1 vez al día en grandes cantidades

90.- ¿Cuánto es para usted una ración de los siguientes ejemplos de frutas? (0.5) PUNTO

- a) 1 plátano, 1 mango, 1 pera
- b) 1 taza de melón, ½ pieza de plátano, 1 taza de fresas
- c) 1 rebanada de sandía, 1 toronja, 1 naranja
- d) 2 manzanas, 1 vaso de jugo de naranja, 5 ciruelas

91.- ¿Cuánto es para usted una ración de los siguientes ejemplos de verduras? (0.5) PUNTO

- a) 1 pieza de chayote, 2 piezas de calabazas, 3 nopales
- b) ½ taza de brócoli cocido, ½ de chayote cocido, ½ taza de jicama cruda
- c) 3 piezas de jitomate, 2 zanahorias crudas, 1 pepino
- d) 1 taza de nopales, un manojo de espinacas, 2 piezas de chile poblano

92.- ¿Cuál es el mejor plan de ejercicios para un adulto sano que desea bajar de peso? (1) PUNTO

- a) 2 horas a la semana con ejercicio extenuante.
- b) 1 hora cada tercer día trotar
- c) 60 minutos diarios de caminata o ejercicio aeróbico
- d) 30 minutos 5 veces a la semana de caminata intensa

93.- ¿El desayunar ayuda a activar el metabolismo desde temprano? (1) PUNTO

- a) Cierto
- b) Falso
- c) No se

94.- ¿Qué beneficios le deja tomar agua? (1) PUNTO

95.- ¿Cuáles son los beneficios de la caminata vigorosa? (1) PUNTO

- a) El cuerpo se tonifica, quema grasa, aumenta flexibilidad, mejora el funcionamiento del corazón y de los pulmones, aumenta el nivel de energía y acelera la circulación.
- b) Mantiene contraídos los músculos, aumenta la resistencia muscular.
- c) Quema grasa, evita las varices, previene el estreñimiento y activa el metabolismo
- d) Revitaliza y refresca, además de ofrecer la oportunidad de liberarse de estrés mental y corporal.

96.- ¿Cuáles son bocadillos saludables? (0.5) PUNTO

- a) Las nueces, las pasas, los panecillos de arroz, las palomitas de maíz, las semillas, yogur de fruta.
- b) Hojuelas de maíz, un baguette, galletas maría, granola con fruta seca, galleta tipo sandiwch, tamales, totopos.
- c) Atole, puré de papa, panqué, galletas de avena, crepas, hot cake, para hervida al horno, pasta hervida y camote.
- d) Papas fritas, yogur con fruta, granola y miel, una torta, queso panela, atún con ensalada de verduras y mayonesa, cacahuates, ate y palanqueta de cacahuate.

97.- ¿Cuál es el mejor horario para consumir los alimentos? (0.5) PUNTO

Desayuno: _____

Comida: _____

Cena: _____

Colaciones: _____

98.- ¿Las colaciones cuantas calorías deben de contener? (0.5) PUNTO

- a) De 300 a 400 calorías
- b) De 50 a 100 calorías
- c) De 100 a 200 calorías
- d) De 500 a 600 calorías

99.- ¿Del siguiente cuadro marque con una X, el material con que cuentan en el centro de salud que labora?

Material	En buen estado y se tiene uno por consultorio	En buen estado, pero solo se cuenta con uno	En mal estado	Se encuentran descompuestos
Cinta métrica				
Bascula pesa bebe				
Bascula con estadímetro				
Calibradores para las basculas				
NOM de la obesidad				

100.- ¿En su centro de salud cuentan con el Manual de atención y detección de la obesidad?

- a) Si
- b) No
- c) No se

101.- ¿En su centro de salud cuentan con manual de tratamiento para la obesidad?

- a) Si
- b) No
- c) No se

III. Capacitación en sobrepeso y obesidad

La tercera parte del cuestionario corresponde a las capacitaciones o cursos realizados en los últimos 2 años en sobrepeso y obesidad.

102.- ¿En los últimos 2 años a cuantas capacitaciones o cursos de sobrepeso y obesidad ha asistido?

- a) 1 a 2
- b) 3 a 4
- c) 5 a 6
- d) Ninguna

Si su respuesta fue ninguna, pase a la pregunta 105

103.- ¿Qué temas se vieron en la capacitación o curso de sobrepeso y obesidad al cual usted asistió?

- a) Que es la enfermedad de la obesidad y la Norma Oficial Mexicana para la atención del paciente obeso
- b) Control de la obesidad
- c) Tratamiento de la obesidad
- d) Control y prevención de la obesidad
- e) Todos los temas anteriores

104.- ¿En la capacitación o curso de sobrepeso y obesidad al que usted asistió le proporcionaron material de consulta para la atención del paciente?

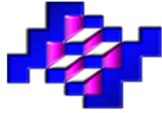
- a) Si
- b) No
- c) No me acuerdo

105.- ¿Le gustaría aprender más acerca de la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad?

- a) Si
- b) No
- c) No se

106.- ¿Le gustaría participar en un programa de capacitación de la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad?

- a) Si
- b) No
- c) No se



CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DEL CURSO: "La enfermera ante el modelo actual de atención del paciente con sobrepeso y obeso"

DIRIGIDO : Enfermeras

TIPO DE CURSO: TALLER

DURACIÓN: tres días

RESPONSABLE DEL CURSO: L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.

ASISTENTES: 20

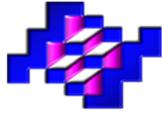
SEDE: Sala de Juntas del Régimen Estatal de Protección Social En Salud

OBJETIVOS GENERALES: Fortalecer los conocimientos acerca de la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad

FECHA DE INICIO Y TERMINO DEL CURSO: del 24 al 26 de marzo de 2010

DÍA UNO 24 DE MARZO DE 2010

HORARIO	TEMA	OBJETIVO	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	AUXILIARES DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	RESPONSABLE O FACILITADOR
08:00 (30 min.)	ASISTENCIA	REGISTRO DE ASISTENTES		LISTA DE ASISTENCIA		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
08:30 (30 MIN.)	INAUGURACIÓN	OFRECER LA BIENVENIDA A LOS PARTICIPANTES	EXPOSICIÓN			Dr. Jaime García Hurtado. Subdirector de Gestión de Servicios
09:00 (60 MIN.)	EVALUACIÓN	REALIZAR UN DIAGNÓSTICO BASAL PRE-CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	ESCRITA		INICIAL	L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
10:00 (30 MIN.)	PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN MÉXICO	CONOCER EL PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD A NIVEL NACIONAL Y ESTATAL	EXPOSICIÓN	CAÑÓN		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
10:30 (30 MIN.)	RECESO					
11:00 (60 MIN.)	NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA ATENCIÓN DE LA OBESIDAD	IDENTIFICAR LAS ACTIVIDADES QUE ESTABLECE LA NORMA OFICIAL MEXICANA EN EL TRATAMIENTO, CONTROL Y DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON SOBREPESO Y OBESIDAD	LECTURA COMENTADA	NORMA OFICIAL MEXICANA 174		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
12:00 (30 MIN.)	CLASIFICACIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD	CONOCER LAS DIFERENTES CLASIFICACIONES DE LA OBESIDAD PARA REALIZAR UN ADECUADO DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON OBESIDAD Y ESTABLECER EL TRATAMIENTO OPORTUNO	EXPOSICIÓN	CAÑÓN		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
12:30 (30 MIN.)	COMPLICACIONES DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD	COMPRENDER LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL REALIZAR UN DIAGNÓSTICO OPORTUNO Y CLASIFICAR ADECUADAMENTE A LOS PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESOS, PARA EVITAR QUE LLEGUEN A PRESENTAR COMPLICACIONES.	TRABAJO EN EQUIPO	CARTELES CON EL NOMBRE DE ENFERMEDADES		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
13:00 (60 MIN.)	CONTROL NUTRICIONAL DEL NIÑO (A) Y DE LA EMBARAZADA	ESTABLECER LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO PERIÓDICO NUTRICIONAL DEL NIÑO (A) Y DE LA EMBARAZADA, QUE PERMITA DETECTAR Y ATENDER CON OPORTUNIDAD A QUELLOS RIESGOS O DEFICIENCIAS Y/O EXCESOS QUE SE PRESENTEN.	LLUVIA DE IDEAS Y TRABAJO EN EQUIPO	PINTARRON, PLUMONES, MANUAL DE NUTRICIÓN		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
14:00 (20 MIN.)	DUDAS Y COMENTARIOS					



CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DEL CURSO: "La enfermera ante el modelo actual de atención del paciente con sobrepeso y obeso"

DIRIGIDO : Enfermeras

TIPO DE CURSO: TALLER

RESPONSABLE DEL CURSO: L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.

DURACIÓN: tres días

ASISTENTES: 20

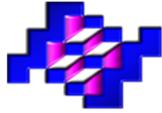
SEDE: Sala de Juntas del Régimen Estatal de Protección Social En Salud

FECHA DE INICIO Y TERMINO DEL CURSO: del 24 al 26 de marzo de 2010

OBJETIVOS GENERALES: Fortalecer los conocimientos acerca de la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad

DÍA UNO 24 DE MARZO DE 2010

HORARIO	TEMA	OBJETIVO	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	AUXILIARES DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	RESPONSABLE O FACILITADOR
DÍA DOS 25 DE MARZO DE 2010						
08:00 (30MIN)	ASISTENCIA	REGISTRO DE LOS PARTICIPANTES	LISTA DE ASISTENCIA			
08:30 (60 MIN)	CONCEPTOS BÁSICOS DE NUTRICIÓN	CONOCER Y APLICAR LOS CONCEPTOS BÁSICOS DE LA NUTRICIÓN EN LA ORIENTACIÓN NUTRICIONAL QUE SE DEBE BRINDAR AL PACIENTE CON SOBREPESO Y OBESOS.	TRABAJO EN EQUIPO Y EXPOSICIÓN	CAÑÓN, HOJAS PAPEL BOND, PLUMINES, ILUSTRACIONES DE ALIMENTOS		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
09:30 (30 MIN)	NUTRIMENTOS Y ALIMENTOS	IDENTIFICAR QUE ES UN NUTRIMENTO Y QUE ES UN ALIMENTO, DENTRO DE LA ORIENTACIÓN ALIMENTARIA.	TRABAJO EN EQUIPO, LLUVIA DE IDEAS Y EXPOSICIÓN	CANON, HOJAS DE PAPEL BOND, PLUMINES, ILUSTRACIONES DE		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
10:00 (60 MIN)	BASES PARA BRINDAR ORIENTACIÓN ALIMENTARIA	RECONOCER LA IMPORTANCIA DE PROPORCIONAR UNA ADECUADA ORIENTACIÓN ALIMENTARIA, ASÍ COMO EL ESTABLECIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO PARA LOS PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESOS	FORO Y EXPOSICIÓN	CAÑÓN Y LECTURA DE LAS BASES PARA LA ORIENTACIÓN ALIMENTARIA		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
11:00 (30 MIN)	RECESO					
11:30 (40 MIN)	HERRAMIENTAS BÁSICAS PARA LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL	CONOCER CUÁLES SON LAS HERRAMIENTAS QUE SE TIENEN PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DEL PACIENTE CON SOBREPESO Y OBESO.	EXPOSICIÓN	CAÑÓN		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
12:30 (90 MIN)	TALLER DE ANTROPOMETRÍA	REALIZAR LAS TÉCNICAS CORRECTAS DE LAS DIVERSAS TÉCNICAS ANTROPOMÉTRICAS PARA LA ADECUADA EVALUACIÓN NUTRICIONAL.	TRABAJO EN PAREJAS	CINTAS MÉTRICAS, BASCULA CON ESTADIMETRO, PLICOMETRO, CALCULADORA Y		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
14:00 (30 MIN)	DUDAS Y COMENTARIOS					



CARTA DESCRIPTIVA

NOMBRE DEL CURSO: "La enfermera ante el modelo actual de atención del paciente con sobrepeso y obeso"

DIRIGIDO : Enfermeras

TIPO DE CURSO: TALLER

DURACIÓN: tres días

RESPONSABLE DEL CURSO: L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.

ASISTENTES: 20

OBJETIVOS GENERALES: Fortalecer los conocimientos acerca de la detección, control y prevención del sobrepeso y la obesidad

SEDE: Sala de Juntas del Régimen Estatal de Protección Social En Salud

FECHA DE INICIO Y TERMINO DEL CURSO: del 24 al 26 de marzo de 2010

DÍA UNO 24 DE MARZO DE 2010

HORARIO	TEMA	OBJETIVO	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	AUXILIARES DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	RESPONSABLE O FACILITADOR
DÍA TRES 26 DE MARZO DE 2010						
08:00 (30 MIN)	ASISTENCIA	REGISTRO DE ASISTENTES				
08:30 (30 MIN)	DIFERENCIAS ENTRE ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO	DIFERENCIAR LA ACTIVIDAD FÍSICA DEL EJERCICIO	LLUVIA DE IDEAS	PINTARRÓN, PLUMINES Y NOTITEK		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
09:00 (60 MIN)	RUTINAS DE EJERCICIO PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON SOBREPESO Y OBESO	CONOCER LAS DIFERENTES RUTINAS DE EJERCICIO QUE SE PUEDEN ESTABLECER EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON SOBREPESO Y OBESO.	TRABAJO EN EQUIPO Y EXPOSICIÓN	HOJAS DE PAPEL BOND, PLUMINES Y CAÑÓN		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
10:00 (30 MIN)	RECESO					
10:30 (30 MIN)	UNA PAUSA PARA TU SALUD	REALIZAR UNA RUTINA DE EJERCICIO QUE SIRVA PARA ACTIVAR EL CUERPO	DINÁMICA DE GRUPO (ZUMBA)	VIDEO CON EJERCICIOS		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
11:00 (120 MIN)	TALLER DEL PLATO DEL BUEN COMER	REALIZAR PLATILLOS QUE CONTENGAN LOS TRES TIPOS GRUPOS DE ALIMENTOS Y QUE SON SENCILLO Y ECONÓMICOS.	TRABAJO DE EQUIPO	FRUTAS, VERDURAS, ABERESOS Y CEREALES		L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
13:00 (60 MIN)	EVALUACIÓN FINAL	EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS DURANTE LA CAPACITACIÓN.	ESCRITA		FINAL	L.E.O. Lorena Esparza Lagunas.
14:00 (10 MIN)	CLAUSURA					