

Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria

**Diseño de un programa de educación para la salud
en pacientes con obesidad mórbida pendientes de
cirugía bariátrica**

Por:

García Aguilà, Eva Irene

Facultad de enfermería y fisioterapia

Grado en Enfermería

Presentado a: Amalia Zapata

Trabajo de final de grado

2015/2016

13 de Mayo de 2016

“Todos nuestros sueños pueden convertirse en realidad, si tenemos la valentía de perseguirlos.”

-Walt Disney (1901-1966)

AGRADECIMIENTOS

Querría expresar mi agradecimiento a todas las personas que han contribuido en este trabajo con su apoyo y colaboración.

En primer lugar, a mi tutora Amalia Zapata por su dedicación, apoyo y paciencia durante toda la realización del trabajo, sin la cual no habría sido posible.

A mi familia y amigos, por haberme apoyado con paciencia para llegar hasta aquí, gracias por estar ahí.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La obesidad se ha convertido en un grave problema de salud pública debido a elevada prevalencia a nivel mundial y el incremento de morbilidad asociada a enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

Actualmente, se considera la segunda causa de muerte prematura y evitable después del tabaco, por lo que su prevención y tratamiento son prioritarios.

OBJETIVOS: Mejorar la calidad de vida de los pacientes con obesidad mórbida pendientes de cirugía bariátrica mediante la modificación de hábitos de vida no saludables.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda en bases de datos como Pubmed, Google Scholar y Scielo y un análisis de la literatura científica más reciente relacionada con la obesidad y su tratamiento.

DICUSIÓN Y CONCLUSIONES: La modificación del estilo de vida se relaciona con la reducción de peso y el alivio de las complicaciones asociadas a la obesidad. Por lo tanto, el diseño de una intervención dirigida por enfermería y basada en la promoción de la salud, resulta beneficiosa para el paciente pendiente de cirugía bariátrica.

PALABRAS CLAVE: *Obesidad, Obesidad mórbida, Cirugía bariátrica, Tratamiento*

ABSTRACT

INTRODUCTION: Obesity has become a serious health problem because of the high prevalence and the increased morbidity associated with cardiovascular and metabolic diseases.

Nowadays, it is considered the second cause of premature and avoidable death after tobacco. So prevention and treatment are priorities.

OBJECTIVES: Improve the quality of life in patients with morbid obesity who are waiting for bariatric surgery by modifying unhealthy life habits.

METHOD: It has performed a search in databases such as Pubmed, Google Scholar and Scielo and an analysis of the most recent scientific literature related to obesity and its treatment.

RESULTS AND CONCLUSIONS: The lifestyle modification relates to weight reduction and improvement of the complications associated with obesity. Therefore, the design of an intervention led by nursing and based on health promotion, is beneficial for the pending bariatric surgery patient.

KEY WORDS: *Obesity, Morbid obesity, Bariatric surgery, treatment*

INDICE

LISTADO DE TABLAS	7
LISTADO DE IMÁGENES	8
LISTADO DE ABREVIATURAS.....	9
1 – INTRODUCCIÓN	10
2 – MARCO TEORICO	11
2.1 – Obesidad	11
2.2 – Epidemiología.....	14
2.3 – Valoración del paciente con obesidad	16
2.3.1 – Anamnesis.....	16
2.3.2 – Exploración física	17
2.3.3 - Estudios complementarios	19
2.4 – Tratamiento para la obesidad.....	21
2.4.1 – Tratamiento no quirúrgico	21
2.4.2 – Tratamiento quirúrgico	25
3 – OBJETIVOS.....	29
3.1 – Objetivos generales.....	29
3.2 – Objetivos específicos	29
4 – JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	30
5 – METODOLOGIA	31
5.1 – Población diana.....	31
5.2 – Profesionales.....	31
5.3 – Metodología de búsqueda.....	32
5.4 – Síntesis de la evidencia encontrada	33
6 - INTERVENCIÓN.....	35
6.1 – Estructura del programa.....	35

6.2 – Sesiones formativas	41
6.2.1 – Sesiones de nutrición	41
6.2.2 – Sesiones de ejercicio físico	44
6.2.3 – Sesiones de apoyo psicológico.....	46
6.2.4 – Sesiones de paciente experto	49
6.2.5 – Sesión cirugía bariátrica.....	49
6.2.6 – Talleres.....	49
6.2.7 – Calendario de actividades	50
7 – CRONOGRAMA	51
8 – CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	52
9 – EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	54
9.1 – Indicadores de nutrición	54
9.2 – Indicadores de ejercicio físico	54
9.3 – Indicadores de apoyo psicológico.....	55
9.4 – Indicadores generales de la intervención.....	56
10 – DISCUSIÓN.....	58
11 – CONCLUSIONES	60
12 - BIBLIOGRAFIA	61
13 – ANEXOS.....	64
13.1 – Anexo 1 – Nutrición	64
13.2 – Anexo 2 – Ejercicio físico	72
11.3 – Anexo 3 – Apoyo psicológico	74

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 – Clasificación y diagnóstico de la obesidad	18
Tabla 2 – Metodología de búsqueda	32
Tabla 3 – Distribución de las sesiones de nutrición	37
Tabla 4 – Distribución de las sesiones de ejercicio físico.....	39
Tabla 5 – Distribución de las sesiones de apoyo psicológico	40

LISTADO DE IMÁGENES

Imagen 1 – Gastroplastia.....	26
Imagen 2 – Banda gástrica ajustable	27
Imagen 3 – Derivación bileopancreática	27
Imagen 4 – Bypass gástrico o Y de Roux	28
Imagen 5 – Calendario de distribución de actividades.....	50
Imagen 6 – Equivalencias dieta.....	63
Imagen 7 – Pirámide de los alimentos	67
Imagen 8 – Pirámide del ejercicio físico	72

LISTADO DE ABREVIATURAS

AVC: Accidente Cerebro Vascular

BSQ: Body Shape Questionnaire

DBP: Derivación Bileopancreática

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

DMBVC: Dieta de Muy Bajo Valor Calórico

ECG: Electrocardiograma

HTA: Hipertensión Arterial

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

IMC: Índice de Masa Corporal

LCAFD: Licenciado en Actividad Física y Deporte

OM: Obesidad Mórbida

OMS: Organización Mundial de la Salud

PA: Presión arterial

PC: Perímetro de Cintura

SAHOS: Síndrome de la Apnea e Hipoapnea Obstructiva del Sueño

SECO: Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad

SEEDO: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad

SEEN: Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

SF-36 Health Survey: Cuestionario de Calidad de Vida

TFEQ: Three-Factor Eating Questionnaire

1 – INTRODUCCIÓN

La obesidad constituye un grave problema de salud pública debido a que su prevalencia a nivel mundial no deja de aumentar, alcanzando cada vez cifras más preocupantes. La obesidad, en general supone un elevado incremento de la morbilidad asociada a enfermedades que afectan a diversos sistemas del organismo (1).

La mortalidad por enfermedad cardiovascular aumenta en pacientes con exceso de peso, lo que convierte la obesidad mórbida (OM) en la segunda causa de muerte prematura y evitable después del tabaco (2,3).

Dada su elevada prevalencia y las complicaciones que se le asocian, los costes relacionados con la obesidad son elevados, dedicando una gran parte de los recursos sanitarios a su tratamiento (4).

Para asegurar una pérdida de peso a largo plazo en las personas que padecen esta enfermedad, es necesario proporcionar educación sanitaria que permita una corrección de los hábitos de vida poco saludables. Para conseguirlo, es necesario abordar la patología utilizando todas las opciones terapéuticas disponibles (2).

Actualmente, uno de los tratamientos disponibles es la cirugía bariátrica. Ésta se encuentra dirigida a prevenir la morbimortalidad ligada a la obesidad mórbida (5).

Es necesario que el paciente consiga una pérdida de peso previa a la cirugía bariátrica utilizando tratamiento convencional supervisado (dieta, ejercicio y apoyo psicológico). El objetivo de la pérdida de peso va dirigido a reducir las complicaciones asociadas a la cirugía mediante (6):

- Reducción del volumen hepático y de la grasa abdominal para facilitar la intervención quirúrgica y disminuir el número de complicaciones perioperatorias y postoperatorias.
- Mejora de la respuesta a las modificaciones en los hábitos de vida postoperatorios.
- Mejorar previa de las comorbilidades

2 – MARCO TEORICO

La obesidad es una enfermedad metabólica, crónica y de origen multifactorial que tiene gran trascendencia a nivel mundial puesto que afecta a todas las edades, sexos y condiciones sociales, de forma física y psicológica. Además, aumenta de forma sustancial el riesgo de sufrir diversas enfermedades de tipo cardiovascular y metabólico entre otras, disminuye la esperanza de vida y puede llegar a limitar la vida laboral y social del individuo (2,3,7).

Para abordar la obesidad hay que tener en cuenta todos los factores que influyen en el desarrollo de la enfermedad. Existen una serie de factores no modificables, como la genética, sobre los que no hay ninguna actuación posible y otros modificables, como la dieta y el ejercicio físico, dónde debemos centrar todo nuestro esfuerzo (3).

En las últimas décadas, ha adquirido proporciones epidémicas suponiendo un elevado coste económico para el sistema sanitario, por lo tanto, su tratamiento es prioritario (7-9).

2.1 – Obesidad

La obesidad es uno de los problemas de salud más importantes, ya que es la enfermedad más prevalente que se sufre actualmente en los países desarrollados. Su importancia se ha incrementado debido al impacto que presenta sobre la calidad de vida y el aumento de la morbilidad y mortalidad. (2,10).

La obesidad se define como un exceso de depósitos de grasa, debido a un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas. Se considera una enfermedad crónica y tratable, que está estrechamente relacionada con factores ambientales y sociales modificables como la dieta y el ejercicio. A pesar de que también afecta a un número reducido de individuos que se encuentran predispuestos genéticamente o que sufren una patología endocrina o el efecto secundario de un fármaco (2,11,12).

El exceso de peso aumenta el riesgo de sufrir diversas enfermedades crónicas de elevada prevalencia en países desarrollados. Las patologías que se asocian de forma más frecuente a la obesidad son (2,8,14):

- **Hipertensión arterial (HTA):** La acumulación de grasa abdominal provoca un aumento las cifras tensionales del paciente. Aproximadamente, entre el 26 y el 28% de los pacientes con obesidad u obesidad mórbida padecen HTA.
- **Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2):** Habitualmente, las personas obesas desarrollan un estado de resistencia a la insulina. El mecanismo compensador del organismo consiste en hiperinsulinizar el organismo para mantener las glucemias equilibradas. A medida que la resistencia aumenta, es más difícil compensar y aparece la diabetes. El 80% de los pacientes con obesidad sufren esta patología, indiferentemente del sexo y el grupo étnico.
- **Dislipemia:** El aumento de la grasa corporal causa una acumulación en sangre de triglicéridos y colesterol LDL, mientras que el colesterol HDL, disminuye. Aumentando de esta forma el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio (IAM) o un Accidente Cerebro-Vascular (AVC).
- **Enfermedad osteoarticular:** El aumento de peso afecta a las principales articulaciones de carga como los discos intervertebrales, la articulación coxofemoral, las rodillas y los tobillos.
- **Síndrome de la Apnea e Hipoapnea Obstructiva del Sueño (SAHOS):** Es una obstrucción cíclica, total o parcial de la vía aérea superior durante el sueño, que se acompaña de excesiva somnolencia diurna. El factor de riesgo más frecuente es la obesidad seguido de una edad mayor de 50 años.
- **Síndrome metabólico:** Más que una enfermedad, es un conjunto de factores de riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular. Para valorar la presencia de este síndrome, deben aparecer 3 de estos 5 factores:

Perímetro de cintura elevado	Hombres: >102cm Mujeres: >88cm
Aumento de triglicéridos	> 150 mg/dl
HDL bajo	<40mg/dl en hombres y <50mg/dl en mujeres
Hipertensión arterial	>130/85
Resistencia a la insulina	>100mg/dl

A pesar de que estas enfermedades son las más frecuentes, existen otras cuyo riesgo se encuentra aumentado en presencia de obesidad, como por ejemplo el IAM, AVC, infertilidad

etc. Asimismo, también existen diversos estudios que asocian la obesidad con un mayor riesgo de sufrir cáncer (endometrio, riñón, colón y mama) (14).

Hay que tener en cuenta que también genera problemas sociales, como la dificultad para la integración social y la discriminación escolar o laboral, además de trastornos psicológicos como la falta de autoestima y la depresión, disminuyendo de esta forma la calidad de vida del paciente (2,15).

2.2 – Epidemiología

La OMS ha definido la obesidad como la pandemia del S. XXI, ya que desde el año 1980 hasta la actualidad, la población mundial que la sufre se ha duplicado. Hoy en día, el 39% de las personas mayores de 18 años sufren sobrepeso, de los cuales el 13% son obesos. La causa fundamental es el desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas (11,12).

A nivel mundial, Estados Unidos es el país con mayor prevalencia, ya que aproximadamente un 32% de la población es obesa (11,12).

La tendencia al aumento de peso se ve reflejada en la población europea, que en la última década ha aumentado hasta un 59% la población que sufre sobrepeso. Mientras que un 15,2% de los hombres y un 17% de las mujeres sufren obesidad, siendo más prevalente en los países del centro, del sur y del este (2,16).

España se encuentra entre los países en cabeza en cuanto a obesidad, según la Encuesta Europea de Salud de 2014 (17), el 16,91% de la población padece obesidad, siendo ligeramente mayor el porcentaje en hombres (18%) que en mujeres (16%). En cuanto a la obesidad mórbida, el estadio más grave de la obesidad tiene una prevalencia en España de entre el 1 y el 2% (3,4,18).

Por otra parte, las comunidades autónomas con mayor prevalencia son las situadas al noroeste y sur-sureste del país (Ceuta, Extremadura, Andalucía, Castilla La Mancha y Murcia) (4).

Los determinantes sociales que son aquellas condiciones en las que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece; éstas dependen de las fuerzas políticas y económicas del país y condicionan el desarrollo de determinadas enfermedades. En el caso de la obesidad, se destacan principalmente (12,18,19):

- **Estado civil:** Existe controversia sobre la influencia del estado civil en la obesidad pero sin embargo, hay estudios que demuestran que en los dos primeros años de convivencia en pareja hay un aumento de peso. Se debe a que aumenta el tiempo para cocinar, disminuye el grado de actividad física y hay una mayor relajación para hábitos de vida saludables.

- **Localización geográfica:** Se ha demostrado que en zonas rurales existe mayor prevalencia de obesidad en hombres, mientras que en zonas urbanas, aumenta la prevalencia en mujeres.
- **Situación socioeconómica:** En los países desarrollados, la ingesta calórica depende en gran medida de los cambios socioeconómicos. En los países con elevados ingresos, la obesidad tiene una prevalencia muy baja, mientras que en aquellos en los que el nivel de ingresos es bajo, aumenta la población con exceso de peso por no poder acceder a alimentos de mayor valor nutricional.
- **Nivel educativo:** En la población sin estudios o con tan solo estudios primarios, hay una prevalencia más elevada de sobrepeso y obesidad que en aquellos con un nivel de estudios universitarios.
- **Clase social:** En la población de trabajadores no cualificados, existe una mayor tasa de obesidad, más fácil de percibir sobre todo en adultos jóvenes.

Aunque no se puede influir sobre los determinantes sociales, es necesario realizar una entrevista detallada y una exploración física en la que se valore la evolución del peso, los signos y síntomas de las comorbilidades asociadas y los hábitos alimentarios y de ejercicio físico que tiene el paciente (15).

La valoración debe permitir que el profesional adecue el tratamiento necesario y le proporcione al paciente la educación sanitaria básica para realizar un cambio de hábitos.

2.3 – Valoración del paciente con obesidad

El objetivo en la valoración del paciente obeso es el mismo que en cualquier otra patología; La necesidad de elaborar una historia clínica completa para conocer en profundidad la situación del paciente (2).

La valoración del paciente hay que iniciarla siempre con una entrevista completa, donde se puedan conocer cuáles son sus antecedentes familiares y personales relevantes, cuáles son sus hábitos alimentarios y cuál ha sido la evolución de su peso. Además de la entrevista, es necesario la realización de una exploración física que nos permita clasificar la obesidad y conocer a que riesgos está expuesto el paciente (7).

2.3.1 – Anamnesis

En la obesidad como en cualquier otra enfermedad, es imprescindible realizar una historia clínica completa en la que se recojan los antecedentes familiares y personales de interés, profundizando en la evolución de la obesidad a lo largo de la vida (2,15,20,21).

- **Antecedentes familiares:** Conocer si en la familia existen antecedentes de obesidad, enfermedad cardiovascular prematura, diabetes o cáncer. Si aparece enfermedad cardiovascular, se considerará un factor de riesgo.
- **Antecedentes personales:**
 - Cualquier tipo de enfermedad metabólica que pueda asociarse a la obesidad y el año de aparición. Importancia sobre todo en el caso de Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión y/o dislipemia.
 - Tabaquismo y consumo habitual.
 - Ingesta de alcohol
 - Medicación habitual
 - Actividad física
 - Contexto en el que se desarrolla la obesidad: Situaciones personales que dificulten el tratamiento, adopción de hábitos saludables, grado de apoyo externo y motivación del paciente.
 - Percepción del paciente sobre la enfermedad y cuáles son las expectativas de pérdida de peso.

- Información sobre dificultades que puedan existir para realizar cambios en el estilo de vida (Limitación física, económica, social...)
- **Evolución del peso:**
 - Edad de inicio
 - Peso máximo y mínimo
 - Intervenciones realizadas para disminuir el peso
 - Posibles causas que hayan desencadenado la obesidad: cambios de domicilio, de trabajo o de estado civil, disminución del ejercicio físico, cuadros de ansiedad o depresión, fármacos...
- **Encuesta alimentaria para valorar los hábitos alimentarios:** Debe servir para descartar posibles trastornos de la conducta alimentaria:
 - Registro alimentario de las 24h anteriores
 - Nombre de comidas que realiza, donde, con quien y cuanto tiempo le dedica
 - Presencia de hábitos compulsivos y de picoteo entre horas (*¿Tiene ganas de vomitar después de la ingesta? ¿Cómo se siente después de ésta? ¿Se siente saciado?*)

2.3.2 – Exploración física

La exploración física nos permitirá inicialmente diagnosticar y clasificar la obesidad del paciente mediante los parámetros antropométricos como el Índice de Masa Corporal (IMC) y el Perímetro de Cintura (PC) (2).

Mediante la exploración física, se obtendrán una serie de signos y síntomas que permitirán detectar la presencia de comorbilidades asociadas a la obesidad (HTA, DM2...), la presencia de obesidad secundaria a fármacos o a otras patologías y detectar factores de riesgo que permitan realizar una prevención de futuras complicaciones (2,15).

En la práctica clínica diaria, el diagnóstico de la obesidad se realiza utilizando el IMC junto con otros parámetros antropométricos (2). El IMC permite diagnosticar la obesidad en la práctica diaria junto con otros parámetros antropométricos. Éste es el cociente entre el peso en kg y la talla elevada al cuadrado (2).

$$IMC = \frac{\text{Peso (KG)}}{\text{Talla (m}^2\text{)}}$$

Los resultados del IMC valoran desde desnutrición severa hasta obesidad mórbida. Se considera que una persona sufre obesidad cuando su IMC es superior a 30kg/m² (2).

En la tabla 1 de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), se muestra la clasificación y el diagnóstico de obesidad según el valor del IMC (8):

Grado de obesidad	Valor de IMC (kg/m ²)
Desnutrición severa	5 – 9,9
Desnutrición	10 – 18,4
Normo peso	18,5 – 24,9
Sobrepeso grado I	25 – 26,9
Sobrepeso grado II (Pre obesidad)	27-29,9
Obesidad grado I	30 – 34,9
Obesidad grado II	35- 39,9
Obesidad grado III (Mórbida)	40 – 49,9
Obesidad grado IV (Extrema)	>50

Tabla 1: Clasificación y diagnóstico de la obesidad

Aparte de la clasificación por IMC, también se utiliza la determinación antropométrica del perímetro de cintura, que permite clasificar la obesidad según la distribución de la grasa corporal y el riesgo cardiovascular y metabólico que presenta el paciente. Éste se considera un indicador indirecto de la acumulación de grasa visceral y se utiliza para determinar la obesidad abdominal. Los valores patológicos son diferentes para hombres (>102cm) y mujeres (>88cm) (2). Según el perímetro de cintura, existen dos tipos de distribución de la grasa (2,20):

- **Distribución androide:** Es la acumulación de grasa en la parte central del abdomen. Se puede disponer a nivel subcutáneo y perivisceral siendo ésta la de mayor riesgo metabólico. Es más frecuente en hombres.
- **Distribución ginoide:** Es la acumulación de grasa en la zona de glúteos, cadera y muslos. Es predominante en mujeres y no está relacionada con un riesgo cardiovascular.

Además de los parámetros antropométricos, la exploración física evalúa las comorbilidades asociadas a la obesidad mediante (2,15):

- Medida de la presión arterial (PA)
- Realización de glucemias capilares
- Valoración respiratoria
- Valoración circulatoria del paciente
- Evaluación de alteraciones óseas o problemas articulares

Para la detección de algunas comorbilidades, es necesario realizar pruebas complementarias junto a la exploración física del paciente (2).

2.3.3 - Estudios complementarios

La exploración complementaria son todas aquellas pruebas diagnósticas que solicita el médico para confirmar o descartar la presencia de una patología. En la obesidad, los estudios complementarios facilitan la detección o evaluación de enfermedades que se asocian de forma más frecuente a la obesidad (2).

Las pruebas más frecuentes en este tipo de pacientes son (2,15):

- **Analítica general:** Debe incluir un hemograma, bioquímica general con perfil lipídico, hepático, ácido úrico, función renal, glucosa, hormonas tiroideas, cortisol, PCR ultrasensible...
Permitirá la detección de resistencias a la insulina, DM2, dislipemia, patologías tiroideas...
- **Ecografía abdominal:** Se utiliza para explorar la existencia de hepatomegalias, litiasis biliar u ovarios poliquísticos.
- **Estudio del sueño (polisomnografía):** Debe ser una exploración de rutina puesto que la mayoría de sujetos obesos presentan alteraciones en el sueño por la presencia de SAHOS.
- **Electrocardiograma**
- **Informe psiquiátrico:** Necesario para descartar enfermedades psiquiátricas mayores como la psicosis o la depresión, adicciones a drogas o alcohol o situaciones emocionales que puedan conducir a una alteración de la conducta alimentaria.

La exploración física y las pruebas complementarias son el paso previo a la elección del tratamiento más adecuado. Según el resultado de estas exploraciones, se decidirá si el paciente es o no candidato a cirugía bariátrica.

2.4 – Tratamiento para la obesidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las principales causas de la obesidad son: el estilo de vida sedentario y las dietas hipercalóricas con elevado contenido en grasas (2).

La prevención y el tratamiento del exceso de peso debe basarse en un cambio del estilo de vida que permita mantener la reducción de peso a largo plazo (2,3).

El abordaje de la obesidad debe realizarse siempre de forma integral, utilizando todas las medidas terapéuticas disponibles tanto a nivel quirúrgico como no quirúrgico, siempre valorando las necesidades del paciente (2).

2.4.1 – Tratamiento no quirúrgico

El objetivo del tratamiento no quirúrgico o convencional, se basa en la modificación de hábitos de vida no saludables, que conllevan a un mantenimiento de la reducción de peso (2).

El primer escalón de este tratamiento se basa en la dieta hipocalórica y el aumento de la actividad física, pero también hay tratamientos que permiten asegurar el éxito, como podría ser el tratamiento farmacológico o la terapia conductual (2,15).

Plan de alimentación

La modificación de la conducta alimentaria nos permite una reducción de peso a largo plazo y facilita la adhesión al tratamiento por parte del paciente. Habitualmente se siguen unos criterios generales, pero es necesario individualizar la dieta y adecuarla al estado de salud del paciente (2,3,15,21).

Por sí sola la dieta puede ser un tratamiento eficaz contra la obesidad, en el caso de la obesidad mórbida es totalmente necesaria para mejorar la situación clínica antes de la intervención por cirugía bariátrica, ya que la disminución de peso reduce el riesgo de las complicaciones asociadas a la intervención quirúrgica.

Los objetivos de la dieta siempre deben ser realistas y deben ir encaminados a (2,14):

- Disminuir la grasa corporal.
- Mantener la pérdida de peso a largo plazo.
- Mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida.
- Conseguir una reeducación alimentaria.

Durante la valoración del paciente es importante identificar los errores que comete a la hora de comer para corregirlos durante el tratamiento (14).

Existen dos tipos de dietas (3,14,15,22):

- **Dietas hipocalóricas equilibradas:** Este tipo de dietas se basan en la reducción de 500-1000kcal/día respecto a la dieta habitual, pero siempre con un aporte de más de 800kcal/diarias. Deben ser equilibradas y variadas, sin ser demasiado diferentes a las de la población general. Permiten conseguir una disminución de entre 0,5-1kg/semana durante 6 meses. Según la guía dietética americana, la disminución de Kcal debe ser a costa de grasas y no de nutrientes como proteínas, hidratos de carbono o lípidos.

El objetivo debe basarse en conseguir una alimentación variada y equilibrada de por vida.

- **Dietas de muy bajo valor calórico (DMBVC):** Son dietas en las que se aporta menos del 50% del gasto energético al paciente. Suelen ser entre 450-800kcal/día y se basan en preparados comerciales líquidos o en polvo, reconstituidos con agua o leche. Este tipo de dieta se utiliza en casos muy específicos y supervisados por profesionales médicos, por ejemplo: personas obesas que presenten patología asociada y que requieran una rápida pérdida de peso que no se consigue con el método convencional. No se recomienda durante más de 60 días y sólo en pacientes con un IMC superior a 30, que presenten complicaciones relacionadas con la obesidad o necesiten una pérdida importante y rápida de peso.

Además de las dietas con preparados comerciales, existen dietas que no superan las 800kcal y que los preparados comerciales tan solo sustituyen 1 o 2 comida al día.

Actividad física y ejercicio

El ejercicio físico son actividades voluntarias, planificadas y que están orientadas a mejorar el estado físico del individuo. Junto con la dieta es un componente necesario para la pérdida de peso en personas con sobrepeso y obesidad moderada; Sin embargo, en personas

con obesidad mórbida tiene menor efectividad, aunque nos ayudará a mejorar la eficacia de otras formas de tratamiento (2,14,15).

Gran parte de las personas que padecen obesidad tienen una vida sedentaria, manifestando escaso interés por iniciar cualquier actividad física, bien sea por problemas de imagen o por limitaciones físicas. Por lo tanto, es necesario que el plan de actividad física sea individualizado y se inicie de forma progresiva (2,15,23).

Antes de iniciar el ejercicio físico en pacientes con obesidad, hay que tener en cuenta que debido al exceso de grasa se reduce la motricidad, aumenta la fatiga y dificulta la práctica de deportes, por lo que es necesario adaptar el ejercicio físico para que puedan seguir el plan de forma cómoda (2,14,15,23):

- La primera medida a adoptar por los pacientes consiste en la reducción del sedentarismo mediante cambios en la rutina diaria como subir escaleras, ir caminando a los sitios o utilizar el transporte público más a menudo.
- A medida que el paciente pierda peso, su capacidad funcional mejorará, por lo que deberá aumentarse la actividad física, con el objetivo final realizar unos 45-60 minutos diarios. Deben ser ejercicios de intensidad moderada, como caminar deprisa, utilizar la bicicleta estática, nadar...

Es importante recordar que el objetivo primario en la realización de ejercicio físico en personas obesas, consiste en la disminución de la masa grasa y la conservación de la masa magra. Según las recomendaciones actuales, todo individuo debería realizar un mínimo de 30 minutos de actividad física moderada todos los días de la semana (14).

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se utiliza en pacientes que necesiten una pérdida mayor al 10% de su peso, complementado con un cambio en el estilo de vida, la actividad física y la dieta. Está indicado en pacientes con un IMC $>30\text{kg/m}^2$, sin patologías asociadas o en aquellos con un IMC $>27\text{kg/m}^2$, que presenten comorbilidades o 2 o más factores de riesgo (15).

Actualmente, el único principio activo que existe en el mercado es *Orlistat*, cuyo mecanismo de acción se basa en la inhibición de las lipasas gástricas y pancreáticas,

bloqueando así la hidrólisis de triglicéridos dentro del tubo digestivo que no podrán absorberse y se eliminarán sin alteraciones por las heces. Este tratamiento permite conseguir una pérdida de entre el 8 y el 10% que se mantiene a largo plazo, disminuyendo alteraciones metabólicas, el colesterol, los triglicéridos, la glucosa y la grasa visceral e intrahepática (15,21).

Tratamiento conductual

Desde siempre la obesidad se ha tratado únicamente con la dieta y el ejercicio físico, pero existe la necesidad de realizar una modificación de los hábitos alimentarios y los patrones de actividad física para conseguir que sean efectivos y por eso, los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en el abordaje del paciente, a pesar de que apenas se utilizan (24).

Hay trastornos psicológicos más frecuentes en las personas con obesidad (trastorno por atracón, restricción alimentaria...) y sobre todo en aquellas pendientes de cirugía bariátrica. Estas alteraciones pueden conllevar dificultades a la hora de recuperarse del postoperatorio, lo que hace esencial un seguimiento psicológico del paciente (24,25).

El tratamiento conductual se basa en técnicas psicológicas que ayudan a promover la motivación del paciente en la adopción de estilos de vida saludables, para poder conseguir una disminución del peso con un objetivo realista. En esta terapia, es necesario trabajar la implicación del paciente y el grado de motivación que tiene para la adopción de un hábito de vida más saludable (2).

La función del psiquiatra o el psicólogo en la evaluación del paciente con obesidad mórbida, es ayudar a determinar que opción de tratamiento es más adecuada según el estado psicológico del paciente o incluso si existe alguna contraindicación para la cirugía bariátrica (14). La evaluación se realiza mediante la aplicación de cuestionarios psicológicos y una entrevista personal por lo menos 6 meses antes de la intervención. Los cuestionarios más frecuentes son (14,26) (*Ver anexo 3*):

- **El test de Boston:** Entrevista semiestructurada en la que se evalúa al paciente en 7 áreas diferentes como la historia del peso, las conductas de alimentación, la historia médica, la comprensión del paciente sobre la intervención quirúrgica y sus riesgos, la

motivación que tiene para perder peso, el sistema de apoyo y la posible presencia de patología psiquiátrica.

- **Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ):** Cuestionario de 51 preguntas destinado a explorar tres dimensiones de la conducta alimentaria: autodominio de la ingesta, desinhibición y susceptibilidad al hambre.
- **Body Shape Questionnaire (BSQ):** Cuestionario que evalúa las alteraciones hacia la imagen corporal y la insatisfacción con el cuerpo.
- **SF-36 Health Survey:** Encuesta que evalúa la calidad de vida a nivel físico y a nivel psicológico.

Además del diagnóstico de posibles trastornos psiquiátricos, los resultados de estos cuestionarios deben permitir el posterior seguimiento del paciente y su evolución psicológica (26).

2.4.2 – Tratamiento quirúrgico

Actualmente, la cirugía bariátrica es una de las especialidades quirúrgicas que más se está desarrollando debido a la gravedad que tiene la obesidad. Se han desarrollado nuevas técnicas quirúrgicas para facilitar la pérdida de peso y ganar una mayor la calidad de vida del paciente (15,20).

Cirugía bariátrica

La cirugía bariátrica es la intervención quirúrgica que se realiza para prevenir la morbimortalidad asociada a la obesidad, para así poder mejorar la calidad de vida a través de una pérdida de peso suficiente y mantenida a largo plazo (5).

Se realiza un seguimiento estricto por parte de diversos profesionales para poder optar a la intervención. Los criterios que hay que cumplir son (2,6,20):

- Pacientes con un IMC $>40\text{kg/m}^2$ o con un IMC $>35\text{kg/m}^2$ en presencia de comorbilidades.
- Obesidad de más de 5 años de evolución
- Edad entre 18-60 años
- Fracaso del tratamiento convencional supervisado

- Es imprescindible que el paciente presente estabilidad psicológica, ausencia de patología psiquiátrica mayor (esquizofrenia, psicosis), retraso mental, trastornos de la conducta alimentaria y abuso de alcohol o drogas.
- Capacidad para comprender el procedimiento y el seguimiento dietético que tendrá que realizar. Compromiso de adhesión a las normas de seguimiento.
- Consentimiento informado después de recibir la información necesaria

Existen diversas técnicas quirúrgicas para la realización de la cirugía bariátrica (bypass gástrico, gastroplastia vertical anillada, derivación bileopancreática...), cada técnica debe cumplir criterios específicos de efectividad para poder realizarse (14,15,20):

- Proporcionar una pérdida de peso superior al 50% de forma permanente.
- Beneficiosa para al menos el 75% de los pacientes
- Ofrecer buena calidad de vida
- Reversible
- Morbilidad <10% y mortalidad <1%, con un índice de reintervenciones anuales <25%.

Todas las técnicas pueden realizarse por laparoscopia, puesto que cada día hay más evidencia científica de los beneficios que tiene: reduce el dolor y la estancia postoperatoria, favorece la recuperación de los pacientes y sus comorbilidades (6,15).

Las técnicas pueden clasificarse en (2,14,20,27,28):

- **Técnicas restrictivas:** Esta intervención esta dentro del grupo de la cirugía bariátrica “simple”. Consiste en una reducción de la cavidad gástrica sin derivación del alimento, que produce una saciedad precoz y duradera. Es la intervención más similar al proceso fisiológico, ya que mantiene la integridad anatómica del tubo digestivo y asegura que las funciones de digestión y absorción de nutrientes se realicen con normalidad. A pesar de tener un bajo riesgo de morbimortalidad, la disminución de peso a largo plazo es inferior que en las otras técnicas.

- o **Gastroplastia:** Esta cirugía produce una restricción alimentaria mediante la separación del estómago en dos compartimentos, uno se denomina “reservorio”, continúa al esófago y tiene un tamaño más pequeño y otro más grande que representa el resto de la cavidad gástrica. El paso del

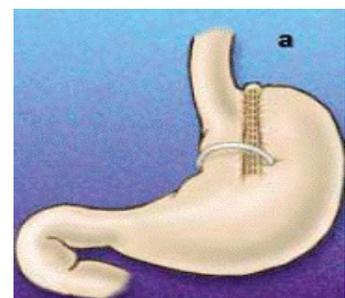


Imagen 1: Gastroplastia

alimento de una cavidad a otra se realiza a través de un estrecho que evita el paso rápido de los alimentos a través del estómago.

Es segura y presenta un bajo riesgo para el paciente. Es fácilmente reversible y no impide la realización de estudios endoscópicos en la cavidad gástrica, por contraposición con las técnicas más complejas. No es apta para pacientes que presenten síndrome de picoteo puesto que podría volver a aumentar el tamaño del estómago, además los pacientes refieren una peor calidad de vida frente a la comida, presentando intolerancias de forma más frecuente que en otras técnicas.

- **Banda gástrica ajustable:** Colocación de un cerclaje en la parte superior del estómago con una banda. Se realiza un estoma, en el que habrá un reservorio externo que permitirá regular la resistencia que ejerce la banda al paso de los alimentos. Es una de las técnicas más populares por su baja morbilidad y la facilidad a la hora de colocarlo, además de ser, completamente reversible. Es la técnica menos invasiva de todas, puesto que no se abre, ni se corta, ni grapa el estómago. Tampoco existe una modificación en la absorción de los alimentos evitando así alteraciones del tránsito intestinal.

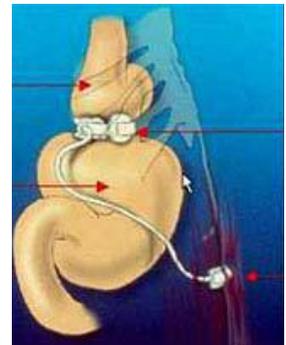


Imagen 2: Banda gástrica ajustable

- **Técnicas malabsortivas:** Estas técnicas están encaminadas a reducir el peso mediante un acortamiento del intestino delgado que disminuye la superficie y capacidad absorbente, acelerando el tránsito intestinal. No existe una técnica malabsortiva pura, sino que se combina con una parcialmente restrictiva. Pérdida de peso de entre el 75-85% del exceso de peso. Elevada morbilidad.

- **Derivación biliaropancreática (DBP):** Es una técnica mixta o compleja que está basada en la construcción de un reservorio estomacal y una derivación de Y en Roux hacia la porción final del intestino delgado, evitando así el paso a través de la parte superior del intestino. Allí existe un canal común en el cual se mezclan la bilis y los jugos pancreáticos antes de entrar en el colón. La pérdida de peso se basa en la restricción de la ingesta por la reducción del

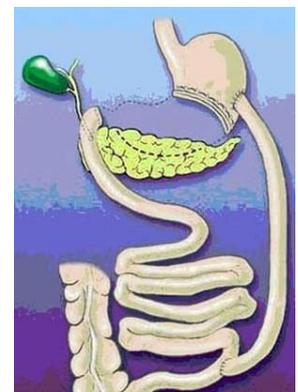
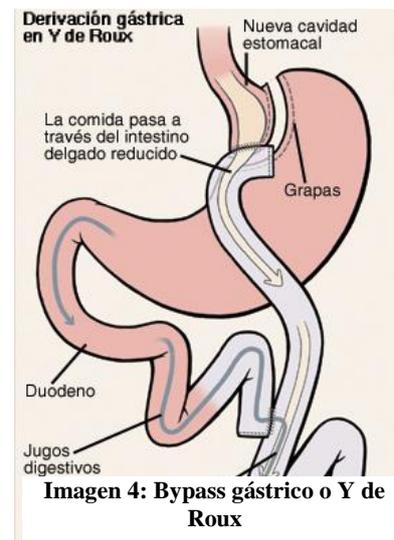


Imagen 3: Derivación biliaropancreática

tamaño del estómago, mientras que la derivación biliar pancreática limita la absorción de la mayoría de calorías y nutrientes que son dirigidos al colon donde no son absorbidos.

- **Técnicas mixtas o derivativas:** Combina la reducción gástrica con algún tipo de derivación intestinal. Los pacientes presentan una buena calidad de vida, con una pérdida de peso notable (entre el 60 y el 75% del exceso de peso). Se utiliza vía laparoscópica debido a la reducción de complicaciones. El bypass gástrico es una de las técnicas más complejas de procedimiento mixto, siendo de predominio restrictivo.
 - o **Cirugía en Y de Roux o bypass gástrico:** Consiste en la creación de un pequeño reservorio de entre 20 y 30cc, a expensas de la curvatura menor y que se aísla del resto del estómago. Junto al reservorio, se realiza una reconstrucción del resto del estómago en Y de Roux, con asas longitudinales variables que unen el reservorio con el intestino delgado, evitando así el paso por parte del estómago y duodeno, reduciendo la absorción de grasas. El paciente pierde peso debido a que presenta una saciedad precoz, efecto anorexígeno, un cierto grado de mal absorción y síndrome de Dumping ¹



¹ **Síndrome de Dumping:** Es una complicación de la cirugía gástrica como efecto colateral deseable ya que después de la ingesta de carbohidratos rápidos se produce un vaciamiento gástrico no regulado (entre 1 y 3h después de la ingesta). Esto hace que el paciente reduzca la ingesta de dulces y bebidas de alto contenido calórico.

3 – OBJETIVOS

3.1 – Objetivos generales

- Mejorar los hábitos de vida no saludables en pacientes con obesidad mórbida pendientes de cirugía bariátrica.
- Minimizar las posibles complicaciones asociadas al postoperatorio de cirugía bariátrica.

3.2 – Objetivos específicos

- Obtener una mejoría en la salud y la autoestima de los pacientes con obesidad mórbida mediante la reeducación alimentaria, el aumento del ejercicio físico y el control del peso.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con obesidad.
- Controlar las reagudizaciones de las patologías asociadas al exceso de peso.
- Sensibilizar al paciente sobre la importancia que tiene para su salud la modificación de los hábitos de vida.
- Realizar un seguimiento del paciente con el fin de controlar su motivación y su evolución en la pérdida de peso.

4 – JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Para conseguir con éxito la adopción de hábitos de vida saludables, junto con una pérdida de peso mantenida a largo plazo, el paciente obeso debe poder acceder a todos los recursos terapéuticos disponibles y no únicamente a tratamientos aislados.

Actualmente, todos los programas que hay disponibles para tratar la obesidad y la obesidad mórbida se encuentran incompletos, ya que basan su tratamiento en técnicas aisladas como la dieta o el ejercicio físico. Por lo tanto, es necesario el diseño de una intervención que incluya el tratamiento del paciente y que permita realizar un seguimiento con el fin de evitar las complicaciones asociadas a la obesidad y a la cirugía bariátrica.

Para conseguir el objetivo del programa, se necesita un equipo determinado de enfermería con apoyo de especialistas en nutrición, actividad física y psicología que proporcionen al paciente unos conocimientos sobre su estado de salud que le permitan mejorar su estilo de vida.

5 - METODOLOGIA

Para que el paciente obeso mantenga la pérdida de peso a largo plazo, se debe proporcionar educación sanitaria que permita corregir los hábitos de vida poco saludables. Por ello, la intervención de enfermería irá dirigida a la realización de diversas sesiones y talleres de educación sanitaria relacionados con tres bloques: apoyo psicológico, nutrición y ejercicio físico.

5.1 – Población diana

La intervención va dirigida a todos aquellos pacientes entre 18 y 65 años que se encuentren pendientes de cirugía bariátrica.

Los criterios de inclusión y exclusión que deberán cumplir los participantes serán los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Hombre o mujer con diagnóstico médico de obesidad mórbida
- Mayores de 18 años.
- En lista de espera para la cirugía bariátrica

Criterios de exclusión:

- Cualquier patología o trastorno que pueda excluir al paciente de la cirugía bariátrica.
- Pacientes que presenten dificultades o trastornos que limiten la realización de ejercicio físico.
- Dificultades o limitaciones para comprender la información que se proporciona.

5.2 – Profesionales

La intervención será dirigida por una enfermera de atención primaria especializada en obesidad y en su tratamiento. Contará con el apoyo de un equipo multidisciplinar formado por:

- Enfermeras especialistas en obesidad
- Nutricionista
- Licenciado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte (LCAFD)
- Psicólogo

5.3 – Metodología de búsqueda

La estrategia que se ha utilizado para la realización del trabajo, ha consistido en la búsqueda exhaustiva y el análisis de la literatura científica más reciente relacionada con la obesidad y su tratamiento, tanto quirúrgico como no quirúrgico.

Respecto al tema, se ha buscado información de protocolos y programas realizados en diversos hospitales de España.

Se han utilizado bases de datos como: *PubMed*, *Google Scholar* y *Scielo*. Además se ha utilizado la bibliografía disponible en las páginas web de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y la Sociedad Española para la Cirugía de la Obesidad Mórbida (SECO). Para seleccionar la bibliografía más actual, se han excluido todos aquellos documentos que fueran anteriores al año 2008, a excepción de los artículos encontrados en las páginas de SEEDO, SEEN y SECO que se han utilizado también debido a la relevancia que tienen en el ámbito.

Google Scholar	“Obesidad” “Comorbilidad” “Tratamiento”	2010-2016	1780	13
Pubmed	"Bariatric Surgery"[Mesh] AND ("Obesity"[Mesh] OR "Obesity, Morbid"[Mesh])	Review; Free full tex; 5 years; English, Spanish, Catalan	172	5
SEEDO	Documentos del consenso		17	6
Pubmed	"Obesity, Morbid"[Mesh] AND "Bariatrics"[Mesh]	Review; Free full text; 5 years English, Spanish, Catalan	64	15

Tabla 2 – Metodología de búsqueda

Las palabras clave que se han utilizado en la búsqueda bibliográfica han sido: *Obesidad/obesity, obesidad mórbida/morbid obesity, tratamiento/treatment, cirugía bariátrica/bariatric surgery, comorbilidad/comorbidities.*

5.4 – Síntesis de la evidencia encontrada

En todos los protocolos y estudios se tiene en cuenta la importancia de una intervención integral con dieta, ejercicio físico y apoyo psicológico para la pérdida de peso, pero no existe ningún programa supervisado que incluya todas las posibilidades de tratamiento.

En el *protocolo de obesidad mórbida del Hospital Universitario de Bellvitge* (21), el circuito que realiza el paciente se inicia en el servicio de Endocrinología y Nutrición donde se lleva a cabo una valoración de la obesidad y posteriormente, el seguimiento se deriva a Atención Primaria donde se pretende efectuar una reeducación alimentaria y de la actividad física. Además se valora a nivel neumológico para detectar si existe Síndrome de Apnea e Hipoapnea Obstructiva del Sueño (SAHOS), a nivel psiquiátrico para detectar posibles trastornos que puedan interferir con la intervención quirúrgica y una visita con el cirujano para determinar si el paciente es apto para la cirugía bariátrica.

En el *protocolo de obesidad del Hospital Quirón* (28), realiza un estudio preoperatorio que incluye analítica de sangre y orina, ecografía abdominal, electrocardiograma (ECG), radiografía de tórax y fibrogastroscoopia.

Según la *SEEDO en el Consenso del año 2007* (20), determina que cualquier intervención debe ir dirigida a conseguir una pérdida de peso con el fin de eliminar o mejorar las comorbilidades asociadas y las futuras complicaciones relacionadas con la obesidad, para ello se contemplará un cambio en el estilo de vida (plan de alimentación, actividad física y apoyo psicológico) que puede complementarse con tratamiento farmacológico o bien con tratamiento quirúrgico.

En la Atención Primaria existen dos guías: la *Guía Clínica de Actuación en el sobrepeso y la obesidad del adulto* (29) del Servei Català de Salut, en la que se propone una reeducación alimentaria, proporcionan pautas de actividad física y realizan test de detección de trastornos de la conducta alimentaria, con la opción de asistir a tratamiento psicológico (8 sesiones de 2h cada 15 días). La otra guía disponible es de la Comunidad Valenciana, y se

titula *Obesidad; Guía de actuación clínica en Atención Primaria* (30), en la cual se captan a los pacientes por su médico referente y se les deriva a la enfermera para realizar unas visitas programadas donde se valorará la obesidad y se realizará una reeducación alimentaria y de actividad física. Las siguientes visitas sólo contemplan el apoyo psicológico y el control de peso.

Aparte de los protocolos, hay diversos estudios en los cuales se realiza una intervención para perder peso, pero la mayoría tan solo evalúan el funcionamiento de uno de los tratamientos y no de todos ellos en conjunto.

En el programa que se realizó en Alicante de *Valoración de candidatos de cirugía bariátrica: perfil socio demográfico y variables psicológicas* (25), se realiza una dieta de muy bajo valor calórico para reducir peso antes de la cirugía bariátrica pero sobre todo, se propone una valoración de salud mental para conocer que trastornos son más frecuentes en los pacientes obesos

Existen multitud de estudios que evalúan el beneficio de la actividad física en la pérdida de peso a largo plazo, uno de ellos realizado por el servicio de Endocrinología del Hospital Universitario de Valencia de *Valoración de un programa de ejercicio físico estructurado en pacientes con obesidad mórbida pendientes de cirugía bariátrica* (23), que incluye a todos aquellos pacientes con obesidad mórbida que ya están en tratamiento con una dieta hipocalórica y se encuentran pendientes de cirugía bariátrica. El programa de 8 semanas de duración incluye dos sesiones a la semana de 60 minutos de ejercicio físico en grupo.

En la revisión sistemática de *diet or exercici interventions vs. Combined behavioral weight management programas* (31), donde se comparan los programas de actividad física junto con la dieta hipocalórica y los programas que sólo incluyen actividad física, se llega a la conclusión de que el ejercicio físico junto con la dieta produce una mayor pérdida de peso en un tratamiento de 12 meses.

Finalmente, el estudio *TRAMOMTANA (Tratamiento Multidisciplinar de la Obesidad mórbida: Medicamentos, Terapia de comportamiento, Apoyo Nutricional y Actividad física)* (9), evalúa el impacto que tiene un programa de pérdida de peso intensivo, multidisciplinar, no quirúrgico en pacientes con obesidad mórbida y que incluye educación para la salud nutricional, fomento de la actividad física, medicación y apoyo en el proceso de cambios en el estilo de vida.

6 - INTERVENCIÓN

La intervención que se va a llevar a cabo consiste en el diseño de un programa basado en educación para la salud en el paciente con obesidad mórbida pendiente de cirugía bariátrica.

En este programa se busca llevar a cabo diferentes sesiones teórico-prácticas de educación sanitaria, dirigidas a pacientes que se encuentren en los 6 meses previos a la intervención quirúrgica, con el fin de disminuir el peso, mejorar las comorbilidades y adoptar unos hábitos de vida más saludables que puedan mantenerse después de la cirugía.

El programa será dirigido por una enfermera de atención primaria referente en el ámbito de obesidad, la cual contará con un equipo multidisciplinar para llevar a cabo las diferentes sesiones. Estará formado por enfermeras, psicólogos, nutricionistas y LCAFD.

La admisión al programa se realizará con la enfermera coordinadora y el cirujano asignado para la cirugía bariátrica en el hospital de referencia, los cuales derivaran al paciente si cumple los requisitos de inclusión en el programa.

Por lo tanto, a pesar de que existen unos criterios de exclusión nombrados anteriormente, la misma intervención podrá ser utilizada si precisa, como criterio de exclusión para la cirugía bariátrica, si no se asiste a un mínimo de sesiones formativas (20 sesiones y 30h de ejercicio) y a todas las visitas programadas con la enfermera referente.

6.1 – Estructura del programa

El programa se divide en tres bloques formativos relacionados con nutrición, apoyo psicológico y ejercicio físico. Las sesiones se distribuyen de la siguiente forma:

- 24 sesiones teóricas:
 - Sesión de acogida: Presentación del equipo multidisciplinar y explicación del programa.
 - 6 sesiones de nutrición: *Ver tabla 3*
 - 5 sesiones de actividad física: *Ver tabla 4*
 - 5 sesiones de apoyo psicológico: *Ver tabla 5*

- 1 sesión de cirugía bariátrica
- 2 sesiones de paciente experto
- 3 talleres prácticos relacionados con los tres bloques temáticos
- Sesión final para valorar el programa y al equipo
- Ejercicio físico grupal
 - 2 sesiones/semana de 60 minutos de duración que se llevarán a cabo durante todo el programa. El objetivo de la actividad es reducir el sedentarismo y mejorar la tolerancia al ejercicio físico.
- Control de enfermería:
 - 7 visitas programadas con la enfermera referente para controlar la evolución del paciente.
 - 1ª visita: Al iniciar el programa se realizará la anamnesis completa, la historia dietética, la valoración de la obesidad y una analítica general.
 - Visitas de seguimiento: De la 2ª a la 6ª visita, se realizará un control mensual del peso y en los pacientes que proceda se realizará un control de las comorbilidades asociadas:
 - HTA: Control de la presión arterial (PA)
 - DM2: Control de la glucemia, pulsos distales, evaluación del pie diabético...
 - 7ª sesión: Se realizará un último control de peso y las pruebas necesarias para la intervención quirúrgica (analítica preoperatoria y ECG).

SESIONES DE NUTRICIÓN				
SESIÓN	TEMA	OBJETIVOS	RECURSOS HUMANOS	MATERIAL PARA EL PACIENTE
1 – Alimentación saludable	Dieta variada i equilibrada. Hidratos de carbono, lípidos, grasas y sus tipos, minerales y vitaminas Pirámide de los alimentos Raciones, calorías y Kcal.	Conseguir que el paciente conozca la importancia de la dieta equilibrada y variada, los principales nutrientes y las pautas necesarias para la modificación de sus hábitos dietéticos	Enfermera y nutricionista	Ejemplos de raciones Pirámide de los alimentos Dieta equilibrada
2 – Dieta hipocalórica	Dieta hipocalórica.	Iniciar la dieta hipocalórica, equilibrada y variada.	Enfermera y nutricionista	Dieta hipocalórica
3 – Introducción básica al funcionamiento del sistema digestivo	Anatomía y fisiología básica del tubo digestivo Absorción de macro y micronutrientes básica <i>(Se combinará con la charla de cirugía bariátrica).</i>	Aumentar el conocimiento de los pacientes de cómo funciona el aparato digestivo y que así puedan conocer que variaciones tendrán después de la intervención.	Enfermera y nutricionista	Se utilizará un muñeco anatómico para facilitar la explicación
4 – Métodos de cocción y preparación de alimentos	Métodos de cocción bajos en grasas. Alimentos precocinados (ALERTA). Tipos de aceite (fritos, crudo...) <i>(Se combinará para realizarlo la semana previa al taller de cocina)</i>	Conseguir que el paciente adopte técnicas de cocción más sanas y bajas en grasa.	Enfermera y nutricionista	Tríptico con los tipos de cocción bien explicados y alguna receta de ejemplo.

5 – Dieta antes de la intervención quirúrgica	Dieta de muy bajo valor calórico.	Iniciar la dieta de muy bajo valor calórico, esencial antes de la cirugía	Enfermera y nutricionista	Dieta de 800kcal por escrito
6 – Dieta después de la cirugía	Dieta que deberán seguir después de la intervención. Dudas	Resolver dudas del paciente respecto a la parte de nutrición después de la operación	Enfermera y nutricionista	

Tabla 3 – Distribución de las sesiones de nutrición

SESIÓN	TEMA	OBJETIVOS	RECURSOS HUMANOS	MATERIAL
1 – Introducción al ejercicio físico	Recomendaciones de ejercicio generales y encaradas a los pacientes con obesidad mórbida. Pirámide de la actividad física. Proyecto de caminar en grupo	Realizar un cambio de hábitos a la hora de realizar el ejercicio (aumento o instauración del ejercicio).	Enfermera y LCAFD	En formato papel todas las recomendaciones que se dan en la sesión. La pirámide del ejercicio físico
2 – Recomendaciones para realizar ejercicio físico	Qué alimentos tomar antes de realizar ejercicio. Importancia de la hidratación.	Adoptar recomendaciones saludables para realizar ejercicio físico	Enfermera y LCAFD	Se proporcionará todas las recomendaciones en formato papel.
3 –Pérdida de peso con la actividad física	Ejercicios óptimos para quemar masa grasa. Falsos mitos del ejercicio físico.	Aumentar el conocimiento de los pacientes acerca de cómo quemar grasa y a que mitos existen.	Enfermera y LCAFD	Se proporcionará un tríptico con los mitos más frecuentes explicados
4 – Deportes	Ejercicio de natación en grupo.	Aumentar el conocimiento de deportes que pueden realizar	Enfermera y LCAFD	Se proporcionará información de actividades que se hacen en la ciudad.
5 – Ejercicio post intervención	Ejercicio que pueden realizar después de la cirugía Actividades cotidianas que podrán realizar.	Incrementar el conocimiento sobre los ejercicios que pueden realizar en casa después de la intervención	Enfermera y LCAFD	Se entregaran los ejercicios por escrito

Tabla 4 – Distribución de las sesiones de ejercicio físico

SESIÓN	TEMA	OBJETIVOS	RECURSOS HUMANOS	MATERIAL PARA EL PACIENTE
1 – Hábitos	Qué es un hábito y como funciona.	Reflexionar acerca de los hábitos que tienen para así poder modificarlos.	Enfermera y psicólogo	
2 – Motivación y culpabilidad	¿Qué es la motivación? Qué motivaciones tienen para perder peso. Sentimientos, emociones y culpabilidad	Reconocer los sentimientos que tienen hacia la ingesta y la motivación que tienen hacia perder peso	Enfermera y psicólogo	
3 – Trastornos de la alimentación	Trastornos de la conducta alimentaria: bulimia, anorexia, picoteo, pica y nocturnidad	Aumentar el conocimiento del paciente acerca de las enfermedades que existen relacionadas con la ingesta	Enfermera y psicólogo	Se proporcionarán trípticos sobre cómo evitar estos trastornos.
4 – Ansiedad	Qué es la ansiedad y como tratarla. Signos y síntomas de la ansiedad	Reconocer cuando aparece la ansiedad y como puede combatirla	Enfermera y psicólogo	Tríptico sobre cómo combatir la ansiedad
5 – Sentimientos postoperatorio	Sentimientos postcirugía	Aumentar el conocimiento del postoperatorio de cirugía bariátrica	Enfermera y psicólogo	

Tabla 5 – Distribución de las sesiones de apoyo psicológico

6.2 – Sesiones formativas

6.2.1 – Sesiones de nutrición

SESIÓN 1: ALIMENTACIÓN SALUDABLE

OBJETIVO: Conseguir que el paciente reconozca la importancia de la dieta equilibrada y variada, los principales nutrientes y las pautas necesarias para cambiar sus hábitos alimentarios.

DURACIÓN: 90 minutos

DESARROLLO: La sesión se iniciará pasando a todos los participantes un registro alimentario de 24h y la encuesta de frecuencia de consumo (32), que permitirá completar la historia dietética que se habrá iniciado previamente en la visita con la enfermera (*Ver anexo 1*). Después se tratará de que los mismos participantes sean capaces de identificar qué cambios realizarían en la dieta o si no los harían, porque motivo.

Una vez finalizada esta actividad, se iniciará una charla dinámica de unos 45 minutos de duración, con soporte de diapositivas en el que se explicará los nutrientes básicos (hidratos de carbono, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales). Se remarcará la importancia del cambio de hábitos.

MATERIAL: Pirámide de los alimentos y raciones.

EVALUACIÓN: En esta sesión no existe una evaluación de la charla, pero los registros que se pasan durante la sesión serán necesarios para valorar los hábitos de los pacientes y así poder encarar las siguientes sesiones, si fuera necesario.

SESIÓN 2: DIETA HIPOCALÓRICA

OBJETIVO: Iniciar la dieta hipocalórica, equilibrada y variada.

DURACIÓN: 75 minutos

DESARROLLO: Al iniciar la sesión, durante 15 minutos, se pedirá a los participantes que realicen un recordatorio de 3 días no festivos.

El objetivo de la sesión es que los participantes conozcan como iniciar la dieta hipocalórica. Habitualmente, se inicia la dieta con una reducción de 500kcal/día respecto a la ingesta habitual (2). por lo que se les proporcionará a los pacientes una dieta de entre 1200-1500kcal (33,34) (*Ver anexo 1*).

MATERIA: Dieta de 1200-1500kcal en formato papel.

EVALUACIÓN: Durante los últimos 15 minutos de la sesión, los pacientes evaluarán el recordatorio de otro compañero para comprobar si han comprendido el concepto de la dieta variada y equilibrada explicado en la sesión anterior.

SESIÓN 3: INTRODUCCIÓN BÁSICA AL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DIGESTIVO
--

OBJETIVO: Aumentar el conocimiento de los pacientes sobre cómo funciona el aparato digestivo y facilitar así la comprensión de las modificaciones que sufrirán después de la intervención.

DURACIÓN: 50 minutos.

DESARROLLO: El objetivo principal de esta sesión es que los pacientes conozcan la anatomía y la fisiología básica del aparato digestivo para que posteriormente les sea más fácil comprender que modificaciones padecerá su organismo después de la cirugía.

Se combinará para que se realice siempre antes de la charla sobre cirugía bariátrica.

MATERIAL: Muñeco anatómico que facilite la explicación del profesional.

EVALUACION: Al finalizar la sesión, durante 10 minutos, se realizarán unas breves preguntas tipo test para evaluar que conocimientos han adquirido.

SESIÓN 4: MÉTODOS DE COCCIÓN Y PREPARACIÓN DE ALIMENTOS
--

OBJETIVO: Conseguir que el paciente adopte técnicas de cocción más sanas y bajas en grasas.

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: En esta sesión cobra importancia los diferentes tipos de cocción para evitar el uso abusivo de grasa y aprender también métodos sencillos para cocinar y evitar así los alimentos precocinados.

MATERIAL: Información por escrito para que puedan revisar la información siempre que tengan dudas o sea necesario.

EVALUACIÓN: La evaluación de esta sesión se realizará la siguiente semana en el taller de cocina dónde se le propondrá al paciente la elaboración de un plato libre pero con un método de cocción bajo en grasa.

SESIÓN 5: DIETA ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

OBJETIVO: Iniciar la dieta de muy bajo valor calórico previa a la intervención quirúrgica.

DURACIÓN: 45 minutos

DESARROLLO: En esta charla se les proporcionará a los pacientes la DMBVC que debe iniciarse un mes antes de la intervención y que consta de una reducción de la ingesta a 800 kcal (35) (*Ver anexo 1*).

MATERIAL: Dieta de 800kcal.

SESIÓN 6: DIETA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

OBJETIVO: Resolver dudas del paciente respecto a la alimentación saludable después de la cirugía.

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: La última sesión de este bloque se explicará cómo se modificará la ingesta del paciente después de la intervención: qué tipo de comidas podrá tomar, qué cantidades y qué dieta deberá seguir.

Es muy importante reforzar aquí el cambio de hábitos alimentarios ya que esencial para evitar las complicaciones postoperatorias.

Se volverá a pasar el cuestionario de frecuencia de consumo.

En los últimos 15 minutos de la sesión, se resolverán dudas que les puedan quedar a los participantes.

MATERIAL: Dieta postoperatoria por escrito.

EVALUACIÓN: Después de haber realizado durante 6 meses distintas charlas sobre educación alimentaria, es necesario volver a pasar los cuestionarios de frecuencia de consumo para valorar que cambios nutricionales han hecho los pacientes.

6.2.2 – Sesiones de ejercicio físico

SESIÓN 1: INTRODUCCIÓN AL EJERCICIO FÍSICO

OBJETIVO: Realizar un cambio de hábitos a la hora de realizar ejercicio físico (aumento o instauración del ejercicio).

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: La sesión se iniciará pasando una encuesta para valorar el grado de actividad física de los pacientes (*Ver anexo 2*).

A partir de la encuesta, se iniciará la charla para modificar los hábitos y se explicarán las recomendaciones básicas de actividad física en pacientes con obesidad: intensidad, duración del ejercicio, como aumentar el ejercicio físico...

MATERIAL: Pirámide del ejercicio físico

EVALUACIÓN: Se intentará que inicialmente sean los propios pacientes los que detecten que errores cometen y como podrían modificar su rutina diaria para realizar un poco de ejercicio físico.

SESIÓN 2: RECOMENDACIONES PARA REALIZAR EJERCICIO FÍSICO

OBJETIVO: Adoptar conductas saludables para realizar ejercicio físico.

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: La charla comenzará con un coloquio entre los pacientes sobre qué acciones llevan a cabo antes de realizar el ejercicio y después.

Posteriormente, se explicará a los pacientes las recomendaciones para realizar antes y después del ejercicio físico, que alimentos deben comer y la importancia de una correcta hidratación. Se utilizarán diapositivas de soporte.

MATERIAL: Recomendaciones en formato papel

EVALUACIÓN: Se evaluará en la sesión de ejercicio en grupo valorando si el paciente lleva o no lleva a cabo las recomendaciones básicas.

SESIÓN 3: RELACIONAR LA PÉRDIDA DE PESO CON LA ACTIVIDAD FÍSICA

OBJETIVO: Aumentar el conocimiento de los pacientes acerca de cómo quemar grasa y los mitos que existen actualmente.

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: Se iniciará la charla preguntando a los pacientes cuales son los mitos más frecuentes que han oído acerca de realizar ejercicio.

Después de evaluar que conocimientos tienen los participantes, se pasará un PowerPoint con diferentes mitos que existen sobre realizar deporte: “*Si sudo estoy quemando más grasa*”, “*Cuanto más ejercicio se realiza, más peso se pierde*”, “*Después de cierta edad el ejercicio no ayuda mejorar*”... con el fin de reconozcan ellos mismos cuales son verdades y cuales son falsos.

Para finalizar, se explicará brevemente que ejercicios son más óptimos para quemar masa grasa.

MATERIAL: Mitos por escrito

EVALUACIÓN: La evaluación de esta sesión se llevará a cabo pasando de nuevo diversos mitos y preguntando si son verdaderos o falsos.

SESIÓN 4: DEPORTES

OBJETIVO: Aumentar el conocimiento sobre los deportes que pueden realizar además de caminar.

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: Esta sesión se llevará a cabo en una piscina de la ciudad. El objetivo es que los pacientes conozcan otros tipos de ejercicio físico que puedan realizar de forma habitual como podría ser la natación.

MATERIAL: Información de actividades deportivas en grupo que se realizan en la ciudad: natación, yoga...

SESIÓN 5: EJERCICIO FISICO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

OBJETIVO: Incrementar el conocimiento sobre los ejercicios que pueden realizar en casa durante el postoperatorio.

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: Esta sesión se encaminará a explicar que ejercicios pueden realizar durante el postoperatorio, las actividades cotidianas que podrán hacer y las que no y se explicarán ejercicios pasivos para realizar en casa.

MATERIAL: Se darán por escrito las recomendaciones de ejercicio para después de la cirugía.

EVALUACIÓN: Se volverá a pasar la encuesta de frecuencia de ejercicio físico para valorar que cambios han realizado los participantes en el programa.

6.2.3 – Sesiones de apoyo psicológico

SESIÓN 1: HÁBITOS

OBJETIVO: Reflexionar acerca de los hábitos que tiene cada uno para poder modificarlos.

DURACIÓN: 75 minutos

DESARROLLO: Se dedicarán los primeros 30 minutos de la sesión a pasar el Test de Boston y el SF-36 Health Survey (*Ver anexo 3*) que permitirán evaluar al paciente y conocer como valoran su calidad de vida.

Posteriormente, el profesional pasará a realizar una charla de 30 minutos con soporte en diapositivas sobre qué son los hábitos y cómo funciona el proceso.

EVALUACIÓN: Durante los 15 minutos finales de la sesión, se realizará una reflexión grupal sobre los hábitos más frecuentes que tienen los pacientes y que traten de adoptar herramientas para mejorarlos.

SESIÓN 2: MOTIVACIÓN Y CULPABILIDAD

OBJETIVO: Reconocer los sentimientos que se tienen hacia la ingesta y la motivación que hay para perder peso.

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: La charla irá encarada a conocer el grado de motivación de los participantes a perder peso. Se iniciará con un coloquio entre todos los pacientes para hablar del grado de motivación que tienen hacia el objetivo de perder peso, después se explicará la diferencia entre sentimientos y emociones. Especial atención al sentimiento de culpabilidad.

Se realizará una breve charla teórica sobre la motivación y como aumentar el grado de motivación respecto a un objetivo.

EVALUACIÓN: Con las encuestas de la semana anterior se evaluará el grado de motivación de los participantes.

SESIÓN 3: TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

OBJETIVO: Aumentar el conocimiento del paciente hacia las enfermedades que existen relacionadas con la ingesta de alimentos.

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: La sesión comenzará pasando el cuestionario de *Three-Factor Eating Questionary* (Ver anexo 3) con el objetivo de detectar si existe algún indicio de trastorno de la conducta alimentaria. Para rellenar el cuestionario se dejaran los 20 primeros minutos de la sesión.

Posteriormente el profesional comenzará a explicar los principales trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia, la anorexia, el picoteo y el trastorno de nocturnidad, esta parte de la sesión durará aproximadamente 45 minutos.

MATERIAL: Trípticos sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

EVALUACIÓN: Para complementar el otro cuestionario, se pasará al finalizar la sesión un cuestionario sobre la imagen corporal (BSQ) (*Ver anexo 3*). Con ambos test, permitirán al psicólogo que da apoyo en el programa reconocer si los pacientes presentan algún tipo de trastorno alimentario y en dicho caso trabajar de forma individual para solucionarlo o si se repitiera de forma reiterada, modificar alguna sesión para incluir el tratamiento de dicho trastorno.

SESIÓN 4: ANSIEDAD

OBJETIVO: Reconocer los signos y síntomas de la ansiedad y como combatirla.

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: La charla se iniciará intentando compartir entre todos los participantes en que momentos han sentido ansiedad y como han sido capaces de controlarla o si por el contrario, no han sido capaces de hacerlo, cómo se han sentido... esta parte de la sesión tendrá una duración aproximada de 20 minutos.

Posteriormente, se explicará con un soporte de diapositivas, qué es la ansiedad y cuáles son sus signos y síntomas además de proporcionar recursos para resolverla.

MATERIAL: Consejos sobre cómo rebatir la ansiedad.

EVALUACIÓN: Después de la sesión, realizar un pequeño coloquio sobre como rebatirían la ansiedad con la información que se les ha dado o si cambiarían su forma de hacerlo.

SESIÓN 5: SENTIMIENTOS EN EL POSTOPERATORIO

OBJETIVO: Aumentar el conocimiento del postoperatorio de cirugía bariátrica.

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: Después de la cirugía es fácil que el paciente pueda sentirse culpable por haberla realizado pensando que podría haber perdido el peso de otra forma. Es importante trabajar los sentimientos que pueden sentirse después de la intervención y como gestionarlos. También se utilizará la charla para resolver posibles dudas que tengan los pacientes acerca de la cirugía bariátrica.

6.2.4 – Sesiones de paciente experto

OBJETIVO: Compartir experiencias con los participantes en la intervención de otros pacientes que hayan pasado por el proceso de cirugía bariátrica.

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: Se realizarán dos sesiones a lo largo de los 6 meses con pacientes que hayan pasado por todo el proceso preoperatorio de cirugía bariátrica para explicar su experiencia y motivar a los pacientes.

Una de las sesiones se realizará al inicio del programa para ayudar a motivar a los pacientes y la segunda se realizará cuando esté finalizando el programa para que puedan ayudar a resolver dudas que surjan.

6.2.5 – Sesión cirugía bariátrica

OBJETIVO: Mejorar el conocimiento de los pacientes respecto a la intervención que se les va a realizar.

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: Se encarará esta sesión a aumentar el conocimiento de los pacientes acerca de la intervención que se les va a realizar. Se les explicará las diversas cirugías que se realizan actualmente.

Siempre se realizará esta charla después de la sesión nº3 de nutrición que trata sobre el aparato digestivo.

6.2.6 – Talleres

OBJETIVO: Mejorar los conocimientos aportados en las sesiones teóricas.

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: Se realizarán durante los 6 meses 3 talleres relacionados con los bloques principales de la intervención.

Estos talleres tendrán un carácter dinámico y el tema principal podrá ser escogido por los pacientes siempre y cuando se haya trabajado en las sesiones teóricas previamente.

6.2.7 – Calendario de actividades

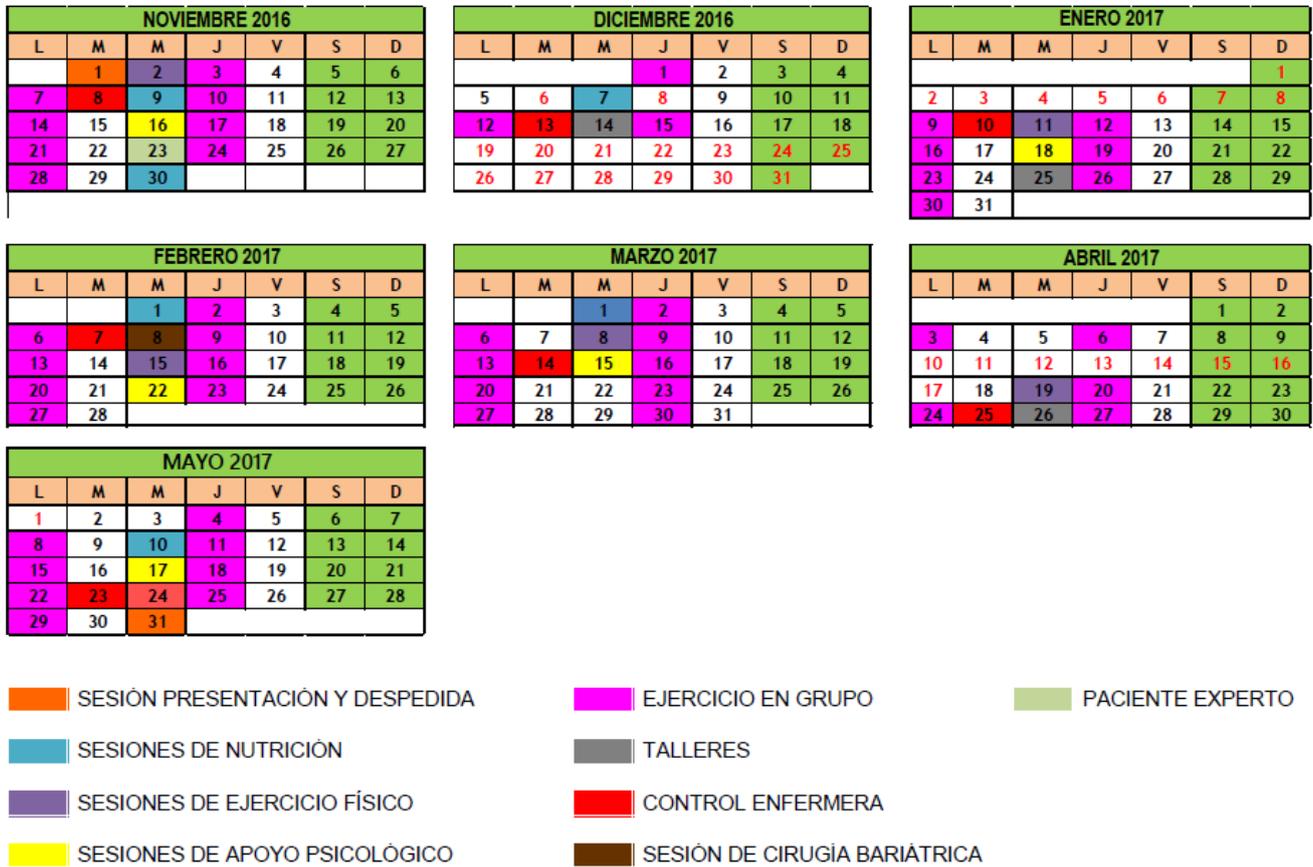


Imagen 5 - Calendario sesiones

7 – CRONOGRAMA

	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Revisión de la literatura y búsqueda bibliográfica del tema								
Elaboración del marco teórico								
Elaboración de los objetivos								
Diseño y realización de la intervención								
Revisión del trabajo								
Conclusiones y aspectos a mejorar								
Entrega del trabajo								

8 – CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación contribuye a la mejora de la calidad en la atención a los pacientes, proporcionando información necesaria para que los profesionales de la salud puedan elegir cuál sería la opción terapéutica más adecuada. En este contexto, la ética siempre intenta garantizar que los participantes de un estudio estén protegidos, y que la investigación clínica siempre se utilice para las necesidades de los pacientes, así como de la sociedad (36).

La presente intervención no supone ningún riesgo derivado de la participación en ella, ya que únicamente se busca el beneficio que aporta un tratamiento supervisado en la pérdida de peso en personas con obesidad mórbida. A pesar de ello, es posible que durante la realización de actividad física y debido a la inactividad habitual de los pacientes, se pudiera producir alguna lesión del sistema locomotor. Para minimizar el riesgo de sufrir cualquier tipo de lesión, la actividad física siempre se realizará supervisada por un profesional del ejercicio físico y la enfermera referente del programa; además, se adaptará el ejercicio físico de forma gradual al estado general del grupo.

En cuanto a la bioética, se forma de 4 principios básicos y el cumplimiento de cada uno de ellos garantiza el trato humano a los pacientes en las instituciones sanitarias:

- **Principio de justicia:** La intervención va dirigida a toda aquella población con obesidad mórbida que se encuentre pendiente de cirugía bariátrica. Excepto que exista alguna limitación física para el paciente, la intervención trata de garantizar la igualdad de acceso para toda la población a la cual se dirige.
- **Principio de no maleficencia:** El objetivo de la intervención es la prevención de las complicaciones asociadas a la obesidad, y al postoperatorio de la cirugía bariátrica mediante la adopción de hábitos de vida más saludables. Trata de evitar cualquier tipo de daño al paciente relacionado con la actuación sanitaria.
- **Principio de autonomía:** Dado que la intervención proporciona conocimiento y recursos necesarios para adoptar un estilo de vida más saludable antes y después de la intervención quirúrgica, se fomenta el autocuidado del paciente, respetando de esta forma el principio de autonomía.

- **Principio de beneficencia:** A pesar del riesgo existente a la hora de practicar ejercicio físico, se aportan suficientes recursos para minimizar los posibles riesgos, aportando así un mayor beneficio para el paciente.

Para poder realizar la intervención deberá redactarse un escrito en el cual se pida permiso al comité de ética, para que se evalúe el beneficio que tendría para la salud del paciente. Además, también debería consultarse con los gestores de calidad y de protocolos del centro en el cual se realice la intervención

Los participantes de la intervención deberán haber firmado un consentimiento informado, después de que los profesionales implicados en ella hayan proporcionado la información necesaria acerca de la intervención y sus objetivos.

9 – EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La evaluación de la intervención es esencial para valorar si los objetivos propuestos se han cumplido, además de permitir comprobar si ésta ha sido o no válida.

La evaluación de la intervención permitirá analizar aspectos como:

- Evolución del peso
- Normalización o remisión de comorbilidades
- Complicaciones de cirugía bariátrica
- Calidad de vida.
- Hábitos alimentarios.

9.1 – Indicadores de nutrición

- Mejora de la alimentación
 - El cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, permite conocer a partir de una lista, la frecuencia en la que se consumen unos alimentos o un grupo de alimentos en concreto. De esta forma, se permite completar la historia dietética del paciente y modificar la alimentación según lo que consume el paciente. Puede complementarse con un registro de 24h.
 - El cuestionario se pasará al iniciar y al finalizar el programa para poder evaluar cuáles han sido las modificaciones realizadas en la dieta.
- Aumento del conocimiento de la anatomía y la fisiología básica del tubo digestivo y del funcionamiento de la cirugía bariátrica.
 - Realización de preguntas tipo test básicas al finalizar las correspondientes sesiones.
- Adopción de técnicas culinarias bajas en grasas.
 - Preparación en el taller de cocina de un plato bajo en grasas según las instrucciones dadas en la sesión teórica.

9.2 – Indicadores de ejercicio físico

- Aumentar la actividad física un mínimo de 30 minutos diarios

- La encuesta de frecuencia de actividad física aporta información sobre cuál es el gasto energético del paciente en 24h, por lo tanto, nos permitirá adaptar la actividad física a la rutina diaria de cada paciente.
 - El cuestionario se pasará a los pacientes al iniciar y al finalizar la intervención para evaluar cuál ha sido su evolución.
- Asegurar el ejercicio físico saludable
 - En cada sesión de ejercicio físico en grupo, el responsable de los pacientes valorará si cumplen o no las recomendaciones saludables que se les proporcionan en las sesiones teóricas.

9.3 – Indicadores de apoyo psicológico

- Conseguir un estilo de vida saludable
 - Mediante el *test de Boston*, se pretende realizar una evaluación psicológica en la cual se busca valorar los hábitos alimentarios, la presencia de trastornos de la conducta alimentaria y/o alteraciones mentales y la capacidad del enfermo para comprender la intervención quirúrgica, sus riesgos y cuidados.
En base al resultado obtenido en el cuestionario y el diagnóstico psiquiátrico, si procede, se considerará si el tipo de paciente está contraindicado o no para la cirugía bariátrica, como por ejemplo: Esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor con clínica activa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón con sintomatología activa.
- Mejora de la calidad de vida
 - El cuestionario de salud *SF-36 Health Survey*, es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y que es útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y permite valorar los beneficios que produce un tratamiento.
El cuestionario se evalúa con puntuaciones del 0 al 100 y valora la función física, el dolor corporal, la salud general, la vitalidad, la función social, emocional, la salud mental y la transición de salud.
El cuestionario deberá pasarse al iniciar la intervención y al finalizarla, para conocer cómo ha evolucionado su calidad de vida con la intervención realizada.

- Disminución de la incidencia de trastornos psicológicos
 - El TFEQ es un cuestionario de 51 preguntas, que nos permitirá evaluar tres dimensiones de la conducta alimentaria como la restricción alimentaria (21 ítems), la desinhibición (16 ítems) y la susceptibilidad al hambre (deseo subjetivo por la comida) (14 ítems). Es válido para discriminar a personas obesas con y sin síndrome por atracón y también permite predecir el éxito del tratamiento según las puntuaciones obtenidas en cada dimensión de la conducta alimentaria, así mismo por ejemplo, pacientes con altas puntuaciones en la restricción alimentaria responden mejor al tratamiento psicológico, mientras que los que presentan altas puntuaciones en la susceptibilidad al hambre, responden mejor a tratamientos con fármacos.
 - El BSQ es un cuestionario de 34 afirmaciones sobre sus sentimientos acerca de su satisfacción corporal en las últimas 4 semanas. Se puntúa entre 1 y 6 cada afirmación y la puntuación total oscila entre 34 y 204 puntos. Es válido para evaluar la situación del paciente y en post-tratamiento, a pesar de que no existe un punto de corte, que identifique a pacientes con un probable trastorno de la conducta alimentaria.
 - Durante la intervención, se pasarán ambos cuestionarios (TFEQ y BSQ) para evaluar la situación de los pacientes respecto a su imagen subjetiva y la posibilidad trastornos de la conducta alimentaria. Se volverá a repetir al finalizar las sesiones para comprobar si el tratamiento ha sido efectivo.

9.4 – Indicadores generales de la intervención

- Disminución de un 10% del exceso peso
 - En las visitas mensuales con la enfermera, se pesará al paciente para realizar un control de la evolución del peso durante la intervención.
- Finalización de la intervención con un 80% de participación de los que la iniciaron.
 - Al finalizar cada sesión, se pasará una hoja de firmas para realizar un control de asistencia.
- Mejora de las comorbilidades asociadas a la obesidad.
 - En los controles de enfermería se intentará obtener en pacientes hipertensos cifras menores de 130/90 y en diabéticos glucemias capilares basales menores de 140mg/dl.

- Disminución del número de complicaciones relacionadas con la cirugía bariátrica.
 - o La enfermera referente evaluará a los pacientes después de la intervención quirúrgica, que permitirá valorar si han sufrido o no complicaciones postoperatorias.

Si al finalizar la intervención alguno de los criterios no se cumple, se realizará un seguimiento por parte de la enfermera referente del programa y el profesional indicado (psicólogo, nutricionista, LCAFD) para proporcionar recursos al paciente que le permitan asumir los objetivos propuestos al inicio.

10 – DISCUSIÓN

En las últimas décadas, la obesidad está alcanzando proporciones epidémicas, suponiendo un grave problema de salud pública debido al aumento de las comorbilidades asociadas y la mortalidad prematura.

El objetivo principal es diseñar una intervención que mediante la modificación de estilos de vida poco saludables, proporcione una mejor calidad de vida a los pacientes intervenidos por cirugía bariátrica.

En muy pocos casos los individuos que van a someterse a cirugía bariátrica han participado en un programa de disminución de peso supervisado por profesionales, cuando está demostrado que produce un efecto beneficioso debido al alivio de complicaciones como la DM2, la HTA y la SAHOS (9).

La reducción de la ingesta energética a costa de una reeducación alimentaria, el aumento del ejercicio físico y el apoyo psicológico, aportan un beneficio demostrable sobre la disminución de peso. Existen diversos programas que respaldan la reducción de peso mediante técnicas no quirúrgicas supervisadas y que conllevan pérdidas de entre el 5 y el 10% del exceso de peso (9,23).

En la mayoría de intervenciones en pacientes obesos, se realiza un tratamiento conservador basado en la dieta y el ejercicio físico, pero la evidencia científica más actual, considera que se puede conseguir una reducción de peso similar utilizando una terapia conductual intensiva que permita realizar una modificación del estilo de vida (9,37).

Por lo que cabe esperar que esta intervención, basada en la modificación de estilos de vida poco saludables mediante la educación para la salud y el tratamiento convencional supervisado por un equipo multidisciplinar, tenga igual o mayor efectividad que el resto de intervenciones, en las cuales solo se aplica una medida terapéutica.

El ámbito asistencial más indicado para la realización de la intervención sería la Atención Primaria, puesto que es donde se realiza con mayor frecuencia intervenciones relacionadas con la educación sanitaria.

El horario en el que se imparten las sesiones, podría suponer una limitación para la asistencia de los participantes, pudiendo solucionarse con la creación de un grupo que asistiera por la mañana y otro por la tarde.

Es muy frecuente que los pacientes obesos presenten una baja autoestima, y habitualmente, si no consiguen una pérdida de peso rápida, se frustran y dejan de intentarlo. Por lo que, la finalidad de esta intervención, es que mediante cierta autonomía y con objetivos a corto plazo los pacientes consigan una disminución de peso corrigiendo sus hábitos de vida, y disminuyendo el riesgo de complicaciones intraquirúrgicas y postquirúrgicas.

11 – CONCLUSIONES

Muchas veces, los tratamientos no supervisados de pérdida de peso se realizan de forma poco adecuada o son poco eficaces. Esto se debe a que muchos pacientes tratan de disminuir de peso a costa de la restricción total de nutrientes, el evitar comidas etc.

Diversos estudios (6), recalcan la importancia que tiene la pérdida de peso previa a la cirugía bariátrica, debido a que reduce el riesgo de sufrir complicaciones perioperatorias y postoperatorias.

Es muy importante que el paciente sepa que la cirugía bariátrica no es la solución definitiva a la obesidad y que después de ésta, es esencial que continúen con una dieta equilibrada, por lo que es necesario tratar de modificar los factores previos que han llevado a la obesidad.

El paso más complicado a la hora de iniciar el tratamiento en pacientes obesos, es la adhesión a éste. A pesar de esta dificultad, son muy pocos los pacientes que tienen la oportunidad de asistir a algún tipo de programa o tratamiento supervisado por profesionales de la salud.

El realizar una intervención basada en la modificación del estilo de vida mediante la reeducación alimentaria, la disminución del sedentarismo y la terapia conductual, asegura que la población con obesidad mórbida disminuya de peso de forma eficaz antes de la cirugía, y que adopte un hábito de vida más saludable que pueda mantener después de la intervención quirúrgica.

En una intervención de esta envergadura, es esencial recalcar la importancia que desarrolla enfermería, ya que es la encargada de dirigir todas las actividades de promoción de la salud, además de proporcionar al paciente las herramientas necesarias para fomentar su autocuidado y la autonomía a la hora de lograr los objetivos propuestos.

12 - BIBLIOGRAFIA

1. Arrizabalaga J, Calañas A, Vidal J, Masmiquel L, Díaz M, García P, et al. Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Endocrinol Nutr.* 2003; 50(4): 1–38.
2. López M, Soto A. Actualización en obesidad. *Cad Aten Primaria.* 2010; 17: 101–7.
3. Gargallo M, Basulto J, Bretón I, Quiles J. Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Rev Esp Obes.* 2011; 10(1): 13–54.
4. Ortiz M. *Epidemiología de la Obesidad en España.* Alicante; 2015.
5. Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida. Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica. Declaración de Salamanca. *Cir Esp.* 2004; 75(5): 312–314.
6. Martínez D, Salvador J, Escrig J. Pérdida de peso preoperatoria en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Recomendaciones basadas en la evidencia. *Cir Esp.* 2012; 90(3): 147–155.
7. Tur J. *Tratamiento multidisciplinar de la obesidad mórbida [Tesis doctoral].* Universitat de les Illes Balears; 2013.
8. Alegría Ezquerro E, Vázquez, Castellano J, Alegría Barrero A. Obesidad, síndrome metabólico y diabetes: implicaciones cardiovasculares y actuación terapéutica. *Rev Esp Cardiol.* 2008; 61(7): 762–764.
9. Tur J, Alòs M, Iglesias L, Luque L, Colom A, Escudero A, et al. TRAMOMTANA (Tratamiento Multidisciplinar de la Obesidad Mórbida: Medicamentos, Terapia de comportamiento, Apoyo Nutricional y Actividad física). De la pregunta a la realidad de un ensayo clínico investigador iniciado (II). *Endocrinol Nutr.* 2011; 58(6): 299–307.
10. Ruano M, Silvestre V, Aguirregoicoa E, Criado K, Duque Y, García G. Nutrición, síndrome metabólico y obesidad mórbida. *Nutr Hosp.* 2011; 26(4): 759–764.
11. Rodríguez E, López B, López M, Ortega R. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Nutr Hosp.* 2011; 26(2): 355–363.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva nº 311, enero de 2015 [Internet]. OMS [Citado: 11/01/2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
13. Rubio M. *Manual de obesidad mórbida.* 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana;

- 2015.
14. SEEN, SEEDO. Guía clínica para el tratamiento de la obesidad severa. 2010. 13 pag.
 15. Berghöfer A, Pischon T, Reinhold T, Apovian C, Sharma A, Willich S. Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Pub Heal.* 2008; 8: 200–210.
 16. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España 2014 [Internet]. 2014 [Citado: 20/04/2016]. 28 pág. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm
 17. Pérez C. Current mapping of obesity. *Nutr Hosp.* 2013; 28(5): 21–31.
 18. Ortiz R, Álvarez C, Miralles J, Ruíz M, Dal M, Villar C, et al. Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006. *Med Clin.* 2011; 137(15): 678–684.
 19. Moreno B, Tébar F, Fernández J, Foz M. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes.* 2007; 7–48.
 20. Burgos R, Vilarrasa N, Virgili N, Garrido P, Montserrat M, Vilarasau C, et al. Protocol de actuació en obesitat mòrbida. Barcelona: Hospital Universitari de Bellvitge; 2007. 30 pág.
 21. Vilchez F, Campos C, Amaya M, Sánchez P, Pereira J. Las dietas de muy bajo valor calórico (DMBVC) en el manejo clínico de la obesidad mórbida. *Nutr Hosp.* 2013; 28(2): 275–85.
 22. Sánchez L, Sánchez C, Alfonso A. Valoración de un programa de ejercicio físico estructurado en pacientes con obesidad mórbida pendientes de cirugía bariátrica. *Nutr Hosp.* 2014; 29(1): 64–72.
 23. Baile J, Gonzalez M. Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *An Sist Sanit Navar.* 2011; 34(2): 253–61.
 24. Pérez E, De la Torre M, Tirado S, Van der Hofstadt CJ. Valoración de candidatos a cirugía bariátrica: descripción del perfil sociodemográfico y variables psicológicas. *C Med Psicosom.* 2011; 99: 29–40.
 25. Fernandez R. Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso. Universitat de Valencia; 2009.
 26. Noria S, Grantcharov T. Biological effects of bariatric surgery on obesity-related comorbidities. *Can J Surg.* 2013; 56(1): 47–57.

27. Servicio de cirugía general Hospital Quirón. Protocolo asistencial: obesidad mórbida. Hospital Quirón, editor. Barcelona; 2013. 32 pág.
28. Mas E, March J, Mauri S, Pibernat A, Ribot C, Ricart W, et al. Guía Clínica de Actuación en el Sobrepeso y la Obesidad del Adulto. Girona: Servei Català de la Salut; 2007. 69 pág.
29. Corbacho A, Carlos A, Adsuara C. Obesidad. Guía de Actuación Clínica en AP. Valencia; 2005. 18 pág.
30. Johns D, Hartmann J, Jebb S, Aveyard P. Diet or Exercici interventions vs combined behavioral weight management programs: A systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *J Acad Nutr Diet*. 2014; 114(10): 1557–1568.
31. Rodriguez T, Fernández J, Cucó G, Biarnés E, Arija V. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproductibilidad y validez. *Nutr Hosp*. 2008; 23(3): 242–252.
32. Institut Català de la Salut. Dieta de 1500 Kcal. Lleida: Departament de Salut; 2009.
33. Institut Català de la Salut. Dieta de 1200 Kcal. Lleida: Departament de Salut; 2009.
34. Institut Català de la Salut. Dieta de 800 Kcal. Lleida: Departament de Salut; 2010.
35. Hernando P, Marijúan M. Método de análisis de conflictos éticos en la práctica asistencial. *An Sist Sanit Navar*. 2006; 29(3): 91–9.
36. Martins C, Strommen M, Stavne O, Nossun R, Marvik R, Kulseng B. Bariatric Surgery versus Lifestyle Interventions for Morbid Obesity - Changes in Body Weight, Risk Factors and Comorbidites at 1 Year. *Obes Surg*. 2010;

13 – ANEXOS

13.1 – Anexo 1 – Nutrición

*Eq=Equivalentes. Cantidad de cada alimento que corresponde a 1 equivalente	
LÁCTEOS	<ul style="list-style-type: none"> - 200ml de leche desnatada - 2 yogures desnatados 
FARINÁCEOS (integrales)	<ul style="list-style-type: none"> - 150g de guisantes o habas - 100g de patata, boniato o maíz - 40g de pan - 40g de legumbres (100g peso en cocido) - 30g de arroz, pasta, sémola o tapioca (100g peso en cocido) - 30g de biscotes, cereales de desayuno, harina o puré de patatas deshidratado - 25g (4 unidades) de galletas tipo María 
VERDURAS	<ul style="list-style-type: none"> - 300g de lechuga, escarola, pepino, col, acelgas, berenjena, calabacín, setas, espinacas, pimiento, tomate, etc. - 200g de judía verde - 150g de cebolla, zanahoria, coles de Bruselas, remolacha, alcachofa 
PROTEICOS (peso neto)	<ul style="list-style-type: none"> - 100g de pollo, conejo, pavo, ternera, pescado azul, queso fresco - 120g de merluza, rape, bacalao fresco, sepia, calamares, gambas, etc. - 50g de jamón dulce, de pavo, jamón curado o queso bajo en grasa - 1 huevo grande - 80g de legumbres (200g peso en cocido) 
FRUTA (peso neto)	<ul style="list-style-type: none"> - 200g de sandía o melón - 120g de naranja, mandarina, melocotón, fresas, ciruelas, manzana, pera, kiwi, piña, etc. - 60g de uvas, plátano, cerezas, higos, nísperos, chirimoya 
ACEITES Y GRASAS	<ul style="list-style-type: none"> - 10g de aceite (de oliva) - 50g (16 unidades) de aceitunas - 20g de frutos secos - Ocasionalmente: 12g de mayonesa, mantequilla o margarina 
OTROS (opcional)	<ul style="list-style-type: none"> - 10g de azúcar, cacao en polvo o cereales malteados (tipo Eko) - 15g de miel o mermelada - 30g (2 unidades) de queso en porciones bajo en grasa 

Imagen 6 - Equivalencias dieta

DIETA 1200 Kcal

	GRUPO DE ALIMENTOS	Eq*	EJEMPLO DE MENÚ
DESAYUNO	Lácteos	1	1 vaso de leche desnatada
	Farináceos	1	40g de pan
MEDIA MAÑANA	Fruta	1	Una pieza pequeña de fruta
COMIDA	Farináceos	1.5	40g de legumbres (peso en crudo) + 20g de pan
	Vegetales	1	Verdura cruda o cocida
	Proteicos	1	100g de carne (peso neto)
	Fruta	1	Una pieza pequeña de fruta
	Grasas	1	1 cucharada sopera de aceite
MERIENDA	Lácteos	½	1 yogur desnatado
CENA	Farináceos	1	30g de pasta (peso en crudo)
	Vegetales	1	Verdura cruda o cocida
	Proteicos	1	120g de pescado (peso neto)
	Fruta	1	Una pieza pequeña de fruta
	Grasas	1	1 cucharada sopera de aceite
	Lácteos **	½	½ vaso de leche desnatada

***Eq= equivalente**

Se puede sustituir un alimento por otro equivalente del mismo grupo (consultar la tabla de la siguiente página). Ejemplo: 1 vaso de leche desnatada se puede sustituir por 2 yogures desnatados.

**** Puede tomar el lácteo de la cena más tarde, en forma de resopón.**

DIETA 1500 Kcal

	GRUPO DE ALIMENTOS	Eq *	EJEMPLO DE MENÚ
DESAYUNO	Lácteos	1	1 vaso de leche desnatada
	Farináceos	1	40g de pan
MEDIA MAÑANA	Fruta	1	Una pieza pequeña de fruta
COMIDA	Farináceos	2.5	80g de legumbres (peso en crudo) + 20g de pan
	Vegetales	1	Verdura cruda o cocida
	Proteicos	1	100g de carne
	Fruta	1	Una pieza pequeña de fruta
	Grasas	2	2 cucharadas soperas de aceite
MERIENDA	Lácteos	½	1 yogur desnatado
CENA	Farináceos	1.5	30g de pasta (peso en crudo) + 20g de pan
	Vegetales	1	Verdura cruda o cocida
	Proteicos	1	120g de pescado
	Fruta	1	Una pieza pequeña de fruta
	Grasas	1.5	1.5 cucharadas soperas de aceite
	Lácteos**	½	½ vaso de leche desnatada

***Eq= equivalente**

Se puede sustituir un alimento por otro equivalente del mismo grupo (consultar la tabla de la siguiente página). Ejemplo: 1 vaso de leche desnatada se puede sustituir por 2 yogures desnatados.

**** Puede tomar el lácteo de la cena más tarde, en forma de resopón.**

DIETA 800 Kcal. (Con alimentos naturales)

Desayuno:

- Leche desnatada 200cc o 2 Yogures desnatados
- Pan 20g o Biscotes 15g o Cereales de desayuno 15g

Media mañana:

- Pan 20g o Biscotes 15g o Cereales de desayuno 15g
- Queso fresco desnatado 30g

Comida:

- Opcional: caldo desgrasado
- 1r plato) Verdura cruda o cocinada 200g
- 2º plato) Carne o derivados o Pescado (consultar la tabla del dorso) o 1 Huevo mediano
- Postre: 1 ración de fruta ((consultar la tabla del dorso)

Merienda:

- Leche desnatada 100cc o 1 Yogur desnatado

Cena:

- 1r plato) Verdura cruda o cocinada 200g
- 2º plato) Carne o derivados o Pescado (consultar la tabla del dorso) o 1 Huevo mediano
- Postre: 1 ración de fruta ((consultar la tabla del dorso)

Resopón:

- Leche desnatada 100cc o 1 Yogur desnatado

DIETA 800 Kcal. (Con fórmulas artificiales)

Desayuno:

- Leche desnatada 200cc o 2 Yogures desnatados
- Pan 20g o Biscotes 15g o Cereales de desayuno 15g

Media mañana:

- 1 sobre o barrita Optifast® o 1 sobre VEGEfast® o 2 barritas Diabalance® o 1 tetra-brik Diabalance®

Comida:

- Opcional: caldo desgrasado
- 1r plato) Verdura cruda o cocinada (consultar la tabla del dorso para la cantidad)
- 2º plato) Carne o derivados o Pescado o Huevo o Legumbres (consultar la tabla del dorso para la cantidad)
- Postre: Fruta (consultar la tabla del dorso para la cantidad)

Merienda:

- Leche desnatada 100cc o 1 Yogur desnatado

Cena:

- 1 sobre o barrita Optifast® o 1 sobre VEGEfast® o 2 barritas Diabalance® o 1 tetra-brik Diabalance®

Resopón:

- Leche desnatada 100cc o 1 Yogur desnatado

Pirámide de los alimentos



Imagen 7 - Pirámide alimentos

Cuestionario de frecuencia de consumo

Para cada alimento, marque el recuadro que indica la frecuencia de consumo por término medio durante el año pasado. Se trata de tener en cuenta también la variación verano/invierno; por ejemplo, si tomas helados 4 veces/semana sólo durante los 3 meses de verano, el uso promedio al año es 1/semana	CONSUMO MEDIO DURANTE EL AÑO PASADO								
	NUNCA O CASI NUNCA	AL MES	A LA SEMANA			AL DÍA			
		1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6+
I – LACTEOS									
1. Leche entera (1 taza, 200 cc) 2. Leche semidesnatada (1 taza, 200 cc) 3. Leche descremada (1 taza, 200 cc) 4. Leche condensada (1 cucharada) 5. Nata o crema de leche (1/2 taza) 6. Batidos de leche (1 vaso, 200 cc) 7. Yogurt entero (1, 125 gr) 8. Yogurt descremado (1, 125 gr) 9. Petit suisse (1, 55 g) 10. Requesón o cuajada (1/2 taza) 11. Queso en porciones o cremoso (1, porción 25 g) 12. Otros quesos: curados, semicurados (Manchego, Bola, Emmental...) (50 gr) 13. Queso blanco o fresco (Burgos, cabra...) (50 gr) 14. Natillas, flan, puding (1, 130 cc) 15. Helados (1 cucurucho)									

II- HUEVOS, CARNES, PESCADOS (Un plato o ración de 100-150 gr, excepto cuando se indique otra cosa)	CONSUMO MEDIO DURANTE EL AÑO PASADO								
	NUNCA O CASI NUNCA	AL MES	A LA SEMANA			AL DÍA			
		1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6+
16. Huevos de gallina (uno) 17. Pollo o pavo con piel (1 ración o pieza) 18. Pollo o pavo sin piel (1 ración o pieza) 19. Carne de ternera o vaca (1 ración) 20. Carne de cerdo (1 ración) 21. Carne de cordero (1 ración) 22. Conejo o liebre (1 ración) 23. Hígado (ternera, cerdo, pollo) (1 ración) 24. Otras vísceras (sesos, riñones, mollejas) (1 ración) 25. Jamón serrano o paletilla (1 loncha, 30 g) 26. Jamón York, jamón cocido (1 loncha, 30 g) 27. Carnes procesadas (salchichón, chorizo, morcilla, mortadela, salchichas, butifarra, sobrasada, 50 g) 28. Patés, foie-gras (25 g) 29. Hamburguesa (una, 50 g), albóndigas (3 unidades) 30. Tocino, bacon, panceta (50 g) 31. Pescado blanco: mero, lenguado, besugo, merluza, pescadilla,... (1 plato, pieza o ración) 32. Pescado azul: sardinas, atún, bonito, caballa, salmón, (1 plato, pieza o ración 130 g) 33. Pescados salados: bacalao, mejillones,... (1 ración, 60 g en seco) 34. Ostras, almejas, mejillones y similares (6 unidades) 35. Calamares, pulpo, chipirones, jibia (sepia) (1 ración, 200 g) 36. Crustáceos: gambas, langostinos, cigalas, etc. (4-5 piezas, 200 g) 37. Pescados y mariscos enlatados al natural (sardinas, anchoas, bonito, atún) (1 lata pequeña o media lata normal, 50 g) 38. Pescados y mariscos en aceite (sardinas, anchoas, bonito, atún) (1 lata pequeña o media lata normal, 50 g)									

III - VERDURAS Y HORTALIZAS (Un plato o ración de 200 g ,excepto cuando se indique)	CONSUMO MEDIO DURANTE EL AÑO PASADO								
	NUNCA O CASI NUNCA	AL MES	A LA SEMANA			AL DÍA			
		1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6+
39. Acelgas, espinacas									
40. Col, coliflor, brócoles									
41. Lechuga, endivias, escarola (100 g)									
42. Tomate crudo (1, 150 g)									
43. Zanahoria, calabaza (100 g)									
44. Judías verdes									
45. Berenjenas, calabacines, pepinos									
46. Pimientos (150 g)									
47. Espárragos									
48. Gazpacho andaluz (1 vaso, 200 g)									
49. Otras verduras (alcachofa, puerro, cardo, apio)									
50. Cebolla (media unidad, 50 g)									
51. Ajo (1 diente)									
52. Perejil, tomillo, laurel, orégano, etc. (una pizca)									
53. Patatas fritas comerciales (1 bolsa, 50 g)									
54. Patatas fritas caseras (1 ración, 150 g)									
55. Patatas asadas o cocidas									
56. Setas, niscalos, champiñones									
IV – FRUTAS (una pieza o ración)	NUNCA O CASI NUNCA	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6+
57. Naranja (una), pomelo (uno), mandarinas (dos)									
58. Plátano (uno)									
59. Manzana o pera (una)									
60. Fresas/fresones (6 unidades, 1 plato postre)									
61. Cerezas, picotas, ciruelas (1 plato de postre)									
62. Melocotón, albaricoque, nectarina (una)									
63. Sandía (1 tajada, 200-250 g)									
64. Melón (1 tajada, 200-250 g)									
65. Kiwi (1 unidad, 100 g)									
66. Uvas (un racimo, 1 plato postre)									
67. Aceitunas (10 unidades)									
68. Frutas en almíbar o en su jugo (2 unidades)									
69. Dátiles, higos secos, uvas-pasas, ciruelas-pasas (150 g)									
70. Almendras, cacahuetes, avellanas, pistachos, piñones (30 g)									
71. Nueces (30 g)									
72. ¿Cuántos días a la semana tomas fruta como postre?			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

CONSUMO MEDIO DURANTE EL AÑO PASADO										
		MES	A LA SEMANA			AL DÍA				
VIII – MISCELÁNEA		NUNCA O CASI NUNCA	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6+
107. Croquetas, buñuelos, empanadillas, precocinados (una)										
108. Sopas y cremas de sobre (1 plato)										
109. Mostaza (una cucharadita de postre)										
110. Mayonesa comercial (1 cucharada sopera = 20 g)										
111. Salsa de tomate frito, ketchup (1 cucharadita)										
112. Picante: tabasco, pimienta, pimentón (una pizca)										
113. Sal (una pizca)										
114. Mermeladas (1 cucharadita)										
115. Azúcar (1 cucharadita)										
116. Miel (1 cucharadita)										
117. Snacks distintos de patatas fritas: gusanitos, palomitas, maíz, etc. (1 bolsa, 50 g)										
118. Otros alimentos de frecuente consumo (especificar):										
IX – BEBIDAS		NUNCA O CASI NUNCA	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6+
119. Bebidas carbonatadas con azúcar: bebidas con cola, limonadas, tónicas, etc. (1 botellín, 200 cc)										
120. Bebidas carbonatadas bajas en calorías, bebidas light (1 botellín, 200 cc)										
121. Zumo de naranja natural (1 vaso, 200 cc)										
122. Zumos naturales de otras frutas (1 vaso, 200 cc)										
123. Zumos de frutas en botella o enlatados (200 cc)										
124. Café descafeinado (1 taza, 50 cc)										
125. Café (1 taza, 50 cc)										
126. Té (1 taza, 50 cc)										
127. Mosto (100 cc)										
128. Vaso de vino rosado (100 cc)										
129. Vaso de vino moscatel (50 cc)										
130. Vaso de vino tinto joven, del año (100 cc)										
131. Vaso de vino tinto añejo (100 cc)										
132. Vaso de vino blanco (100 cc)										
133. Vaso de cava (100 cc)										
134. Cerveza (1 jarra, 330 cc)										
135. Licores, anís o anisetes ... (1 copa, 50 cc)										
136. Destilados: whisky, vodka, ginebra, coñac (1 copa, 50 cc)										
¿A qué edad empezaste a beber alcohol (vino, cerveza o licores), incluyendo el que tomas con las comidas con regularidad (más de siete "bebidas" a la semana)?					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9					
¿Cuántos años has bebido alcohol con regularidad (más de siete bebidas a la semana)?					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9					

Si durante el año pasado tomaste vitaminas y/o minerales (incluyendo calcio) o productos dietéticos especiales (salvado, aceite de onagra, leche con ácidos grasos omega-3, flavonoides, etc.), por favor indica la marca y la frecuencia con que los tomaste:

		MES	A LA SEMANA			AL DÍA				
DÍA		NUNCA O CASI NUNCA	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6+
138. MARCAS DE LOS SUPLEMENTOS DE VITAMINAS O MINERALES O DE LOS PRODUCTOS DIETÉTICOS										
139.										

Pirámide del ejercicio físico

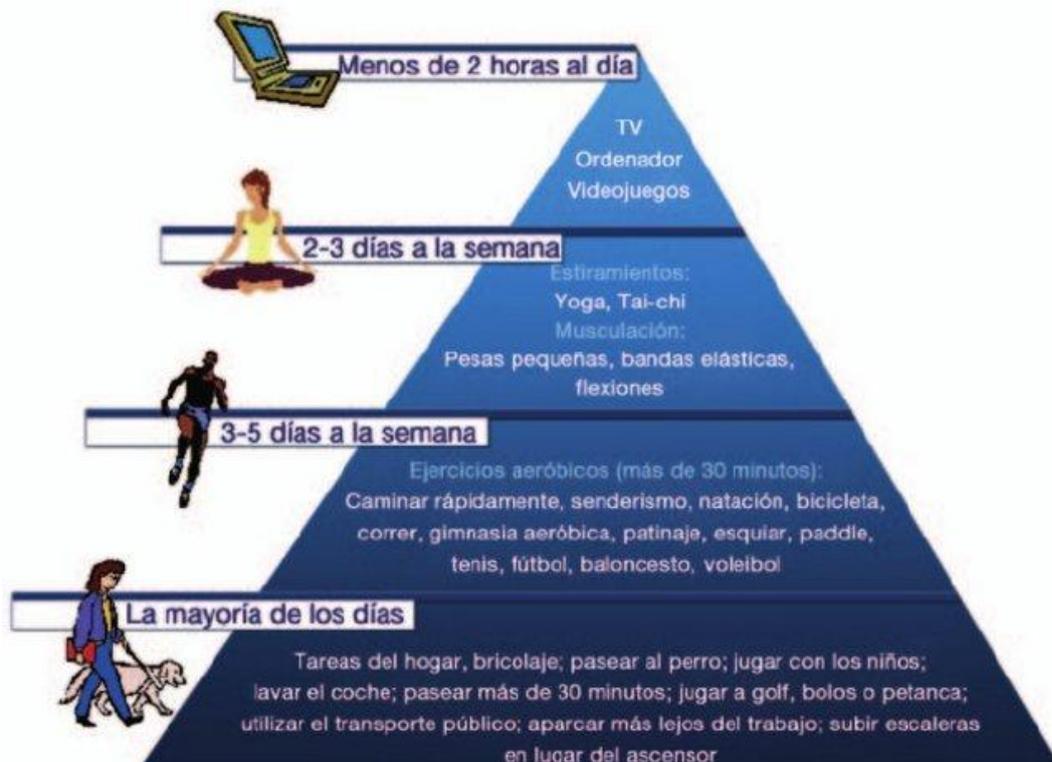


Imagen 8 - Pirámide del ejercicio físico

11.3 – Anexo 3 – Apoyo psicológico

Test de Boston

Datos Generales

Nombre y apellidos: _____

Fecha: _____ Centro: _____

Edad: _____ Sexo: 1 = Hombre 2 = Mujer

Trabaja: 0 = No 1 = Sí Profesión _____

Estado civil: 1 = soltero/a 2 = casado/a, viviendo en pareja
3 = separado/divorciado/a 4 = viudo/a

Nivel de estudios: 0 = Sin estudios
1 = Primarios
2 = Secundarios (BUP o FP)
3 = Estudios universitarios de grado medio
4 = Estudios universitarios de grado superior

Nivel socioeconómico: 1 = Bajo 2 = Medio 3 = Alto

Entrevista

1) HISTORIA DE PESO Y NUTRICIÓN

Voy a realizarle algunas preguntas sobre su historia de peso y dieta.

¿Cuánto pesa? _____

¿Cuánto mide? _____

¿Desde cuando tiene problemas de peso? (infancia, adolescencia, edad adulta, debido a algún estresor en su vida)

Caso de ser debido a algún estresor (p.e., muerte de un ser querido, accidente propio o de conocidos, pérdida del trabajo):

¿en qué consistió?

¿cuánto tiempo hace que ocurrió? _____

Desde que usted tiene problemas de peso ¿cuál es el peso más bajo que ha obtenido (haciendo un esfuerzo para conseguirlo)?

(Peso obtenido) _____ ¿Durante cuánto tiempo mantuvo este peso? _____

(si diferente del de arriba, ¿habitualmente cuánto tiempo mantiene su peso principal?)

Intentos para perder peso actualmente y en el pasado

Voy a preguntarle por diferentes métodos que usted puede haber intentado para perder peso en el pasado. Para cada método, le preguntaré asimismo si lo está probando en la actualidad. También le preguntaré por el éxito que ha tenido cada método.

Para cada intento indicar en la actualidad o en el pasado y cuánto éxito ha tenido el intento utilizando la siguiente escala:

0 = Sin éxito, ni ganó ni perdió peso; 1 = Éxito ligero; 3 = Éxito moderado; 4 = Mucho éxito

	En la actualidad		En el pasado	
	Intentado	¿cuánto éxito?	Intentado	¿cuánto éxito?
Seguir una dieta por mi mismo				
Dieta médica sin receta (p.e., Dexatrim)				
Dieta por prescripción médica				
Dieta 'milagrosa'				
Dieta baja en calorías durante admisión hospitalaria del paciente				
Dieta en régimen ambulatorio				
Psicoterapia en régimen ambulatorio (centrada en la pérdida de peso)				
Programa de ejercicios				
Intervenciones quirúrgicas (p.e., liposucción). Especificar:				
Purgarse (p.e. vómitos concretos, diuréticos, laxantes)				
Grupos de apoyo para perder peso				
Utilizar programas u otros servicios que proporcionan dietas alimenticias. (Especificar:)				
Otros				

2) CONDUCTAS DE ALIMENTACIÓN

Voy a preguntarle por conductas de alimentación de diferentes tipos y usted me dirá si hace cada una de ellas, y si la hace, con qué frecuencia.

Atracón y bulimia

Nota: El entrevistador deberá estar familiarizado con los criterios del atracón antes de la entrevista. Pregunte lo resaltado en letra negrita, realice las preguntas que necesite, después dé una calificación extrema de '0' si la alimentación del paciente no se califica como un atracón, o de '1' si se califica como atracón.

0 = No, 1 = Sí

(Describir el alimento comido)
(Anotar la frecuencia)

	Actualidad	Pasado
¿Ha tenido algún episodio en el que se diera un atracón, alguna vez en la que comiese mucha comida de una vez, más de lo que la mayor parte de la gente podría comer?		
¿Se siente fuera de control mientras está comiendo de esa manera?		
¿Cómo se sentía después?		
CUMPLE LOS CRITERIOS DEL ATRACÓN		
Después de haber tenido un atracón alguna vez ha intentado 'deshacerse de' lo que ha comido mediante alguna de las siguientes maneras:		
Vómitos autoinducidos		
Empleando laxantes		
Diuréticos		
Enemas		
Fasting		
Ejercicio excesivo		
Conductas purgantes (introducir '1' si cualquiera de las conductas mencionadas ha sido respaldada).		

Otras conductas de alimentación

Voy a listar una serie de conductas y me gustaría que me indicara si usted hace cada una de ellas y, caso de hacerla, con qué frecuencia la realiza.

Para cada conducta: 0 = No y 1 = Sí

Para la frecuencia: 0 = N/A (no aplicable) o nunca

1 = Menos de una vez al mes; 2 = aproximadamente una vez al mes; 3 = aproximadamente una vez a la semana; 4 = varias veces a la semana; 5 = diariamente

Conducta de alimentación	Si/No	Frecuencia
Picotear y comer en la cocina mientras está de pie		
Comer mientras cocina o prepara algún alimento		
Comer rápidamente (más rápido que la mayor parte de las personas)		
Comer cuando no está hambriento		
Comer grandes cantidades de comida durante la noche		
Beber bebidas carbonatadas		

Beber grandes cantidades de líquidos calóricos (Gatorade, batidos, soda azucarada)		
Beber al menos 8 vasos de agua cada día		
Tomar suplementos vitamínicos o minerales		

4) COMPRENSIÓN DEL PACIENTE DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, RIESGOS, ETC.

Ahora voy a preguntarle sobre lo que usted conoce acerca del procedimiento del bypass gástrico, los riesgos que conlleva y los cambios que usted debería realizar en su dieta tras la operación.

Nota para el entrevistador: después de preguntar cada riesgo/efecto colateral, educar brevemente al cliente sobre cada uno de los aspectos allí donde sea necesario.

El entrevistador calificará la conciencia de los riesgos asociados con la operación:
1 = Pobre, 2 = Aceptable, 3 = Bueno, 4 = Muy bueno, 5 = Excelente, 6 = No hizo evaluación

¿Sabe que sucede durante la operación de bypass gástrico? ¿Tiene el paciente una comprensión de la misma?	
¿Conoce los riesgos de cualquier operación importante o el uso de la anestesia general?	
¿Comprende el paciente que el procedimiento quirúrgico implica anestesia general?	
¿Qué es lo que usted conoce sobre los riesgos o efectos colaterales asociados con la operación de bypass gástrico?	
Colocar una marca al lado de cada riesgo/efecto colateral del que el paciente sea consciente, dar una calificación global basada en estas respuestas.	
Náuseas	
Vómitos	
Diarreas	
Síndrome de <i>dumping</i>	
Hipoglucemia	
Pérdida del deseo de comer (Anorexia)	
Deficiencias nutricionales y por qué ocurren - Hierro, vitamina B12, ácido fólico, A, D, E - Corregidas por suplementos vitamínicos - Porque el BPG supone un acortamiento del intestino	
Fracaso en la pérdida de peso - Un promedio del 15% de los pacientes no pierde peso (rango informado entre el 5-40%) - El fracaso es más probable entre aquellos que comen continuamente o que comen alimentos líquidos/blandos o dulces	
- Otros efectos colaterales menos comunes (anotar brevemente) - (p.e. problemas de eliminación, obstrucción del intestino delgado (5%), hernia ventral (5%), úlcera péptica (1-25%), cálculos biliares (complicación común en las pérdidas de peso masivas 2-73%), bolsas de piel distales (3-9%)	

Calificación global del conocimiento del paciente de los riesgos y efectos colaterales del procedimiento	
--	--

Cuidados necesarios

Nota para el entrevistador: después de preguntar cada riesgo/efecto colateral, educar brevemente al cliente sobre cada uno de los aspectos allí donde sea necesario.
--

El conocimiento del paciente sobre los cuidados postoperatorios se califica:
 1 = Pobre, 2 = Aceptable, 3 = Bueno, 4 = Muy bueno, 5 = Excelente, 6 = No hizo evaluación

¿Cuánto sabe en relación con lo que le sucederá después de la operación? Colocar una marca al lado de cada riesgo/efecto colateral del que el paciente sea consciente, dar una calificación global basada en estas respuestas.	
Duración del postoperatorio en el hospital (7-10 días)	
No realizar tareas pesadas en casa/trabajo durante 6 semanas	
Volver al trabajo/actividades diarias (2-3 semanas)	
Calificación global del conocimiento del paciente sobre los cuidados postoperatorios	

CONOCIMIENTO DE LAS RESTRICCIONES DIETÉTICAS POSTOPERATORIAS

¿Qué conoce usted por lo que se refiere a la dieta que tendrá que seguir después de la operación?

Para cada apartado se da una calificación global del conocimiento del paciente sobre las restricciones dietéticas postoperación, basada en su conocimiento de los puntos marcados abajo con el guión.

1 = Pobre, 2 = Aceptable, 3 = Bueno, 4 = Muy bueno, 5 = Excelente

<p><i>¿Cuál será su dieta durante los próximos 3-4 meses?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Las porciones de comida deben limitarse a dos onzas o 4 cucharadas. - Esto puede aumentar, pero nunca deberá ser más grande que una porción tamaño niño. - Baja en azúcar y grasas, dieta de puré/líquida consistente en descremados o un 1% de leche, flan de leche descremada, gelatina sin azúcar, natillas bajas en calorías, caldo, sopa de verduras coladas, granos de cereales colados. 	
<p><i>Cuando comience a comer alimentos sólidos, ¿cuáles podrá comer?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Generalmente blandos, alimentos altos en fibra que sean altos en proteínas o almidón - Pan normal, galletas y panecillos, arroz y pasta, cereales cocidos o secos, quesos bajos en grasas, verduras bien cocidas, huevos revueltos, carnes tiernas, frutas blandas sin endulzar frescas o enlatadas 	
<p><i>¿Qué alimentos debe limitar o evitar?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Blandos y altos en calorías como helados, chocolate, quesos, bizcochos, bolsas de fritos (papas, cortezas, etc.). - Líquidos altos en calorías como el alcohol y sodas no dietéticas (fanta, cocacola), bebidas deportivas, batidos. 	

<p>*Los problemas asociados con estos alimentos incluyen: síndrome de <i>dumping</i> (náuseas, mareos, acaloramiento y diarrea). También puede ganar peso al volver a comer alimentos altos en calorías.</p> <p>- Alimentos obstructivos: carne roja grasa, panes hechos con harina refinada, fideos de diversos tipos, la piel de los gajos de cítricos.</p> <p>*Los problemas asociados con estos alimentos incluyen: los alimentos fibrosos pueden obstruir la nueva bolsa estomacal y no poder moverse a lo largo de los intestinos.</p>	
<p><i>¿Cuáles deben ser tus hábitos alimenticios óptimos?</i></p> <p>- Entre 6-8 comidas diarias.</p> <p>- Masticar con cuidado y completamente para facilitar el proceso digestivo.</p> <p>- Asegúrese de dejar de comer cuando se siente lleno.</p> <p>- Porciones tamaño niño</p> <p>- No debería beber ni durante, ni 30 minutos antes o después de comer. Esto da lugar a que la comida se mueva demasiado rápido a través del estómago lo que puede causar distensión o vómitos.</p>	

5) MOTIVACIÓN Y EXPECTATIVAS DE RESULTADOS

Motivación

Voy a darle una serie de razones de por qué las personas quieren hacerse una operación de bypass gástrico. Teniendo en cuenta una escala de 1-5, ¿cuánta importancia tiene cada una de ellas en su deseo por hacerse esta operación?

- | | |
|--------------|--------------------|
| 1 = Ninguna | 4 = Considerable |
| 2 = Ligera | 5 = Extremada |
| 3 = Moderada | N/A = No aplicable |

- a. Incrementar la movilidad diaria _____
- b. Sentirme más cómodo cuando me relaciono con los demás ... _____
- c. Incrementar mi funcionamiento ocupacional _____
- d. Mejorar la salud _____
- e. Mejorar la apariencia _____
- f. Mejorar mi vida sexual _____
- g. Mejorar las relaciones con mi pareja o esposa _____
- h. Otras (describa _____) _____

Three Eating Factor Questionnaire (TEFQ)

PARTE I: Contesta cada pregunta según sea verdadera o falsa para ti.

	Verdadero	Falso
1. Cuando huelo un bistec chisporroteante o veo un jugoso trozo de carne, encuentro muy difícil abstenerme de comer, incluso si he acabado de hacer una comida		
2. Habitualmente como demasiado en situaciones sociales, como fiestas y picnics		
3. Habitualmente estoy tan hambrienta/o que como más de tres veces al día		
4. Cuando he consumido mi cuota de calorías, estoy bien como para no comer más		
5. Hacer dieta es demasiado duro para mí porque me pongo demasiado hambrienta/o		
6. Tomo pequeñas raciones deliberadamente como método para controlar mi peso		
7. A veces hay cosas que saben tan bien que continúo comiendo aún cuando ya no estoy hambrienta/o		
8. Ya que estoy frecuentemente hambrienta/o, a veces desearía que mientras como, un experto me dijera que ya he tenido bastante o que puedo comer alguna cosa más		
9. Cuando me siento ansiosa/o, me encuentro a mí misma/o comiendo		
10. La vida es demasiado corta para preocuparse de la dieta		
11. Puesto que mi peso sube y baja, he ido reduciendo las dietas más de una vez		
12. A menudo me siento tan hambrienta/o que tengo que comer algo		
13. Cuando estoy con alguien que se está atracando, me suelo atracar yo también		
14. Tengo una bastante buena idea del número de calorías de alimentos comunes		
15. Algunas veces cuando empiezo a comer parece que no puedo parar		
16. No me es difícil dejar algo en el plato		
17. A ciertas horas del día, me pongo hambrienta/o porque me he acostumbrado a comer entonces		
18. Mientras estoy a dieta, si ingiero comidas que no están permitidas, conscientemente como menos durante un período de tiempo para compensarlo		
19. Estar con alguien que está comiendo a menudo me pone lo bastante hambrienta/o como para comer yo también		

20. Cuando me siento triste, frecuentemente me excedo comiendo		
21. Disfruto demasiado comiendo como para estropearlo contando calorías o vigilando mi peso		
22. Cuando veo un verdadero manjar, a menudo tengo que comer inmediatamente		
23. Frecuentemente paro de comer cuando no estoy realmente llena/o como un medio consciente de limitar la cantidad de comida que como		
24. Me pongo tan hambrienta/o que mi estómago a menudo parece un pozo sin fondo		
25. Mi peso apenas ha cambiado en los últimos diez años		
26. Estoy siempre tan hambrienta/o que me es difícil parar de comer antes que he acabado la comida del plato		
27. Cuando me siento sola/o, me consuelo comiendo		
28. Conscientemente me reprimo en las comidas para no ganar peso		
29. Algunas veces me pongo muy hambrienta/o al final de la tarde o por la noche		
30. Como todo lo que quiero y cuando quiero		
31. Aún sin pensarlo, comer me lleva mucho tiempo		
32. Calculo las calorías como un medio consciente de controlar el peso		
33. No como algunos alimentos porque me engordan		
34. Estoy siempre lo bastante hambrienta/o como para comer en cualquier momento		
35. Pongo mucha atención en los cambios de mi figura		
36. Cuando estoy a dieta, si como alimentos no permitidos, a menudo me abandono y como otros alimentos altos en calorías		

PARTE II: Por favor, responde a las siguientes preguntas rodeando el número que está encima de la respuesta que consideras apropiada a tu caso

37. ¿Con qué frecuencia haces dieta en un esfuerzo consciente de controlar tu peso?

1	2	3	4
raramente	algunas veces	habitualmente	siempre

38. ¿Afectaría a tu forma de vivir la vida una fluctuación de peso de 2 kg?

1	2	3	4
en nada	levemente	moderadamente	muchísimo

39. ¿Con qué frecuencia sientes hambre?

1	2	3	4
sólo en las comidas	algunas veces entre comidas	habitualmente entre comidas	casi siempre

40. ¿Tienes sentimientos de culpa por atracarte para ayudarte a controlar tu ingesta?

1	2	3	4
nunca	raramente	a menudo	siempre

41. ¿Cuán difícil sería para ti parar de comer a media cena y no comer durante las próximas cuatro horas?

1	2	3	4
fácil	levemente difícil	moderadamente difícil	muy difícil

42. ¿Cuán consciente eres de lo que estás comiendo?

1	2	3	4
nada	levemente	moderadamente	extremadamente

43. ¿Con qué frecuencia evitas abastecerte de comidas tentadoras?

1	2	3	4
casi nunca	rara vez	habitualmente	casi siempre

44. ¿Cuán propensa/o eres a comprar alimentos bajos en calorías?

1	2	3	4
no soy propensa/o	levemente propensa/o	moderadamente propensa/o	muy propensa/o

45. ¿Comes moderadamente cuando estás con otros y te abandonas cuando estás sola/o?

1	2	3	4
nunca	raramente	a menudo	siempre

46. ¿Cuán propensa/o eres a comer lentamente para reducir la cantidad de comida que ingieres?

1	2	3	4
no soy propensa/o	levemente propensa/o	moderadamente propensa/o	muy propensa/o

47. ¿Con qué frecuencia te saltas postres porque no estás más hambrienta/o?

1	2	3	4
nunca	raramente	a menudo	siempre

48. ¿Cuán propensa/o eres a comer menos deliberadamente cuando tú quieres?

1	2	3	4
no soy propensa/o	levemente propensa/o	moderadamente propensa/o	muy propensa/o

49. ¿Continúas atracándote aunque no estés hambrienta?

1	2	3	4
nunca	raramente	a menudo	siempre

50. En una escala del 0 al 5, donde 0 significa no restricción en la ingesta (comer todo lo que tú quieras, cuando quieras) y 5 restricción total (constante limitación de la ingesta y nunca rendirse), ¿qué número te darías a ti misma/o?

- 0 comer todo lo que tú quieras cuando tú quieras
- 1 habitualmente comer todo lo que tú quieres, cuando tú quieres
- 2 a menudo comer todo lo que tú quieres, cuando tú quieres
- 3 limitar la ingesta a menudo, pero a menudo también rendirse
- 4 habitualmente limitar la ingesta, raramente rendirse
- 5 limitar constantemente la ingesta, nunca rendirse

51. ¿En qué medida esta frase describe tu conducta alimentaria? “Comienzo a hacer dieta por la mañana, pero debido a la cantidad de cosas que pasan durante el día, por la noche me rindo y como lo que quiero, prometiéndome recomenzar la dieta mañana”.

1	2	3	4
no se me aplica	se me aplica	bastante buena	me describe

algo

Descripción de mí:

Body Shape Questionnaire (BSQ)

Nos gustaría saber cómo se ha sentido respecto a su apariencia física durante **LOS DOS ÚLTIMOS MESES**. Por favor, lea cada cuestión y conteste redondeando el número apropiado de la derecha, según la escala que se indica más abajo. Por favor, conteste todas las cuestiones.

- 1= Nunca
2= Rara vez
3= Algunas veces
4= A menudo
5= Habitualmente
6= Siempre

1. Cuando te aburres ¿te preocupas por tu figura?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has tenido miedo a engordar?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentirte gordo/a?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?	1	2	3	4	5	6
9. Con chicos o chicas delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?	1	2	3	4	5	6
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?	1	2	3	4	5	6
11. ¿El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda o gordo?	1	2	3	4	5	6
12. Al fijarte en la figura de otras chicas o chicos, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar desnuda/o (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda/o?	1	2	3	4	5	6
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	1	2	3	4	5	6
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda/o?	1	2	3	4	5	6
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	1	2	3	4	5	6
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda/o o redondeada/o?	1	2	3	4	5	6

20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
21. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?	1	2	3	4	5	6
22. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?	1	2	3	4	5	6
23. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?	1	2	3	4	5	6
24. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?	1	2	3	4	5	6
25. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?	1	2	3	4	5	6
26. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentándote en un sofá o en el autobús)?	1	2	3	4	5	6
27. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?	1	2	3	4	5	6
28. Verte reflejada/o en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?	1	2	3	4	5	6
29. ¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tenías?	1	2	3	4	5	6
30. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	1	2	3	4	5	6
31. ¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgada/o?	1	2	3	4	5	6
32. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	1	2	3	4	5	6
33. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?	1	2	3	4	5	6

SF-36 Health Survey

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa