

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
SEDE CRUZ ROJA FILIAL SAN RAFAEL

TALLER DE TESINA
SOBREPESO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA
HOSPITAL TEODORO J. SCHESTAKOW
SAN RAFAEL – MENDOZA -

AUTORES

Sandra González

Héctor Pozo

San Rafael, Mendoza 29 de agosto de 2009

ADVERTENCIA

El presente estudio de Investigación es propiedad de la Escuela de enfermería – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Cuyo y no puede ser publicado en todo o en parte sin el consentimiento de la escuela o los autores.

APROBACIÓN

El presente estudio de Investigación fue aprobado el día:.....

Tribunal de Evaluación:

Presidente:.....

Vocal:.....

Vocal:.....

Nota:.....

PRÓLOGO

La alimentación de la Prehistoria a la actualidad no sólo se remite a la satisfacción de una necesidad fisiológica que es idéntica en todos los seres humanos, sino también a la diversidad de culturas y a todo lo que contribuye a modelar la identidad de cada pueblo.

Las relaciones entre los aspectos de la cultura y las maneras de alimentarse han existido siempre.

Con el advenimiento de la vida moderna y postmoderna se pone de manifiesto en mayor medida, el fenómeno del sobrepeso y comienzan los inconvenientes y diversos problemas de salud que pueden comprometer la calidad de vida.

Se puede señalar en primer lugar, un inconveniente estrictamente mecánico es común a toda sobrecarga adiposa por el exceso de peso la dificultad de trabajo para el corazón, para los músculos y las articulaciones lo cual pone en riesgo la salud y la vida de las personas. En segundo lugar, el sedentarismo y la mala condición física influyen negativamente tanto para la salud como para el descenso de peso corporal.

Y por último, otro inconveniente del sobrepeso es la desventaja estética experimentada por aquellos que son portadores y a veces por su entorno. En lo general un peso normal no es suficiente pero si necesario para la belleza que en nuestros días está influenciada por la Moda.

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	Pág. 1
CAPITULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA	Pág. 2
OBJETIVOS	Pág. 3
MARCO TEORICO	Pág. 4
CAUSAS DEL SOBREPESO	Pág. 9
DIFUSIÓN DEL SOBREPESO	Pág. 14
LOS ALIMENTOS	Pág. 15
COMPOSICIÓN ELEMENTAL DE LOS ALIMENTOS	Pág. 16
ACTIVIDAD FISICA	Pág. 20
PATOLOGIAS ASOCIADAS AL SOBREPESO	Pág. 24
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLOGICO	Pág. 28
DISCUSIÓN	Pág. 55
PROPUESTA	Pág. 58
APENDICE	Pág. 59
BIBLIOGRAFÍA	Pág. 64

INDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

TABLA Y GRAFICO N° 1	Pág. 30
TABLA Y GRAFICO N° 2	Pág. 31
TABLA Y GRAFICO N° 3	Pág. 32
CUADRO N° 1	Pág. 33
TABLA Y GRAFICO N° 4	Pág. 34
TABLA Y GRAFICO N° 5	Pág. 35
TABLA Y GRAFICO N° 6	Pág. 36
TABLA Y GRAFICO N° 7	Pág. 37
TABLA Y GRAFICO N° 8	Pág. 38
TABLA Y GRAFICO N° 9	Pág. 39
TABLA Y GRAFICO N° 10	Pág. 40
TABLA Y GRAFICO N° 11	Pág. 41
TABLA Y GRAFICO N° 12	Pág. 42
TABLA Y GRAFICO N° 13	Pág. 43
TABLA Y GRAFICO N° 14	Pág. 44
TABLA Y GRAFICO N° 15	Pág. 45
TABLA Y GRAFICO N° 16	Pág. 46
TABLA Y GRAFICO N° 17	Pág. 47
TABLA Y GRAFICO N° 18	Pág. 48
CUADRO N° 2	Pág. 49
TABLA Y GRAFICO N° 19	Pág. 50
TABLA Y GRAFICO N° 20	Pág. 51
TABLA Y GRAFICO N° 21	Pág. 52
TABLA Y GRAFICO N° 22	Pág. 53
TABLA Y GRAFICO N° 23	Pág. 54

AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento a los docentes de la cátedra de Taller Final, Dr. Walter Zabala y Lic. Jorge Michel, por su valiosa predisposición en la revisión exhaustiva y detallada de las diferentes etapas del trabajo, que nos servirá de guía para desarrollar nuestro conocimiento.

Nuestra gratitud se extiende hacia los profesionales: Dra. Patricia Fernández, Prof. Cristina Blasco que colaboraron de manera desinteresada para mejorar el contenido y enriquecimiento del trabajo y por la orientación y estímulo.

Y por supuesto, también queremos expresar nuestro agradecimiento y profundo amor que sentimos por toda nuestra FAMILIA, quienes toleraron, ayudaron y alentaron a continuar con nuestra meta.

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso es manifestado a partir del aumento de grasa como resultado de un desequilibrio entre el consumo de alimentos y el gasto energético, por un periodo de tiempo prolongado.

En el presente trabajo, se muestra como prevalece el mismo en la muestra seleccionada, también las conductas alimentarias que adoptan los individuos a partir de su entorno que está condicionado en parte por su lugar de trabajo.

Se señala la actitud de los individuos ante la práctica de ejercicio físico presentado en diferentes formas, las cuales son accesibles en su totalidad.

Además, se reconocen una serie de enfermedades asociadas con el sobrepeso que producen trastornos físicos y a partir de ello cómo llevan a cabo el autocuidado, los sujetos ya que ellos ejercen en su labor cotidiana la tarea de brindar cuidados y educar en salud a todos los individuos de una comunidad.

CAPÍTULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

El tema del sobrepeso si bien es tratado a nivel mundial, no es frecuente en nuestro ámbito, un estudio que comprenda un fenómeno de estas características, en los enfermeros del Hospital Teodoro J. Schestakow; de ahí la importancia del mismo.

A partir de la observación personalmente realizada es oportuno dilucidar cuáles son las conductas que adoptan los sujetos de la muestra.

OBJETIVO GENERAL

- Conocer las conductas de auto cuidado que adoptan los enfermeros del Hospital Schestakow.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar mediante un estudio descriptivo, de corte transversal la prevalencia de sobrepeso en enfermeros del Hospital Schestakow.
- Determinar características de los alimentos que consumen.
- Determinar actividad física que realizan.
- Establecer qué patologías de base presentan.
- Conocer el tipo y frecuencia de consultas que realizan con profesionales de la salud.

MARCO TEORICO

Definir el sobre peso de una manera practica, podemos decir que es un exceso de peso del recomendado como peso deseable, en una persona dada, es decir que hay un incremento del tejido adiposo cuya magnitud y distribución, condicionan la salud de los individuos.

Para conocer un diagnostico certero acerca del SP es necesario realizar una medición tal como es el índice de masa corporal (IMC) llamado correctamente índice de QUETELET que es una reacción de este astrónomo belga fundador de la ciencia antropométrica hace mas de 100 años (1869) en el cual se considera un individuo con SP con un índice mayor a 25%.

Esto esta dado por el peso corporal, dividido por la talla al cuadrado de un individuo. Esta medición ha demostrado ser confiable y conveniente, además permite clasificar y realizar una descripción de los distintos casos

Índice de Quetelet

IMC km/m ²	Clasificación	Descripción habitual
<18,5	bajo peso	delgadez
18,5 a 24,9	peso normal	peso saludable
25,00 a 29,9	sobre peso grado I	sobrepeso
30,0 a 30.9	sobre peso grado II	sobrepeso severo o obesidad
>40,00	sobre peso grado III	obesidad mórbida

Extraído de "Obesidad" J. Braguisky, Pág. 44 – 1996 -

La clasificación de tipo de SP esta dada por la distribución y localización del tejido adiposo. Si bien algunos tipos de SP significa alto riesgo, otros no parecen ser tan peligrosos.

TIPO I: difusa es la que presenta un aumento generalizado del tejido adiposo sin localización preferentemente en ningún área del cuerpo en particular.

TIPO II: central (androide) se la define como lo que posee un exceso de adiposidad subcutánea en la región tronco abdominal.

TIPO III: abdominoceral (visceral) se caracteriza por el exceso de grasa en la zona abdominal, principalmente en el comportamiento visceral.

TIPO IV: femoroglútea (ginoide) presenta el exceso de grasa en la zona glútea femoral.

Las implicaciones que tienen la identificación del tipo de SP en cuestión son relevantes.

El SP con distribución adiposo central (tipo II) es la de mayor riesgo que la de femoroglútea (tipo IV).

Por otra parte la grasa intrabdominal o visceral (tipo III) es la de mayor riesgo de todas.

El tejido adiposo (TA) representa la reserva energética principal del organismo, aunque esta no es la única función: No debemos olvidar su papel como aislante térmico tal como se conoce actualmente, su papel como órgano endocrino como tejido autorregulado, y por su influencia en los niveles de ciertas Lipoproteínas.

La unidad anatómica y funcional del tejido adiposo es el adipocito o célula grasa. Su diámetro varía, estas células son las más grandes del organismo y su volumen puede tener gran variabilidad, durante un periodo de balance calórico positivo, pueden alcanzar un diámetro de diez veces superior, hecho que no ocurre con ningún otro tipo de células. De todos modos poseen un límite de crecimiento.

La célula adiposa está compuesta principalmente por una gota única de grasa ciplasmática constituida por triglicéridos

La función principal del TA es el metabolismo triglicéridos a partir de la utilización glucosas y ácidos grasos provenientes de los hidratos de carbono y lípidos de la alimentación y es la fuente de energía del organismo.

El patrón de desarrollo del tejido adiposo humano, así como los controles que intervienen en su mecanismo no son bien conocidos.

En el ser humano los periodos de proliferación adipositaria predominan en la etapa prenatal y postnatal, antes de terminar el periodo de crecimiento y en la adolescencia temprana, y se caracteriza por el aumento del número de adipocitos que van acumulándose durante toda la vida¹

Según Dietz hay tres etapas en el desarrollo adipocitario: gestación, infante juvenil, donde ocurre un rebote adipocitario, con posible proyección hacia la adultez y adolescencia².

El número de adipositos permanecería constante durante toda la vida adulta, pero el tamaño celular se modifica con la edad.

Por su parte, el volumen de adipositos varían según las regiones; en estos procesos la actividad hormonal cumple un papel muy importante. Las causas del SP en este caso se consideran desde el punto de vista epidemiológico.

Metabolismo: la palabra metabolismo deriva del griego “metabolee” que significa cambio e “ismo” tendencia.

Se refiere al conjunto de modificaciones y transformaciones químicas que experimentan las materias nutritivas en el organismo, en este caso humano favorecido por acción de las enzimas.

Las enzimas son sustancias que en cantidades infinitamente pequeñas son indestructibles para la realización de un determinado proceso químico, por ejemplo; la tialina enzima de la saliva transforma los almidones en azúcares, para que puedan ser asimilados, la pepsina es la enzima que actúa sobre las proteínas (carnes), la lipasa sobre las grasas etc.

La cantidad de enzimas conocidas son muchísimas, constantemente se descubren nuevas y seguramente deben ser infinitas las desconocidas, lo que justifica muchas de las incógnitas en el campo de las investigaciones medicinales.

Las sustancias orgánicas contienen cierta energía potencial que se desarrolla y pone de manifiesto cuando es oxidada o sea combinada con el O₂. Así por ejemplo; un fósforo prende o enciende cuando se combina con el O₂ atmosférico, proporcionando luz y calor. Si no la hubiera no ocurriría tal cosa, en ausencia del O₂ no hay ni luz ni calor.

El kerosene o el gas (combustibles) al consumirse en la cocina, estufas, calefactores etc. se combinan y consumen O₂ proporcionando luz y calor y precisamente, la luz y el calor son manifestaciones de energía.

En el organismo humano y también en los animales vertebrados de sangre caliente (homeotermos) se produce energía, que se traduce por el calor corporal 37° C.

La energía la emplea el organismo durante el sueño, para el mantenimiento de las funciones vitales, actividad cardíacas, respiratorias, digestivas, reproductora, etc. Durante la actividad cotidiana, la energía se traduce en movimientos, trabajo, ejercicios, etc.

Los alimentos absorbidos son los encargados de proveer la energía necesaria, pero simultáneamente cumplen también otra función igualmente importante, la función reparadora.

En consecuencia dichas transformaciones pueden llevar a los alimentos a constituir tejido vivo, ya sea como reparación por el trabajo o actividad realizada o como material de reserva, también pueden seguir otro camino y transformarse en energía y calor, necesarios para las diversas actividades que requiere el individuo para sobre subsistir.

Por lo tanto se establece una división del metabolismo en: ANABOLISMO Y CATABOLISMO

ANABOLISMO: Proviene del griego "ANABALLO", que significa construir y comprende el proceso de integración de sustancias, reparando el desgaste celular, además de la acumulación del material de reserva, formación del tejido muscular epidérmico etc.

CATABOLISMO: Deriva del griego "KATABALLO", que significa destruir y comprende la desintegración y su transformación en energía eliminando los desechos.

Los mecanismos anabólicos comprenden las etapas de asimilación y síntesis, caracterizándose por que en los mismos las sustancias participan de reacciones que dan lugar a la formación de productos más complejos, teniendo presente que durante el crecimiento es mayor el anabolismo que el catabolismo. Por el proceso anabólico, los alimentos que se ingiere se transforman en músculo, piel, grasa etc.

En los procesos catabólicos, las reacciones conducen a la desintegración de las materias hacen productos más simples incluyendo los desechos que son

eliminados por fecales, orinas, sudor etc. Con el transcurso de la vejez predomina el catabolismo, en cambio, cuando ha tenido el crecimiento o sea en el adulto, tanto el anabolismo como el catabolismo, se hallan en un estado de equilibrio.

Con referencia al metabolismo el ciclo vital de los organismos vivos comprende tres etapas:

La edad del crecimiento: se refiere al periodo comprendido desde el momento del nacimiento hasta el adulto, en el se comprueba un predominio del anabolismo sobre el catabolismo.

La edad adulta: se refiere al tiempo cumplido desde que se ha completado el desarrollo físico, hasta la edad senil (viejo o mayor). En esta etapa se mantiene el equilibrio entre el anabolismo y el catabolismo.

La edad mayor o senil: abarca desde la edad adulta hasta el término de la vida, dominando en esta etapa, los procesos de catabolismo, o sea, que la desasimilación es superior a la asimilación, lo que explica que los ancianos, disminuyen su altura, su peso, y contextura física, en medida que transcurren los años.

Los procesos metabólicos, se producen en el organismo ininterrumpidamente aun en estado de reposo o durante el sueño, gracias a los cuales las contracciones del corazón, los movimientos respiratorios, la actividad del aparato digestivo, la función reparadora de la piel etc. se realiza en forma incesante, manteniendo el organismo en condiciones normales.

Durante los periodos de actividad como el trabajo, los ejercicios, los movimientos, la digestión de los alimentos, los fenómenos metabólicos se ven incrementados.

LAS CALORÍAS: los alimentos aportan al organismo una energía química que se mide en calorías o unidades de calor, o bien en otras palabras, cada alimento al ser ingerido, desintegrado y metabolizado por el organismo, le proporciona una cantidad de calor, en relación directa con la clase y cantidad de cada alimento, las grasas, mantecas, los aceites, la panceta de cerdo, las grasas de carnes gordas etc. Proporcionaran mas del doble de calorías que

las proteínas o carnes y también de los H de C, que comprenden los azúcares, pastas, pan, etc.

CALORÍAS DE LOS ALIMENTOS: para determinar el valor calórico de cada alimento se recurre al uso de aparatos especiales llamados calurométricos, con los cuales se puede conocer exactamente cuántas calorías producirá la ingestión de un alimento determinado.

Se impone en estas circunstancias establecer la unidad calórica específica para cada uno.

Se ha llegado a saber que de H de C (azúcares) produce: 4,1 kilocalorías, 1g de proteínas de un promedio de 4,1 kilocalorías, y 1g de lípidos o grasas, de 9,8 kilocalorías.

El aumento de la prevalencia del sobrepeso ha sido calificado de epidemiológico por Pi Sunyer, quien ha sugerido diversos factores que han contribuido a la ganancia de peso de los americanos que se comentan a continuación.

En primer lugar, el aumento del consumo de alimentos particularmente densos en calorías y grasas a pesar de los alimentos "Diet". En segundo lugar, la disminución notable del gasto y actividad física, el número creciente de artefactos que ahorran trabajo personal, así como el tiempo que se usa frente al televisor o los juegos de computación han llevado al sedentarismo como modo de vida y por último algunos estudios lo atribuyen a la asociación del tabaquismo.

LAS CAUSAS DEL SOBREPESO

Una orientación científica moderna ha encuadrado justamente muchas formas de sobrepeso entre las consecuencias de trastornos endocrinos³.

Más, contrariamente a lo que algunos habían previsto a lo que cree la opinión pública y sobre todo a lo que muchas personas con sobrepeso quieren hacer creer, y ellos mismos creen de buena fe, el verdadero sobrepeso endocrino (o sea por trastornos endocrinos) representa un moderadísimo porcentaje; generalmente no supera el 5%.

Esto quiere decir que en la inmensa mayoría de los casos, en el otro 95% de las personas con sobrepeso, el exceso de grasa depende sólo de la acumulación de material energético o sea, está provocado por un exceso de aportación y por un reducido gasto calórico⁴. Ese desequilibrio entre entradas y salidas – desequilibrio a favor de las primeras – sea provocado por varios factores (psicógenos, socio – económicos, ambientales, familiares, credo, circunstanciales, etc.) esa es otra cuestión, pero en la base del sobrepeso siempre late ese desequilibrio.

Ha sido reciente y autorizadamente confirmado que en la base del exceso de grasa existe generalmente una equivocación de costumbres alimentarias, un error nutricional, en relación con las propias exigencias energéticas.

LA CAUSA FUNDAMENTAL DEL SOBREPESO

A= un perfecto equilibrio

Aporte calórico gasto energético



B= en condiciones de escaso aporte calórico

Acentuado gasto energético

Ambas situaciones



C= en condiciones de excesivo aporte calórico

Reducido gasto energético

Ambas situaciones

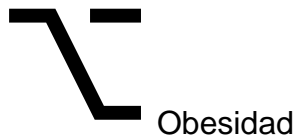


Figura 1: Extractado de “Medicina y Familia” Andrea Bissanti Pág.193, 1980

Veamos ahora cómo van efectivamente las cosas a la luz de las más modernas interpretaciones científicas:

En todo sujeto existe un delicado equilibrio entre las masas musculares y la masa adiposa, representando en esta última el depósito de las sustancias de reserva; dichas sustancias utilizadas en el momento oportuno se transforman en fuentes de energía que las masas musculares aprovechan para el desarrollo de sus funciones. Es sabido que en condiciones normales, el individuo debería tomar con la alimentación el número exacto de calorías que consume con su actividad muscular. Si las calorías que toma en su alimentación son excesivas y si la actividad muscular es escasa, las sustancias tomadas de más se convierten en sustancias de reserva o sea en grasas, y se depositan con las masas de grasa. Si por el contrario, la actividad muscular es elevada y de cualquier modo el consumo energético es superior a la introducción de calorías del exterior, entonces el organismo recurre a las masas adiposas de reserva, y las transforma en sustancias energéticas y las utiliza con lo que se reduce la masa adiposa y hay un adelgazamiento.

En un momento dado, que ciertamente no se puede fijar fácilmente, un determinado individuo traspasa la delicada línea del equilibrio entre aportación calórica y gasto energético (en el sentido que el primero es mayor que el segundo) y se rompe la relación normal músculo – grasa. Aquí comienza el sobrepeso con la fase inicial llamada “DINÁMICA”, durante la cual se construye el exceso de peso, el aumento de la grasa. Es una fase generalmente engañosa y casi siempre inexorablemente progresiva⁵.

Los estudios más modernos han demostrado que los momentos más peligrosos de la vida para iniciar el sobrepeso son el 1º año y el periodo de la pubertad. Efectivamente, un error de nutrición en uno de estos momentos

conduce a un aumento de las células del tejido adiposo llamadas adipositos. Un número tan elevado (que sólo se alcanzaría en esos momentos de la vida) representa un terreno más favorable al desarrollo del sobrepeso que en cualquier otro momento de la vida.

Esto no significa que solamente puede uno hacerse obeso en el 1º año de vida o en la pubertad, por el contrario significa que el exceso de alimentación en relación con las exigencias de dispendio energético en aquellos dos periodos de la vida predispone favorablemente a conseguir también un exceso de peso en otros momentos.

Hay que mencionar el hecho de que la mayor parte de los niños con sobrepeso – exactamente 182% - quedan tales o se agravan en el transcurso de la vida.

En estas dos edades tan importantes, las causas del sobrepeso pueden reunirse en 3 grupos:

1. **Sobrepeso por costumbres de sobrealimentación:** Se trata de un aumento del apetito condicionado por la costumbre. A menudo la verdadera causa está en el escaso conocimiento del problema por parte de los padres que siguen la difundida (y equivocada) opinión de que en las fases de crecimiento el organismo requiere una sobrealimentación. Naturalmente también los niños perfectamente sanos se acostumbran a comer – y consiguientemente se predisponen al sobrepeso – Si están insertos en un grupo familiar que come excesivamente; o sea se hallan contagiados por estas costumbres, aún cuando no sean forzados a comer mucho. Por lo general, es la madre la responsable de esta situación, con sus costumbres culinarias, su postura de sobreprotección. Y de este modo el pequeño comienza a “saborear los placeres de la mesa”, al contrario que el adulto, el niño percibe mucho más difícilmente la sensación de saciedad, no es capaz de padecer “un poco de hambre”, por motivos estéticos, y por consiguiente se habitúa a una constante sobrealimentación, convirtiéndose en un obeso.

2. **Sobrepeso por reducido consumo de energía:** El concepto de sedentario, de reducida actividad física varía entre hombres y mujeres. Al sedentarismo, entre otras cosas, se debe el 76% del sobrepeso en los varones, y en el 24% de las mujeres. Por lo general, se debe al temperamento del muchacho, pero también a situaciones ambientales, como las posturas de algunos padres que temen los juegos en común con otros niños, el hijo único, "mimado" y súper protegido, conflictos escolares, etc. En los varones, la pereza suele ser una total apatía, adolescentes desidiosos, gandules, haraganes, flojos, cansados, abúlicos a menudo comilones aunque sólo sea por pasar el tiempo ocioso. Las mujeres, en cambio son más característicamente pequeñas amas de casa, se interesan por el arte culinario, ayudan a la madre en los quehaceres domésticos.
3. **Sobrepeso psicógeno:** Varios factores psíquicos nos empujan hacia un exceso de apetito, condiciones de timidez, situaciones de ansia, shocks emotivos, movimientos de vanidad, deseos de venganza. Los psiquiatras han demostrado que muchas veces, la persona con sobrepeso es un ansioso inadaptado.

Una vez establecido que los dos momentos más peligrosos de la vida para el riesgo del sobrepeso son el 1º año de vida y la pubertad. ¿Cuál es el destino, el porvenir del joven con sobrepeso? La estadística nos dice con cierta precisión: en el 60% de los casos de sobrepeso se acentúa durante toda la vida⁶.

De aquí, se origina un precepto fundamental, valido especialmente para las madres: **NO SE NACE CON SOBREPESO, PERO MUY A MENUDO SE HACE UNO EN LA EDAD TIERNA.**

DIFUSIÓN DEL SOBREPESO

Precisamente a base de estas consideraciones, son posibles algunas

- En Inglaterra, 22 millones de personas o sea una cifra equivalente al 40% de la población, superan los valores medios normales. Se trata del 45% de mujeres y del 38% de los hombres. Si nos limitamos a una edad media, los obesos representan nada menos que el 50%.
- En Estados Unidos, el 3% de la población está constituido por los típicos obesos; hay además un 20% de sujetos con peso superior al normal.
- El 90% de los alemanes occidentales tienen exceso de peso, porque toman por término medio 500 calorías al día además de las necesarias, especialmente en forma de dulces y licores. El gobierno de la República Federal alemana gasta cada año, 17 millones de marcos (unos 7500 millones de dólares) en medicinas y visitas médicas.
- Por lo general, y con variaciones entre distintas naciones se calcula que los sujetos adultos que tienen algo de exceso de peso, esto es por encima de los valores teóricos, representan del 30 al 50 e incluso hasta el 60% de la población.

Ref. Estadísticas extraídas de "Obesidad en el mundo" J.C. Sheidell Pág. 51-54, 1995

LOS ALIMENTOS

Si en algo se manifiesta la variedad de la conducta humana es en las características de la alimentación.

Cada pueblo tiene su manera de alimentarse, si bien el mayor contacto entre los grupos humanos ha provocado que una serie de platos hayan adquirido difusión internacional.

Los ingredientes disponibles, el desarrollo de la civilización y el clima constituyen algunos de los factores determinantes de la dieta habitual en los países en que existe una significativa afluencia inmigratoria; deben tenerse también en cuenta las costumbres predominantes en el lugar de origen de las familias. Sea como fuere, una alimentación higiénica está siempre constituida por una serie de elementos de composición química permanente, que puede provenir de diversas fuentes y ser preparada de distintas formas o simple disminución del mínimo indispensable pero cuya carencia compromete seriamente la salud.

Si bien la medicina actual acepta la existencia de factores genéticos en gran parte del sobrepeso, lo cierto es que los individuos deben ser convencidos de que el aumento de ingreso calórico, no acompañado de incremento de actividad física, llevará a un aumento de peso y de las medidas corporales⁷.

COMPOSICIÓN ELEMENTAL DE LOS ALIMENTOS

Todo ser humano necesita para una alimentación completa la imprescindible presencia en la dieta de los siguientes componentes: **proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, sales minerales, agua y celulosa.**

EL AGUA: constituye por si sola el mayor peso de nuestro cuerpo. Están disueltos o suspendidos en ella todos los demás componentes, aparte de los que tienen moléculas de agua en su composición química. Como por la respiración, la transpiración y principalmente la excreción de orina eliminamos constantemente agua, es preciso reponerla.

Nos referiremos a una alimentación saludable en la cual se refleja una disminución del ingreso calórico porque:

- a) Está integrada por alimentos naturales de los cinco grupos básicos
- b) Cubre las recomendaciones nutricionales
- c) Posibilita el descenso de peso
- d) Contribuye a mejorar o prevenir la aparición de otros factores de riesgo

La razón de utilizar los cinco grupos básicos es el aporte completo de nutrientes, evidenciado en la representación de la pirámide nutricional por todos conocida. Cuando se integra el manejo de los cinco grupos básicos a un plan alimentario con restricción calórica, se debe conocer los alimentos más convenientes de cada grupo en relación al aporte calórico, al volumen, etc.

GRUPO DE VEGETALES Y FRUTAS

VEGETALES: adquieren mayor protagonismo en la dieta terapia por su baja densidad calórica, buena densidad nutricional sin grasas (excepto coco, palta) y la ausencia de colesterol.

- a) Crudos importante volumen, alta saciedad, mayor contenido vitamínico, antioxidantes (vitamina C), mayor contenido en fibras. En relación con su volumen, menor valor calórico y mayor saciedad.

- b) Cocidos disminuye la saciedad, los aportes de vitaminas (hidrosolubles) y los aportes de fibra. En relación con menor volumen, mayor digestibilidad y menor poder de saciedad.

FRUTAS: se consideran alimentos de fácil manejo que posibilita la ingestión de fibras (ingerido con piel). Tienen sabor dulce original, no aportan grasas ni colesterol, aseguran vitaminas y minerales y tienen bajo contenido en sodio.

- a) Crudas tienen más saciedad y más aporte de vitaminas y minerales, tienen manejo preferencial si son enteras y con cáscara, de mayor contenido acuoso y con mayor proporción de fibras.
- b) Cocidas tienen menor saciedad porque aumenta la digestibilidad y hay mayor pérdida de vitaminas y minerales por la cocción.

GRUPO ALMIDONES

Es un grupo de gran densidad calórica nutricional. Proveedores fundamentales de energía por hidratos de carbono complejos, con buen aporte de fibras (solubles e insolubles) y mínima grasa, sin colesterol, importante fuente de vitamina B (integrales), importante aporte de proteína complementaria. Los alimentos naturales son bajos en sodio.

Están constituido por:

- Cereales: arroz, avena, trigo, cebada, maíz (integrales, refinados y procesados)
- Legumbres:
 - secas: lentejas, arvejas, habas, garbanzos, porotos de todo tipo.
 - al natural
- Vegetales feculentos: papas, batatas, choclo, habas frescas, porotos frescos, arvejas frescas.
- Pastas simples: fideos de todo tipo, ñoquis, pastas con relleno de verduras
- Harinas en general

GRUPO CARNES

La participación de este grupo de alimentos de alta densidad calórica y con importante acción sobre la sociedad es fundamental.

- a) Como proveedor de hierro
- b) Como portador de proteínas de alto valor biológico
- c) Como fuente de vitamina B

SEMEJANZAS ENTRE LAS DISTINTAS CARNES

- A. El contenido de proteínas es más o menos semejante en casi todos los tipos de carnes blancas y rojas, exceptuando los mariscos. Los mariscos (crustáceos y moluscos) tienen valor proteico menor.
- B. Comparando el contenido de colesterol de carnes rojas magras, de ave sin piel y pescados, no se aprecian grandes diferencias.

DIFERENCIAS ENTRE LAS DISTINTAS CARNES

- A. El contenido de grasa no separable (intrafibrilar) es significativamente variable entre los distintos cortes de un mismo animal. Se considera carne magra aquella que no tiene grasa visible o la que se observa es totalmente separable (grasa periférica, piel). Se considera un valor de 3-5 g % de grasa; en este grupo se encuentran algunos cortes de carnes vacunas (peceto, cuadril, nalga, bola de lomo, cuadrada, lomo, palomita, tortugueta, paleta), pollo y pavo sin piel, pescados de mar de carne blanca.

El resto de las carnes o en los cortes no mencionados la variación de grasa es muy amplia. Superior (siempre) al 5% y hasta el 35% (carne vacuna grasa o cerdo gordo).

Los contenidos grasos de las carnes de pescado varían:

- a. Entre especies: los pescados azules de mar (caballa, anchoa, atún, sardina, trucha, salmón) tienen entre 5 y 19 % de grasa y los de río entre 8 y 25%
 - b. Según el momento de captura: durante el verano la cantidad de grasa es superior a la que tienen en invierno.
- B. El contenido en hierro es también muy variable para los distintos tipos de carne. Oscila entre carne vacuna 3-4mg% como valor

medio; cerdo, cordero 2 mg % como valor medio; ave 1-1.5 mg % como valor medio y pescado 0.5 – 1 mg % como valor medio.

SUSTANCIAS GRASAS

Es un grupo de alta concentración energética, que ya en las recomendaciones para la población general se identifica con la punta de la pirámide de la salud a fin de destacar la moderación que debe regir en su consumo.

En los últimos trabajos sobre el sobrepeso demuestran la necesidad de restringir el porcentaje calórico aportado por las grasas, lo cual incide en el manejo limitado de este grupo.

Como necesidad de presencia, se debe destacar que bien elegidos aportan ácidos grasos esenciales y vitamina E. Son necesarios para la absorción de vitaminas liposolubles, son fuentes de ácidos grasos insaturados sin presencia de colesterol.

Una selección saludable se debe incluir por el consumo preferente de aceites, margarinas untables, paltas, frutos secos y aceitunas como unidades de intercambio.

ACTIVIDAD FÍSICA

Es indiscutible la importancia de la actividad física (AF) practicada en forma regular, en la prevención y el tratamiento del sobrepeso.

El ejercicio físico(EF), definido como el que se practica durante el tiempo libre en forma recreacional, y/o un alto nivel de actividad física habitual definida como la resultante de la suma del ejercicio físico y el gasto calórico que corresponde a las distintas tareas ocupacionales, constituyen “antídotos” efectivos contra el exceso de tejido adiposo⁸.

Si bien la actividad física, no se prescribe generalmente como un método aislado de pérdida de peso. Cualquier programa de descenso bien equilibrado debe estar complementado con ejercicios físicos, y éstos son claves en cualquier programa de control y mantenimiento de peso.

Se acepta que a través del ejercicio físico se gastan más calorías, se acelera el gasto energético de 211 horas y se puede evitar la temida “meseta o plateau” en donde la pérdida es lenta o se detiene temporariamente. Así mismo, quienes practican ejercicio físico y realizan dieta pierden más grasas y menos músculo que los individuos con dieta solamente.

Ejercicio físico y control de peso, queda dicho que el ejercicio físico está asociado con la pérdida de peso y que es un valioso recurso no sólo para el control efectivo de peso, sino también, y quizás más aún, para su posterior mantenimiento.

Además, se observa ganancia de peso y del tejido graso en aquellos que abandonan la práctica regular de deportes o dejan de realizar ejercicio físico al adoptar un estilo de vida más sedentario.

Queda demostrado que el ejercicio físico más un programa hipocalórico producen una mayor pérdida de peso que este ultimo recurso aislado. A veces sin embargo, no se observan esos resultados⁹.

Lo realmente importante es que, aunque el efecto del ejercicio físico en la pérdida de peso es generalmente modesto como lo son por ejemplo: ciclismo, danza, fútbol, gimnasia, es significativo su valor como factor de mantenimiento de peso a lo largo del tiempo y como prevención de una “futura reganancia” de peso.

La práctica continua, regular y frecuente de ejercicio físico es uno de los mejores factores pronósticos de mantenimiento de peso. Trabajos experimentales demostraron la importancia del ejercicio físico, sin reparar con qué tipo de dieta estaba asociado: el grupo con ejercicio físico mantuvo la pérdida de peso durante 8 semanas de tratamiento y hasta los 18 meses de seguimiento, sea cual fuere la dieta practicada; mientras que quienes no realizaron ejercicio físico no mostraron ninguna diferencia entre el peso pretratamiento y el de los 18 meses de seguimiento.

Mecanismos que vinculan el ejercicio físico con el control de peso: el ejercicio físico, una compleja serie de cambios metabólicos y psicológicos; puede modificar el peso, la composición corporal, el apetito y tener importantes efectos saludables independientemente de la pérdida de peso. Para Stunkard, el efecto más destacable es que pueda realzar la sensación de bienestar, estimular la autoestima y ayudar a mantener la motivación y la adherencia permanentemente¹⁰.

Probables pasos por los cuales el ejercicio físico puede ayudar en el control adecuado del peso.

1. La Actividad Física aumenta el gasto energético basal y el de 24 horas.
2. La Actividad Física reduce la pérdida de masa magra (músculo)
3. La Actividad Física regula y modela el apetito.
4. La Actividad Física ayuda a reducir el ingreso de grasa alimentaria en el período postejercicio.
5. La Actividad Física mejora los factores de riesgos asociados con el sobrepeso (hipertensión arterial, triglicéridos altos, etc.)
6. La Actividad Física tiene efectos psicológicos positivos.

EL EJERCICIO FÍSICO Y LA COMPOSICIÓN CORPORAL

Una característica importante del balance energético negativo generado por el ejercicio físico regular en comparación con el provocado por dietas o medicamentos, es que la disminución del peso está generalmente asociada con una gran preservación de la masa libre de grasa (músculo) y una pérdida de tejido adiposo.

Se ha observado en estudios de hombres con sobrepeso que realizaron un entrenamiento de 100 días a razón de 2 horas de ejercicio físico por día, durante 6 días a la semana, manteniendo constante su ingreso calórico, que perdieron casi 8 Kg. de los cuales 6.6 Kg. fueron de grasa y 1.4 de masa libre de grasa¹¹.

Estos datos sugieren que el ejercicio físico tiende a preservar la masa libre de grasa mucho más que otras formas de tratamientos.

Estos cambios en la composición corporal, con preservación y mantenimiento del tejido muscular esquelético, fueron corroborados por tomografía computada.

EL EJERCICIO FÍSICO Y EL APETITO

Se ha señalado que el ejercicio físico tiene un limitado valor para la reducción de peso, porque el aumento del gasto energético se compensa generalmente con el correspondiente aumento de apetito y la alimentación. Otros autores plantean que el ejercicio de mediana intensidad produce una moderación y también una modificación en la calidad de los nutrientes ingeridos¹². En nuestra opinión, el aumento de la actividad en los sedentarios disminuye el ingreso de alimentos y de peso corporal, mientras que el aumento de la actividad física en personas activas, si bien pueden determinar un aumento del ingreso calórico, produce la estabilización del peso corporal. Hay evidencias de que después de la actividad física no ocurre un aumento compensatorio del ingreso calórico en los hombres, pero si en las mujeres. Estas diferencias son más evidentes en mujeres de peso normal que en las mujeres con sobrepeso. Es particularmente útil aconsejar la práctica de ejercicio físico en los mismos horarios en que hay tendencia a cierto descontrol con la comida, y pareciera ser que aquellos que practican ejercicio físico en forma regular tienen más preferencia de comer hidratos de carbono que grasas (existiría un cambio en la selección de gusto de alimentos).

Si bien con el ejercicio físico existe a veces un aumento del “hambre”, es posible que sea diferente del aumento del “apetito” que se presenta en el sedentarismo y el tedio.

EL EJERCICIO FÍSICO, LA SALUD Y LA APTITUD FÍSICA

El ejercicio físico es útil para mantener, mejorar y promover la salud y la aptitud física, y puede reducir el nivel de mortalidad precoz en las personas con sobrepeso y /o obesidad.

Es destacable que modestos incrementos de la actividad física suelen acompañarse de grandes mejorías en la salud y en la prevención de enfermedades especialmente metabólico vascular.

EFFECTOS FAVORABLES DE LA ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR

EFFECTOS CARDIOVASCULARES

- Mejoría en la circulación miocárdica.
- Aumento de la contractibilidad del miocardio y de la expulsión cardiaca.
- Disminución del número de latidos.
- Disminución de la tensión arterial.

EFFECTOS PULMONARES

- Aumento de la capacidad vital.

EFFECTOS EN EL SISTEMA MUSCULAR

- Aumento del tamaño y la fuerza muscular.

EFFECTOS DE LA MASA ÓSEA

- Fortalecimiento de la matriz ósea y de los huesos en general, con aumento de su contenido en minerales.
- Prevención de osteoporosis.

EFFECTOS SOBRE EL TEJIDO ADIPOSO Y LAS GRASAS CIRCULANTES

- Disminución de la grasa corporal.
- Disminución del nivel de triglicéridos plasmáticos.
- Disminución de los niveles de colesterol plasmáticos.

EFFECTOS SOBRE EL METABOLISMO GLÚCIDO

- Aumento a la sensibilidad a la insulina.
- Mejoría de la tolerancia a la glucosa.

EL EJERCICIO Y LOS EFECTOS PSICOSOCIALES

El ejercicio físico mejora el humor, la sensación psicológica de bienestar, la autoestima y la autovaloración, y contribuye a reducir el estrés, la ansiedad y la depresión.

Por medio del ejercicio físico, el individuo con sobrepeso se permite una mejor relación con su cuerpo.

La actividad física regular es uno de los instrumentos del cambio posible (el objetivo del tratamiento del sobrepeso) y es probable que un tratamiento efectivo en el largo plazo tenga lugar sólo desde la adecuada relación con el propio cuerpo.

PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL SOBREPESO

DIABETES: La palabra “diabetes” proviene del griego y significa “pasar a través de”. Se habla de ella a partir del momento en que una sustancia pasa en forma excesiva a la orina. Se refiere al paso de la glucosa a la orina, normalmente esto ocurre, pero se manifiesta cuando hay demasiada azúcar en la sangre. Corresponde a valores de glucemia sobre 126 mg/dl.

La diabetes es muy frecuente entre las personas con sobrepeso por el hecho que existen alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono que a menudo pueden convertirse en un Síndrome diabético.

El sobrepeso está considerado como un factor diabetógeno ya que hay una mayor producción de insulina para hacer frente a mayores exigencias metabólicas del organismo determinando un estado diabético en aquellos sujetos cuyo sistema no está en estado de compensar las crecientes necesidades de insulina.

ENFERMEDADES CARDIVASCULARES: El sobrepeso está indiscutiblemente asociado con un aumento en la prevalencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. La correlación es más alta con el grado de adiposidad intrabdominal que con el IMC.

La enfermedad cardiovascular se manifiesta con dos cuadros principales: de base metabólica y por trastornos de la mecánica cardíaca y puede presentar las siguientes formas clínicas en relación con el sobrepeso:

- a) Hipertensión arterial
- b) Insuficiencia coronaria
- c) Insuficiencia cardíaca
- d) Accidente cardiovascular
- e) Muerte súbita de origen cardíaco

La presencia de alteraciones cardíacas en el sobrepeso ha sido descrita desde hace más de 50 años. En el estudio de Framingham se demostró que la ganancia de peso en adultos confería en ambos sexos un mayor riesgo de enfermedad coronaria, independientemente de la edad, etnia, colesterolemia y tabaquismo¹³.

En el Nurses Health Study, que incluyó 12.000 mujeres de edad media, el riesgo de padecer coronopatía resultó tres veces mayor que en aquellas con IMC superior a 29, y fue mayor con adiposidad abdominal.

El patrón de distribución grasa de tipo abdominal visceral es un componente del cuarteto de la muerte descrito por Kaplan, que incluye a la hipertensión arterial, la hipertrigliceremia y la intolerancia a la glucosa.

Los pacientes con esta asociación patológica tienen incremento de riesgo para desarrollar aterosclerosis. El sobrepeso abdominal podría ser el punto de partida de este síndrome.

Con respecto al aumento del peso del corazón, se sostenía anteriormente que se debía a la infiltración grasa del miocardio y epicardio. Se desconoce si esta infiltración puede alterar las propiedades contráctiles del corazón, interfiriendo en su elasticidad. Actualmente, muchos autores sostienen que el incremento del volumen cardíaco se produciría como consecuencia de cambios en la masa muscular¹⁴. En general, se observa hipertrofia ventricular, sobretodo del ventrículo izquierdo y disminución de la compliance de la pared, como consecuencia del aumento de la volemia. El peso promedio del corazón humano es de aproximadamente 300 gr., aunque en un individuo hipertenso y con sobrepeso puede llegar a pesar 500 gr.

En relación con el desarrollo de hipertensión arterial, hay varios mecanismos involucrados en su etiopatogenia. La insulinoresistencia tendría un papel central, pues la insulina aumentada en las personas con sobrepeso constituye un estímulo importante del sistema nervioso simpático (SNS), y por lo tanto, se produciría un aumento en la concentración plasmática. Además el exceso de insulina promueve un aumento de la reabsorción renal tubular de sodio y una mayor reabsorción de agua a nivel del túbulo proximal. Habría un incremento en la sensibilidad a las variaciones plasmáticas.

Por otra parte, hay otro grupo de factores hemoreológicos involucrados en el desarrollo de la hipertensión arterial. En la forma intrabdominal de sobrepeso existe una hiperviscosidad sanguínea.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: Sobretudo las formas crónicas son más frecuentes en las personas con sobrepeso, se ven mayormente afectados los ancianos; pero tampoco quedan excluidos los más jóvenes. El sobrepeso influye negativamente en la función respiratoria hasta provocar una insuficiencia respiratoria de tipo restrictivo a causa del estorbo espacial de la acumulación de grasa, a diversos niveles del aparato respiratorio, con la consiguiente reducción de la ventilación pulmonar. Los movimientos pulmonares se ven obstaculizados también por el empuje hacia arriba del diafragma a causa de la cantidad de grasa en el interior de la cavidad abdominal. Al mismo tiempo, el organismo de la persona con sobrepeso requiere en cambio mayores y más intensos intercambios gaseosos.

Así se explica la respiración frecuente y más superficial de las personas con sobrepeso, pero también se explican cómo enfermedades muy frecuentes por ejemplo el enfisema y la bronquitis crónica asumen una gravedad mucho mayor y que provoquen más rápidamente consecuencias manifiestas en el sistema cardiovascular.

ENFERMEDADES HEPATOBILIARES: También estas son más frecuentes y más graves en la persona con sobrepeso, quien tiene tendencia a enfermar de **calculosis biliar**. Generalmente, esta mayor incidencia (cerca de la mitad de los que sufren de cálculos biliares, han sido personas con sobrepeso). Hay que relacionarla con el nivel más elevado de colesterol que

circula en los sujetos con exceso de peso. En efecto, se calcula que cerca del 75% de las personas con sobrepeso o sea $\frac{3}{4}$ sufren trastornos de la vejiga de la hiel, aunque tal vez no evidentes clínicamente. También las disfunciones hepáticas son más frecuentes en las personas con sobrepeso, el porcentaje va del 15% en las mujeres al 25% en los hombres¹⁵.

ENFERMEDADES RENALES: La persona con sobrepeso tiene una notable tendencia a retener sodio y agua, pero sólo en la fase llamada precisamente hídrica, entonces hay una reducción del flujo plasmático renal y por consiguiente del filtrado glomerular, a causa de factores vasculares y hemodinámicas. Muy frecuente en las personas con sobrepeso es la pielonefritis crónica, favorecida también por la diabetes.

ENFERMEDADES OSTEARTICULARES: La artrosis es mucho más frecuente en las personas con sobrepeso, el aumento a menudo notable de carga funcional sobre las articulaciones es una causa determinante o agravante. El porcentaje de artríticos entre las personas con sobrepeso gira alrededor del 50%, por lo tanto la mitad y aún mas sufre de artrosis.

Las más afectadas son las mujeres, particularmente después del climaterio.

ENFERMEDADES CUTÁNEAS: Maceraciones del cutis, intertrigo, manifestaciones erisipelatosas, infecciones bacterianas y por hongos son los trastornos cutáneos más frecuentes en las personas con sobrepeso que en los sujetos de peso normal.

CAPÍTULO II DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es cuantitativa descriptiva de corte transversal y se llevó a cabo durante los meses de enero a abril de 2009.

El universo fue el Hospital Teodoro J. Schestakow, se trabajó con un muestreo aleatorio, su tamaño es de 30 enfermeros de ambos sexos.

Variable conceptual

Sobrepeso: es el exceso de peso del recomendado como peso deseable en una persona dada, hay un incremento del tejido adiposo cuya magnitud y distribución condicionan la salud de los individuos.

Variable operacional:

		Qué consume
	Alimentos	Cómo lo prepara
		Cuánto
		Dónde
Conductas de autocuidado		Tipo
	Actividad física	Frecuencia
	Patologías de base	
	Consulta médica	Chequeos
	Consulta nutricionista	Tratamiento
Características del sobrepeso	Sexo	Demografía
	Edad	

Se elaboró un cuestionario con 9 preguntas sobre aspectos socio demográfico, hábitos alimentarios, consulta médica, nutricionista, patologías padecidas, actividad física.

Se identificó el sexo y edad de la muestra.

Para determinar el grado de sobrepeso se utilizaron indicadores antropométricos peso y talla.

Para conocer los hábitos alimentarios se brindaron 5 opciones y con respecto a la preparación de los mismos 4 opciones más, también se consideró la cantidad y la frecuencia.

Referente a la actividad física se consultó el tipo de actividad y la frecuencia.

Para conocer las patologías padecidas, se elaboró un listado de éstas asociadas con el sobrepeso.

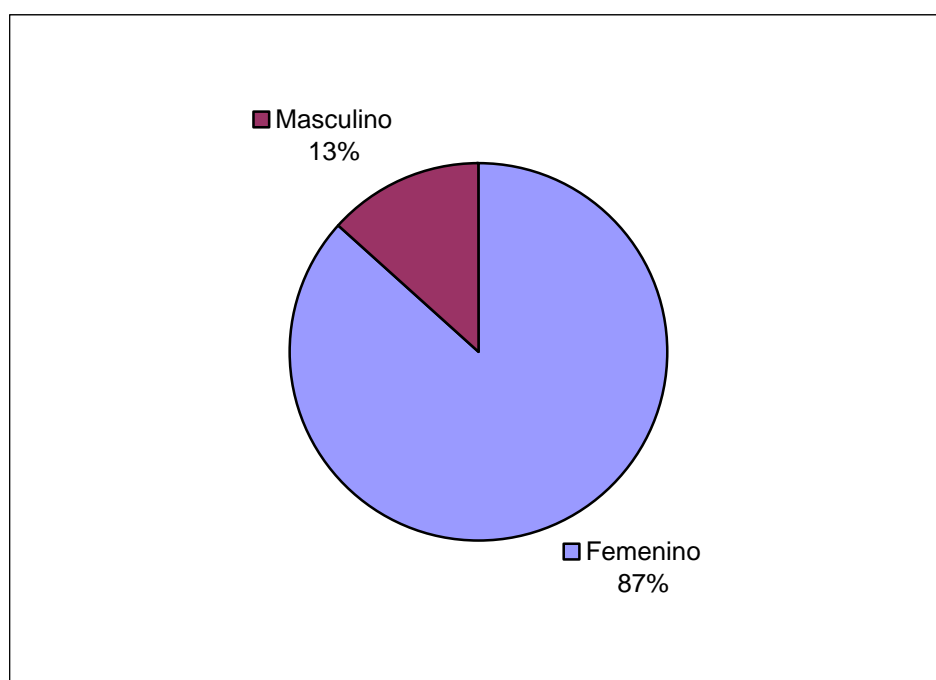
Para conocer la información acerca de las consultas con profesionales y los chequeos periódicos con métodos diagnósticos se proporcionaron 3 alternativas para cada una de ellas.

TABLA N° 1 Distribución de frecuencia según sexo.

Sexo	F ₁	F %
Femenino	26	87
Masculino	4	13
Total	30	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 1



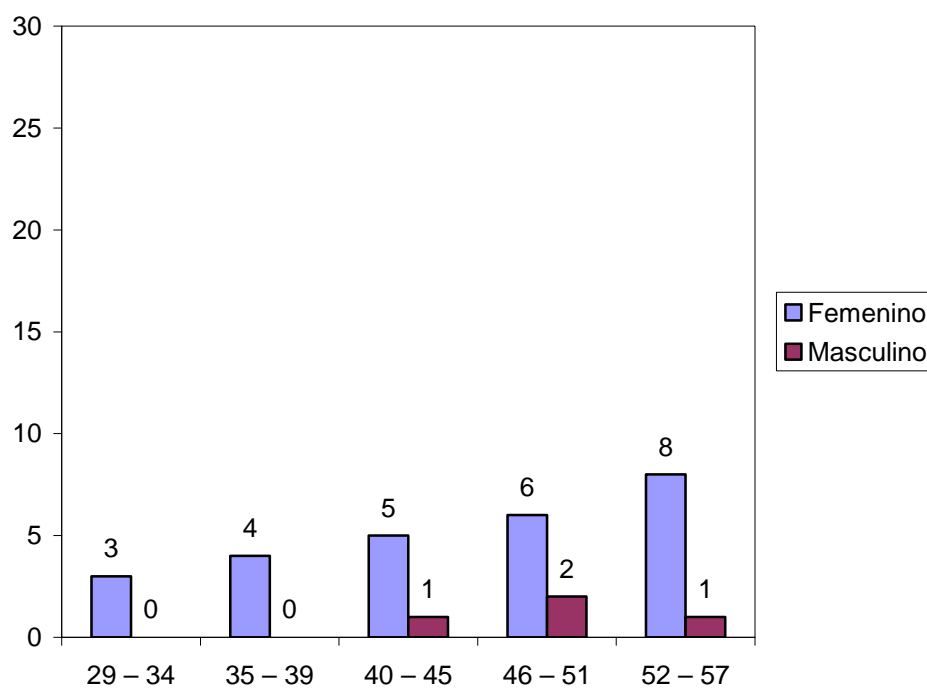
Comentario: Se puede visualizar de acuerdo a los datos, el 87% de la muestra pertenece al sexo femenino, esto se debe que dentro de la profesión de enfermería predomina dicho género.

TABLA N° 2 Distribución según edad a abril 2009

Edad	Femenino	Masculino	Total
29 – 34	3	0	3
35 – 39	4	0	4
40 – 45	5	1	6
46 – 51	6	2	8
52 – 57	8	1	9
Total	26	4	30

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 2



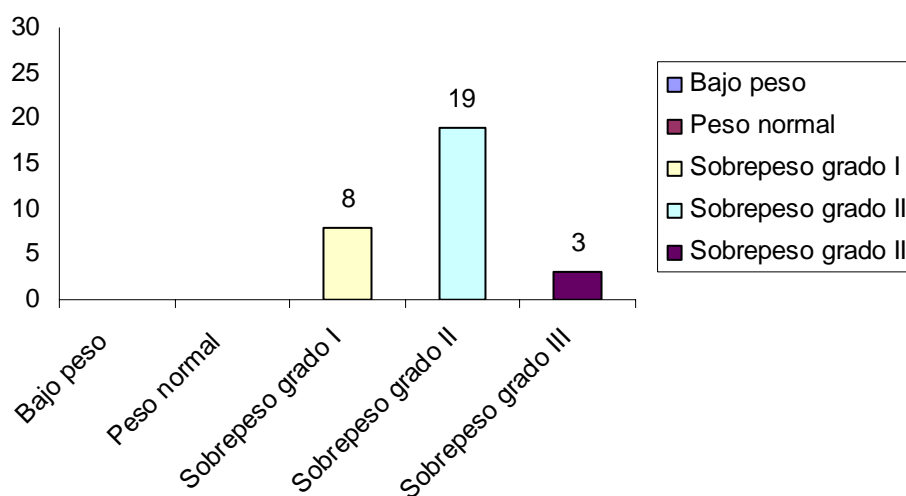
Comentario: El grupo de individuos comprendidos dentro de los intervalos 46 – 51 y 52 – 57 representan el grupo más numerosos de la muestra.

TABLA N° 3 Distribución de frecuencia según IMC

IMC	F ₁	F _r	F %
Bajo peso			
Peso normal			
Sobrepeso grado I	8	0.27	27
Sobrepeso grado II	19	0.63	63
Sobrepeso grado III	3	0.1	10
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 3



Comentario: La prevalencia del sobrepeso de Grado I fue del 27 %, esto fue superado por el sobrepeso de grado II (63%) que es el porcentaje más alto de los resultados. Sólo el 10% se encuentra dentro del sobrepeso de grado III. Estos datos sugieren que en el ámbito de trabajo, está fuertemente presente la epidemia del sobrepeso.

CUADRO N° 1 Distribución porcentual de alimentos

Alimentos	Nº	%
Vegetales	28	93
Frutas	30	100
Legumbres	15	50
Carnes	30	100
Grasas	14	46

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

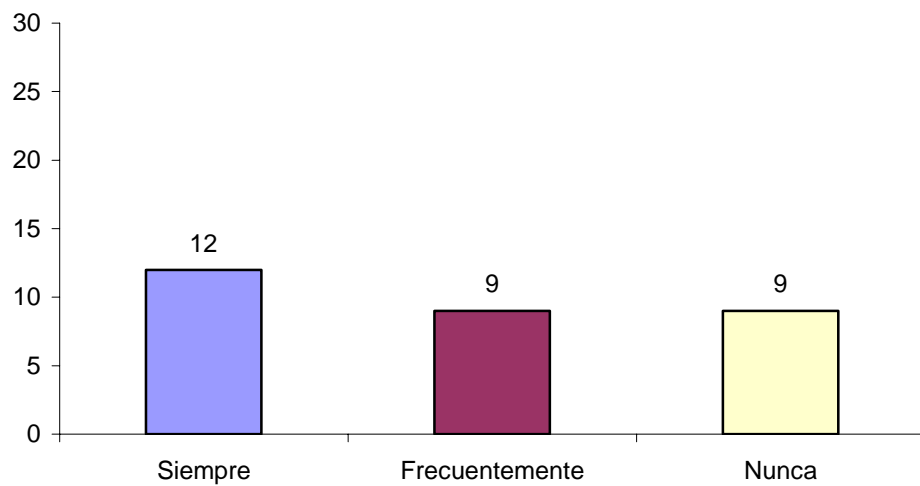
Comentario: Son altos los porcentajes de vegetales y frutas que consumen los enfermeros, el 93% y 100% y en menor medida el 50% que consumen legumbres, lo que significa una buena selección de alimentos, ocurre lo contrario al momento de consumir carnes (100%) y grasas el 46%.

TABLA N° 4 Distribución de frecuencia del consumo de alimentos preparados al vapor

Al vapor	F ₁	F _r	F %
Siempre	12	0.4	40
Frecuentemente	9	0.3	30
Nunca	9	0.3	30
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 4



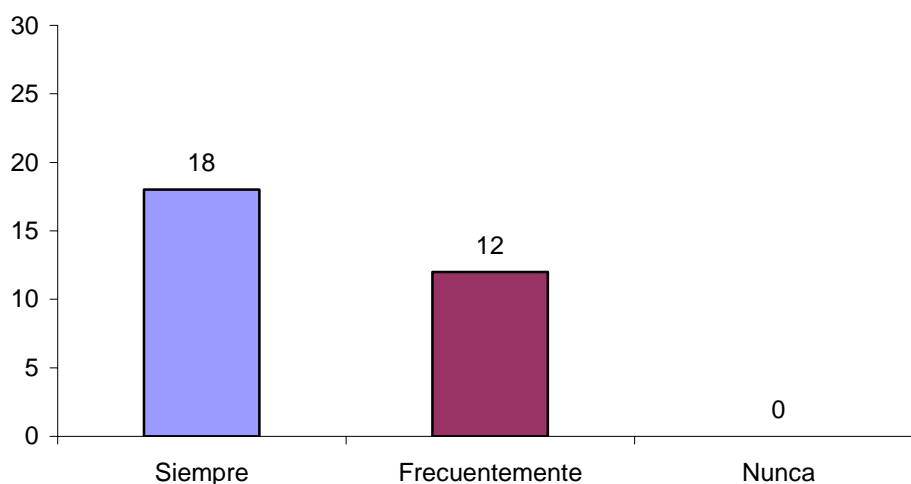
Comentario: La forma de preparar los alimentos al vapor en este caso, 40% siempre y el 30% frecuentemente, se debe a una elección adecuada.

TABLA N° 5 Distribución de frecuencia del consumo de alimentos preparados asados

Asados	F ₁	F _r	F %
Siempre	18	0.6	60
Frecuentemente	12	0.4	40
Nunca	0	0	0
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 5



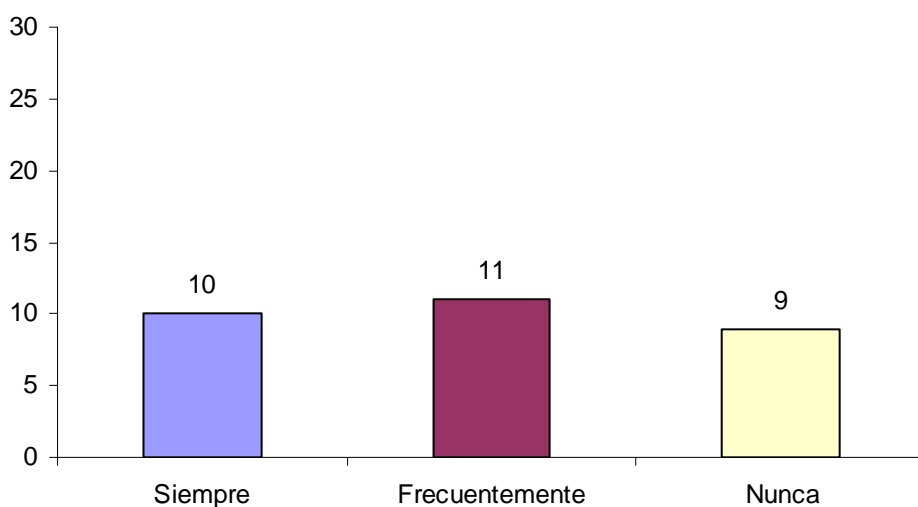
Comentario: Son altos los porcentajes que consumen alimentos asados, 60% siempre y 40% frecuentemente; esto puede entenderse como que además de ser una forma acertada de preparación, se deba también a una cuestión de gusto.

TABLA N° 6 Distribución de frecuencia del consumo de alimentos preparados crudos

Crudos	F ₁	F _r	F %
Siempre	10	0.33	33
Frecuentemente	11	0.37	37
Nunca	9	0.3	30
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 6



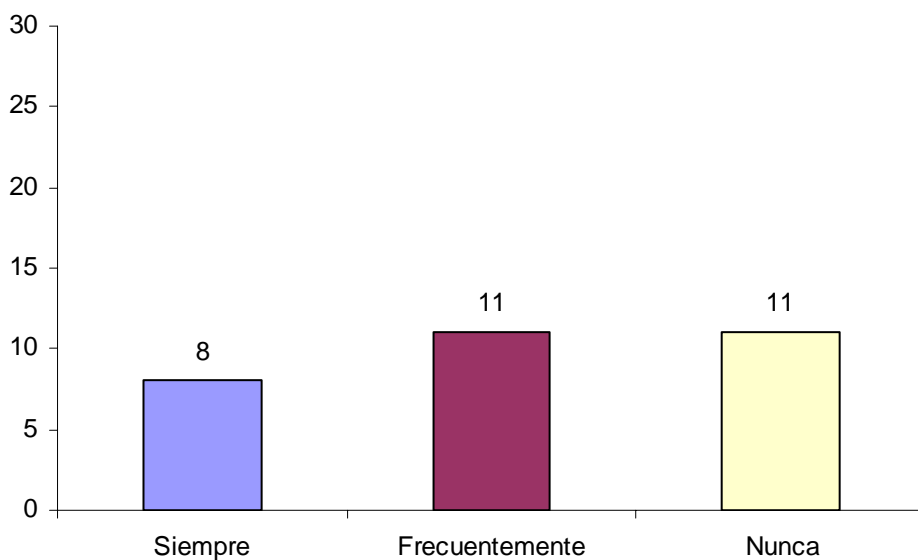
Comentario: El consumo de preparaciones crudas en su gran mayoría responden a los vegetales, sin excluir las frutas, siempre 33% y frecuentemente 37%; esto marca una buena tendencia.

TABLA N° 7 Distribución de frecuencia del consumo de alimentos preparados fritos

Fritos	F ₁	F _r	F %
Siempre	8	0.28	28
Frecuentemente	11	0.36	36
Nunca	11	0.36	36
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 7



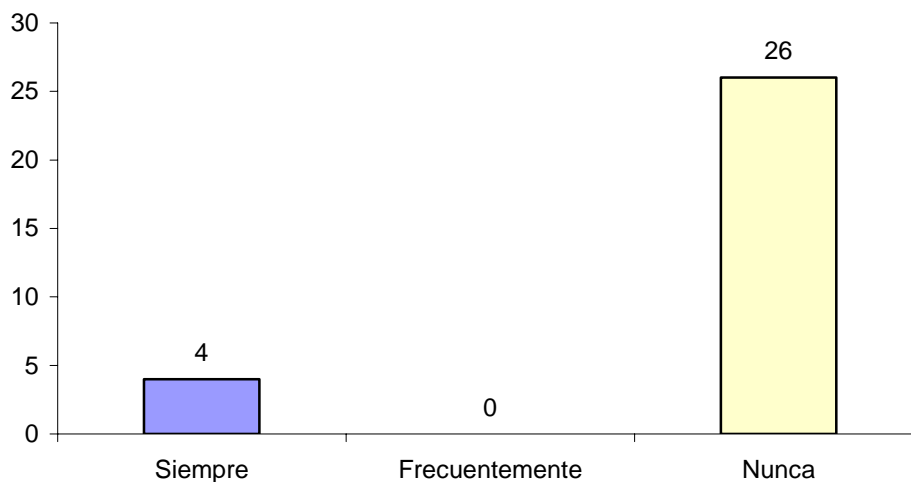
Comentario: A pesar que la mayoría de las personas tienen conocimiento de lo nocivo que es ingerir alimentos fritos; el 28% los consume siempre y el 36% frecuentemente.

TABLA N° 8 Distribución de frecuencia según los horarios establecidos para consumo de alimentos en el lugar de trabajo

En el trabajo	F ₁	F _r	F %
Siempre	4	0.14	14
Frecuentemente	0	0	0
Nunca	26	0.86	86
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 8



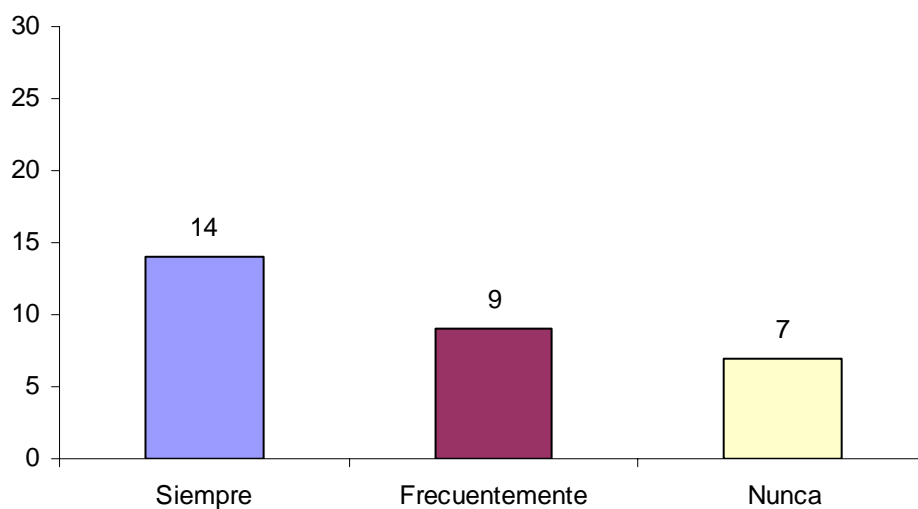
Comentario: Resulta grosero lo obtenido en cuanto a respetar los horarios de comer que comúnmente, son los del desayuno o merienda en el lugar de trabajo, 86% nunca lo puede cumplir. Es común en el ámbito hospitalario que el desayuno se pueda tomar cercano al mediodía.

TABLA N° 9 Distribución de frecuencia según los horarios establecidos para consumo de alimentos en sus hogares

En el hogar	F ₁	F _r	F %
Siempre	14	0.47	47
Frecuentemente	9	0.3	30
Nunca	7	0.23	23
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 9



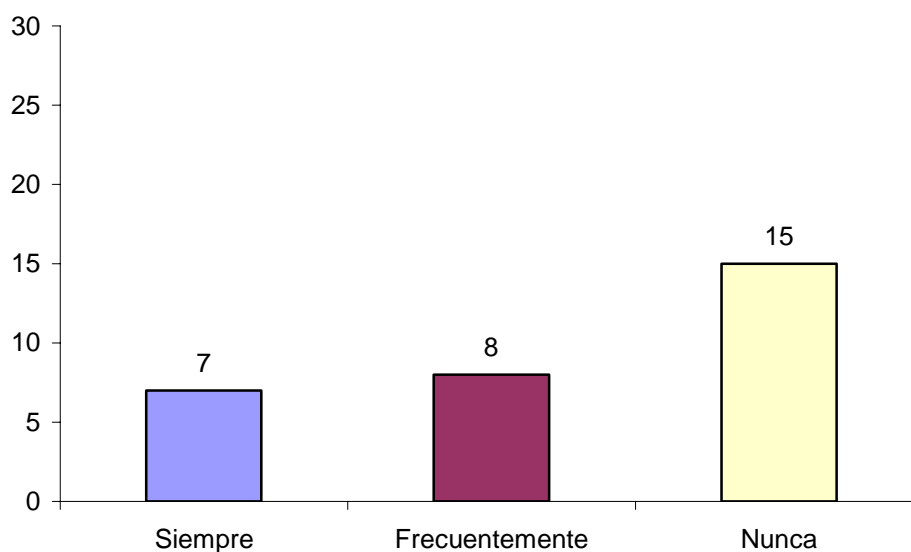
Comentario: Alto es el porcentaje de los sujetos que respetan el horario de sus comidas en sus hogares (47%), aquellos que lo hacen frecuentemente, el 30%. Quienes nunca lo cumplen el 23% pertenecen a una discordancia de horarios para comer.

TABLA N° 10 Distribución de frecuencia según el volumen y frecuencia de alimentos que consumen a diario

Mucha cantidad y pocas veces	F ₁	F _r	F %
Siempre	7	0.24	24
Frecuentemente	8	0.26	26
Nunca	15	0.5	50
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 10



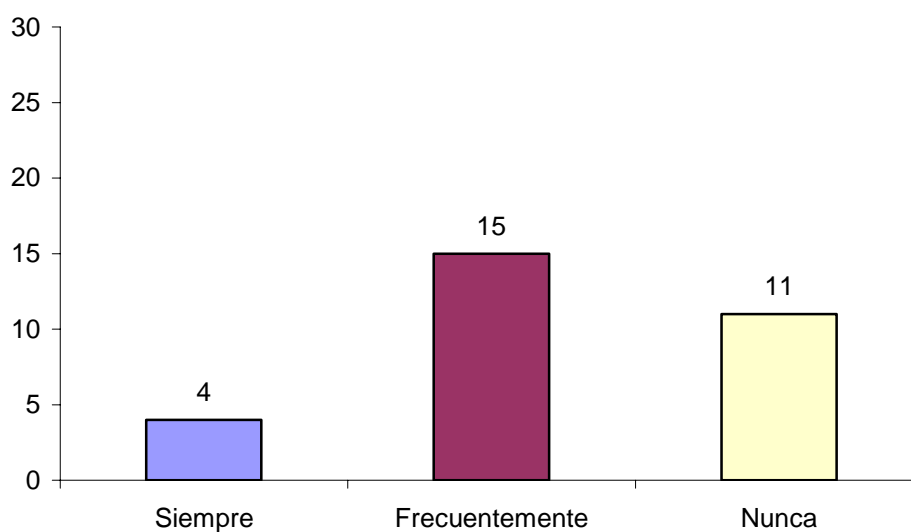
Comentario: En este caso los resultados demuestran que el 24% siempre y el 26% frecuentemente consumen mucha cantidad de alimentos y pocas veces. Estos resultados no son considerados beneficiosos para los individuos ya que agrava aún más sus condiciones.

TABLA N° 11 Distribución de frecuencia según volumen y frecuencia de alimentos que consumen a diario

Poca cantidad y muchas veces	F ₁	F _r	F %
Siempre	4	0.14	14
Frecuentemente	15	0.5	50
Nunca	11	0.36	36
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 11



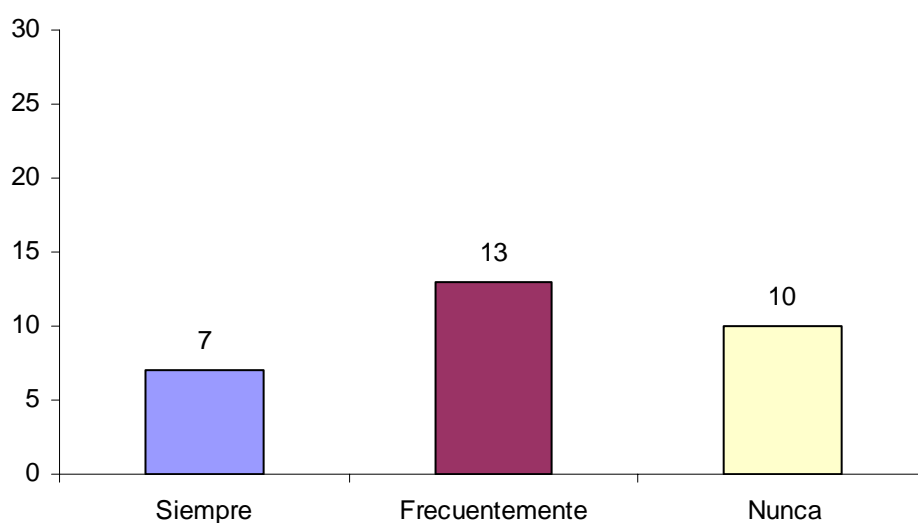
Comentario: Los resultados muestran que sólo el 14% cumple con un plan adecuado en cuanto al volumen y frecuencia de alimentos y el 50% lo hace frecuentemente. Esto indica que de alguna manera tratan de cumplir con lo que se considera una regla para bajar de peso.

TABLA N° 12 Distribución de frecuencia de práctica de caminatas

Caminatas	F ₁	F _r	F %
Siempre	7	0.23	23
Frecuentemente	13	0.43	43
Nunca	10	0.34	34
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 12



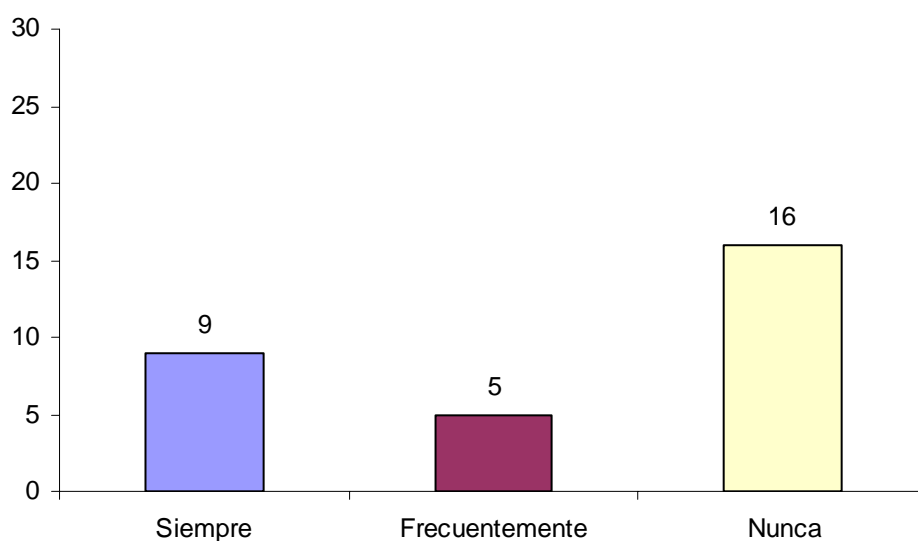
Comentario: De los resultados obtenidos, bajo es el porcentaje de los sujetos con sobrepeso que siempre y frecuentemente realizan caminatas, esta es una de las actividades físicas mas completas ya que otorga muchos beneficios.

TABLA N° 13 Distribución de frecuencia de práctica de bicicleta

Bicicleta	F ₁	F _r	F %
Siempre	9	0.30	30
Frecuentemente	5	0.17	17
Nunca	16	0.53	53
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 13



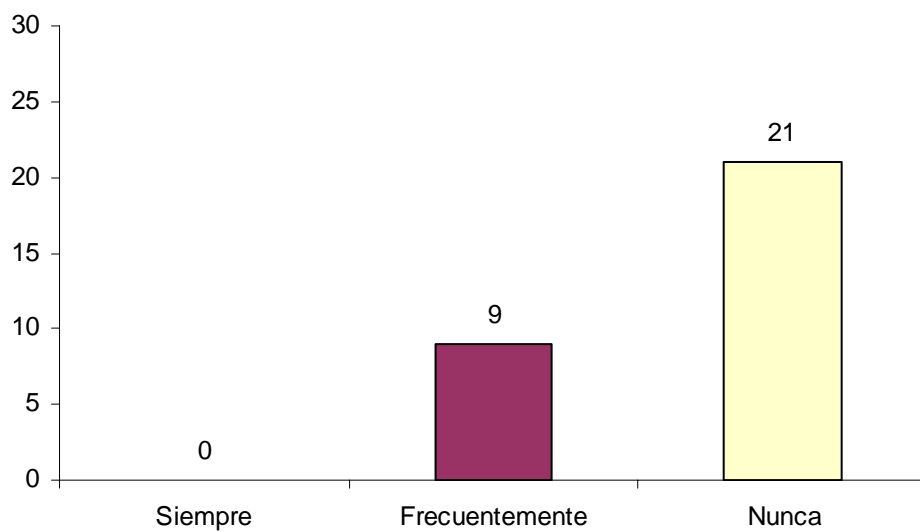
Comentario: El uso de la bicicleta en este caso sólo el 30% lo pone en práctica siempre; el 17% lo hace frecuentemente y nunca el 53%. Esta práctica no es considerada por los encuestados.

TABLA N° 14 Distribución de frecuencia de práctica de gimnasia

Gimnasia	F ₁	F _r	F %
Siempre	0	0	0
Frecuentemente	9	0.3	30
Nunca	21	0.7	70
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 14



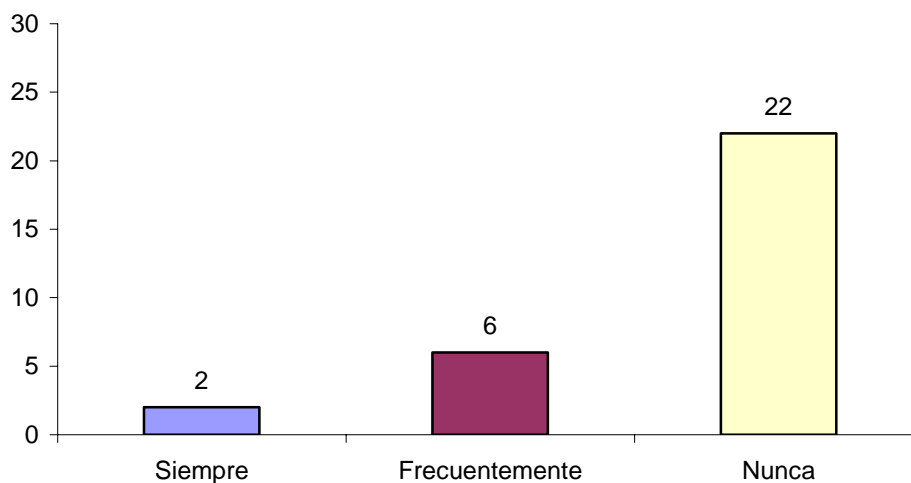
Comentario: De los datos recabados resultó muy grosero el porcentaje de encuestados que nunca realizan gimnasia (70%). Sólo lo hacen frecuentemente el 30%.

TABLA N° 15 Distribución de frecuencia de la práctica de deporte

Deporte	F ₁	F _r	F %
Siempre	2	0.07	7
Frecuentemente	6	0.2	20
Nunca	22	0.73	73
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 15



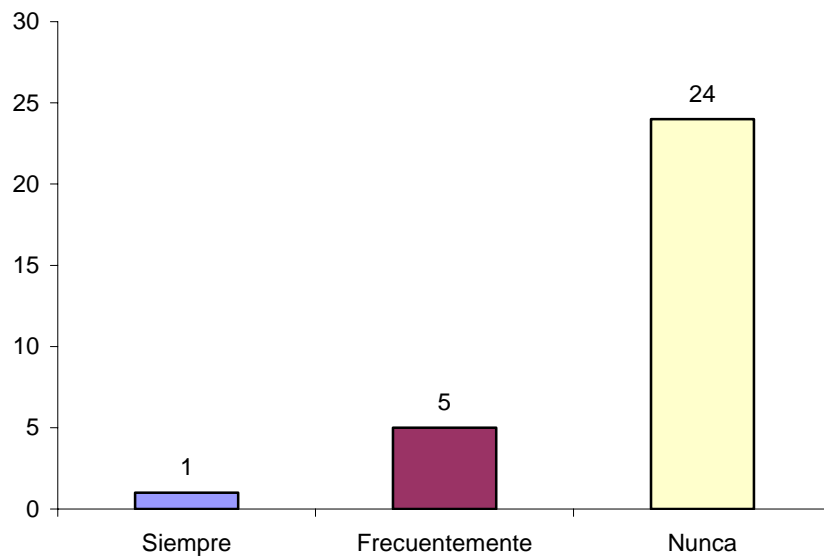
Comentario: Los datos muestran que los sujetos no han adquirido el hábito del deporte (73%). Mantienen una conducta frecuentemente, el 20% y siempre el 7%.

TABLA N° 16 Distribución de frecuencia con que realizan las actividades una vez por semana

Una vez por semana	F ₁	F _r	F %
Siempre	1	0.03	3
Frecuentemente	5	0.17	17
Nunca	24	0.8	80
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 16



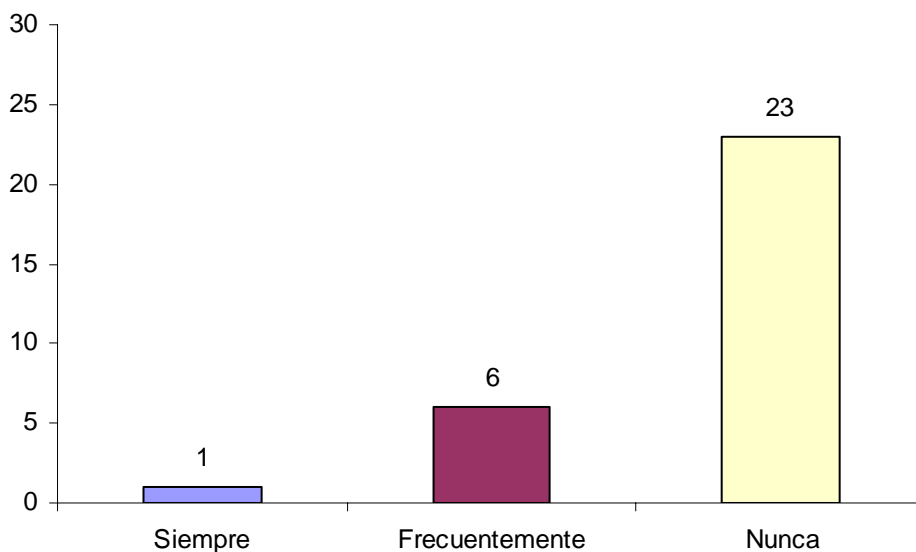
Comentario: Es bajo el porcentaje de individuos que realizan actividad física siempre una vez por semana (3%) y frecuentemente (17%), se destacan aquellos que nunca una vez por semana realizan actividad física (80%).

TABLA N° 17 Distribución de frecuencia con que realizan actividad física dos veces por semana

Dos veces por semana	F ₁	F _r	F %
Siempre	1	0.03	3
Frecuentemente	6	0.2	20
Nunca	23	0.77	77
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 17



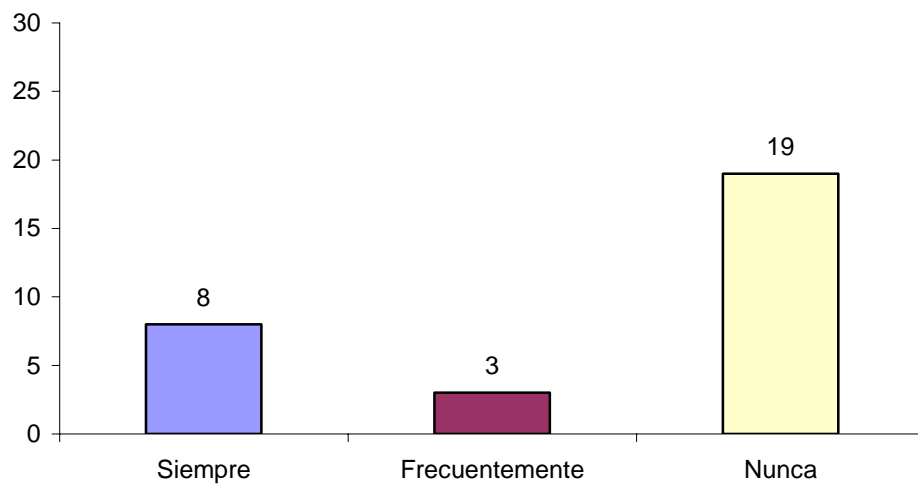
Comentario: De los datos obtenidos en la presente tabla se desprende que el 3% de los encuestados realizan siempre ejercicio físico, el 20% lo hace frecuentemente y el 77% nunca. Estos últimos no han adquirido el hábito del ejercicio físico.

TABLA N° 18 Distribución de frecuencia con que realizan actividad física tres veces por semana

Tres veces por semana	F ₁	F _r	F %
Siempre	8	0.26	26
Frecuentemente	3	0.1	10
Nunca	19	0.64	64
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 18



Comentario: Es evidente, quienes tiene el hábito del ejercicio físico ya que lo realizan 3 veces por semana (26%) siempre, sólo el 10% frecuentemente y 64% nunca.

CUADRO N° 2 Porcentaje de patologías padecidas

Patologías	Nº	%
Hipertensión	9	30
Diabetes	2	6
Cardiovascular	2	6
Vesicular	7	23
Dislipidemia	3	10
Respiratoria	5	16
Osteoarticular	5	16
Renal	1	3

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

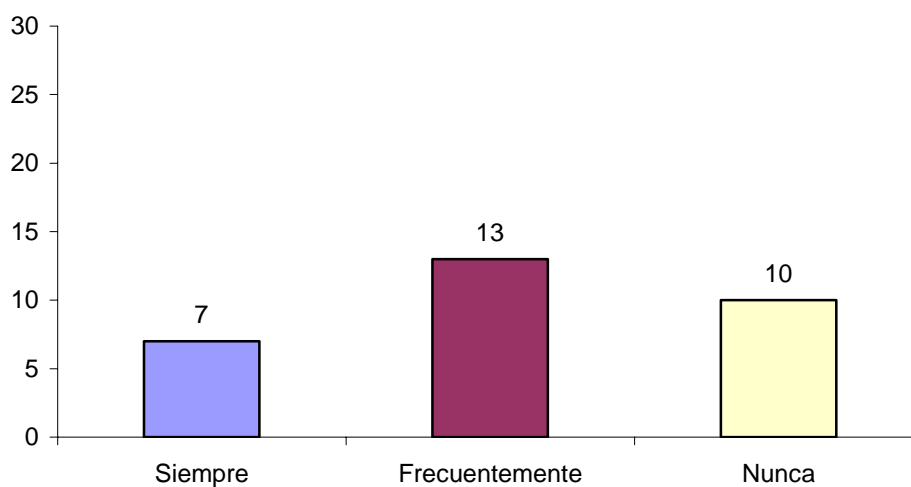
Comentario: A través de los resultados obtenidos es evidente como el sobrepeso aumenta los riesgos de contraer una patología, en algunos casos aislados los sujetos padecen más de una enfermedad. Todo conlleva a afirmar que el sobrepeso influye en forma negativa para la salud ya que los sujetos padecen patologías crónicas con las cuales tendrán que convivir toda la vida.

TABLA N° 19 Distribución de frecuencia de consultas periódicas al profesional médico

Consultas al médico	F ₁	F _r	F %
Siempre	7	0.23	23
Frecuentemente	13	0.43	43
Nunca	10	0.34	34
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 19



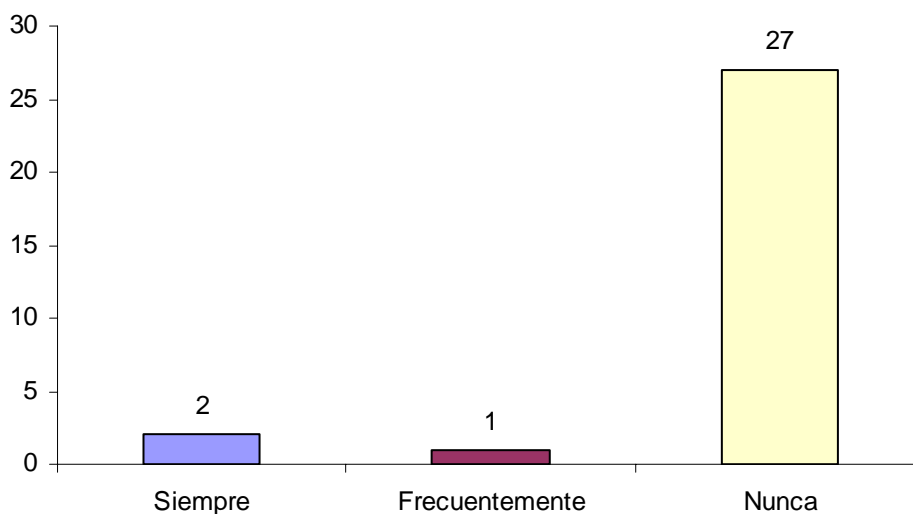
Comentario: La consulta periódica al médico siempre (23%) y frecuentemente (43%) corresponde a los sujetos que mantienen vigilada por un profesional su salud y aquellos que no lo hacen nunca (34%) además de padecer una patología aumentan los riesgos de la misma.

TABLA N° 20 Distribución de frecuencia de consultas periódicas al nutricionista

Consultas al nutricionista	F ₁	F _r	F %
Siempre	2	0.07	7
Frecuentemente	1	0.03	3
Nunca	27	0.9	90
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 20



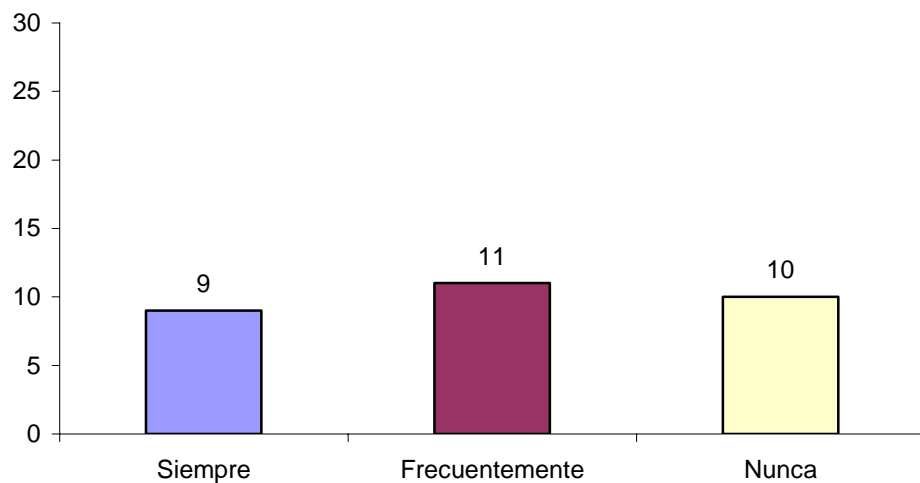
Comentario: Es destacable el alto porcentaje (90%) que no asiste al profesional nutricionista. Concientemente o no, la idea de realizar una dieta es generalmente vinculada a un periodo de alimentación estricta, un tratamiento con la nutricionista es habitualmente a largo plazo, puede que sea la causa de la No concurrencia a la consulta.

TABLA N° 21 Distribución de frecuencia de controles con métodos diagnósticos tales como análisis

Análisis	F ₁	F _r	F %
Siempre	9	0.30	30
Frecuentemente	11	0.37	37
Nunca	10	0.33	33
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 21



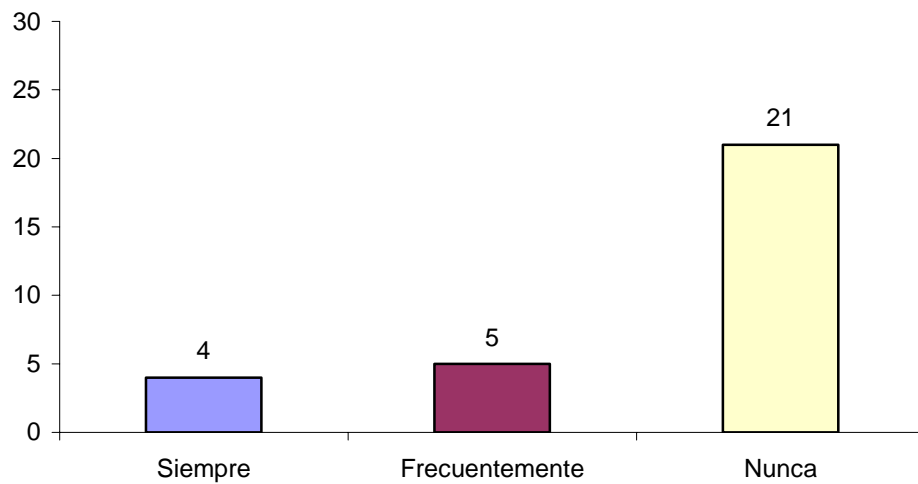
Comentario: Con los resultados obtenidos, se puede visualizar que el 30% de los individuos, siempre se realizan controles de laboratorio y muy cercano a ellos, aquellos que lo realizan en forma frecuente (37%). Es destacable que los individuos se mantengan atentos a estos controles.

TABLA N° 22 Distribución de frecuencia de los controles con RX

RX	F ₁	F _r	F %
Siempre	4	0.13	13
Frecuentemente	5	0.17	17
Nunca	21	0.7	70
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 22



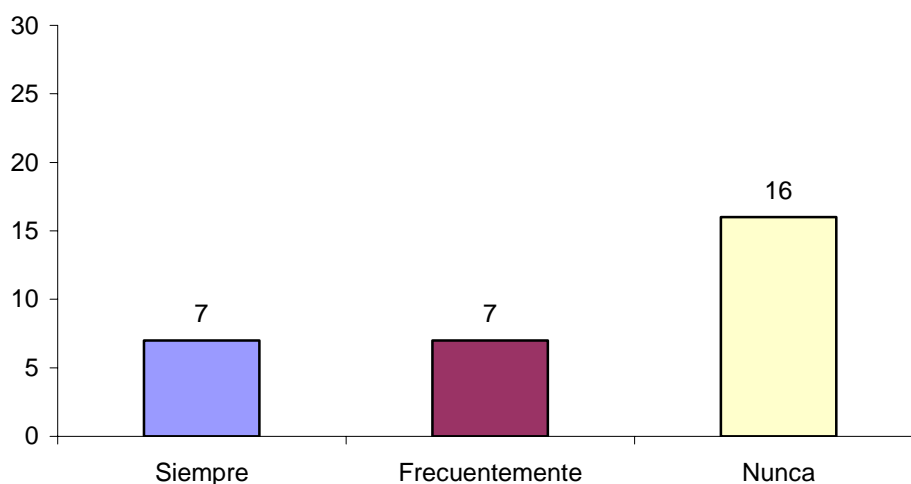
Comentario: El diagnóstico a través de los Rx, 13% que lo realiza siempre y el 17% frecuentemente supone que estos resultados pertenecen a patologías osteoarticulares.

TABLA N° 23 Distribución de frecuencia de los controles con electrocardiograma

E.C.G.	F ₁	F _r	F %
Siempre	7	0.23	23
Frecuentemente	7	0.23	23
Nunca	16	0.54	54
Total	30	1	100

Fuente: datos recabados por los autores mediante encuesta propia en enfermeros del Hospital Schestakow durante abril 2009

GRAFICO N° 23



Comentario: Los datos acerca de los chequeos de E.C.G., el 23% que lo hace siempre y el 23% frecuentemente es de suponer que corresponden a aquellos individuos que cursan una patología cardíaca y lo hacen a manera de prevención.

DISCUSIÓN

De la muestra – objeto de estudio – se encontró un alto porcentaje del sexo femenino con 26 personas. (Tabla 1) La mayoría de ubica entre 52 y 57 años de edad, esto corresponde a 9 personas. (Tabla 2) queda demostrado que en el ámbito hospitalario está presente la epidemia del sobrepeso.

Del Cuadro 1 se desprende que el 93% consume vegetales, el 100% frutas y carnes. Legumbres solamente el 50% y grasas el 46%. Si bien los porcentajes del consumo de frutas y vegetales son altos, también los son el consumo de carnes y grasas, siendo estas últimas desfavorables para el consumo de personas con sobrepeso.

La Tabla 4 muestra que los encuestados consumen preparaciones al vapor siempre el 40% y cercano a ello el 30% los que lo hacen frecuentemente, esto muestra una elección saludable al igual que aquellos que consumen preparaciones asadas (60%) siempre y 40% frecuentemente (Tabla 5). Referente a las preparaciones crudas también se obtuvieron buenos resultados siempre 33% y frecuentemente 37%. (Tabla 6) De la Tabla 7, el 28% consume preparaciones fritas siempre y frecuentemente 36%; esto responde a malos hábitos alimentarios.

Según la Tabla 8, los encuestados no respetan los horarios de sus comidas nunca en el lugar del trabajo (86%), lo que indica una alteración en sus dietas diarias. No ocurre lo mismo en sus hogares, ya que el 47% respeta los horarios establecidos para comer y el 30% lo realiza frecuentemente. (Tabla 9) Estos datos responden a lo que comúnmente se realiza en un hogar, quienes no lo cumplen sólo el 23%.

Acerca del volumen y la frecuencia del consumo de alimentos, aquellos que consumen mucha cantidad y pocas veces (Tabla 10), siempre el 24% y frecuentemente el 26% es lo opuesto a un plan alimentario saludable que sólo lo adoptan aquellos que no lo realizan nunca el 50%.

De los datos obtenidos en la Tabla 11, muestra que sólo el 14% consume poca cantidad y muchas veces y quienes lo realizan frecuentemente el 50%. Esta conducta se asemeja a lo indicado en una dieta para lograr bajar de peso.

De los encuestados que reportaron practicar caminatas siempre, el 23%; frecuentemente, el 43% y nunca, el 34%; se deduce que es bajo el porcentaje de quienes practican caminatas. (Tabla 12).

De la Tabla 13, se desprende que el 30% siempre pone en práctica el uso de la bicicleta, frecuentemente lo hace el 17% y nunca el 53% se deduce que esta alternativa no es tenida en cuenta.

Con respecto a la práctica de gimnasia, ninguno de los encuestados reportó hacerlo siempre, sólo el 30% frecuentemente y lo más destacable son aquellos que nunca realizan dicha práctica, el 70%.(Tabla 14) Referente a la práctica de deporte sólo el 7% lo pone en práctica siempre, el 20%, frecuentemente y el 73% no ha adquirido este hábito. (Tabla 15)

Queda demostrado en la Tabla 16 que sólo el 3% realiza una actividad física una vez por semana, frecuentemente lo hacen el 17% y se destacan aquellos que nunca lo realizan (30%). Muy similares son los resultados de aquellos que realizan actividad física dos veces por semana; siempre (3%), frecuentemente (20%) y nunca el 77%. (Tabla 17)

Es de destacar, quienes se esfuerzan para realizar actividad física tres veces por semana (26%) siempre; (10%), frecuentemente. (Tabla 18)

Referente a la salud (Cuadro 2) el 30% padecen hipertensión, el 6% diabetes, cardiovascular 6%, enfermedad vesicular el 23%, Dislipidemia el 10%, respiratoria 16% y padecen enfermedad Osteoarticular 16%, renal sólo 3%. Algunos individuos padecen una patología pero en otros padecen más de una patología, es evidente como el sobrepeso aumenta los riesgos de seguir adquiriendo patologías.

La concurrencia a la consulta periódica al médico sólo lo realizan siempre el 23%, frecuentemente el 43% y nunca el 34%. (Tabla 19) Se deduce que aquellos que lo hacen siempre y frecuentemente mantienen una conducta de control sobre su salud y quienes no lo realizan nunca (34%) ponen su salud en riesgo.

Con respecto a la consulta con el profesional nutricionista lo hace siempre el 7%, frecuentemente el 3% y nunca el 90% (Tabla 20) Queda demostrado

que los encuestados no consideran la idea de hacer una dieta controlada por un profesional.

Según la Tabla 21, se realizan controles de laboratorio siempre el 30%, frecuentemente el 37% y nunca el 33%. Es positivo para los individuos estar atentos ante cualquier modificación.

Referido a los controles de Rx, el 13% lo hace siempre y frecuentemente (17%) es un porcentaje bajo quienes lo realizan. Es posible que corresponda a quienes padecen una patología Osteoarticular. (Tabla 22)

Con respecto a controles de electrocardiograma (Tabla 23), se observó que el 23% siempre lo realiza, frecuentemente el 23% y nunca el 54%. Es evidente que los datos obtenidos siempre y frecuentemente responden a personas con patologías coronarias que además son crónicas.

PROPUESTA

Por los datos obtenidos, las propuestas de la investigación son las siguientes:

- Un plan nutricional donde se incluyan estrategias de mejoramiento de hábitos alimentarios y controles periódicos con el profesional nutricionista.
- Se sugiere implementar estrategias para prevenir y/o controlar enfermedades asociadas al sobrepeso como lo es la consulta médica.
- Se recomienda aunar esfuerzos para un mayor acercamiento a la práctica del ejercicio físico adecuado, para mejorar la condición física que es considerada esencial para el desempeño de las actividades diarias y para la salud.

APENDICE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA DE ENFERMERÍA
 “CICLO LICENCIATURA EN ENFERMERÍA”

Encuesta: anónima y confidencial

Objetivos: Determinar la prevalencia y el grado de sobrepeso

Conocer las conductas acerca del autocuidado de los enfermeros del Hospital Schestakow.

Edad: Sexo: Peso: Talla: IMC:

Ítem I:

1. ¿Padece Usted alguna enfermedad como....

	SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
Hipertensión?				
Diabetes?				
Cardiovascular?				
Vesicular?				
Dislipidemia?				
Respiratoria?				
Osteoarticular?				
Renal?				

2. ¿Qué tipo de alimentos ingiere con mayor frecuencia?

	SI	NO	NO SABE	NO RESPONDE
Vegetales				
Frutas				
Legumbres				
Carnes				
Grasa				

Ítem II:

3. ¿Consulta periódicamente?

	SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	NUNCA
Médico			
Nutricionista			

4. ¿Se realiza chequeos tales como...

	SIEMPRE	FRECUEMENTEMENTE	NUNCA
Analítico?			
E.C.G.?			
Rayos X?			

5. ¿Usted consume alimentos preparados...

	SIEMPRE	FRECUEMENTEMENTE	NUNCA
Al vapor?			
Asados?			
Crudos?			
Fritos?			

6. En la ingesta diaria de sus comidas ¿Usted consume?

	SIEMPRE	FRECUEMENTEMENTE	NUNCA
Poca cantidad y muchas veces			
Mucha cantidad y pocas veces			

7. ¿Consumes sus alimentos dentro de los horarios establecidos?

	SIEMPRE	FRECUEMENTEMENTE	NUNCA
En su casa			
En su trabajo			

8. ¿Realiza alguna actividad física tales como...

	SIEMPRE	FRECUEMENTEMENTE	NUNCA
Caminatas?			
Bicicleta?			
Gimnasia?			
Deporte?			

9. Si practica actividad física ¿Con qué frecuencia lo realiza?

	SIEMPRE	FRECUEMENTEMENTE	NUNCA
Una vez por semana			
Dos veces por semana			
Tres veces por semana			

Tabla Matriz de Datos

análisis	PREGUNTA 1				PREGUNTA 2				PREGUNTA 3			PREGUNTA 4			PREGUNTA 5			PREGUNTA 6			PREGUNTA 7			PREGUNTA 8			PREGUNTA 9		
	SI	NO	N/SABE	N/RESP	SI	NO	N/SABE	N/RESP	SPRE	FREC	NUNCA	SPRE	FREC	NUNCA	SPRE	FREC	NUNCA	SPRE	FREC	NUNCA	SPRE	FREC	NUNCA	SPRE	FREC	NUNCA	SPRE	FREC	NUNCA
1	BG				VFCG	L				M	N			AERX		VACF			PC	MC			CT			CBGD			-
2	AE				VFC					N	M			AERX		VACF			PCMC			C	T		C	BGD		1	
3	D				VFCLG						MN			AERX	F	VA	C		PC	MC			CT	B		CGD	3		
4	D				VFCLG						MN			AERX	F	VA	C		PC	MC			CT	B		CGD	3		
5	ACH				VFC	L		G		M	N	A	E	RX	VAC	F			MC	PC			CT		C	BGD		2	
6	-				VFC	LG					MN			AERX		VAC	F	MC		PC		C	T		C	BGD		2	
7	D				VFCG	L				M	N		RX	AE		AF	VC		MC	PC		C	T			CBGD			-
8	D				VFCG	L					MN			AERX		AC	VF		PC	MC			CT		G	CGD		2	
9	AE				VFC	LG				M	N		A	ERX	AC	V	F		PC	MC		C	T			CBGD			-
10	A				VFC	LG			M		N		AE	RX	VACF				MC	PC		C	T	C	B	GD		1	
11	-				VFCLG						MN			AERX	VACF			MC		PC	C		T			CBGD			-
12	AF				VFL	CG				M	N			AERX	VC	A	F	PC		MC			CT			CBGD			-
13	-				VFC	LG			N	M			A	ERX	VA	F	C	PC		MC		C	T		C	BGD		2	
14	DG				FLC	VG				M	N		ARX	E		AF	VC		PC	MC		C	T		C	BGD		1	
15	A				VFCLG					M	N		AE	RX	VAC	F			MC	PC		C	T		C	BGD		2	
16	G				VFCG	L			M		N	ARX		E		AC	VF	MC		PC		C	T		B	CGD		3	
17	CF				VFCG	L			M		N	AE	RX			ACF	V		MC	PC	C		T		C	BGD	1		
18	F				VFCLG					M	N		A	ERX	AF	VC		MC		PC	C		T	B	CGD			3	
19	G				VFCLG					M	N	AERX			V	A	CF	MC		PC	C		T	B	CGD				3
20	A				VFLC	G			N	M		AE		RX	ACF	V		PC		MC	CT					CBGD			-
21	-				VFC	LG					MN		A	ERX	AF		VC		PC	MC	C		T	B	CGD			3	
22	DG				VFLC	G			M		N	AERX			AC		VF	PC		MC	CT			C		BGD		2	
23	A				VFLC	G				M	N		AE	RX	VA		CF		PC	MC	C		T	CD	BG		3		
24	-				VFLC	G					MN		AERX		VA	CF			PC	MC	C		T		CB	GD		1	
25	-				VFC	L		G			MN		AERX		AF	C	V		PC	MC	C		T	B	CGD		3		
26	DG				VFLC	G			M		N	AERX			AC		VF		PC	MC	CT			C	BGD		2		
27	AC				VFLC	G				M	N		AE	RX	VA		CF		PCMC		C		T	CD		BG	3		
28	-				VFLC	G					MN		AERX		VA	CF			PCMC		C		T	CB		GD		1	
29	E				VFLC			G	M		N	AE		RX	VAC	F		MC	PC		CT			C		BGD	2		
30	BF				VFLC	G			M		N	AE		RX	A	VCF		MC		PC			CT	B	CGD		3		

A	HIPERTENSION	V	VEGETALES	M	MEDICO	A	ANALISIS	V	VAPOR	PC	POCA CANT MUCHAS VECES	C	CASA	C	CAMINATA	1	1 VEZ X SEMANA
B	DIABETES	F	FRUTAS	N	NUTRICIONISTA	E	ELECTROCARDIOGRAMA	A	ASADOS	MC	MUCHA CANT POCAS VECES	T	TRABAJO	B	BICICLETA	2	2 VECES X SEMANA
C	CARDIOVASCULAR	L	LEGUMBRES			RX	RAYOS X	C	CRUDOS					G	GIMNASIA	3	3 VECES X SEMANA
D	VESICULAR	C	CARNES					F	FRITOS					D	DEPORTE		
E	DISLIPIDEMIA	G	GRASAS														
F	RESPIRATORIA																
G	OSTEOARTICULAR																
H	RENAL																

BIBLIOGRAFÍA

- BISSANTI, Andrea “medicina y familia” Vol. I Ed. Mas Ivars SL (1980)
- BRAGUINSKY, Jorge y colaboradores “Obesidad” Ed. Ateneo (1996)
- BRAGUINSKY, Jorge y RODRIGUEZ CIA “Síndrome X” revista de la Asociación Argentina de Nutrición (1994)
- BRUE Thierry, “La Diabetes” 1º Edición Ed. EMT- LIT0001 (2007)
- KRAUSS, Stephen “Enciclopedia de Psicología médica” Ed. El Ateneo (1981)
- Manual de Enfermería Ed. Zamora (2006)
- SCHIDELL, J.C. “Obesidad en el mundo” Escola de Epidemiología Int. Ob. (1995)

NOTAS

-
- ¹ Obesidad: patogenia, clínica y tratamiento Jorge Braguinsky Cap.5 p.72
 - ² Ídem 1
 - ³ Medicina y Familia Vol. I Dra. Andrea Bissanti p. 193
 - ⁴ Ídem 3
 - ⁵ Ibidem 3 p.195
 - ⁶ Ibidem 3 p. 194
 - ⁷ Obesidad: patogenia, clínica y tratamiento Jorge Braguinsky Cap.17 p.302
 - ⁸ Ibidem 7 Cap.18 p. 323
 - ⁹ Ibidem 7 Cap.18 p. 324
 - ¹⁰ Ibidem 7 Cap.18 p. 325
 - ¹¹ Ibidem 7 Cap.18 p. 326
 - ¹² Ibidem 7 Cap.18 p. 327
 - ¹³ Ibidem 7 Cap. 7 p. 132
 - ¹⁴ Ibidem 7 Cap. 7 p. 133
 - ¹⁵ Ibidem 7 Cap. 7 p. 127