

USAC

TRICENTENARIA

Universidad de San Carlos de Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA
PROGRAMA DE EXPERIENCIAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD – EDC –
SUBPROGRAMA DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO – EPS –

INFORME FINAL DEL EPS
REALIZADO EN
CENTRO DE ASESORÍA EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN -CEAAN-
DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO
DEL 1 DE ENERO AL 30 DE JUNIO 2017



PRESENTADO POR ANA RAQUEL NÚÑEZ VILLALTA
CARNET 201113492
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE
NUTRICIÓN

GUATEMALA, JUNIO DEL 2017

REF. EPS. NUT 1/2017



Tabla de Contenido

Introducción.....	1
Objetivos	2
Marco Contextual	3
Marco Operativo.....	4
Servicio	4
Docencia	9
Investigación	12
Conclusiones.....	13
Aprendizaje profesional.....	13
Aprendizaje social	13
Aprendizaje ciudadano.....	13
Recomendaciones.....	14
Anexos	15
Anexo 1. Diagnóstico Institucional	15
Anexo 2. Plan de Trabajo.....	21
Apéndices.....	27
Apéndice 1. Estadísticas mensuales de pacientes atendidos en CEAAN.....	27
Apéndice 2. Atención nutricional a personas del Club Allegra Danza.....	30
Apéndice 3. Guías de alimentos.	31
Apéndice 4. Lista de intercambio.	33
Apéndice 6. Jornada en Santa Catarina Pinula.	35
Apéndice 7. Cartelera mensual.	36
Apéndice 8. Material de apoyo para atención nutricional.....	37
Apéndice 9. Agenda didáctica “Alimentación Saludable para el paciente con diabetes y/o hipertensión”	38
Apéndice 10. Material informativo	39



Apéndice 11. Protocolo de Investigación	42
Introducción	44
Marco teórico	45
Justificación	60
Planteamiento del problema	61
Objetivos	62
Variables	63
Materiales y métodos	65
Cronograma de Actividades	69
Recursos Económicos e Institucionales	70
Referencias bibliográficas	71
Anexos	77



Introducción

El Centro de Asesoría en Alimentación y Nutrición -CEAAN- es un centro especializado dentro de los programas de docencia productiva de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la USAC.

Este centro apoya a la formación profesional de los estudiantes, dando oportunidad a realizar la práctica de Nutrición Clínica del Ejercicio Profesional Supervisado a través de la atención a pacientes ambulatorios en la clínica dietética. Además, contribuye a la formación integral del estudiante mediante el contacto con el medio real de trabajo.

A continuación, se presenta el informe final de las actividades realizadas durante el tiempo de práctica, como parte de la opción de graduación, modalidad servicio de la Escuela de Nutrición. En éste, se detallan y evalúan los resultados de las actividades realizadas en el período de enero a junio del año 2017.



Objetivos

Detallar las actividades realizadas durante el período de práctica en la clínica dietética del CEAAN.

Presentar los resultados obtenidos en las actividades realizadas en el período de enero a junio del presente año.

Evaluar los resultados obtenidos en las actividades de acuerdo a la planificación realizada a inicios de la práctica.



Marco Contextual

El Centro de Asesoría en Alimentación y Nutrición -CEAAN- es una dependencia especializada en el que se brinda consejería nutricional y dietética, atención nutricional a pacientes ambulatorios sanos o enfermos de cualquier edad.

La atención se realiza de forma individualizada, a través de la evaluación clínica, dietética, bioquímica y antropométrica del paciente. Con base en esta evaluación, se realiza el cálculo del valor energético total y se planea la dieta para la correspondiente intervención.

Además, el CEAAN presta servicio de capacitación, estudios de aceptabilidad, preferencia o diferenciación sensorial, cálculo de víveres y educación en el campo relacionado con la alimentación y nutrición a personas o instituciones que lo soliciten.

Al inicio del período de prácticas, se realizó un análisis institucional (anexo 1) y de acuerdo a las necesidades y problemas priorizados, se planificaron distintas actividades a trabajar para contribuir a la mejora de la situación (anexo 2). Dentro de estos problemas se pueden mencionar la falta de actualización de la lista de intercambio, la falta de material de apoyo para educación nutricional y del valor energético de varios alimentos preparados y desorden en el archivo de expedientes.



Marco Operativo

A continuación, se presentan las actividades desarrolladas durante el período de práctica en cada uno de los ejes.

Servicio

En el eje de servicio se realizaron las siguientes actividades.

Atención nutricional a pacientes. Se brindó atención nutricional a pacientes ambulatorios en horario de 7:00 a 15:00 horas de lunes a viernes. Cada consulta debía ser programada con aproximadamente un mes de anticipación y las evaluaciones de monitoreo se realizaban cada mes.

Durante el período de práctica se atendieron 454 pacientes adultos, 342 femeninos y 112 masculinos. Del total de pacientes, 95 se encontraban en estado nutricional normal, 193 en sobrepeso, 158 en obesidad y 8 en bajo peso; además, 122 pacientes fueron atendidos en primera consulta y 332 pacientes en reconsultas.

Se atendió solamente a 1 paciente masculino menor de 5 años. Éste se encontraba en estado nutricional normal y fue atendido como reconsulta.

Las estadísticas mensuales detalladas se encuentran en el apéndice 1.



Tabla 1. Conglomerado de pacientes adultos en clínica dietética del CEAAN, Guatemala, enero-junio 2017

EDAD	Género		Estado Nutricional				TOTAL	No. Reconsultas
	Masculino	Femenino	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición		
<5 años	1	0	0	0	1	0	1	1
< 18 años	10	13	6	5	9	3	23	11
18-40	49	117	59	60	46	1	166	119
40-65	50	175	88	108	27	2	225	169
>65	3	37	5	20	13	2	40	33
TOTAL	113	342	158	193	96	8	455	333

Fuente: Datos registrados en libro de estadísticas, CEAAN, 2017

Tabla 2. Conglomerado de enfermedades más presentadas por pacientes atendidos en clínica dietética del CEAAN, Guatemala, enero-junio 2017

Patología	Mes						Total
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	
Gastritis	8	6	11	6	6	7	44
HTA	10	13	15	14	13	12	77
Dislipidemias	5	12	11	12	10	11	61
Hipotiroidismo	3	5	3	2	2	3	18
Reflujo	3	2	3	1	1	1	11
Diabetes mellitus	6	7	7	6	6	9	41
Hígado graso	4	2	3	3	3	2	17
Colon irritable	6	6	8	5	6	5	36
Hiperuricemia	0	3	5	2	3	1	14
Neuropatía	0	2	4	2	1	3	12
Artritis	0	2	0	3	3	3	11
Total	45	60	70	56	54	57	342

Fuente: Datos registrados en libro de estadísticas, CEAAN, 2017



Atención nutricional a personas del Club Allegra Danza. En el mes de enero se realizó una visita al municipio de San Raymundo, para brindar atención nutricional al grupo de mujeres que asisten a la Academia Allegra Danza. Durante la visita se atendieron a 5 pacientes, de las cuales dos eran de primera consulta y tres de reconsulta. De ellas, 1 se encontraba en estado nutricional normal, 1 en sobrepeso y 3 en obesidad (apéndice 2).

Elaboración de guías de alimentación en pacientes con osteoporosis e hipotiroidismo. Se realizaron dos guías de alimentación para brindar orientación a los pacientes que presentan osteoporosis o hipotiroidismo. En ellas se brindan recomendaciones generales de alimentación y actividad física. Estas guías fueron aprobadas por la Licenciada Iris Cotto y la Licenciada Claudia Porres. La guía de hipotiroidismo fue validada por 10 personas ajenas a la clínica de nutrición, que estuvieron presentes en el edificio de la antigua Facultad de Farmacia. La validación de la guía de osteoporosis queda pendiente para ser realizada durante el segundo semestre del presente año (apéndice 3).

Actualización de lista de intercambio de CEAAN. Se actualizó la lista de intercambio que se les brinda a los pacientes de la clínica dietética junto con la distribución de sus porciones según el valor energético total calculado. En esta lista, se incluyen nuevos alimentos, utilizando menos espacio. La actualización fue aprobada por la Licenciada Iris Cotto y la Licenciada Claudia Porres. La lista fue validada por 13 pacientes de reconsulta de la clínica dietética (apéndice 4).

Organización del archivo de expedientes de pacientes. En los primeros días de enero se organizó el archivo de expedientes para facilitar y disminuir el tiempo de búsqueda, al momento de las reconsultas de pacientes frecuentes. Los expedientes de pacientes que asistieron por última vez en el año 2014 o antes fueron extraídos del archivo y colocados en diferentes archivos con los expedientes antiguos (apéndice 5).



Evaluación de las metas. A continuación, se muestran las metas alcanzadas en el eje de servicio durante el tiempo de práctica.

Tabla 3. Evaluación de metas el eje de servicio. Guatemala, enero-junio 2017

Meta	Indicador alcanzado	Nivel de cumplimiento
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrán atendido 400 pacientes que asistan a la clínica dietética para consulta y/o reconsulta	455 pacientes atendidos	114%
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrán realiza 3 visitas a San Raymundo para brindar asesoría alimentaria y nutricional a 35 participantes del Club Allegra Danza	5 pacientes atendidos	14%
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrán elaborado dos guías de alimentos para pacientes con osteoporosis e hipotiroidismo	2 guías elaboradas	100%
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrá realizado la actualización de la lista de intercambio utilizada para educación alimentaria nutricional en el CEAAN	1 lista actualizada	100%
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrá realizado la depuración de expedientes de pacientes que asistieron por última vez del año 2014 para atrás	1 archivo	100%

Análisis de las metas. De las cinco metas establecidas, tres se cumplieron al 100%. En la atención a pacientes en la clínica dietética se logró llegar a un 114% ya que asistieron 55 pacientes más de los esperados. En cuanto a las visitas a San Raymundo, solo se logró llegar al 14% debido a que en la primera visita la asistencia fue muy baja; además por no cubrir el cupo mínimo no fue posible realizar las siguientes visitas planificadas.

Actividades emergentes. A continuación, se presentan las actividades realizadas y que no fueron planificadas al inicio de las prácticas.

Jornada en Santa Catarina Pinula. En el mes de mayo se participó en la jornada médica multiprofesional realizada con la asociación de vecinos unidos por



el Cambray 2 en Santa Catarina Pinula. Durante la jornada se tomó peso y talla para determinar índice de masa corporal y según éste, se realizaron recomendaciones generales (apéndice 6).



Docencia

En el eje de docencia se realizaron las siguientes actividades.

Actualización de carteleras. Se elaboraron 5 carteleras con distinta temática para cada uno de los meses de práctica. Los temas presentados fueron la importancia del desayuno, síndrome metabólico, ejercicio y cáncer de mama, pescado y mariscos, uso del microondas. La información de cada uno de los temas fue revisada y aprobada por la Licenciada Iris Cotto para su posterior exposición (apéndice 7).

Elaboración de material de apoyo para atención nutricional. Se elaboraron 10 carteles con distintos alimentos y la energía que cada uno de estos aporta según datos registrados en la tabla de composición de alimentos del INCAP. Los alimentos ilustrados fueron pan dulce, medallones, pie de piña, hash Brown, hotdog, capuccino, mockachino con crema, croissant con jamón y queso, carnes empanizadas y dona. Fueron colocados dentro de la clínica como material de apoyo y educación al momento de la atención a los pacientes. El material fue revisado y aprobado por la Licenciada Iris Cotto (apéndice 8).

Sesión educativa a participantes de Club Salud es Vida. Se realizó una sesión educativa a los participantes del Club Salud es Vida de CEGIMED, presentando el tema “Alimentación saludable para el paciente con diabetes y/o hipertensión”. La sesión se realizó durante la mañana del 10 de mayo, en la cual asistieron 50 personas (apéndice 9).

Evaluación de las metas. A continuación, se muestran las metas alcanzadas en el eje de docencia durante el tiempo de práctica.



Tabla 4. Evaluación de metas el eje de docencia. Guatemala, enero-junio 2017

Meta	Indicador alcanzado	Nivel de cumplimiento
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrán realizado 6 actualizaciones de cartelera informativa	5 carteleras realizadas	83%
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrán realizado 10 carteles como material de apoyo para la atención nutricional	10 carteles realizados	100%
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrá realizado una sesión educativa al grupo de adultos mayores que asisten a CEGIMED	1 sesión educativa realizada	100%
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrán realizado el 100% de sesiones educativas solicitadas por instituciones ajenas al CEAAN	0 sesiones educativas realizadas	0%

Análisis de las metas. De las cuatro metas establecidas, dos se lograron cumplir al 100%. La actualización de las carteleras informativas solamente se llegó a realizar al 83% ya que no se elaboró la cartelera del mes de junio. Además, ninguna sesión educativa fue solicitada por lo cual el resultado fue 0%.

Actividades emergentes. A continuación se presentan las actividades realizadas que no fueron planificadas.

Elaboración de material informativo. Se renovó la cartelera “Recomendación de consumo de Bebidas” ya que, por el tiempo, el material se encontraba muy dañado. Se realizó un cartel informativo del horario de atención de la clínica dietética y el número de teléfono directo para las ocasiones en las que no hay personal para atender a las personas que llegan a programar citas. Se realizó una guía de composición nutricional de barras de cereales según datos reportados en etiquetas del producto; se registró peso, valor energético, y los gramos de azúcar, fibra, proteína y grasa. Además, se elaboró una tabla de precios de suplementos y multivitamínicos según el valor con que se encuentran en farmacias Galeno, Cruz



Verde y el Patronato del Dr. Roberto Koch. Esta información fue revisada y aprobada por la licenciada Iris Cotto y se encuentra disponible dentro del cartapacio con documentos de apoyo para evaluación nutricional en adultos (apéndice 10).



Investigación

En el eje de investigación se realizó la siguiente actividad.

Adherencia al tratamiento dietético en pacientes con sobrepeso u obesidad. Se elaboró el protocolo de investigación para evaluar la adherencia al tratamiento dietético en pacientes con sobrepeso u obesidad, relacionando datos sociales, datos dietéticos según autoevaluación y evaluación directa y cambios antropométricos del individuo. La recolección de datos se realizará con 182 pacientes que asistan a la clínica dietética del CEAAN para su reconsulta durante los meses de julio a noviembre del año 2017 (apéndice 11).

Evaluación de las metas. A continuación, se muestran la meta alcanzada en el eje de investigación durante el tiempo de práctica.

Tabla 5. Evaluación de metas el eje de investigación. Guatemala, enero-junio 2017

Meta	Indicador alcanzado	Nivel de cumplimiento
Al finalizar julio del 2017 se presentará el informe final de la investigación realizada	1 protocolo realizado	100%

Análisis de las metas. La meta de investigación fue alcanzada al 100% debido a que el protocolo fue finalizado. Durante el período de práctica se implementó como prueba la realización del protocolo para una investigación más completa, en la que se tomará el período de julio a noviembre del año 2017 para poder recolectar todos los datos necesarios y dar conclusión del estudio.



Conclusiones

Aprendizaje profesional

Al realizar el Ejercicio Profesional supervisado en la clínica dietética del CEAN, se pudo obtener mayor experiencia en la atención a pacientes, cálculo de dietas y educación alimentaria nutricional de acuerdo a las necesidades individuales. Además, se amplió el conocimiento en patologías como dislipidemias, diabetes mellitus, colon irritable, hígado graso e hipertensión arterial ya que fueron las más presentadas dentro de la población atendida.

Aprendizaje social

La práctica fortaleció las habilidades y destrezas correspondientes a las relaciones humanas. Asimismo, contribuyó a una mayor comprensión de las creencias y comportamientos de los pacientes en relación al ámbito nutricional.

Aprendizaje ciudadano

Por medio de la práctica se comprendió más la necesidad de tener instituciones que presten servicios de salud a menor costo y de buena calidad para dar oportunidad a la población de bajos ingresos a tener una asesoría y educación alimentaria nutricional adecuada.



Recomendaciones

Actualizar información de la página web sobre la clínica dietética por los cambios realizados en los últimos años.

Mejorar la vía telefónica para asegurar la comunicación en todo momento.

Elaborar cartelera de publicidad en la entrada del edificio para hacer conocer los servicios que brinda el CEAAN.

Incluir diez minutos más en la cita de pacientes al momento de la recolección de los datos del estudio.



Anexos

Anexo 1. Diagnóstico Institucional

Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia

Programa EDC

Licda. Claudia Porres Sam



Presentado por:

Ana Raquel Núñez Villalta

Carné: 201113492

Estudiante de carrera de Nutrición

Febrero 2017



Diagnóstico Institucional

Misión y Visión de CEAAN

En el año 2013 fueron establecidas la misión y visión de Centro de Asesoría en Alimentación y Nutrición

Misión. Somos el Centro de Asesoría en Alimentación y Nutrición –CEAAN- y nuestro objetivo es servir como centro de referencia y opinión en materia de nutrición y alimentación, proporcionar asesoría a instituciones y empresas relacionadas con lo alimentario nutricional, ofrecer atención nutricional y dietoterapéutica individual y colectiva a las personas o instituciones que lo soliciten, apoyar la investigación en el campo alimentario nutricional, contribuir con la formación integral del estudiante de nutrición, a través del contacto con el medio real de trabajo; lo realizamos con el afán de servir al prójimo.

Visión. Deseamos seguir siendo un lugar de referencia en materia de nutrición y alimentación para el pueblo de Guatemala y lograr posicionarnos en primer lugar en cuanto a calidad de asesoría, investigación y atención nutricional.

Misión y visión de la Clínica de Nutrición

La misión y visión propia de la Clínica Dietética aún no han sido aprobadas por la Junta Directiva.

Información de la Clínica de Nutrición

El CEAAN cubre dos áreas de atención: clínica dietética y ciencias de alimentos. Por lo cual cuenta con los siguientes servicios:

Clínica dietética. Brinda consejería nutricional y dietética individual, tratamiento y soporte nutricional a pacientes de cualquier edad sanos o que presenten alguna enfermedad. A través de la evaluación y análisis antropométrico,



bioquímico, clínico y dietético, se elabora el plan de alimentación personalizado y se presenta la lista de intercambio como guía para facilitar la comprensión de porciones y alimentos en cada uno de los grupos.

Asesoría. Brinda asesoría para la formulación, ejecución y evaluación de programas relacionados con nutrición comunitaria, ciencias de alimentos, gerencia de servicios de alimentación, investigación sobre problemas relacionados con el campo alimentario nutricional y formación de recursos humanos en el campo de la alimentación y nutrición.

Otros servicios. Realización de etiquetado nutricional de alimentos, capacitación/entrenamiento de jueces sensoriales, estudios de aceptabilidad o preferencia de alimentos, estudio de diferenciación sensorial de dos alimentos con jueces entrenados, proceso de capacitación en toma de datos antropométricos, charlas educativas, planificación de menús, cálculo de víveres y costo de la alimentación a servir, capacitación de personal en buenas prácticas de manufactura (BPM).

Pruebas de laboratorio. El CEAAN no posee un laboratorio clínico propio, pero cuenta con la facilidad de la realización de exámenes en el Laboratorio Clínico Popular – LABOCLIP – ya que éste se encuentra dentro de las mismas instalaciones de la Antigua Facultad de Farmacia. Generalmente al momento de programar la cita, se le solicitan al paciente exámenes de glucosa pre y post, perfil lipídico completo, hematología completa y orina. En casos especiales se realizan las pruebas adicionales necesarias para brindar una atención integral.

Suplementos vitamínicos y minerales disponibles. El CEAAN no cuenta con suplementos vitamínicos y minerales disponibles para proporcionar a los pacientes. Si es necesaria la utilización de un suplemento, la adquisición es por cuenta propia.



Tipo de dietas y fórmulas estandarizadas. Anteriormente se contaba con dietas estandarizadas desde 1,000 hasta 2,200 Kilocalorías. Esta información se perdió a causa del robo de la computadora del establecimiento. A partir de esto, se decidió continuar con la realización de dietas personalizadas de acuerdo a las necesidades del paciente, al igual que el cálculo de fórmulas. Actualmente existen guías de alimentos permitidos y no permitidos para pacientes diabéticos, hipertensos y con dislipidemias.

Producto dietoterapéutico. No se cuenta con ningún producto dietoterapéutico dentro de la Clínica. Si es necesaria la utilización de alguno, solamente es indicado al paciente para su adquisición.

Institución de referencia para recuperación nutricional. La Clínica Dietética no cuenta con información de institución de referencia.

Árbol de problemas

Lluvia de problemas. A continuación, se mencionan los principales problemas encontrados en la Clínica Dietética:

Falta de guías de alimentos para patologías comúnmente vistas en la clínica (osteoporosis e hipotiroidismo)

Falta de actualización de lista de intercambio con alimentos comúnmente consumidos por la población

Poca información de aproximaciones de energía en kilocalorías de alimentos ya preparados consumidos por la población

Archivo de expedientes no depurado desde los últimos seis años



Árbol de problemas



Desafíos a afrontar el estudiante en EPS. En la entrevista realizada a la Licenciada Iris Cotto, jefe del CEAAN, se discutió el desafío de la practicante en cuanto al trabajo dentro del horario de atención a los pacientes. Es trabajo de la practicante no solamente atender a los pacientes citados, sino programar nuevas citas, atender llamadas telefónicas, actualizar cartelera mensual y realizar sesiones educativas solicitadas.

Problemas y necesidades que puede apoyar en solucionar el estudiante en EPS. El estudiante en EPS puede apoyar en la actualización de información utilizada para dar educación nutricional al paciente, a través de la realización de guías de alimentos especiales para las patologías vistas con más frecuencia dentro de la Clínica y con las cuales aún no se cuenta. Además, la lista de intercambio ahora utilizada será revisada y actualizada según sea necesario.



Problemas priorizados

A continuación, se mencionan los problemas a intervenir durante el período de prácticas dentro de CEAAN.

Falta material de apoyo para educación nutricional a pacientes con osteoporosis e hipertiroidismo.

Falta de actualización de lista de intercambio con alimentos comúnmente consumidos por la población

Falta de información del aporte energético de alimentos de mayor consumo por la población guatemalteca

Desorden en el archivo de expedientes de los pacientes, originando un mayor tiempo en la búsqueda



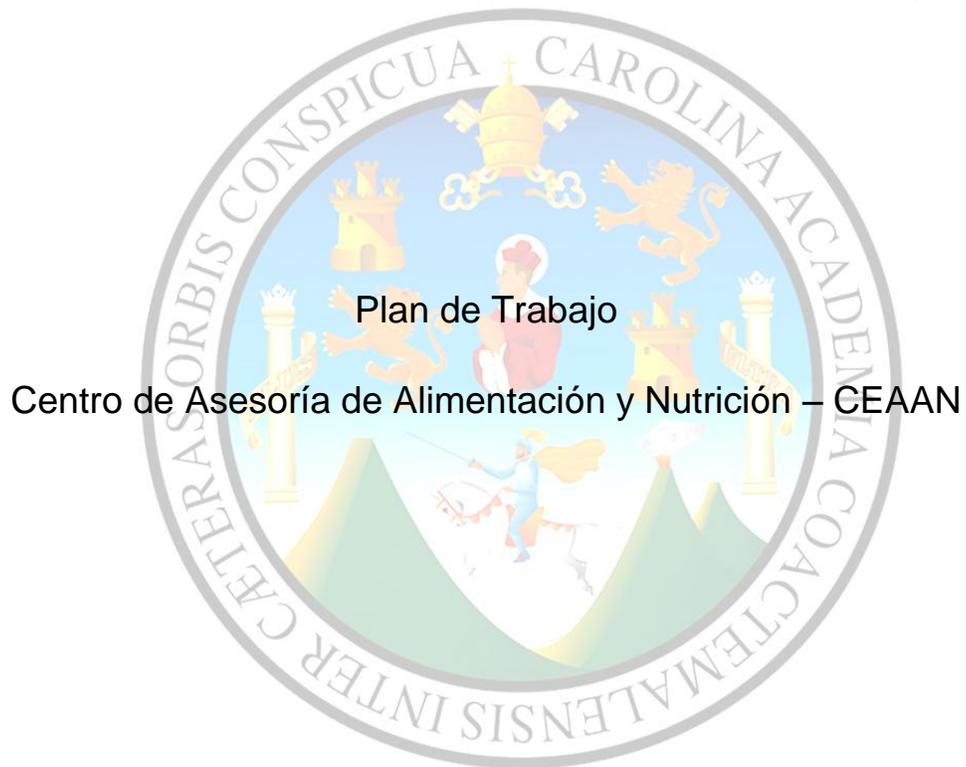
Anexo 2. Plan de Trabajo

Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia

Programa EDC

Licda. Claudia Porres Sam



Presentado por:

Ana Raquel Núñez Villalta

Carné: 201113492

Estudiante de carrera de Nutrición

Febrero 2017



Introducción

La clínica dietética del Centro de Asesoría de Alimentación y Nutrición – CEAAN- funciona desde 1998 como un centro especializado dentro de los proyectos de docencia productiva de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Este centro combina los servicios profesionales a la población, con la formación académica de los nutricionistas en todas las áreas de su competencia.

La creación del CEAAN se originó por la necesidad de centros especiales en atención nutricional accesible para la población en general, especialmente la de escasos recursos.

El CEAAN cubre dos áreas de atención: clínica dietética y ciencias de alimentos. Es por ello que se realizará el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) en este programa, cumpliendo con los requerimientos de servicio a la comunidad.

El plan de trabajo tiene como fin definir y orientar todas las actividades a realizar en las instalaciones del CEAAN en el período de enero a junio del 2017. Estas actividades surgen con el afán de mejorar la situación según el análisis de problemas vistos actualmente dentro de la clínica y los desafíos a los que se enfrenta la practicante en EPS.



Matriz

Eje de servicio

Línea estratégica. Atención nutricional integral a pacientes

Metas	Indicadores	Actividades
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrán atendido 400 pacientes que asistan a la clínica dietética para consulta y/o reconsulta	No. de pacientes atendidos	Atención nutricional integral a pacientes
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrán realizado 3 visitas a San Raymundo para brindar asesoría alimentaria y nutricional a 35 participantes del Club Allegra Danza	No. de visitas realizadas No. De pacientes atendidos	Atención nutricional a personas del Club Allegra Danza
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrán elaborado dos guía de alimentos para pacientes con osteoporosis e hipotiroidismo	No. de guías realizadas	Elaboración de guías de alimentos permitidos y no permitidos en pacientes con osteoporosis e hipotiroidismo
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrá realizado la actualización de la lista de intercambio utilizada para educación alimentaria nutricional en el CEAAN	No. de listas de intercambio actualizadas	Actualización de lista de intercambio de CEAAN
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrá realizado la depuración de expedientes de pacientes que asistieron por última vez del año 2014 para atrás	No. de archivos depurados	Organización del archivo de expedientes de pacientes



Eje de docencia

Línea estratégica. Promoción de estilo de vida saludable

Metas	Indicadores	Actividades
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrán realizado 6 actualizaciones de cartelera informativa	Número de carteleras realizadas	de Actualización de carteleras
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrán realizado 10 carteles como material de apoyo para la atención nutricional	Numero de material visual realizado	Elaboración de material de apoyo para la atención nutricional
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrá realizado una sesión educativa al grupo de adultos mayores que asisten a CEGIMED	Número de sesiones educativas	de Sesión de educación alimentaria nutricional a personas del Club Salud es Vida
Para la segunda semana de junio del 2017 se habrán realizado el 100% de sesiones educativas solicitadas por instituciones ajenas al CEAAN	% de sesiones educativas impartidas	Sesiones educativas impartidas en instituciones que lo solicitaron



Eje de investigación

Línea estratégica. Investigación

Metas	Indicadores	Actividades
Al finalizar junio del 2017 se presentará el informe final de la investigación realizada	Una investigación	Realización de investigación individual



Cronograma de actividades

Actividad	Enero				Febrero					Marzo					Abril				Mayo					Junio				
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Atención a pacientes																												
Visitas a San Raymundo																												
Guías de alimentos																												
Lista de intercambio																												
Depuración de archivo																												
Carteleras																												
Materiales informativos																												
Sesiones educativas CEGIMED																												
Sesiones educativas solicitadas																												
Investigación																												



Apéndices

Apéndice 1. Estadísticas mensuales de pacientes atendidos en CEAAN.

Pacientes adultos y pediátricos atendidos en clínica dietética del CEEAN durante el mes de enero, 2017

EDAD	Género		Estado Nutricional				TOTAL	No. Reconsultas
	Masculino	Femenino	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición		
2-5 años	1	0	0	0	1	0	1	1
< 18 años	2	2	1	0	3	0	4	4
18-40	5	15	7	4	9	0	20	16
40-65	4	29	12	13	7	1	33	29
>65	0	3	0	2	1	0	3	3
TOTAL	12	49	20	19	21	1	61	53

Fuente: Datos registrados en libro de estadísticas, CEAAN, 2017

Pacientes adultos atendidos en clínica dietética del CEEAN durante el mes de febrero, 2017

EDAD	Género		Estado Nutricional				TOTAL	No. Reconsultas
	Masculino	Femenino	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición		
< 18 años	3	5	3	3	1	1	8	3
18-40	11	24	15	13	7	0	35	23
40-65	14	31	18	23	4	0	45	28
>65	1	10	3	4	3	1	11	8
TOTAL	29	70	39	43	15	2	99	62

Fuente: Datos registrados en libro de estadísticas, CEAAN, 2017



Pacientes adultos atendidos en clínica dietética del CEEAN durante el mes de marzo, 2017

EDAD	Género		Estado Nutricional				TOTAL	No. Reconsultas
	Masculino	Femenino	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición		
< 18 años	0	2	1	0	1	0	2	1
18-40	12	28	14	14	12	0	40	26
40-65	10	34	15	24	5	0	44	35
>65	1	6	0	4	3	0	7	6
TOTAL	23	70	30	42	21	0	93	68

Fuente: Datos registrados en libro de estadísticas, CEEAN, 2017

Pacientes adultos atendidos en clínica dietética del CEEAN durante el mes de abril, 2017

EDAD	Género		Estado Nutricional				TOTAL	No. Reconsultas
	Masculino	Femenino	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición		
< 18 años	0	0	0	0	0	0	0	0
18-40	8	15	7	9	7	0	23	21
40-65	4	24	12	14	2	0	28	21
>65	0	7	0	5	1	1	7	5
TOTAL	12	46	19	28	10	1	58	47

Fuente: Datos registrados en libro de estadísticas, CEEAN, 2017



Pacientes adultos atendidos en clínica dietética del CEEAN durante el mes de mayo, 2017

EDAD	Género		Estado Nutricional				TOTAL	No. Reconsultas
	Masculino	Femenino	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición		
< 18 años	1	2	0	1	2	0	3	1
18-40	9	22	9	12	9	1	31	21
40-65	10	34	14	22	7	1	44	33
>65	1	7	2	3	3	0	8	7
TOTAL	21	65	25	38	21	2	86	62

Fuente: Datos registrados en libro de estadísticas, CEEAN, 2017

Pacientes adultos atendidos en clínica dietética del CEEAN durante el mes de junio, 2017

EDAD	Género		Estado Nutricional				TOTAL	No. Reconsultas
	Masculino	Femenino	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición		
< 18 años	4	1	1	1	1	2	5	1
18-40	4	10	5	7	2	0	14	11
40-65	8	22	16	12	2	0	30	22
>65	0	4	0	2	2	0	4	4
TOTAL	16	37	22	22	7	2	53	38

Fuente: Datos registrados en libro de estadísticas, CEEAN, 2017



Intervenciones realizadas a los pacientes atendidos durante el período de práctica

Tipo de dieta	Mes						Total
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	
Oral	0	0	0	0	0	0	0
Nasogástrica	0	0	0	0	0	0	0
Gastrostomía	0	0	0	0	0	0	0
Yeyunostomía	0	0	0	0	0	0	0
Parenteral	0	0	0	0	0	0	0
Dieta	118	342	158	193	96	8	460
Total	118	342	158	193	96	8	460

Fuente: Datos registrados en libro de estadísticas, CEAAN, 2017

Apéndice 2. Atención nutricional a personas del Club Allegra Danza.

Pacientes adultos atendidos del Club Allegra Danza, enero 2017

EDAD	Género		Estado Nutricional				TOTAL	No. Reconsultas
	Masculino	Femenino	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición		
< 18 años	0	0	0	0	0	0	0	0
18-40	0	4	2	1	1	0	4	2
40-65	0	1	1	0	0	0	1	1
>65	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	5	3	1	1	0	5	3

Fuente: Datos registrados en libro de estadísticas, CEAAN, 2017



Apéndice 3. Guías de alimentos.



Centro de Asesoría en Alimentación y Nutrición – CEAAN
Escuela de Nutrición, Universidad de San Carlos de Guatemala, Teléfono 2230-4376

Alimentación en Hipotiroidismo

El tratamiento médico es indispensable para un buen control

Aumentar el consumo de:

- Cereales como: avena, arroz integral, pastas integrales, panes integrales
- Leche y derivados descremados
- Pescado y mariscos
- Frutas y vegetales de color amarillo y anaranjado
- Sal yodada
- Nueces, manías, semillas de girasol
- Huevos
- Agua pura

Si hay un adecuado consumo de yodo, **SI** se pueden consumir moderadamente los siguientes alimentos:

- Verduras crucíferas: coliflor, repollo, brócoli, coles de Bruselas, rábano
- Soya y derivados

¿Qué alimentos debemos evitar?

Es aconsejable evitar el consumo de:

- Embutidos como salchichas, jamón, longanizas, chorizos, salami, etc.
- Café, té, aguas gaseosas
- Alcohol

Recuerde que es importante realizar al menos 30 minutos al día de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa para obtener mayores beneficios para la salud.

Referencia

Mahan, L., Escott-Stump, S. y Raymond, J. (2013). Krause, Dietoterapia. 13a. Edición. España: Elsevier, pp. 714-718.

MedlinePlus. (2015). Hipotiroidismo. Recuperado de <http://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000353.htm>

Alimentación en Osteoporosis

Aumentar el consumo de:

El consumo de alimentos fuente de calcio, vitamina D y vitamina K es esencial para minimizar la pérdida ósea y mantener la salud en general. Además, el consumo de vitamina C ayuda a incrementar la densidad ósea y a disminuir el riesgo de fracturas. Dentro de estos alimentos se pueden mencionar:

- Tortilla, frijoles, lentejas, garbanzos
- Leche descremada, requesón, queso fresco o panela
- Alimentos de soya y arroz fortificados
- Pescado, sardina y aceite de pescado
- Aceites de canola y de oliva
- Yema de huevo
- Nueces
- Hojas verdes como acelga, apio, berro, lechugas, brócoli, arvejas
- Linaza molida
- Frutas cítricas, fresas, melón, chile pimiento

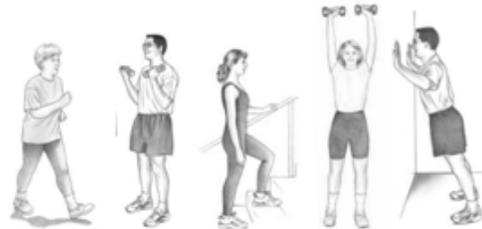
¿Qué debemos evitar?

Los siguientes alimentos incrementan la pérdida de calcio

- Sal de mesa y productos procesados
- Excesivo consumo de proteínas de origen animal
- Alcohol
- Café, té o aguas gaseosas

La actividad física adecuada es necesaria para construir y mantener el hueso a lo largo de la edad adulta. La inmovilidad en distinto grado también ocasiona pérdidas óseas.

- ✓ Ejercicios que contribuyen a mejorar la densidad ósea: caminar, correr, subir gradas, levantar pesas, entrenamiento de fuerza y resistencia



- ✓ Ejercicios que no contribuyen a mejorar la densidad ósea: ejercicios de alto impacto y natación

Referencia bibliográfica

Mahan, L., Escott-Stump, S. y Raymond, J. (2013). Krause, Dietoterapia. 13a. Edición. España: Elsevier, pp. 540-544

Osteoporosis and Related Bone Diseases National Resource Center (2016). Handout on Health: Osteoporosis. Recuperado de https://www.niams.nih.gov/health_info/bone/osteoporosis/osteoporosis_hoh.asp#8

Seguin, R., Epping, J., Buchner, D., Bloch, R. y Nelson, M. (2002). Growing Stronger. Strength training for older adults. Centers for Disease Control and Prevention. Tufts University, pp. 45-80



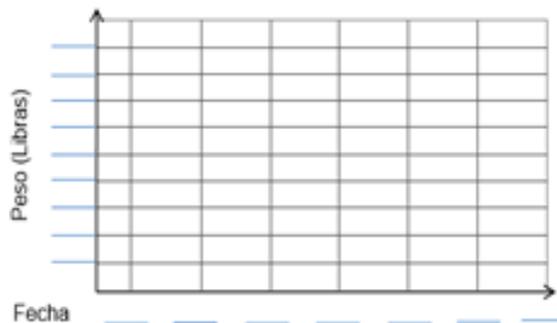
Apéndice 4. Lista de intercambio.



Centro de Asesoría en Alimentación y Nutrición – CEAAN
Escuela de Nutrición, Universidad de San Carlos de Guatemala, Teléfono 2230-4376

EVALUACIÓN NUTRICIONAL Y PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA RECOMENDADA

Nombre: _____



RECOMENDACIONES GENERALES

- Comer despacio, tardándose de 20-30 minutos en cada comida
- Mantener las porciones de alimentos recomendadas de lunes a domingo
- Hacer siempre sus tres tiempos de comida, manteniendo horarios fijos
- Evitar comer frente al televisor
- Preferiblemente realizar comidas al horno, a la plancha, al vapor. También puede cocinarios en salsas vegetales usando las porciones asignadas en el grupo de vegetales o fritos utilizando únicamente la cantidad de cucharaditas asignadas en el grupo de grasa.

PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA

Tipo de dieta: _____ Valor energético: _____ calorías

Otras recomendaciones:

Porciones diarias de alimentos

Grupo de alimentos	No. porciones	Desayuno	Refacción	Almuerzo	Refacción	cena
1 Leche descremada						
2 Leche entera						
3 Hierbas y verduras						
4 Frutas						
5 Cereales, granos y tubérculos						
6 Carnes y alternativas						
7 Grasas						
8 Azúcares						



Centro de Asesoría en Alimentación y Nutrición – CEAAN
Escuela de Nutrición, Universidad de San Carlos de Guatemala, Teléfono 2230-4376

LISTA DE INTERCAMBIO DE ALIMENTOS

Grupo 1. Leche descremada

Alimento	Tamaño de porción
Incaparina Bienestarina Leche descremada Yogurt bajo en grasa Leche de soya	1 taza

Grupo 2. Leche entera

Alimento	Tamaño de porción
Leche entera Yogurt natural	1 taza

Grupo 3. Hierbas y verduras

Alimento	Tamaño de porción
Brócoli, zanahoria, remolacha, guisoyitos tiernos, guisoy sazón, ejotes, perulero, gúisquil, berenjena, tomate, cebolla, arvejas, chile pimienta, pacaya, pepino, coliflor, suchini, etc.	½ taza
Hojas de espinaca, acelga, macuy, berro, chipilín, bledo o hierba mora cruda	1 taza
Lechuga cruda variedad	1 taza

Grupo 4. Frutas

Alimento	Tamaño de porción
Banano, naranja, pera, mango, kiwi, manzana, melocotón, granadilla, lima dulce	1 unidad
Durazno, nectarina, ciruela, mandarina (mediana)	2 unidades
Jocotes	6 unidades
Lichas	10 unidades
Uvas, nisperos	15 unidades
Zapote	¼ unidad
Piña, melón, sandía, papaya, fresas	1 taza
Licudo de cualquier fruta	1 taza
Jugo de naranja, arándano, mandarina, toronja	½ taza
Moras, nances	½ taza
Uvas pasas	2 cda.

Grupo 5. Cereales, granos y tubérculos

Alimento	Tamaño de porción
Pan francés, tortilla de maíz o harina	1 unidad
Pan sándwich, pan integral	1 rodaja
Pan de hamburguesa o hotdog	½ unidad
Panqueques o waffles	1 unidad
Plátano, elote	1/3 unidad
Papas, Ichintal, camote, yuca	½ taza
Arroz, fideos	½ taza
Frijoles, lentejas, garbanzos	½ taza
Cereal de desayuno sin azúcar	½ taza
Harinas (avena, haba, corazón de trigo) – con agua	2 cda.
Galletas soda o Integrales	¼ paquete
Poporpos (sin sal ni mantequilla)	2 tazas
Granola	¼ taza

Grupo 6. Carnes y alternativas

Alimento	Tamaño de porción
Carne de res, pollo, pescado, mariscos	1 onza
Atún blanco en agua	1 onza
Queso fresco, de capas o panela	1 onza
Queso kraft bajo en grasa	1 rodaja
Queso cottage, ricota o requesón	3 cda.
Huevo	1 unidad
Jamón bajo en grasa	1 rodaja
Salchicha pequeña (pavo o pollo)	1 unidad

Grupo 7. Grasas

Alimento	Tamaño de porción
Acetate vegetal (oliva, canola, maíz)	1 cta.
margarina, mantequilla	1 cta.
Mayonesa	1 cta.
Crema	¼ cda.
Queso crema, aderezos para ensalada	1 cda.
Aguacate	¼ unidad
Semillas (maní, almendras, nueces)	2 cda.

Grupo 8. Azúcares

Alimento	Tamaño de porción
Azúcar blanca o morena	1 cta.
Miel de abeja o maple	1 cta.
Jalea o mermelada	1 cta.

Apéndice 5. Organización de archivo de expedientes.



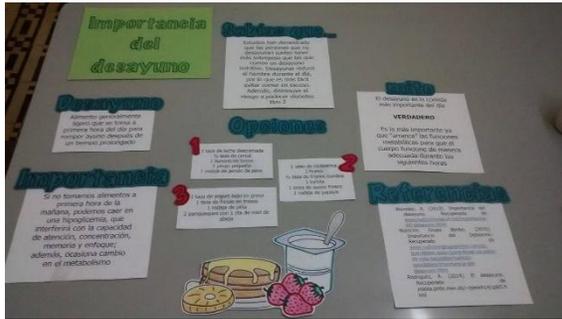
Apéndice 6. Jornada en Santa Catarina Pinula.

Pacientes adultos atendidos Jornada en Santa Catarina Pinula, mayo 2017

EDAD	Género		Estado Nutricional				TOTAL	No. Reconsultas
	Masculino	Femenino	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición		
< 18 años	0	0	0	0	0	0	0	0
18-40	1	3	0	1	2	1	4	0
40-65	0	2	1	1	0	0	2	0
>65	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	5	1	2	2	1	6	0

Fuente: Datos registrados en libro de estadísticas, CEAAN, 2017

Apéndice 7. Cartelera mensuales.



Enero. Importancia del Desayuno



Febrero. Síndrome Metabólico



Marzo. Ejercicio y Cáncer de mama



Abril. Pescado y Mariscos



Mayo. Uso del Microondas

Apéndice 8. Material de apoyo para atención nutricional.





Apéndice 9. Agenda didáctica “Alimentación Saludable para el paciente con diabetes y/o hipertensión”

Agenda Didáctica

Tema a brindar: Alimentación Saludable para el paciente con Diabetes y/o hipertensión

Nombre de facilitadora: Raquel Núñez

Beneficiarios: Participantes de Club Salud es Vida

Fecha de la sesión: 10 de mayo del 2017

Tiempo aproximado: 60 minutos

Objetivos de aprendizaje	Contenido	Actividad de aprendizaje	Evaluación de la sesión
<ul style="list-style-type: none"> • Describir la importancia de la alimentación saludable • Identificar los alimentos que debe consumir y los que debe evitar • Crear menús utilizando alimentos de todos los grupos • Enlistar los beneficios de realizar actividad física 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo e importancia de la alimentación saludable • Tiempos de comida a realizar • Alimentos a incluir en la dieta <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cereales y leguminosas ✓ Alimentos de origen animal ✓ Vegetales y frutas ✓ Grasas ✓ Azúcares ✓ Edulcorantes artificiales ✓ Sal ✓ Agua • Beneficios de actividad física 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación e breve información del CEAAN • Sesión educativa con presentación en Power Point • Actividad de retroalimentación • Actividad de formación de menús para cada tiempo de comida 	<p>Actividad “preguntas y respuestas”</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántos tiempos de comida debemos realizar? • ¿Qué alimentos debemos incluir todos los días en nuestra dieta? • ¿Cuántos días a la semana debemos incluir frutas y verduras a nuestras comidas? • ¿Cuáles son los mejores alimentos a consumir del grupo de las grasas? • ¿Qué alimentos/productos debemos evitar en nuestra dieta? • ¿Cuáles son los beneficios de ejercitarnos?



Apéndice 10. Material informativo



Renovación cartelera sobre recomendaciones de consumo de bebidas



Información sobre horario de atención



Guía información nutricional de barras de cereales

Composición nutricional de Barras de Cereales

Producto	Peso (g)	Energía (Kcal)	Azúcar (g)	Proteína (g)	Grasa (g)	Fibra (g)
Natura Valley						
Oats n' honey	21	100	6	2	3.5	1
Arandanos y nueces	23	110	5	3	6	2
Nueces	23	110	5	2	5	1
Fresas	23	90	5	1	1.5	1
Lyne	23	70	1	2	2	4
Chocolate	23	100	7	1	3.5	1
Mani y pasas	23	110	6	2	5	1
Yogurt griego	27	110	6	5	5	0
Multisemillas	33	114	5.9	3	4.6	
Multisemillas y frutos rojos	33	105	17	2.3	3.6	
Quaker						
Frutilla	20	90	5	1	1.5	
Manzana	20	69	4.4	1	0.8	1.4
Stila Fit	23	89	6	1.5	2.4	1.5
Fitness Crunchy caramel	23.5	86	7.2	1.4	1.6	1.3
Nestlé						
Fitness Delice	22.5	85	5.8	1.4	1.6	1.2
Bran fruit	48	190	12	3	7	3
Multigrano nuez	34	180	6	3	10	2
Multigrano chia	32	150	5	3	8.5	2
Linaza	32	140	4	4	7	3
Silueta	22	95	5.3	1	2.7	2.8
Nutri-grain	39	140	14	2	3	1.5
All-Bran Pasas	20	80	4.5	1.5	3.5	3.5
All-Bran Ciruela	19	70	5	1	2.5	---
All-Bran Fresa	19	70	5	1.5	2.5	2
Kellogg's						
Special K Cosecha roja	24	90	19 (CHOS totales)	2	1	0.5
Special K Nut bar	33	170	9	4	10	2
Kind						
Fruit and nut	40	200	12	5	13	2.5
Nutri Well						
Amaranto	30	112	7	2	1	1

Fuente: Etiquetas nutricionales de cada producto. Los datos nutricionales corresponden a 1 barra del producto



Precios de suplementos y multivitamínicos

Precios de Suplementos y Multivitamínicos

Producto	Presentación	Farmacia		
		Galeno	Cruz Verde	Patronato Dr. Roberto Koch
Pediasure	Líquido	Q22.75	Q23.40	Q23.00
	Polvo 1 libra	Q147.30	---	Q148.00
	Polvo 2 libras	Q311.10	Q311.60	---
	Polvo 4 libras	Q498.40	---	---
Ensure	Líquido	Q22.35	Q22.40	Q23.00
	Polvo 1 libra	Q123.70	Q123.70	Q124.00
	Polvo 2 libras	Q264.15	Q264.15	Q250.00
EnsureAdvance	Líquido	Q26.90	Q26.90	---
	Polvo 1 libra	Q142.05	---	Q135.00
	Polvo 2 libras	Q303.75	Q303.75	---
Glucerna	Líquido	Q29.20	Q29.25	Q30.00
	Polvo 1 libra	Q161.75	Q162.60	Q163.00
	Polvo 2 libras	Q338.80	Q338.78	---
Meal Lite	Polvo 2 libras	---	---	Q157.00
Cebion Vitamina C (12 tabletas)		Q16.90	---	---
Hierro aminoqueladoFoly-Hierro 1000 (30 tabletas)		Q103.85	---	---
Vital Fuerte bebible		Q51.45	---	---
Vital Fuerte pastillas antioxidante H3		Q49.45	---	---



Apéndice 11. Protocolo de Investigación

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA



**Adherencia al tratamiento dietético en pacientes con sobrepeso u
obesidad**

Ana Raquel Núñez Villalta*

Licda. Claudia Porres Sam**

*Estudiante de la Carrera de Nutrición

**Supervisora de prácticas de Nutrición Clínica del EPS

Guatemala, julio de 2017



Tabla de contenidos

Introducción.....	44
Marco teórico.....	45
Justificación.....	60
Planteamiento del problema.....	61
Objetivos	62
Variables	63
Materiales y métodos	65
Cronograma de Actividades	69
Recursos Económicos e Institucionales	70
Referencias bibliográficas	71
Anexos	77



Introducción

La obesidad es considerada por la Organización Mundial de la Salud como la epidemia mundial del siglo XXI. Actualmente, es la patología metabólico-nutricional más frecuente tanto en la edad adulta como en la infancia. En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos (OMS, 2016).

Muchos hábitos que forman parte del estilo de vida en la edad adulta vienen de la infancia. El sobrepeso y la obesidad son situaciones que pueden prevenirse con un estilo de vida saludable, por lo cual es indispensable llevar un plan de alimentación adecuada, una vida activa y relaciones positivas.

La adherencia al tratamiento terapéutico es un proceso complejo que integra varios factores que influye de forma directa; es por ello que es importante que no sean evaluados de forma independiente sino como un asunto multifactorial.

Dentro de los factores que influyen en el proceso de adherencia al tratamiento se encuentra la actitud que el paciente toma hacia la situación, la prescripción dietética, la práctica regular de ejercicio y las relaciones personales.

Este estudio pretende evaluar el grado de adherencia que los pacientes que asisten al Centro de Asesoría en Alimentación y Nutrición tengan al tratamiento nutricional brindado.



Marco teórico

Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas. En el caso de los adultos, se clasifica como sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25 y obesidad cuando el IMC es igual o superior a 30 (OMS, 2016).

Además del IMC, es necesario evaluar el porcentaje de grasa corporal. En los varones, la grasa corporal normal representa el 12-20 por ciento del peso corporal. En las mujeres normales, representa el 20-30 por ciento del peso corporal (FAO, s.f.).

El perímetro abdominal orienta a la localización del exceso de grasa corporal. La OMS establece el valor máximo saludable del perímetro abdominal en 88 centímetros en la mujer, mientras que en el hombre el valor es de 102 centímetros (OMS, 2016).

Causas de sobrepeso y obesidad

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es una alteración del balance de energía entre las calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha



producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares simples pero pobres en fibra, vitaminas, minerales y otros nutrientes, y paralelamente, una disminución de la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización (OMS, 2016).

Efectos de sobrepeso y obesidad

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres. El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC y el exceso de grasa corporal es particularmente riesgoso cuando se localiza centralmente. (OMS, 2016).

Prevalencia

Según el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá -INCAP-, el sobrepeso y la obesidad afecta al 60% de los adultos en los países centroamericanos (INCAP, 2014).

Según la OMS globalmente hay más personas con obesidad que con desnutrición, lo cual está ligado a enfermedades no transmisibles y más muertes. Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo. En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal. En el 2008, 1.5 billones de adultos mayores a 20 años tenían sobrepeso (OMS, 2016).

Según el estudio de La Carga Mundial de la Enfermedad publicado en The Lancet, el comer de más se ha convertido ahora en un riesgo más serio a la salud de la población, que comer poco. La creciente prosperidad ha llevado a que la gente coma más y se ejercite menos. Se cree que el ser obeso ha pasado del



décimo factor de riesgo más importante de muerte en 1990, al sexto. Más de tres millones de personas mueren por tener un "alto índice de masa corporal", siendo un 82 por ciento de aumento (Adams, 2012).

Tratamiento

El estudio de la composición corporal resulta imprescindible para comprender los efectos que la dieta, el ejercicio físico, la enfermedad y el crecimiento físico, entre otros factores del entorno, presentan sobre nuestro organismo (González, 2012).

Para perder peso se necesita más que solo el deseo de hacerlo, es necesario comprometerse y tener un plan bien pensado. Existen varios aspectos a tomar en cuenta para tener éxito: compromiso, estado actual, metas a alcanzar, apoyo y evaluación del progreso (Centro para control y prevención de enfermedades, 2015).

La mejoría de la obesidad reduce los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, e incrementa la calidad de vida, la salud psicológica y social (González et al., 2007).

Adherencia

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario» (OMS, 2004).

El término adherencia es entendido como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. En sentido general, el término adherencia se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características



de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de salud y de sus características psicológicas y sociales (Agámez, Hernández, Cervera y Rodríguez, 2008).

En el ámbito nutricional, adherencia se refiere a la ingesta dietética por parte del paciente en términos de las recomendaciones de las guías nutricionales. Esta generalmente es evaluada a través de cuestionarios y recordatorios de 24 horas en entrevista al paciente (Haack y Byker, 2014).

La adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Por el contrario, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el paciente. Esta falta de participación del paciente en la definición podría justificar el desuso del término cumplimiento en favor del de adherencia, pero en la práctica ambos términos continúan utilizándose de manera indistinta (Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán, 2009).

En la práctica médica este concepto, suele encerrar casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente, de una forma determinada, pero debe ser considerado como un concepto amplio, que incluye aspectos higiénico-sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento, programadas como parte del propio tratamiento (Libertad, 2004).

La adherencia al tratamiento es un asunto comportamental, en tanto depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de su comprensión y dedique a esto todo su tiempo (Libertad, 2004).



La adherencia a los tratamientos no farmacológicos es el estado acerca del comportamiento de una persona de cómo seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en los hábitos diarios de vida; se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria (Rodríguez y Gómez, 2009).

Factores que afectan la adherencia

En una revisión de estudios sobre adherencia y conocimiento de las recomendaciones nutricionales, se pudo concluir que no hay una relación directa entre estos dos aspectos; tener el conocimiento no siempre lleva a la práctica de conductas saludables en cuanto a la alimentación (Haack y Byker, 2014).

La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima está comprometida por más de una barrera, generalmente relacionada con diferentes aspectos; estos incluyen: el desarrollo social y factores económicos, el sistema de atención de la salud, las características de la enfermedad, las terapias y factores relacionados con el paciente (WHO, 2003).

En muchos de los casos se supone que los pacientes ya tienen educación nutricional y aun así hay poca adherencia, lo cual, según estudios realizados, comprueba que la educación nutricional por sí sola no garantiza el éxito de la adherencia al plan. Hay personas a las que les resulta más fácil adherirse a las dietas que a otras, a pesar de que en muchos casos cuentan con condiciones socioeconómicas y educativas muy parecidas, por lo cual es importante ver que la personalidad también influye en que ciertas personas tengan hábitos que dificultan el proceso nutricional (Chacón y Capitán, 2015).

La adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto, a un repertorio de conductas, entre las que se incluyen, a saber: aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables (Martin y Grau, 2004).



Siempre es importante tomar en cuenta al paciente durante todo el proceso; si el paciente no se involucra en el proceso de toma de decisiones, es poco probable que se cumplan las instrucciones necesarias para mejorar la condición del sujeto (Silva, Galeno y Correa, 2005).

Algunos de los factores determinantes para la adherencia al tratamiento son el sistema de salud y el practicante, el ambiente de trabajo comunitario, la familia del paciente, la actividad física, la dieta, el autocuidado y los factores psicológicos. También existe evidencia de que algunos factores socioeconómicos están relacionados con el impacto sobre la salud de las personas (Quirós y Villalobos, 2007).

En un estudio realizado en niños para evaluar la adherencia, por medio de entrevista, recordatorio de 24 horas y frecuencia de consumo, se determinó que la ingesta energética total está relacionada con los alimentos que normalmente están disponibles en casa (aún alimentos no sanos, como golosinas) y los patrones de comportamiento familiares (como el consumo de comida rápida o comer frente al televisor); estos aspectos son predictores de la adherencia a las guías dietéticas (Kunin, Seburg, Crain, Jaka, Langer, Levy y Sherwood, 2015).

Hacer cambios grandes y duraderos no es fácil, siempre que se quiere mejorar o cambiar algo, por lo general se comienza con gran entusiasmo y grandes expectativas, pero con el tiempo, esos sentimientos se desvanecen y lo mismo le ocurre a la determinación. Por eso la clave para un éxito duradero es desarrollar hábitos nuevos y positivos que reemplacen los comportamientos negativos. Los hábitos controlan la vida.

Se ha evidenciado que las personas que bajan de peso en forma gradual y constante (entre 1 y 2 libras por semana) logran mejores resultados en no volver a recuperarlo. Bajar de peso en forma saludable no se trata solamente de seguir una dieta o programa, es llevar un estilo de vida estable que incluya cambios a largo



plazo en la alimentación diaria y los hábitos de ejercicio (Centro para el control y prevención de enfermedades, 2015).

Hay una fuerte conexión entre la mente y el cuerpo, la salud mental es vital para la salud global. Lo que más consiga la atención de la mente dirigirá muchas otras áreas de la vida. Cuando el cerebro funciona bien, se trabaja bien. Cuando el cerebro está sano, la capacidad de enfoque aumenta y se toman mejores decisiones. Una de las partes más importantes es conocer la motivación, o por qué se tiene que estar sano. Sin una clara sensación de motivación es mucho más difícil seguir haciendo lo correcto. Lo que se hace con el cuerpo marca la pauta para todo lo demás. Nos transformamos en personas nuevas al cambiar nuestra forma de pensar. Decidir cambiar de perspectiva y aquello en lo que se piensa es la primera responsabilidad para llegar estar sano. La manera de pensar determina la manera de sentir, y la manera de sentir determina la forma de actuar.

Las creencias que tiene el paciente acerca del tratamiento médico como una necesidad en beneficio de su salud, los conocimientos adecuados sobre las características de la enfermedad, los afrontamientos al tratamiento con autoeficacia y la percepción de redes de apoyo social suficientes, se asocian a la adherencia terapéutica (La Rosa, Martín y Bayarre, 2007).

Medición de adherencia

En diversos estudios realizados para evaluar la adherencia, se han utilizado escalas para medirla. A través del uso de cuestionarios se ha logrado valorar el grado de adherencia del paciente al tratamiento. Una serie de factores, tanto ambientales como conductuales, han sido evaluados y propuestos como determinantes para la adecuada adherencia al tratamiento.

Para la evaluación de la adherencia terapéutica se han propuesto diversos sistemas de métodos: autoinformes de los pacientes, informes de personas



próximas a estos, las evaluaciones del médico, mediciones bioquímicas y del consumo de medicamentos.

En un estudio sobre análisis de adherencia se compararon los resultados obtenidos entre la información proporcionada por el mismo paciente y los obtenidos por el evaluador. Se concluyó que hay muy poca concordancia entre los resultados, siendo más certeros los obtenidos por el evaluador (Nau, Steinke, Keoki, Austin, Elustondo, Diviney, Pladevall, 2007).

Los instrumentos de medida de adherencia administrados para que el propio paciente responda tienen la tendencia a sobreestimar el cumplimiento (Nogués, Sorli y Villar, 2007).

En otro estudio, se realizó una comparación de tres formas comunes de medición del grado de adherencia al tratamiento farmacológico, siendo estas el autoinforme del paciente, el registro de medicamento en farmacia y el uso de tapas electrónicas para la medicina. Además, se tomaron en cuenta aspectos específicos del paciente, como edad, sexo, situación económica, apoyo social, condición personal actual, entre otras. Aun así, de esos tres métodos, el autoinforme es el menos confiable (Hansen, Kim, Song, Tu, Wu y Murray, 2009).

En una revisión de estudios realizados en los Estados Unidos, se incluyeron 31 artículos, dentro de los cuales 22 examinaban adherencia a las guías dietéticas, 6 sobre el conocimiento en cuanto a las guías dietéticas y 3 que incluían ambos aspectos. La mayoría de estos eran estudios descriptivos y solamente uno era experimental. Se pudo observar que en todos los estudios de adherencia se utilizó el recordatorio de 24 horas de dos a cuatro días o la frecuencia de consumo de alimentos como forma de evaluación del consumo dietético (Haack y Byker, 2014).

Para evaluar la adherencia, también se encuentra el modelo de Fernández et al., Actitud + Influencia social + Auto-eficacia, donde se propone que un paciente adherente debe tener una actitud positiva hacia el cumplimiento farmacológico ,



una influencia social que le incite a la adherencia y una autoeficacia suficiente que le permitirá percibirse a sí mismo capaz de tomar la medicación como ha sido prescrita (Holguin, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela, 2006).

Con relación a la utilización del método ideal, se plantea que lo idóneo es combinar la entrevista directa al paciente, la valoración de los logros con el tratamiento y la asistencia a las citas programadas (Ginarte, 2001).

En un estudio realizado en pacientes con hipertensión, los niveles de adherencia al tratamiento y las diferencias pre y post intervención fueron estadísticamente significativas; para la evaluación se tomó en cuenta información sobre la HTA, control biomédico, relación profesional de la salud-paciente, hábitos alimentarios, condición física, actividad y deporte, apoyo social percibido y creencias sobre la HTA (Holguin, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela, 2006).

Estudiando la relación entre adherencia a la dieta para paciente hipertenso a la dieta mediterránea y la prevalencia de pacientes con diabetes mellitus gestacional, fue utilizado el método de recordatorios de 24 horas, asignando escalas de valores para las diferentes categorías de alimentos. Además, se recolectaron datos de nivel socioeconómico, valores antropométricos y valores bioquímicos; de esta forma se pudo evaluar la adherencia y comprobar que si disminuye el riesgo de padecer diabetes mellitus gestacional (Izadi, Tehrani, Haghghatdoost, Dehghan, Surkan, Azadbakht, 2016).

En una revisión de artículos sobre estudios realizados para evaluar las barreras en la adherencia al tratamiento antiepiléptico en adultos, se compararon los distintos instrumentos utilizados, siendo estos, escalas de autocuidado en epilepsia, proporción de posesión de medicamento y varias versiones de escalas de manejo de adherencia al medicamento. En todos los estudios, la falta de adherencia estaba asociada a varios aspectos específicos del medicamento y además a la mala relación médico-paciente y el apoyo social (O'Rourke y Jourdan, 2016).



Alimentación

El vínculo entre la alimentación y el bienestar es muy inmediato, muy profundo y muy directo, pero muchos no reconocen el hecho de que la forma en la que se sienten está vinculada con lo que comen. La alimentación es la herramienta más potente que se tiene para ayudar a prevenir y para tratar muchas enfermedades crónicas. Al nutrir el cuerpo con ingredientes de alta calidad procedentes de una alimentación completa, no solo se aumenta la energía, se pierde peso y se revierten muchas enfermedades crónicas, sino que además motiva a hacer ejercicio, se eleva el estado de ánimo y se aclara la mente.

Conocer los requerimientos nutricionales propios de acuerdo con la actividad física que se realice, interiorizar el efecto nocivo de la ingestión excesiva de alimentos, así como aprender a controlar y superar las situaciones de estrés y la ansiedad, constituyen modificaciones del estilo de vida imprescindibles para lograr un resultado satisfactorio (Barceló y Borroto, 2001).

El análisis de los estilos de vida adquiere un interés creciente, ya que el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de las personas tienen un efecto importante en su salud, y además, cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con los malos hábitos comportamentales (Calvo, Fernández, Guerrero, González, Ruibaly Hernández, 2004).

Ejercicio

Las evidencias de que el sedentarismo es un factor de riesgo para muchas enfermedades han ido en aumento. La salud física repercute en la salud mental, espiritual, emocional, relacional e incluso económica. Se sabe que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo. La inactividad física influye considerablemente en la prevalencia de enfermedades no transmisibles y en la salud general de la población mundial (OMS, 2010).



Las personas que realizan regularmente ejercicio físico se perciben más saludables, con menor estrés y presentan mejor estado de ánimo que aquellas otras que no realizan ningún tipo de ejercicio físico. Este estado de ánimo se refleja en los perfiles emocionales exhibidos por los practicantes de ejercicio en comparación con los no practicantes: niveles más bajos de tristeza y fatiga, y mayor vigor (Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2006).

Se ha establecido que al igual que los buenos hábitos alimenticios, la práctica de actividad física regular durante la infancia, generalmente persiste hasta la adultez. Por esa razón es tan importante identificar todos aquellos hábitos que pueden conllevar riesgo y modificarlos hacia un estilo de vida saludable (Kunin et al, 2015).

Lo importante es lograr al igual que en la dieta, modificaciones en el estilo de vida sedentario que predomina en estas personas, lograr el hábito de la práctica sistemática del deporte y la actividad física, lograr cambios en la mente que lo hagan preferir el uso de la actividad muscular al de los medios tecnológicos que la sustituyen; caminar, correr, bailar, trabajar físicamente; estas deben ser actividades realizadas diaria y placenteramente para lograr el éxito definitivo del tratamiento (Barceló y Borroto, 2001).

Se han demostrado los efectos beneficiosos que la práctica regular de ejercicios físicos representa para la salud física, mental y social de la población, y se comprobó la asociación que existía entre esta y el incremento de la salud positiva (Duncan y McAuley, 1993).

Está demostrado que la actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo II, hipertensión, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión. Además, la actividad física es un factor determinante en el consumo de energía, por lo que es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso (OMS, 2010).



Relaciones

Las relaciones familiares son la base estructural de la sociedad y del conocimiento educativo que se incorpora desde la infancia. Así los hábitos nutricionales se van forjando en el niño según las costumbres y prioridades que le transmiten los padres (Barceló y Borroto, 2001).

El apoyo social puede favorecer la salud creando un ambiente que mejore el bienestar y la autoestima de la persona, y contribuir a amortiguar los efectos negativos de acontecimientos estresantes (enfermedad) que se producen en la vida del sujeto. Saber que se tiene acceso a personas competentes y que ofrecerán ayuda en el momento preciso, deviene elemento facilitador importante de la salud humana. Este apoyo puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, pues anima al paciente a mantener el régimen médico y ejecutar acciones para volver a la vida normal, y ayuda a proporcionarle un contraste entre la buena salud de los otros y la suya, que contribuya a motivarlo para poner en práctica la recomendación (La Rosa, Martín y Bayarre, 2007).

Cuando se tiene un grupo que ayuda, se tiene más que la fuerza de voluntad para ayudar a hacer cambios positivos y es más probable mantenerse. Se ha establecido que la salud de individuos solitarios falla antes que la salud de individuos no solitarios (Meade, 2012).

La adherencia tiene un componente anímico y de motivación, en el que es importante el refuerzo y la constancia. Para ello es bueno contar con el apoyo de otras personas, trabajar en equipo con el médico, la pareja, amigos o las personas que con las que conviva y conozcan la situación. El apoyo familiar es indispensable para lograr el cumplimiento del tratamiento y la modificación del estilo de vida necesario para el éxito (Barceló y Borroto, 2001).

La familia es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad de



reproducción y mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocial. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños (Louro, 2003).

En Ciudad de Habana se realizó un estudio descriptivo del funcionamiento familiar y variables psicosociales en familias con enfermos crónicos y aparentemente sanos. El equipo de salud del consultorio identificó que más de la mitad de sus pacientes enfermos crónicos viven en familias con algún nivel de disfuncionalidad (Louro, 2003).

Personalidad

La personalidad es la conjunción del temperamento y el carácter en una única estructura. Ésta representa un patrón profundamente incorporado de rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos, que persisten durante largos períodos y son relativamente resistentes a la extinción (Domènech y Barcelona, 2005).

Por temperamento se entiende como el tono o “atmósfera” anímica de la persona, que depende, en gran parte, de su constitución física y que se pone de manifiesto en la manera de reaccionar ante los diversos estímulos y en la duración y profundidad de la misma reacción (Hock et al., 2008).

Millon describe el temperamento como el material biológico desde el cual la personalidad finalmente emerge. Se puede decir que incluye el substrato neurológico, endocrinológico y bioquímico desde el cual la personalidad empieza a formarse.

El carácter se forma por los hábitos de comportamiento adquiridos durante la vida; es considerado como la adherencia de la persona a los valores y a las costumbres de la sociedad en que vive (Domènech y Barcelona, 2005).



Un rasgo es una forma específica de comportamiento, que implica una disposición estable a comportarse de manera parecida en varias circunstancias.

Eysenck propone la existencia de tres grandes dimensiones de la personalidad que son: la extraversión, el neuroticismo y el psicoticismo.

El individuo extravertido piensa, siente y obra en relación al objeto o ambiente; toma sus determinaciones por lo que viene desde fuera, tanto si se basa en objetos materiales como en el conocimiento externo común a su cultura. Es una persona que no prueba con lo nuevo, es relativamente influenciable; descuida su salud ya que tiende a pensar que pequeñas molestias son ilusiones, no hace caso a su cuerpo hasta que desarrolla síntomas incapacitantes.

El neuroticismo es una tendencia a mantener ciertas dificultades para el control y la gestión emocional. Los individuos con neurosis suelen presentar características como ansiedad y preocupación, una mayor presencia a cuadros depresivos o la tendencia a la timidez, suelen presentar fobias y trastornos de pánico. Además, presentan menor disposición a enfrentarse a los retos del día a día y llegan a ser obsesivos-compulsivos.

El psicoticismo se caracteriza por ser poco responsables, no les gusta planificar ni seguir normas, son despreocupados, apáticos, insensibles, algunas veces agresivas (García, 2017).

Según estudio realizado en Inglaterra con 629 personas adultas, para determinar si existía una relación entre la personalidad y la dieta, las personas con mayores niveles de ansiedad tenían tendencia a seguir comiendo a pesar de estar ya satisfechos, así como las personas poco impulsivas tenían más control acerca de la cantidad de comida que ingerían. Las personas que mostraron inmadurez para la edad, alejamiento social y dependencia emocional son más vulnerables a comer más alimentos tipo snack no saludables, a tener hambre de manera más



frecuente que el resto de las personas evaluadas y a ingerir más alcohol que los demás (Chacón y Capitán, 2015).



Justificación

La falta de adherencia constituye un problema del que es preciso conocer su prevalencia real, con la finalidad de mejorar el nivel de salud de los pacientes. La falta de adherencia priva al paciente de obtener los beneficios que proporcionan los tratamientos.

En el caso del sobrepeso y la obesidad, la escasa adherencia es uno de los mayores obstáculos a los que nos enfrentamos en la actualidad. Aproximadamente dos tercios de los pacientes que realizan un tratamiento efectivo y logran bajar de peso, recuperan su peso inicial luego de un año, y casi todos lo hacen luego de cinco años (Ramos, 2015).

La adherencia es un fenómeno complejo, que está condicionada por múltiples factores de diversa naturaleza. Pero más que eso, se refiere a la actitud del paciente y su compromiso a cumplir con el tratamiento; éste debe comprender la importancia de llevarlo a cabo según las instrucciones dadas.

El cumplimiento del tratamiento y logro de adherencia puede resolver notables problemas de salud en la población, teniendo importantes repercusiones en el área económica, social, médico, personal y familiar.

Según lo anterior, es de vital importancia reconocer todos aquellos factores que influyen de forma directa a la adherencia al tratamiento, para poder realizar una intervención efectiva y a largo plazo.



Planteamiento del problema

Actualmente, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población va incrementando rápidamente. El cambio en el peso se ve afectado principalmente por la práctica de inadecuados hábitos alimenticios combinado con una vida sedentaria. Esta situación conduce no solo a un aumento en el peso, sino también a la acumulación excesiva de grasa corporal.

Estar en estado nutricional de sobrepeso u obesidad conlleva riesgos de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, por lo cual es de suma importancia intervenir y asegurar el cumplimiento del tratamiento.

La adherencia al tratamiento es de las mayores dificultades con las que nos enfrentamos en el sistema de salud y es por ello que debemos conocer todos los factores que influyen, para así poder abordarlos y tener resultados exitosos en el tratamiento.

Problema

¿A qué grado la población atendida en el Centro de Asesoría en Alimentación y Nutrición logra adherirse al tratamiento brindado?

¿Existe asociación entre las características generales de la población y la adherencia al tratamiento brindado?



Objetivos

Objetivo general

Evaluar la adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con sobrepeso y obesidad.

Objetivos específicos

Determinar la adherencia al tratamiento nutricional por autoevaluación del paciente y cumplimiento de la dieta prescrita

Establecer asociación entre género, estado civil, vivir acompañado, nivel económico y educativo, ocupación y tipo de personalidad con la adherencia al tratamiento.

Determinar cambios en el IMC, porcentaje de grasa corporal, circunferencia abdominal de la muestra.

Relacionar autoevaluación y cambios antropométricos con la adherencia al tratamiento.



Variables

Independientes (X)

Tratamiento brindado: dieta prescrita, recomendaciones brindadas, factores a la adherencia

Dependiente (Y)

Adherencia

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicadores
Dieta prescrita	Valor energético total dividido en porciones para cada grupo de alimentos según las necesidades del paciente	Evaluado a través de consumo de porciones y recordatorio de 24 horas	Razón	Adherencia baja, media o alta
Recomendaciones brindadas	Indicaciones extra a la dieta para contribuir a la mejora del estado nutricional y salud del paciente; estas recomendaciones son dirigidas a la actividad física, consumo de agua pura y si existe o no permisión de consumo de alimentos extra permitidos en dieta prescrita.	Evaluado a través de consumo de porciones	Razón	Adherencia baja, media o alta
Factores de la adherencia	Además de la dieta, se refiere a aspectos sociales,	Evaluado a través de cuestionario	Nominal	Genero, nivel educativo, estado civil,



	personalidad, relaciones afectivas del paciente	elaborado		relaciones afectivas, personalidad
Adherencia	Grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (OMS, 2004)	Evaluado a través de cuestionario elaborado	Razón	Aspectos sociales, psicológicos, dietéticos y cambios antropométricos

Fuente: Elaboración propia



Materiales y métodos

Universo

Población. Pacientes adultos que asistan a la clínica del Centro de Asesoría de Alimentación y Nutrición.

Muestra. 182 pacientes adultos del Centro de Asesoría de Alimentación y Nutrición. Esta muestra fue determinada a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Nz^2pq}{(N - 1)E^2 + z^2pq}$$

La población atendida en el Centro de Asesoría en Alimentación y Nutrición en el período de julio a noviembre del año 2016 fue de 343 pacientes adultos en sobrepeso y obesidad. Además, se utilizó un nivel de confianza del 95% con un valor z de 1.96 y un margen de error del 5%, que equivale a 0.05. Como no hay información previa de este tipo de estudio, se utilizó un valor p y q de 0.5. Utilizando estos datos, se obtiene el siguiente cálculo.

$$n = \frac{343(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(343 - 1)0.05^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{343(3.8416)(0.5)(0.5)}{342(0.0025) + (3.8416)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{329.4172}{0.855 + 0.9604}$$

$$n = \frac{329.4175}{1.8154}$$

$$n = 182$$



Diseño

Estudio descriptivo, transversal

Materiales

Recursos Humanos. Investigadora, asesora de investigación

Equipo. Para la toma de peso y porcentaje de grasa se utilizará un analizador de composición corporal TANITA con dispositivo de bioimpedancia eléctrica modelo BF-350 con capacidad de 200 kg, Para la toma de talla, se utilizará un tallmetro fijo de madera con escala en centímetros. La circunferencia abdominal será tomada con una cinta métrica no elástica con escala en centímetros. Para convertir peso de kilogramos a libras, el cálculo del valor energético total y la distribución de porciones en la dieta, se utilizará una calculadora científica.

Instrumentos. Consentimiento informado (anexo 1) y Cuestionario de recolección de datos (anexo 2).

Métodos

Selección de muestra. Se tomarán 182 pacientes que asistan al Centro de Asesoría en Alimentación y Nutrición y que voluntariamente participen en el estudio durante los meses de julio a noviembre del año 2017. Deben cumplir con los siguientes criterios de inclusión: hombres o mujeres entre 18 y 65 años, estado nutricional de sobrepeso u obesidad (IMC >25), con o sin patología asociada. Como criterios de exclusión se considera: niños y adolescentes menores de 18 años, adultos mayores de 65 años, pacientes de primera consulta.

Instrumentos. Al inicio se presentará el consentimiento informado (anexo 1) para dar a conocer el estudio y solicitar apoyo de parte del paciente. Para la recolección de datos se utilizará una ficha (anexo 2), la cual consta de cuatro partes. En la primera parte se reportan los datos generales del paciente y factores influyentes. La segunda parte es referente a autoevaluación, a través de cinco



preguntas. La tercera parte incluye consumo de porciones específicas de cada grupo y un recordatorio de 24 horas para determinación directa del cumplimiento de dieta. La cuarta parte abarca los datos antropométricos de la evaluación anterior y la actual para la determinación de cambios en la composición corporal. El instrumento se validó a través del uso para comprobar funcionalidad con 5 pacientes de reconsulta en la clínica dietética del CEAAN.

Recolección de datos. Los datos serán tomados por la investigadora a través del método de entrevista en el tiempo de la evaluación nutricional rutinaria en la clínica de CEAAN.

Para establecer la adherencia. Se realizarán cinco preguntas con opción a tener SI o NO por respuesta, si la respuesta es no, se preguntará el ¿por qué? Además, se evaluará a través de pregunta directa el consumo de porciones asignadas y recordatorio de 24 horas. Las porciones asignadas se tomarán del expediente según lo establecido en la última visita para luego ser comparadas con las generalmente consumidas en el mes referidas por el paciente. El recordatorio de 24 horas se realizará según la forma correcta, iniciando con la última comida del día anterior hasta la primera realizada.

Determinación de cambios antropométricos. La toma de peso y porcentaje de grasa se hará sin calzado, parados de forma erguida y con la vista al frente, brazos libres y al costado del cuerpo. La toma de talla se hará sin calzado, ubicándose en la parte central del tallímetro, con talones juntos y puntas ligeramente separadas, talones, cadera, hombros y cabeza firme junto al tallímetro, brazos libres y al costado del cuerpo. La circunferencia abdominal será tomada a una distancia intermedia entre el borde inferior de la última costilla y la cresta ilíaca, en un plano horizontal.

Tabulación y análisis de datos. Los datos obtenidos serán tabulados en una hoja de cálculo del programa Office Excel y analizados con un nivel de confianza de 95%, un porcentaje de error del 5% y un valor de $p < 0.05$.



Autoevaluación. En la primera parte, el nivel de adherencia se clasificará de acuerdo a las preguntas contestadas como “Si”; dando una suma total de 5 puntos. En la segunda parte, se compararán las porciones prescritas con las porciones consumidas de acuerdo a la distribución realizada según el valor energético total (VET) calculado. Si las porciones consumidas son mayores a las prescritas, se clasificará como “+”, si son iguales como “=” y si son menos como “-” haciendo sumatoria de signos. El cumplimiento de porciones se realizará por medio de la sumatoria del signo “=”, dando una suma total de 10 puntos.

Evaluación directa. En el recordatorio de 24 horas, el VET será comparado con el valor energético consumido. Si el VET consumido es ± 50 Kcal que el VET planificado, se tomará como 1 punto.

Antropometría. Si los datos nuevos de peso, porcentaje de grasa, circunferencia abdominal e IMC son menores a los datos anteriores, por cada uno de los datos se sumara un punto, dando un total de 4 puntos

Adherencia. El grado de adherencia se determinará a través de la suma total de los puntos obtenidos en la autoevaluación y la evaluación directa, dando una suma total de 20 puntos. Si la suma total es ≤ 12 puntos, el grado de adherencia es bajo; si la suma total es ≤ 15 puntos, el grado de adherencia es medio; si la suma total es ≥ 16 , el grado de adherencia es alto.

Análisis de datos. Para evaluar asociación entre los datos generales y el grado de adherencia, se realizará una diferenciación de medias, con excepción del estado civil, educación y personalidad, que se analizarán con ANOVA.

Consideraciones éticas. A través de un consentimiento informado (apéndice 2) se dará a conocer a cada participante la investigación que se está realizando y la prueba a la cual será sometido. Aún luego de firmar el consentimiento informado, todo participante tendrá el derecho de salir de la investigación si así lo desea.



Cronograma de Actividades

Actividad	Mes a realizarlo				
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Marco teórico					
Planteamiento de problema					
objetivos, variables					
Justificación					
Metodología					
Elaboración de instrumento y consentimiento informado					
Validación de instrumento					
Entrega Protocolo					



Recursos Económicos e Institucionales

El estudio será realizado con el apoyo de la clínica dietética del Centro de Asesoría en Alimentación y Nutrición, la cual brinda acceso a los instrumentos de medición antropométrica y el espacio para la realización de las entrevistas. Por otra parte, el gasto del cuestionario a utilizar será cubierto por la practicante de EPS.



Referencias bibliográficas

- Adams,S. (2012). Obesity killing three times as many as malnutrition. Recuperado de <http://www.telegraph.co.uk/news/health/news/9742960/Obesity-killing-three-times-as-many-as-malnutrition.html>
- Agámez, A., Hernández, R., Cervera, L. y Rodríguez, Y. (2008). Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Revista Archivo Médico de Camagüey, 12(5). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500009
- Barceló, M. y Borroto, G. (2001). Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 20(4), 287-295. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002001000400009
- Calvo, A., Fernández, L., Guerrero, L., González, V., Ruibal, A., y Hernández, M. (2004). Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(3) Recuperadode http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300004&lng=es&tlng=es.
- Centro para control y prevención de enfermedades. (2015). ¿Qué es bajar de peso en forma saludable? Recuperado de <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/losingweight/index.html>
- Centro para control y prevención de enfermedades. (2015). Para comenzar: ¡No es una dieta, es un estilo de vida!. Recuperado de <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/losingweight/gettingstarted.html>



- Chacón, M. y Capitán, C. (2015). Hábitos alimentarios según rasgos de personalidad que afectan la adherencia al tratamiento de pacientes de la Clínica de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana 2014. *RevHispCienc Salud*, 1(2), pp. 101-106.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. y Sacristán, J. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342-8. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504#elsevierItemBibliografias>
- Domènech, L. y Barcelona, M. (2005). La personalidad. Teoría de rasgos. *Psicología y Sociología*. Recuperado de <https://filosert.wordpress.com/temas/12-la-personalidad-teoria-de-rasgos/>
- Duncan, T. y McAuley, E. (1993). Social support and efficacy cognition sin exercise adherence: a patent growth curve analysis. 16(2), 199-218. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8315646>
- FAO. (s.f.). Salud, obesidad y valores energéticos de las grasas alimentarias. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/V4700S/v4700s0c.htm>
- García, J. (2017). La Teoría de la Personalidad de Eysenck: el modelo PEN. *Psicología y Mente*. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/personalidad/teoria-personalidad-eysenck-modelo-pen>
- Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es&tlng=es.



- González, E. (2012). Composición Corporal: Estudio y utilidad clínica. *Endocrinología y Nutrición*, 60(2), 69-75. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-composicion-corporal-estudio-utilidad-clinica-S1575092212001532>
- González, L. et al. (2007). La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: Un estudio transversal en pacientes con obesidad y sobrepeso. *Revista chilena de nutrición*, 34(1), 46-54. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000100005
- Haack, S. y Byker, C. (2014). Recent population adherence to and knowledge of United States feeder nutrition guides, 1992-2013: a systematic review. *Nutrition Reviews*, 72(10), 613-626. doi:10.1111/nure.12140
- Hensen, R., Kim, M., Song, L., Tu, W., Wu J. y Murray, M. (2009). Comparison of methods to assess medication adherence and classify nonadherence. *The Annals of Pharmacotherapy*, 43, 413-422. Recuperado de www.theannals.com. DOI 10.13451aph.1L496
- Hock, C. et al., (2008). Los temperamentos: Reconocerlos, aprovecharlos, enriquecerlos. República Dominicana: Libros de Regalo 18, pp. 12-38.
- Holguin, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. Y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa biopsicosocial. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09.pdf>
- INCAP. (2014). Obesidad y sobrepeso afecta al 60% de adultos Centroamericanos. Recuperado de <http://www.incap.int/ciipec/index.php/es/ciipec/noticias/773-obesidad-y-sobrepeso-afecta-al-60-de-adultos-centroamericanos>



Izadi, V., Tehrani, H., Haghghatdoost, F., Dehghan, A., Surkan, P., Azadbakht, L. (2016). Adherence to the DASH and Mediterranean diet is associated with decreased risk for gestionar diabetes mellitus. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2016.03.006>

Jiménez, M., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A. (2006). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? Recuperado de http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/32914/1/Jimenez_PsicologiaEjercicio.pdf

Kunin, A., Seburg, E., Crain, L., Jaka, M., Langer, S., Levy, R. y Sherwood, N. (2015). Household factors, Family behavior patterns, and adherence to dietary and physical activity guidelines among children at risk for obesity. *Journal of Nutrition, Education and Behavior*, 47(3), 206-215. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2015.01.002>

La Rosa, Y., Martín, L. y Bayarre, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana*, 23(1). Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol23_01_07/mqi06107.htm

Libertad, A. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&tlng=es.

Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es&tlng=es.



- Martin, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud . Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/869/1597>
- Meade, W. (2012). Loneliness takes toll on mental, physical health. Recuperado de <http://health.heraldtribune.com/2012/02/14/loneliness-takes-toll-on-mental-physical-health/>
- Nau, D., Steinke, D., Keoki, L., Austin, R., Elustondo, J., Divine, G. y Pladevall, M. (2007). Adherence Analysis using Visual Analog Scale versus Claim-based estimation, *The Annals of Pharmacotherapy*, 41, 1792-1797. Recuperado de www.theannals.com. DOI 10.1345/aph.1K264
- NIH. (2012). ¿Cómo se puede prevenir el sobrepeso y la obesidad? Recuperado de <https://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/obe/prevention>
- Nogués, X., Sorli, M., Villar, J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, 24(3), 138-141.
- O'Rourke, G. y Jordan, J. (2016). Identifying the barriers to antiepileptic drug adherence among adults with epilepsy. *British Epilepsy Association*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.seizure.2016.12.006>
- OMS (2010). Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/>
- OMS (2017). Actividad física. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- OMS. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Recuperado de



http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=270&lang=es

OMS. (2016). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Quirós, D., y Villalobos, A. (2007). Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. *Universitas Psychologica*, 6(3), 679-688. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000300017&lng=pt&tlng=es.

RAE (s.f.). Relación. Recuperado de <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=VoYtQP9>

Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, 16(2), 175-189. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1682-00372015000200006&script=sci_arttext&tlng=pt

Rodríguez, A. y Gómez, A. (2009). Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15656/18159>

Silva, G., Galeno, E. y Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento, implicaciones de la no-adherencia. Recuperado de <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/v30n4a4.pdf>

WHO. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>



Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

Consentimiento informado

Yo soy _____, nutricionista del CEAAN y estoy realizando el estudio “Adherencia al tratamiento dietético en pacientes con sobrepeso u obesidad”, con el objetivo de evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, estableciendo asociación entre los distintos factores y cambios dietéticos y antropométricos.

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria y no implica ningún riesgo. Los datos obtenidos durante la entrevista son confidenciales, con fines únicamente de esta investigación. Si tiene alguna duda o pregunta, puede realizarla hasta ser completamente aclarada.

Yo consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre y firma del Participante _____ Fecha _____



Anexo 2. Cuestionario de Adherencia al tratamiento

Adherencia al tratamiento

Datos generales

Nombre: _____ No. De reconsulta _____ Fecha: _____
 Género: M ___ F ___ Edad: _____ Motivo de consulta: _____ Estado civil: _____
 Ocupación: _____ Último año cursado: primaria ___ básicos ___ diversificado ___ universidad ___
 ¿Vive acompañado?: Si ___ No ___ ¿Con quién? _____
 ¿Dónde y con quién come?: desayuno _____ Almuerzo _____ Cena _____
 ¿Considera que recursos económicos limita su alimentación? Si ___ No ___ ¿Por qué? _____

Personalidad

A continuación, se presenta una serie de preguntas las cuales el paciente deberá contestar solamente con "Si" o "No", colocando una "X" en la casilla según la respuesta. Si la respuesta dada por el paciente es igual a la respuesta de la casilla "clave", deberá encerrar en un círculo la letra que aparece en la columna "interpretación". Al finalizar, debe sumar las respuestas obtenidas según sea "N", "E" o "P". La letra que obtenga la mayor sumatoria es la que indicará el tipo de personalidad. +

Pregunta	Respuesta		Clave	Interpretación*
	Si	No		
¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de ánimo?			Si	N
¿Es usted una persona habladora?			Si	E
¿Le preocupa tener deudas?			No	P
¿Es usted más bien animado?			Si	E
¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?			Si	P
¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?			Si	P
¿Se siente con frecuencia harto (hasta la coronilla)?			Si	N
¿Se considera una persona nerviosa?			Si	N
¿Piensa que el matrimonio ha pasado de moda y que se debería suprimir?			Si	P
¿Podría animar fácilmente una fiesta o una reunión aburrida?			Si	E
¿Es una persona demasiado preocupada?			Si	N
¿Tiende a mantenerse callado (en segundo plano) en reuniones o encuentros sociales?			No	E
¿Le preocupa si sabe que ha cometido errores en su trabajo?			No	P
¿Sufre usted de los nervios?			Si	N
Cuando está con otras personas, ¿es más bien callado?			No	E



¿Se siente muy solo con frecuencia?			Si	N
¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las propias?			No	P
¿Las demás personas lo consideran muy animado?			Si	E

Neuroticismo _____ Extraversión _____ Psicoticismo _____ Sumatoria mayor _____

- Las letras N, E y P indican neuroticismo, extroversión y psicoticismo.

Autoevaluación

A continuación, debe colocar una “X” en la casilla indicada de acuerdo a la respuesta del paciente. Si la respuesta es “No”, deberá contestar el “¿por qué?”. La sumatoria de las respuestas “Si” indicarán el nivel de adherencia según la percepción del paciente.

Preguntas	Si	No	¿Por qué?
¿Ha realizado la actividad física según se le indicó?			
Si alguna vez se siente de ánimo bajo, ¿aun así mantiene su dieta como fue establecida?			
Cuando surge alguna reunión, ¿Toma en cuenta las porciones asignadas?			
En fines de semana, ¿continúa realizando su dieta?			
Si se encuentra bajo mucho estrés, ¿continúa realizando su dieta?			
Sumatoria			

Evaluación directa del cumplimiento

¿Cumple con el tratamiento según sus porciones?

A continuación se listan los grupos de alimentos que componen la dieta establecida. El número de porciones prescritas deberá obtenerlos del expediente del paciente según la última distribución calculada. El número de porciones consumidas deberán ser preguntadas al paciente según la ingesta regular. Al tener ambos datos, deberá llenar con un “X” la casilla de “+”, “=” o “-” dependiendo la comparación entre las porciones prescritas y las consumidas. Al final se realiza la sumatoria de cada una de las columnas de signos para determinar el cumplimiento de porciones según la columna “=”.

Grupo de alimentos	No. De porciones prescritas	No. De porciones Consumidas	Cumplimiento		
			-	=	+
Leche descremada					
Leche entera					
Vegetales					
Frutas					

**Datos antropométricos**Talla (cms): _____ t²: _____

Medidas	Peso (Kg)	Peso (lbs)	% grasa	CC (cms)	IMC	Dx. Nutricional
Inicial						
Nuevas						
Diferencia						

- Si el peso, % grasa, circunferencia abdominal e IMC nuevas son menores a los datos anteriores, cada uno se toma como 1 punto (total = 4 puntos)

Sumatoria total:autoevaluación ____ + evaluación directa ____ + recordatorio 24 horas ____ + antropometría ____ = **Nivel de adherencia:** bajo (≤ 12) ____ medio (≤ 15) ____ alto (≥ 16) ____



Raf

Br. Ana Raquel Núñez Villalta
Estudiante EPS Nutrición

Asesorado y aprobado por:

Claudia Porres Sam

MSc. Claudia C. Porres Sam
Supervisora de Prácticas de
Nutrición Clínica del
Ejercicio Profesional Supervisado –EPS–



Silvia Rodríguez de Quintana

MSc. Silvia Rodríguez de Quintana
Directora de Escuela de Nutrición
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia
USAC

