



Universidad
de La Laguna



NUEVAS ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN EL ADULTO

Facultad de Ciencias de la Salud

ALUMNA:

Yaiza María Morales Padrino

TUTORA ACADÉMICA

Dra. Silvia Castells Molina

GRADO EN ENFERMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia.
Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

2019/2020

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a mi tutora Silvia Castells Molina por aceptar la realización de este trabajo y todo lo que se ha implicado para que salga adelante. Me ha comprendido, guiado, apoyado y motivado en todo momento, transmitiéndome mucha positividad, haciendo la enseñanza más sencilla, esforzándose siempre al máximo, con paciencia, dedicación y cariño, a pesar de las dificultades que se han presentado en el camino, no puedo estar más contenta de haberla elegido. Me ha ayudado en muchísimos aspectos, inculcándome valores que recordaré durante toda mi vida personal y profesional. Sin ella no hubiera sido posible. Gracias por tanto.

También agradecer a mi familia, sobre todo a mi madre y a mi padre, que me han apoyado en mis días buenos y no tan buenos (sufriéndolos incluso más que yo), ofreciéndome siempre su cariño y animándome a luchar hasta el final.

Y por último a mis amigas y amigos, por estar conmigo en todo momento y sacándome siempre una sonrisa. Tengo mucha suerte de tener a gente tan maravillosa a mi lado.

RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública que afecta a nivel mundial y un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles.

El objetivo general es prevenir la aparición de sobrepeso y obesidad mediante una intervención educativa para el voluntariado de Cruz Roja de la Sede Local de Santa Cruz de Tenerife, para cooperar en el cuidado de la salud de los usuarios pertenecientes al programa de "Atención a Personas en Proceso de Envejecimiento" y así fomentar la adherencia de hábitos y estilos de vida saludables.

Se realizará un estudio analítico, longitudinal y prospectivo al equipo de voluntariado que consistirá en tres fases: una pre-intervención: se entregará un cuestionario para la valoración inicial, donde se encuentran las variables sociodemográficas, conocimientos sobre obesidad y salud, adherencia a la dieta mediterránea, realización de actividad física y bienestar emocional. Una fase de intervención educativa: que constará de tres talleres telemáticos presenciales denominados "La elección", "Positividad igual a salud" y "A vivir se reaprende". Posteriormente, se continúa la formación on-line durante 66 días y una fase de post-intervención: se volverá a facilitar el mismo cuestionario para la valoración final. El análisis estadístico se realizará por medio de la utilización del programa SPSS versión 26.0 en Windows 10.

PALABRAS CLAVE

Sobrepeso, obesidad, estrategias de prevención, salud.

ABSTRACT

Overweight and obesity are a public health problem that affects worldwide and an important risk factor for the development of non-communicable diseases.

The main objective is to prevent the appearance of overweight and obesity through an educational intervention for the volunteer team at the Local Headquarters of Santa Cruz de Tenerife, to cooperate in the health care of users belonging to the "Attention to People in Aging Process" and to promote the adherence to healthy habits and lifestyle.

An analytical, longitudinal and prospective study will be carried out on the volunteer team that will consist of three phases: a pre-intervention: a questionnaire will be delivered for the initial evaluation, with the sociodemographic variables, knowledge on obesity and health, adherence to Mediterranean Diet, physical activity and emotional comfort. An educational intervention phase: which will consist of three face-to-face telematic workshops called "The choice", "Positivity equal health" and "Relearned to live". Subsequently, online training continues for 66 days after and a post-intervention phase: the same questionnaire will be provided again for the final assessment. The data analysis will be executed by using the SPSS program 26.0 version in Windows 10.

KEY WORDS

Overweight, obesity, prevention strategies, health.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. Introducción..... | 7 |
| 2. Antecedentes y estado actual del tema..... | 7 |
| 2.1. Sobrepeso y obesidad en España..... | 7 |
| 2.2. Factores asociados al sobrepeso y la obesidad..... | 9 |
| 2.3. Clasificación y diagnóstico de la obesidad..... | 11 |
| 2.4. Sobrepeso, obesidad y efectos en la salud..... | 12 |
| 2.5. Estrategias prevención del sobrepeso y obesidad..... | 13 |
| 2.5.1. Alimentación saludable..... | 13 |
| 2.5.2. Actividad física..... | 16 |
| 2.5.3. Bienestar emocional..... | 17 |
| 2.5.4. Estrategias clínicas..... | 19 |
| 2.5.5. Otras estrategias y nuevas tecnologías..... | 24 |
| 3. Justificación..... | 26 |
| 4. Hipótesis..... | 27 |
| 5. Objetivos..... | 27 |
| Objetivo general..... | 27 |
| Objetivos específicos..... | 27 |
| 6. Metodología..... | 28 |
| 6.1. Diseño de estudio..... | 28 |
| 6.2. Población y muestra..... | 28 |
| 6.2.1. Criterios de inclusión..... | 28 |
| 6.2.2. Criterios de exclusión..... | 28 |
| 6.3. Variables..... | 29 |
| 6.4. Instrumentos de medida..... | 29 |
| 6.5. Método de recogida de datos..... | 29 |
| 6.6. Ejecución..... | 30 |
| 6.6.1. Fase pre-intervención..... | 30 |
| 6.6.2. Fase de intervención..... | 30 |
| 6.6.3. Fase post-intervención..... | 33 |
| 6.7. Método estadístico..... | 34 |
| 6.8. Consideraciones éticas..... | 34 |
| 6.9. Cronograma..... | 34 |
| 6.10. Logística..... | 35 |

| | |
|-----------------------|----|
| 7. Bibliografía | 36 |
| 8. Anexos | 42 |
| Anexo 1 | 42 |
| Anexo 2 | 42 |
| Anexo 3 | 44 |
| Anexo 4 | 50 |
| Anexo 5 | 51 |
| Anexo 6 | 52 |

1. INTRODUCCIÓN

El fácil acceso a alimentos ricos en calorías, azúcares y grasas enmascarados con publicidad engañosa, junto con el desconocimiento por parte de los ciudadanos sobre los nutrientes de los diferentes alimentos, ha provocado un desequilibrio en el excesivo consumo. Esto ha derivado en una descompensación de la ingesta calórica y el gasto energético generando problemas de peso en la población ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad y el sobrepeso como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”. Desde el año 1975, estas patologías se han casi triplicado. En el año 2016, 1900 millones de adultos tenían sobrepeso, dentro de los cuales 650 millones eran obesos, es decir, el 39% de la población padecían sobrepeso y el 13% obesidad ⁽²⁾.

Actualmente, existe un alto porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad en las diferentes etapas de la vida que conllevan al desarrollo de enfermedades cardiovasculares y diversos problemas de salud.

A lo largo de los años se ha convertido en un problema grave de Salud Pública que va en aumento. Ha llegado a alcanzar proporciones epidémicas a nivel mundial que no sólo afecta a los países de elevado nivel de vida, sino que, en la actualidad también es prevalente en los países emergentes ^(1,2,3).

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

2.1. SOBREPESO Y OBESIDAD EN ESPAÑA

En el informe realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en 2019 llamado “The heavy burden of obesity”, se presentan los datos de prevalencia de obesidad en 52 países distintos. Tras realizar un ranking de mayor a menor influencia de obesidad, se informa que España ocupa la posición número 22 y contando con los países que se encuentran dentro de la Unión Europea, ocupa la posición número 9, con un porcentaje de un 23,8% ⁽⁴⁾.

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud realizó una valoración de la obesidad en España diferenciada por edad y el sexo, donde se puede observar más detalladamente el incremento de obesidad en España en los últimos años (Tabla 1) (Figura 1) ⁽⁵⁾.

| | Hombres (%) | | | Mujeres (%) | | | Total (%) | | |
|---------------|-------------|------|------|-------------|------|------|-----------|------|------|
| | 2011 | 2014 | 2017 | 2011 | 2014 | 2017 | 2011 | 2014 | 2017 |
| 18-24 años | 5,5 | 4,5 | 8,4 | 5,5 | 4,5 | 8,4 | 5,5 | 4,5 | 8,2 |
| 25-34 años | 11,2 | 10,4 | 11,1 | 11,2 | 10,4 | 11,1 | 10,1 | 11,2 | 10,8 |
| 35-44 años | 16,3 | 15,3 | 16,1 | 16,3 | 15,3 | 16,1 | 14,4 | 14,0 | 14,6 |
| 45-54 años | 23,9 | 20,7 | 20,5 | 23,9 | 20,7 | 20,5 | 20,3 | 18,4 | 18,1 |
| 55-64 años | 23,7 | 24,7 | 25,2 | 23,7 | 24,7 | 25,2 | 22,8 | 23,0 | 22,0 |
| 65-74 años | 25,6 | 22,3 | 24,7 | 25,6 | 22,3 | 24,7 | 26,8 | 24,5 | 25,5 |
| 75 y más años | 21,0 | 20,0 | 17,1 | 21,0 | 20,0 | 17,1 | 23,5 | 22,6 | 22,1 |
| Total | 18,0 | 17,1 | 18,1 | 16,0 | 16,7 | 16,7 | 17,0 | 16,9 | 17,4 |

Tabla 1. Encuesta Nacional de Salud de España (ENS) 2011, 2017: Encuesta Europea de Salud (EES) 2014 ⁽⁵⁾.

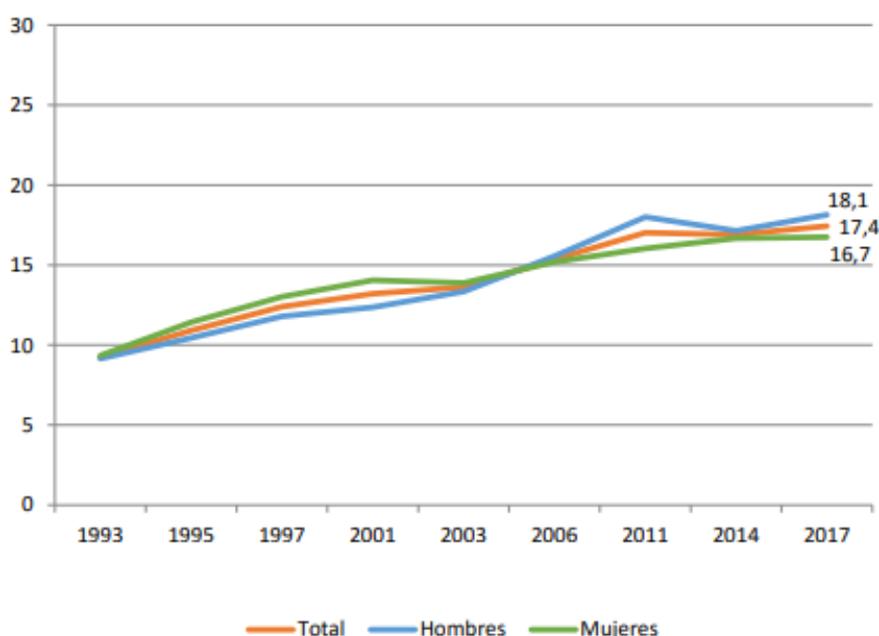


Figura 1. Prevalencia de obesidad (%) por sexo en adultos en España. ENSE 1993 - 2017. EES 2014 ⁽⁵⁾.

Canarias sigue siendo una de las comunidades autónomas más afectadas por la obesidad en personas adultas. Según la Encuesta de Salud de Canarias, entre el año 2004 y 2015, el porcentaje de personas obesas se mantuvo en torno al 18%. En el año 2015, la prevalencia de obesidad en hombres es de un 16,40% y un 17,86% en mujeres, siendo una de las patologías principales que afectan a la población ⁽⁶⁾.

Por otro lado, los hijos de padres con obesidad son más propensos a desarrollar esta enfermedad y a mantenerla durante las distintas etapas de la vida, debido a los hábitos que adquieren. En 2016, 50 millones de niñas y adolescentes y 74 millones de

niños y adolescentes, padecían sobrepeso u obesidad en todo el mundo. El número de obesos pasó de 100 millones en 1975 a 671 millones ^(7,8).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sobrepeso en niños es de un 25,3% y un 18,5% en niñas de 14 años, mientras que los porcentajes de obesidad son de 8,2% y 4,8%. A los 11 años existe un pico de obesidad en niñas y en niños. En España, los datos de la Encuesta Nacional de Salud revelan que en 2017 un 28,6% de los menores entre 2 y 17 años presentaban exceso de peso. Con las tendencias actuales, en 2022 se estima un aumento de la prevalencia y para el 2030 un exceso de peso en la población mundial de un 57,8%. Por lo tanto, los padres influyen en el desarrollo de la obesidad de sus hijos y la disminución de peso de los padres, afecta de forma apropiada en el tratamiento de los niños obesos ^(7,9,10).

2.2. FACTORES ASOCIADOS AL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

Existen una serie de factores epidemiológicos que influyen en el desarrollo de enfermedades crónicas como es el caso del sobrepeso y la obesidad, que tienen un origen multifactorial. Los principales son un nivel socioeconómico desfavorable, así como factores ambientales, genéticos y hormonales ⁽¹¹⁾.

Los factores socioeconómicos tienen un papel importante dentro de la adquisición del sobrepeso y la obesidad. Diversos estudios muestran que a menor poder adquisitivo mayor es el predominio de la obesidad. Actualmente, existe una gran cantidad de productos con elevado número de calorías, grasas y azúcares que son más económicos que productos más saludables como son las frutas y las verduras. Esto incrementa el mayor número de la compra de productos procesados y disminuye la compra de productos saludables. Asimismo, origina que la alimentación se desvíe cada vez más de la dieta mediterránea, así como el considerable aumento del sedentarismo⁽¹²⁾.

Por otro lado, se conoce que la familia es el responsable principal de la alimentación en la infancia, puesto que las distintas tendencias alimentarias guardan relación con la educación recibida en este ámbito. El ambiente obesogénico ejerce un aumento de la obesidad debido a las influencias del entorno, las oportunidades y las condiciones de vida. Cuando la alimentación dentro de una familia es variada, equilibrada, saludable y se realiza actividad física como hábito de vida cotidiano, el crecimiento y desarrollo infantil mejora. Además, se deben mantener los horarios necesarios de sueño y evitar el estrés crónico ^(1,13).

Por otra parte, los factores socioeconómicos y ambientales no afectan de igual manera a todos los individuos, también hay que tener en cuenta la base genética. La herencia es la originaria del 20-40% de la obesidad, donde actúan diversos genes y polimorfismos que intervienen en el comportamiento alimentario, así como en el gasto energético. Además, dentro de epigenética y programación fetal, se asocian tanto la desnutrición como la sobrealimentación de la madre y su salud metabólica ^(13,14).

En este sentido, se ha dividido la obesidad en tres grupos dependiendo de los factores que intervienen:

- Obesidad común o multifactorial: dentro de este tipo se encuentra la familia donde la mayoría de los miembros tienen sobrepeso u obesidad en mayor o en menor grado. Comparten genes, malos hábitos alimenticios, sedentarismo y dieta inadecuada. Se trata de una herencia multifactorial donde influyen varios factores del tipo genético, así como ambientales, que acumulan un exceso de energía en forma de tejido adiposo. En estudios realizados por los autores Lyon y Hirshhorn, se estima que el rango para heredar alguna enfermedad es del 50%, es decir, la mitad de la obesidad es debida a los genes. Este tipo de obesidad es la más frecuente, con gran parte hereditaria de la familia ^(14,15).
- Obesidad monogénica: se trata de la causante de aproximadamente el 5% de los casos de obesidad severa. Se basa en la identificación de los genes que se heredan para determinar aquellas formas de obesidad extremas, puesto que se debe a la alteración de un único gen, aunque la obesidad es considerada una patología multifactorial, incluso en aquellos casos severos. Asimismo, tienen cierta relación con una desregulación en el sistema nervioso central con el consumo de alimentos y el gasto energético ^(14,15,16).
- Obesidad sindrómica o secundaria: la causa es genética, puede darse por una alteración cromosómica o por herencia familiar. Tienen relación con otra enfermedad que padezca el propio paciente como las patologías endocrinológicas, los procesos patológicos o procedimientos terapéuticos en los que se ve afectado el área hipotálamo-hipofisiario y los tratamientos con fármacos. Las causas más frecuentes son: hipotiroidismo, hipercortisolismo, pseudohipoparatiroidismo, hiperinsulinismo neonatal, deficiencia de GH, obesidad hipotalámica y obesidad iatrogénica ^(14,15).

2.3. CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA OBESIDAD

La Organización Mundial de la Salud divide la Obesidad según el Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC es un indicador que se obtiene a partir del peso y la talla del sujeto. Su cálculo se logra a partir de dividir el peso en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Dependiendo del valor adquirido se establece la clasificación que se muestra en la Tabla 2 ⁽²⁾.

| CLASIFICACIÓN | IMC (kg/m^2) |
|------------------------|--------------------------------|
| Insuficiencia ponderal | < 18.5 |
| Intervalo normal | 18.5 - 24.9 |
| Sobrepeso | ≥ 25.0 |
| Preobesidad | 25 - 29.9 |
| Obesidad | ≥ 30.0 |
| Obesidad de clase I | 30.0 - 34.9 |
| Obesidad de clase II | 35.0 - 39.9 |
| Obesidad de clase III | ≥ 40 |

Tabla 2. Clasificación de la obesidad según la OMS ⁽¹⁷⁾.

También existen otro tipo de métodos diagnósticos para la clasificación de la obesidad. Entre ellos, la propuesta por Deurenberg y sus colaboradores que incluye el porcentaje total de grasa en adultos; según el IMC, edad y sexo de la persona.

La ecuación de Deurenberg para calcular el porcentaje de grasa corporal es la siguiente ⁽¹⁸⁾:

$$\text{Grasa corporal (\%)} = (1,2 \times \text{IMC en kg}/\text{m}^2) + (0,23 \times \text{edad}) - (10,8 \times \text{género}) - 5,4$$

$$\text{Mujer} = 0, \text{ Hombre} = 1$$

Para la medición de esta grasa corporal se utilizan diferentes métodos. Entre ellos se encuentran:

- La antropometría: consiste en la medición de los pliegues subcutáneos (bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco) por medio de un calibrador (plicómetro), así como la circunferencia de cintura con una cinta métrica. Para valorar la circunferencia abdominal o de cintura, también denominada perímetro de cintura, se debe realizar una diferencia entre hombres y mujeres, donde los hombres no pueden superar de 102 cm y las mujeres de 88 cm ^(19,20).

- La impedanciometría: se basa en medir la resistencia del cuerpo, que depende del contenido de agua corporal, a una corriente de baja intensidad para poder determinar la grasa corporal.
- La composición corporal por absorción dual de rayos X (DXA): esta técnica permite, por un proceso de radiación bajo, medir los 3 compartimentos, es decir, la masa grasa, masa magra y masa ósea; siendo unos de los métodos más fiables para la medición de la grasa corporal ⁽¹⁹⁾.

2.4. SOBREPESO, OBESIDAD Y EFECTOS EN LA SALUD

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades que favorecen la aparición de otras patologías, así como una vinculación directa con algunos problemas emocionales y sociales. Las más comunes son:

- Diabetes.
- Hipertensión arterial.
- Problemas cardíacos como pueden ser una enfermedad cardíaca coronaria, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular.
- Cáncer, siendo los más frecuentes debido a este exceso de grasa, el cáncer de colón, de mama y de endometrio.
- Problemas óseos y en las articulaciones, debido a la presión sobre los huesos y articulaciones ocasionados por el incremento de peso, que puede derivar en artrosis, arteriopatía, osteoartrosis y dolor articular.
- Elevación del colesterol.
- Trastornos digestivos como el reflujo estomacal o el reflujo gastroesofágico.
- Trastornos respiratorios como la hipoventilación.
- Trastornos psíquicos como la depresión y ansiedad.
- Cálculos biliares y problemas de hígado.
- Producir apneas del sueño, que pueden generar fatiga y somnolencia diurna, así como problemas de baja atención y problemas en el día a día.
- Puede desarrollar problemas en el embarazo, debido a la mayor probabilidad de desarrollar diabetes gestacional, preeclampsia o influir en la necesidad de realizar una cesárea en el momento del parto ^(13,21,22,23).

2.5. ESTRATEGIAS PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y OBESIDAD

Actualmente existe un gran desequilibrio energético relacionado con el excesivo aporte diario de macronutrientes y el bajo gasto calórico, dando lugar al aumento de peso. Por ello, es importante la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables que se mantengan a lo largo del tiempo con el fin de evitar el sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades crónicas.

Por otra parte, cuando la obesidad está presente se debe realizar un abordaje integral del individuo en el que se aborda el tratamiento endocrinológico y nutricional, teniendo en cuenta la nutrigenética de cada persona, factores metabólicos y hormonales, actividad física, psicoterapia y la valoración de una posible candidatura a una cirugía ⁽¹⁾.

El sobrepeso y la obesidad pueden prevenirse, es necesario encontrarse en un entorno favorable para la toma de decisiones correctas en relación con los alimentos y actividad física periódica ⁽²⁾.

A nivel emocional, se debe ayudar a las personas por medio de las recomendaciones saludables que estén disponibles, para concienciar y comunicar los beneficios de mantener un peso adecuado, así como educar en la composición de los alimentos y en identificar cuando no necesitan comer más con la finalidad de evitar atracones ⁽²⁴⁾.

La prevención del sobrepeso y obesidad debe enfocarse hacia la consecución y mantenimiento de hábitos y estilos de vida saludables. En este sentido, destacan la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud o Los Círculos de la Vida Saludable propuestos por el Gobierno de Canarias, donde se valora una alimentación saludable, la realización de actividad física y el bienestar emocional ^(25,26).

2.5.1. Alimentación saludable

La alimentación debe adaptarse a los gustos y características de cada persona, teniendo en cuenta varios factores como edad, peso, talla, así como horarios de su ritmo del día entre otros. Por lo tanto, es importante seguir las siguientes recomendaciones para lograr una alimentación saludable:

- Comer de forma variada, equilibrada y en relación con las preferencias.
- Tener en cuenta el tamaño de las raciones.

- Reducir el consumo de alimentos con muchas grasas saturadas, sal y azúcares añadidos.
- Repartir de forma adecuada los alimentos a lo largo del día, evitando ayunos prolongados y cenas abundantes.
- Tener en cuenta que la mejor bebida para la sed es el agua ⁽²⁵⁾.

Por otro lado, con el objetivo de promover los hábitos y estilos de vida saludables, se deben enviar mensajes adecuados a la población reduciendo los falsos mitos que puedan existir como:

- La fruta se debe tomar fuera de las comidas, tratándose de una creencia errónea, puesto que las calorías y vitaminas que aporta la fruta siempre son las mismas. Su ingesta durante las comidas es beneficiosa, debido a que reduce el consumo de otros alimentos con mayor contenido calórico como son los dulces o snacks.
- Es mejor beber agua fuera de las comidas que en las comidas, cuando su ingesta es independiente siempre que se tomen de 1,5 a 2 litros cada día.
- El huevo es malo para el colesterol, a pesar de que su yema sea rica en colesterol, el huevo posee numerosos proteínas, vitaminas y minerales que son beneficiosos para la salud. El nivel de colesterol va a depender de la ingesta total de grasa, cantidad de ácidos grasos saturados y el colesterol consumido durante el día.
- Se debe tomar suplementos dietéticos y vitamínicos para mejorar la salud. Esto no es necesario siempre que se lleve una dieta equilibrada y variada, salvo en casos muy concretos y que sean prescritos por un facultativo.
- Si se realiza actividad física/ejercicio, se puede comer y beber lo que se quiera; mito incierto, se conoce que una dieta no saludable tendrá consecuencias perjudiciales para la salud.
- Los alimentos que llevan grasas vegetales son siempre más saludables que los que contienen grasas animales. Esta información no siempre es cierta, puesto que existen excepciones dentro de este ámbito, como por ejemplo las grasas saturadas vegetales de coco y palma.
- El pan es un alimento no saludable, es otro mito, el pan se encuentra en la base de la alimentación mediterránea y se recomienda como acompañante en las comidas vigilando las raciones.
- Los alimentos congelados son menos nutritivos que los frescos, a pesar de que no siempre es así y puede ser una buena forma de tener alimentos saludables siempre a mano, es preferible alimentos frescos y de temporada ^(25,27).

Por otro lado, existen las llamadas dietas “milagro” que se basan en modificaciones dietéticas desequilibradas, son perjudiciales para la salud y no se respaldan por ningún tipo de evidencia científica. Estas dietas permiten perder peso sin tener en cuenta la salud física y mental de la persona, que normalmente, vuelve a recuperar dicho peso. Una vez restablecen de nuevo su alimentación normal, debido a que no han aprendido hábitos correctos para su salud, vuelven a cometer los mismos errores ⁽¹³⁾.

Las dietas milagros suelen prometer pérdidas de peso rápidas con poco esfuerzo y una buena salud física sin basarse en evidencias científicas. Estas dietas realizan modificaciones de todo tipo, como restricciones de carbohidratos, aumento del consumo de proteínas, disminución en exceso de calorías o promoviendo una mala alimentación. Por otro lado, una vez se baja de peso no se puede mantener en un largo periodo de tiempo, lo que genera el efecto contrario, donde las personas regresan a su peso original y en ocasiones con problemas asociados, siendo principalmente cardíacos, diabetes, colesterol, cáncer y reducción muscular ^(28,29).

La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad se pronuncia en contra de cualquier modelo de dieta sin una evidencia científica, por lo que es importante insistir en una correcta alimentación en el contexto de la Dieta Mediterránea ⁽¹³⁾.

La Dieta Mediterránea es un estilo de vida equilibrado que recoge recetas, formas de cocina, celebraciones, costumbres, productos típicos y actividades humanas. Entre las propiedades que ofrece esta dieta destaca el tipo de grasa, las proporciones en los alimentos principales y la utilización de productos de temporada, así como hierbas aromáticas y condimentos.

Entre las pautas que se tienen en cuenta en el decálogo de la dieta Mediterránea se encuentran:

1. Utilizar el aceite de oliva: es un alimento rico en vitamina E, beta-carotenos y ácidos grasos monoinsaturados con propiedades protectoras para el corazón.
2. El consumo de alimentos de origen vegetal como son las frutas, verduras, legumbres y frutos secos: son las principales fuentes de vitaminas, minerales y fibra y que por su elevado contenido antioxidante previene enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.
3. El pan y los alimentos derivados de cereales como son la pasta y el arroz (sobre todo los productos integrales) deben incluirse en la alimentación diaria, debido a su aporte de energía.
4. Es preferente consumir alimentos poco procesados, que sean frescos y de temporada.

5. Se debe consumir lácteos diariamente, mejor si es en forma de yogurt y quesos, debido a sus fuentes de proteínas con alto valor biológico, así como de minerales y vitaminas.
6. Se recomienda el consumo en pequeñas cantidades de carne, preferentemente carnes magras y reducir el consumo de carnes rojas y procesadas.
7. Alto consumo de pescado por sus propiedades protectoras frente a enfermedades cardiovasculares y consumir huevos con moderación.
8. De postre tomar fruta fresca y reducir el consumo de dulces y pasteles.
9. Beber agua es fundamental en esta dieta y tomar vino con moderación, preferiblemente durante las comidas.
10. Realizar actividad física todos los días.

Existe un esquema donde se representa en forma de pirámide la incorporación de alimentos saludables. En la base, se encuentran aquellos alimentos que deben sustentar la dieta y en los estratos superiores aquellos alimentos que se deben consumir con una mayor moderación. Pero, también añaden indicaciones relacionadas con los aspectos culturales y sociales, para así no sólo dar importancia a un determinado número de alimentos, sino la manera de seleccionarlos, de cocinarlos y consumirlos, así como definir las raciones de las comidas principales como se puede apreciar en el Anexo 1 ⁽²⁷⁾.

2.5.2. Actividad física

Ser una persona activa físicamente es necesario para mantener una buena salud, ayuda a prevenir enfermedades crónicas, así como la evolución de éstas una vez que ya se padecen.

Cada vez existe un menor número de personas que tiene un estilo de vida activo, se ha cambiado socialmente hacia un modelo más sedentario como consecuencia de la industrialización y un mayor desarrollo tecnológico, se pasan muchas horas sentados ya sea en el trabajo, durante el tiempo de ocio, en el ordenador, la televisión, leyendo, jugando con videoconsolas, con la utilización de coches y medios de transportes incluso para trayectos cortos.

La actividad física contribuye a mantener un peso adecuado, puesto que se trata de un factor determinante en el consumo de energía, siendo un factor fundamental para mantener un equilibrio energético y un control del peso, reduciendo el riesgo de padecer obesidad y sobrepeso ⁽²⁵⁾.

Cuando se realiza actividad física, se queman calorías y a mayor duración e intensidad con la que se realice mayor será el gasto de calorías. Por ello, es recomendable hacer ejercicio a diario. Pero si no se tiene el tiempo que se requiere para mantener una buena actividad física, se puede practicar un estilo de vida más activo durante el día, realizando pequeños cambios en la vida cotidiana, como utilizar las escaleras en vez del ascensor o bajarse 1 o 2 paradas antes en un medio de transporte⁽³⁰⁾.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos recomienda realizar 150 minutos de actividad física por semana de actividad aeróbica de intensidad moderada (se acelera el ritmo cardíaco y respiratorio, pero todavía se puede hablar), 75 minutos cada semana de actividad aeróbica de intensidad vigorosa (la respiración se ve dificultada, así como existe una falta de aliento y el ritmo cardíaco se eleva) o una combinación de ambos (se tiene en cuenta que un minuto de actividad vigorosa corresponde con dos minutos de actividad moderada). La guía sugiere espaciar este tiempo a lo largo de toda la semana con diferentes actividades como correr, caminar o nadar. Asimismo, se recomienda realizar actividades de fortalecimiento muscular y mejora de la masa ósea, así como la flexibilidad sobre todo para aquellas personas mayores para la prevención de caídas y mejorar el movimiento articular ⁽²⁵⁾.

Para poder medir una correcta aplicación de la actividad física diaria en las personas, es necesario utilizar herramientas que ayuden a evaluar este tipo de actividades. Para ello, se pueden utilizar cuestionarios como el International Physical Activity Questionnaires (IPAQ), cuyo propósito es proveer de los instrumentos necesarios para obtener información relacionada con una mejora de la salud y relacionado con la actividad física.

El cuestionario incluye preguntas relacionadas con las actividades físicas que realizan las personas dentro de su vida diaria. Las preguntas se centran en el tiempo que se ha sido activo en los último siete días, hasta preguntas relacionadas con la actividad relacionada con el trabajo, el cuidado de la casa, el transporte, tiempo libre, así como la actividad física, diferenciando entre la actividad física vigorosa y moderada^(31,32).

2.5.3. Bienestar emocional

Las enfermedades crónicas tienen una estrecha relación con los estilos de vida y el bienestar emocional, las personas con mejores hábitos tienden a padecer emociones más agradables. Existen las emociones positivas que aumentan la salud física y mental y las emociones negativas que tienden a disminuirla. Las emociones son

reacciones que todos los seres humanos experimentan, donde un mal manejo de éstas puede acarrear un bloqueo en la persona o incluso producir una enfermedad.

El elevado estado de emociones negativas puede conllevar a tener consecuencias perjudiciales para la salud. Cuando se experimenta ira, tristeza o depresión de manera intensa, se produce una mayor probabilidad de que se abandonen los hábitos saludables, como pueden ser el ejercicio físico. Asimismo, una alta emocionalidad negativa aleja a las personas de la realidad, puesto que cuando más ansiedad exista, más se fija la amenaza y se focaliza en las consecuencias negativas que pueda tener.

Asimismo, esto puede conllevar al desarrollo del trastorno de pánico si se orienta a las sensaciones físicas, fobia social si se centra ante conductas de situaciones sociales, trastorno obsesivo en pensamientos intrusos o trastornos depresivos en el caso de una pérdida ⁽³³⁾.

Generalmente, la obesidad se asocia a trastornos psiquiátricos como son la depresión, la ansiedad o trastornos de la conducta alimentaria. Además, se relaciona con complicaciones psicosociales como son la baja autoestima, acoso escolar, estigmatización social y también tienen lugar condiciones psicopatológicas primarias como son el trastorno de déficit de atención e hiperreactividad o trastorno bipolar.

Los factores psicosociales son esenciales para una buena evolución en la obesidad y el sobrepeso. La intervención psicosocial ayuda a motivar a las personas para obtener un cambio, así como para mantener una buena adherencia hacia nuevos hábitos saludables. Aunque no existe una psicopatología específica para los pacientes con esta enfermedad, se conoce la influencia de varios factores psicológicos que aparecen antes. Entre ellos se encuentran: la motivación y la resistencia ante el cambio, la impulsividad, las funciones ejecutivas, la regulación emocional y la tendencia adictiva.

La depresión y la ansiedad pueden contribuir en el desarrollo de la obesidad. Se ha demostrado que existe una relación entre el sobrepeso, la obesidad y la depresión, comprobando que el 53% de la depresión se asocia a la obesidad sin identificar su causa. Que no sólo es predecesora de ésta, sino que tiende a aumentarla una vez se padece la enfermedad ⁽³⁴⁾.

Aunque la obesidad no está considerada como una patología psiquiátrica, si se ha relacionado con procesos emocionales. La ingesta alimentaria se puede desviar para atender a una función emocional, para obtener placer o relacionarse con otros. También,

se han realizado estudios comparando el IMC con la depresión, donde se ha podido valorar el IMC en escalas más altas en relación con la depresión.

El hambre emocional se refiere a la utilización de comida para afrontar emociones negativas. Como por ejemplo pasa con el trastorno por atracón, que se caracteriza por la presencia de atracones acompañados por una pérdida de control. Además, a parte de las patologías psiquiátricas existe una relación entre la alimentación y la construcción de la imagen corporal. La insatisfacción corporal se atribuye a un factor que contribuye al malestar emocional y que podría derivar en patologías psiquiátricas⁽³⁵⁾.

Por otro lado, la familia es el apoyo básico en la vida de las personas. El propio bienestar se encuentra muy relacionado con el que se padezca con la familia. Un buen apoyo donde no se juzgue y la obesidad no sea el tema principal de conversación son esenciales. Asimismo, es muy importante mantener una buena red social con la que compartir las emociones, así como para prevenir una depresión que pueda derivar en un futuro exceso de peso⁽³³⁾.

2.5.4. Estrategias clínicas

Un enfoque donde se aborde a la persona desde un punto de vista holístico y teniendo en cuenta diferentes intervenciones en salud, ayudarán a una mayor adherencia de los hábitos saludables a largo plazo. De esta forma, se mejorarán los resultados en prevención, implicando al servicio de Atención Primaria y trabajando como un equipo multidisciplinar, siendo fundamental el diagnóstico precoz⁽³⁶⁾.

Existen diversas Guías de Prácticas Clínicas que centran su foco de actuación en diferentes planes dietéticos hipocalóricos, que deben estar integrados en un programa general donde se tenga en consideración la actividad física, los cambios de hábitos y el apoyo psicológico. Para que este nuevo estilo de vida se mantenga a largo plazo, se deben utilizar las estrategias oportunas de motivación. Para ello existen varias teorías sobre las que apoyarse como son: la terapia cognitivo-conductual, la entrevista motivacional (EM) y la terapia breve centrada en soluciones⁽³⁷⁾.

2.5.4.1. Terapia cognitivo – conductual

La terapia cognitivo-conductual en la prevención del sobrepeso y la obesidad se puede describir como el conjunto de técnicas que se emplean para el desarrollo de habilidades y destrezas necesarias para obtener un peso corporal saludable. Es de gran importancia la educación, comunicación y motivación para lograr el empoderamiento y autofortalecimiento de las capacidades⁽³⁸⁾.

La terapia-cognitivo conductual se ha convertido en una herramienta de orientación psicoterapéutica en el tratamiento de diversas patologías. Se utiliza para atender necesidades sociales en el ámbito de la salud. Se han incrementado sus ámbitos de aplicación, como puede ser a nivel educativo y comunitario, no sólo por su utilidad en la resolución de problemas, sino por la capacidad de integración en distintos entornos; como para desarrollar y optimizar las habilidades de las personas incrementando su calidad de vida y su adaptación al entorno ⁽³⁹⁾.

Las técnicas cognitivo-conductuales más empleadas son las siguientes ⁽³⁸⁾:

- Objetivos de pérdida de peso realistas

Se trata a los pacientes desde un punto de vista holístico en función de su edad, tipo de vida y grado de exceso de peso, adaptando la actividad física adecuada, evitando pérdidas excesivas de peso y valorando los objetivos del paciente.

- Aprendizaje nutricional

Planificación de menús, correcta lectura del etiquetado nutricional, comer correctamente, reconocer las señales de saciedad, reducir las raciones y controlar los horarios de comida siempre que sea posible.

Por otra parte, la dieta mediterránea como modelo de alimentación también fomenta hacer comidas en familia o con compañía, la moderación de las cantidades, utilizar alimentos locales y de temporada, así como insistir en las actividades culinarias y gastronómicas.

Aparte de un buen seguimiento de la dieta mediterránea, se pueden incluir otras estrategias como el método del plato. Esta estrategia consiste en dividir nuestro plato de comida para lograr una alimentación saludable. Corresponde a una dieta de aproximadamente 1400 - 1500 Kcal, que dependiendo de cada persona y de su gasto energético, se elevará el número de calorías. Este método ayuda a saber la cantidad correcta de alimentos que son necesarios sin necesidad de pesarlos, contar las calorías o raciones.

Se recomienda dividir el plato en cuatro partes en las que dos partes correspondan a la verdura o ensalada, una parte para colocar el farináceo y la sobrante para colocar en alimento proteico. Como postre se añadiría una fruta mediana y el agua como bebida principal de acompañamiento como se muestra en el Anexo 2 ⁽⁴⁰⁾.

- Control de estímulos

Donde se modifican en el entorno los factores que pueden encontrarse relacionados con una menor pérdida de peso o ingesta inadecuada.

- Autorregistros de ingesta

Con la utilización de diarios de ingestas o diarios de uso personal para descripción de emociones.

- Refuerzo positivo en las metas alcanzadas

Incentivos que aumenten las probabilidades de que los pequeños logros se puedan repetir. También, se debe cuidar el diálogo interior de las personas, puesto que expresar emociones positivas puede lograr un mejor estado de salud. Los afectos positivos se encuentran estrechamente relacionados con respuestas biológicas de nuestro cuerpo y potencian conducta y estilos de vida saludables ⁽³³⁾.

- Restructuración cognitiva y entrenamientos de relajación

Aprender técnicas de reducción del estrés y la ansiedad, así como identificar aquellos pensamientos negativos relacionados con el tratamiento y las intervenciones a realizar.

Para ello existen algunas intervenciones como la terapia mindfulness. El mindfulness es una práctica que ayuda a concentrarse en el presente. Algunos autores lo definen como el conocimiento de un evento, pero sin juzgar el momento. Uno de los entrenamientos que se encuentran dentro de esta práctica es la consciencia de nuestro cuerpo, que se encuentra relacionada con enfermedades como el sobrepeso, diabetes y desórdenes alimenticios.

Se ha demostrado que la terapia del mindfulness ha tenido efectos positivos aplicada en la nutrición y el manejo de enfermedades crónicas. Se define como la conexión que existe entre la mente y el cuerpo, cómo la comida nos hace sentir, es decir, si se come porque es la hora de comer o por una situación social en particular, aunque no se tenga hambre. Identificando de esta forma cuando nos alimentamos por necesidad física o emocional. Asimismo, ayuda a aumentar el disfrute de la comida, apreciando la forma, el olor y el sabor ⁽⁴¹⁾.

- Entrenamiento en solución de problemas

Implementar la relación con la comida y reconociendo y definiendo su problema para un mejor abordaje terapéutico.

- Inventario de placeres no relacionados con la comida

Encontrar fuentes de recompensa alternativos a la comida para mejorar el mantenimiento de cambios a largo plazo.

- Soporte social y/o familiar

Implicar a su entorno social.

- Mantenimiento del peso a largo plazo

Valoración de conocimientos, habilidades, actitudes y hábitos adquiridos para el mantenimiento del tratamiento ⁽³⁸⁾.

2.5.4.2. *Entrevista motivacional*

La entrevista promueve la motivación intrínseca, con la exploración y resolución de los obstáculos del cambio conductual. La motivación hace referencia a los diversos factores que mueven la acción intencional con disciplina e intervención consciente con la visión de la vida que se quiere crear. A partir de recompensas positivas se mejoran los esfuerzos que ofrece la persona, así se implican en la acción que tiene un alto significado emocional. Esta entrevista constituye un modelo centrado en el cliente por medio de una reflexión empática y autónoma fortaleciendo la autoeficiencia.

Para realizar una entrevista motivacional, se debe aplicar la teoría de la autodeterminación. Esta teoría explica que la motivación no surge de una presión externa, sino desde el interior del individuo, teniendo en cuenta las recompensas, la aprobación y el disfrute de la actividad que se está realizando. Por lo tanto, con esta teoría se incentiva a perder peso para conducir a otros objetivos de mayor importancia para la persona como pueden ser: comprar la ropa que más le guste, más libertad de movimiento, moverse sin fatiga, mejorar la autoestima o reducir el dolor. Con ello se motiva al paciente a largo plazo añadiendo un motivo de esfuerzo.

De esta forma, se enfoca la adquisición de hábitos de vida saludables desde un punto de vista deseable, es decir, desde el propio punto de vista de la persona. De esta forma tienen la percepción de elección y de responsabilidad en sus decisiones ⁽³⁸⁾.

Se apoya de los siguientes fundamentos ^(37,38):

- Disconformidad mediante la confrontación de las metas de una persona con su conducta actual.
- Diálogo.
- Reconocimiento y exploración de la resistencia del paciente para cambiar.

- Promover la autoeficiencia.
- Empatía por medio de la escucha reflexiva, donde el paciente se sienta entendido y comprendido por el profesional sanitario, para mejorar en el seguimiento de recomendaciones y hábitos saludables durante la pérdida de peso.
- Preguntas abiertas.
- Escucha activa
- Afirmaciones directas.
- Proporcionar frases auto motivadoras.

Dentro de esta entrevista motivacional se pueden incluir técnicas de formación que impliquen más a la persona y ayuden en su evolución para adquirir nuevos hábitos como:

- Actitud positiva: instruir a las personas frente a los problemas que van surgiendo para asegurarle que existen alternativas y soluciones para resolverlos.
- Implicación activa: implicarse dentro de la adquisición de estos nuevos hábitos consensuando las decisiones con el paciente, que le ayudarán durante su trayecto y será importante para su autocontrol.
- Ser pacientes: cada persona debe sentirse con la capacidad de realizar las tareas por sí mismo, donde es importante transmitir seguridad y confianza.
- Fomentar el cuidado activo de la salud donde se debe transmitir que un buen cuidado de sí mismo puede evitar aspectos desagradables.
- Establecer una comunicación emocional preguntándole cómo se siente y cómo lleva todos estos nuevos cambios.
- Debe existir una formación por parte de los profesionales sanitarios para poder ayudar de mejor forma a los pacientes.
- Compartir actividades para que haya una mayor implicación como puede ser hacer deporte o preparar la comida junto a personas cercanas o familiares.
- Es importante incluir a la familia para que el paciente no sienta que está realizando todo por él mismo y solo, sino que los familiares siguen las mismas indicaciones como, por ejemplo, en la alimentación y en la actividad física ⁽⁴²⁾.

2.5.4.3. *Terapia breve centrada en soluciones cognitiva y conductual (TBCS-CC)*

Esta terapia se encuentra orientada a la intervención terapéutica breve, para la eliminación de los síntomas y mejorar la solución de problemas de los usuarios, siendo dirigida a la reestructuración y modificación del modo en el que se percibe la realidad y las distintas reacciones de conducta. Se centra en resaltar las fortalezas de las

personas, más que sus debilidades. Permite profundizar en el control de emociones y creencias por medio de preguntas, para generar un lenguaje centrado en encontrar soluciones. Durante las terapias se plantean objetivos específicos que abordan en un total de 7 a 10 sesiones ⁽³⁷⁾.

Por lo tanto, se intenta determinar las necesidades de la intervención, que en este caso serían las “quejas” que se puedan presentar, conocer el problema que se desarrolla como “queja”, conocer el contexto problemático en el que se desarrolla, determinar aquellas soluciones que se han intentado, proponer soluciones nuevas y así generar expectativas de cambio ⁽⁴³⁾.

Las principales estrategias que se utilizan son ⁽³⁷⁾:

| | |
|------------------------------|---|
| La proyección de futuro | Crea una expectativa para la solución del usuario, donde se incluyen objetivos con los que conseguir un cambio en el comportamiento, pensamiento y sentimientos de la persona. |
| El trabajo con excepciones | Las excepciones son aquellas conductas, percepciones, ideas o sentimientos que se diferencian de la queja y pueden aportar una solución con la que alcanzar el objetivo propuesto. |
| La pregunta escala de avance | Evaluar el bienestar de forma subjetiva con la elección de un número. De esta forma se genera información de utilidad para la persona que establece metas, identifica los avances y adquiere responsabilidades. |

2.5.5. Otras estrategias y nuevas tecnologías

Existen diversas medidas que se pueden aplicar para la prevención del sobrepeso y la obesidad que dependen de distintos actores y sectores como son a nivel político y gubernamental, como las administraciones públicas creando espacios saludables y modificando los precios a nivel empresarial. En este sentido, también destaca la iniciativa de numerosas empresas en el “Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas” que incluye la reformulación de varios productos para la calidad nutricional, debido a la reducción de grasas, azúcares y sal⁽⁴³⁾.

Otras estrategias son a nivel educativo, sanitario, campañas, medios de comunicación, así como las nuevas tecnologías.

Actualmente, el uso de dispositivos electrónicos y teléfonos móviles está incrementando en la población. Por este motivo, han aparecido nuevas aplicaciones que

ayudan en el mantenimiento de hábitos y estilos de vida saludables. De este modo, la utilización de estas aplicaciones para la reducción de peso ha mostrado resultados positivos ⁽⁴⁴⁾.

Un registro diario de las ingestas de alimentos y bebidas es efectivo para mantener un mejor autocontrol, siendo conveniente la utilización de nuevas estrategias para una mayor implicación en esta práctica. Las aplicaciones son un buen método para monitorizar los hábitos correctos y obtener los objetivos que se desean. Las aplicaciones como MyFitness Pal, FitBit, ¡Lose It!, entre otras, ayudan a mantener un control de los alimentos y de la actividad física. Estas aplicaciones se centran en aumentar la motivación, el deseo, la autoeficiencia, actitud positiva, conocimiento y cumplimiento de objetivos ^(45,46).

Su aplicación dentro de la atención enfermera puede ser una buena herramienta para comunicar y visualizar los distintos cambios en hábitos y estilos de vida saludables, debido al fácil acceso y bajo costo de estas aplicaciones. Siempre aportando formación de excelencia como medio de cumplimiento de metas propuestas, planificación y autocontrol de la vida diaria y obteniendo una retroalimentación ⁽⁴⁷⁾.

3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad existe un gran problema de obesidad en la población canaria, que no hace más que ir en aumento a lo largo de los años y continúa afectando tanto a nivel nacional como internacional ^(2,5,6).

Existe un aumento del consumo de productos altos en azúcares, grasas y calorías, que incrementa la expansión de esta patología. Los factores genéticos influyen de forma relevante en su formación, pero su origen también se ve motivado por factores ambientales como es un mal seguimiento de hábitos y estilos de vida saludables ^(12,13,14).

El sobrepeso y la obesidad producen grandes problemas y riesgo para la salud de las personas desarrollando otro tipo de enfermedades crónicas. Todo eso se puede prevenir mediante la utilización de estrategias que garanticen la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables que se mantengan a lo largo del tiempo. Para ello, una buena alimentación, actividad física y el bienestar emocional son de vital importancia ^(14,23,24,25).

Por otra parte, determinadas industrias alimentarias intervienen en el plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas para reducir el sobrepeso y la obesidad, siendo el compromiso la reducción de azúcar, grasas saturadas y sal, mejorando la composición de menús, así como cambios en ciertos productos de los dispensadores automáticos para mejorar la alimentación. Todo ello debido al gran gasto económico que genera el tratamiento de la obesidad, así como los factores de riesgos que se pueden presentar para la salud ⁽¹²⁾.

Por ello, es necesario transmitir formación a la población sobre las diversas estrategias que se pueden llevar a cabo para una prevención de la acumulación excesiva de grasa, para que no se generen más patologías y mejore la calidad de vida de las personas ^(31,32,33,39,40,43).

Este trabajo se realizará con un equipo de voluntariado de Cruz Roja de la Sede Local de Santa Cruz de Tenerife para la prevención del sobrepeso y la obesidad del adulto, mejorando su bienestar.

4. HIPÓTESIS

La educación sanitaria sobre las estrategias de prevención del sobrepeso y obesidad en el voluntariado de la Asamblea Local de Santa Cruz de Tenerife de Cruz Roja cuidarán a los usuarios del programa "Atención a Personas en Proceso de Envejecimiento" en la prevención de enfermedades crónicas.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Prevenir la aparición de sobrepeso y obesidad mediante una intervención educativa para el voluntariado de Cruz Roja de la Sede Local de Santa Cruz de Tenerife, para cooperar en el cuidado de la salud de los usuarios pertenecientes al programa de "Atención a Personas en Proceso de Envejecimiento" y así fomentar la adherencia de hábitos y estilos de vida saludables.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mantener un peso corporal saludable.
- Establecer la relación de sobrepeso y obesidad con la salud, antes y después de la intervención.
- Valorar la adherencia de la dieta mediterránea y la actividad física, antes y después de la intervención.
- Valorar el bienestar emocional, antes y después de la intervención.
- Proponer estrategias para prevenir el sobrepeso y la obesidad.
- Ofrecer materiales y herramientas educativas que promuevan la alimentación saludable, la actividad física y el bienestar emocional.

6. METODOLOGÍA

6.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio analítico, longitudinal y prospectivo al equipo de voluntariado de la Sede Local de Cruz Roja en Santa Cruz de Tenerife, que participan en los programas de “Atención a Personas en proceso de envejecimiento” que forma parte del “Programa de Personas Mayores”.

El programa educativo constará de tres fases: una fase inicial con una pre-intervención en la que se realizará una valoración inicial, una fase intermedia con una intervención educativa y finalmente una post-intervención donde se evaluarán los resultados obtenidos.

6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población que participará en el estudio constará del equipo de voluntariado de la Sede de Santa Cruz de Tenerife de Cruz Roja, compuesta por 767 personas, donde 30 participarán en el programa citado anteriormente (5 hombres y 25 mujeres) y que está constituido por 76 usuarios, 17 hombres y 59 mujeres.

Se realizará un muestreo no aleatorio, no probabilístico y de conveniencia. La muestra final estará formada por aquellos voluntarios que decidan participar en el proyecto y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

6.2.1. Criterios de inclusión

- Ser voluntarios de Cruz Roja de la Sede de Santa Cruz de Tenerife.
- Conocimientos básicos de redes sociales.
- Acceso a teléfonos móviles y manejo de aplicaciones móviles.
- Firma de la hoja de consentimiento informado.

6.2.2. Criterios de exclusión

- Personas con morbilidad.
- Usuarios con barrera idiomática.
- Menores de 18 años.

6.3. VARIABLES

Las variables que se tendrán en cuenta en el estudio serán sociodemográficas (edad, género y nivel de estudios), así como conocimientos de sobrepeso, obesidad y efectos en la salud, adherencia a la dieta mediterránea, actividad física y bienestar emocional.

Las preguntas que formarán el cuestionario son abiertas, cerradas, dicotómicas, politómicas y de única respuesta.

6.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Se realizará un cuestionario de elaboración propia como instrumento de medida a partir del Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea ⁽⁴⁸⁾ y el Cuestionario Internacional de actividad Física (IPAQ) ^(31,32) que consta de 30 preguntas (Anexo 3).

6.5. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

Para la realización del proyecto se procederá a la solicitud de los permisos oportunos al Referente de la Asamblea Local de Cruz Roja de Santa Cruz de Tenerife y a la Coordinadora de Intervención Social (Anexos 4 y 5). Una vez se obtenga la autorización, se planificará la recogida de datos mediante el cuestionario, que se compone de variables sociodemográficas (edad, género y nivel de estudios), conocimientos sobre sobrepeso, obesidad y efectos en la salud, adherencia a la dieta mediterránea, actividad física y bienestar emocional del voluntariado. Los datos del Índice de Masa Corporal (IMC), así como los datos de mediciones antropométricas de los usuarios, son facilitados por el responsable del programa "Atención a Personas en Proceso de Envejecimiento" de Cruz Roja.

El cuestionario se validará por medio de un Comité de Expertos y se repartirá previamente a 25 voluntarios de Cruz Roja de la Asamblea Comarcal de Acentejo, con el objetivo de identificar posibles errores.

El proyecto tendrá una duración de 18 meses para desarrollar las tres etapas de pre-intervención, intervención y post-intervención.

6.6. EJECUCIÓN

6.6.1. Fase pre-intervención

Una vez obtenida la conformidad del proyecto, se realizarán reuniones con la Coordinadora de Intervención Social y Técnico de proyectos, responsable del programa “Atención a Personas en Proceso de Envejecimiento”, para organizar el trabajo de campo.

El responsable técnico del programa “Atención a personas en proceso de Envejecimiento” se pondrá en contacto con el equipo de voluntariado asociado para una reunión en la Sede Local de Cruz Roja el día 15 de marzo de 2021.

En la reunión se expondrá el proyecto, los objetivos, la metodología de trabajo y se resolverán las aclaraciones necesarias. Asimismo, se explicarán los criterios de inclusión y de exclusión y se formalizará la inscripción en caso de estar interesados en el programa formativo “Nuevas estrategias para la prevención del sobrepeso y la obesidad en el adulto”. Posteriormente, se les entregará el consentimiento informado (Anexo 6). A continuación, se cumplimentará un cuestionario on-line con una plataforma habilitada, donde se evaluarán sus conocimientos acerca sobrepeso, obesidad y efectos en la salud, adherencia a la dieta mediterránea, actividad física y bienestar emocional. Finalmente, se informará sobre las fechas de comienzo de la intervención educativa.

Por otra parte, se dispondrá de un grupo control del programa “Promoción del envejecimiento saludable”, para la evaluación inicial y final que se utilizará como referencia para comparar con el grupo de intervención.

6.6.2. Fase de intervención

En esta fase se llevarán a cabo los distintos talleres que formarán parte del periodo de educación sanitaria propuesto. Se realizará tanto de forma presencial como no presencial, para aquellos que no puedan acudir a los talleres presenciales, por medio de una retransmisión por webinar. Se llevarán a cabo 3 talleres con una duración de 1 hora y 30 minutos a 2 horas, los jueves a partir del 22 de abril del 2021 de 18:30 horas a 20:00 horas.

Los talleres serán participativos y se apoyarán en presentaciones con diapositivas, realizadas por la herramienta Power Point. Asimismo, se guardarán en el canal de YouTube oficial de Cruz Roja de Santa Cruz de Tenerife para que puedan ser consultadas cuando sea necesario.

Asimismo, para los talleres se contará con cuatro enfermeras, dos médicos y una psicóloga. En todos los talleres, el investigador principal impartirá los talleres de forma conjunta con el resto del equipo investigador. En el primer taller, participará una enfermera de atención comunitaria especializada en nutrición y un endocrinólogo, en el segundo taller, una enfermera de salud mental junto con la psicóloga y en el tercer taller, una enfermera de atención comunitaria con un médico de familia.

En la página web de la Oficina Provincial de Cruz Roja de Santa Cruz de Tenerife se subirá material didáctico relacionado con los contenidos teórico-prácticos impartidos en los talleres, así como se abrirá un foro para incentivar el aprendizaje del equipo de voluntariado y resolver posibles dudas. En caso de querer realizar alguna consulta individual se podrá realizar a través del correo electrónico. Asimismo, el comienzo de los talleres se anunciará por medio de las redes sociales oficiales de Cruz Roja de Santa Cruz de Tenerife (Facebook e Instagram). Cada profesional sanitario responderá a las cuestiones relacionadas con su taller y realizará el material didáctico correspondiente a su programa. De igual forma, todo el equipo de investigación participará durante la resolución de dudas en la retransmisión por webinar de forma conjunta.

Con esta modalidad de enseñanza-aprendizaje se puede mantener un contacto con los participantes y promover el intercambio de experiencias.

Los talleres que se llevarán a cabo son:

- La elección
- Positividad igual a salud
- A vivir se reaprende

Taller 1: La elección

Se comenzará el taller con una breve presentación sobre el proyecto y el desarrollo del programa educativo. Posteriormente, se visualizará el vídeo realizado por Project Better Self llamado “The Choice” (<https://www.youtube.com/watch?v=HEnohs6yYw&t=124s>) y se abrirá un debate sobre lo que han podido observar.

Se realizará una introducción acerca de la importancia de la adherencia a los hábitos y estilos de vida saludables, insistiendo en que una mala alimentación y la falta de actividad física puede repercutir de forma negativa en la salud, así como de los riesgos que conlleva contraer sobrepeso y obesidad. También, se explicará qué es y cómo se calcula el Índice de Masa Corporal (IMC) y cómo influye el bienestar emocional en la toma de decisiones.

Asimismo, se explicará cómo mantener una alimentación saludable y se fomentará la realización de actividad física, mencionando la realización de todas aquellas actividades o deportes que más le gusten a cada persona y el mantenimiento de una vida menos sedentaria con pequeñas acciones incorporadas en la vida diaria.

Luego se explicará en profundidad la dieta mediterránea y se enseñará como crear un acceso directo en el teléfono móvil hacia la página oficial (<https://dietamediterranea.com/>). Una vez creado, se mostrarán los apartados más relevantes que se pueden encontrar en la página, puntualizando el apartado de recetas semanales.

A lo largo de toda la intervención se resolverá cualquier tipo de pregunta del equipo de voluntariado presente en la retransmisión en directo. En caso de que no se puedan conectar en el horario establecido, pueden consultar la formación on-line que estará grabada, así como realizar cualquier duda o alguna observación en el foro habilitado en la página web de la Oficina Provincial de Cruz Roja de Santa Cruz de Tenerife.

Taller 2: Positividad igual a salud

En el segundo taller se centra en la formación sobre el bienestar emocional y su relación en la instauración de hábitos y estilos de vida saludables. Se explicará cómo las emociones influyen en la toma de decisiones y en los factores causantes de un aumento de la ingesta calórica. También, se abordarán las distintas técnicas que se pueden utilizar para fomentar las emociones positivas como los pensamientos fortalecedores, afirmaciones, hablarse de forma positiva, vivir el presente, meditar, respiración consciente, respetarse y mejorar la autoestima entre otras.

Por otra parte, se facilitarán distintas estrategias para mejorar el bienestar. Se realizará un debate reconociendo por medio de diapositivas los tipos de emociones que sienten y el control emocional. A continuación, se mostrarán los distintos materiales que se pueden utilizar diariamente para aprender una mayor gestión emocional y mantener una buena motivación.

Se recomendarán varios podcasts relacionados con el tema, donde profesionales sanitarios hablan sobre las emociones y el autoconocimiento. Entre los podcasts recomendados se encuentran:

- Entiende tu mente
- Practica la psicología positiva
- Speaker salud mental

- Medita podcast: guía de meditación y coach

Por otra parte, se animará a los participantes a la búsqueda de información sobre el tema tratado de forma individual para que se pueda compartir.

Finalmente, se tendrá en cuenta la terapia mindfulness como estrategia de reducción del estrés y mantenimiento de un buen estilo de vida. Se realizará una sesión de 10-15 minutos, con ayuda de una enfermera de salud mental.

Taller 3: A vivir se reaprende

En el tercer taller se aplicarán los conceptos adquiridos anteriormente. Se animará a los asistentes a descargarse las aplicaciones MyFitnessPal, que se encuentra dentro del Directorio Europeo de Apps Sanitarias recomendadas, propuesta por el European Health Forum (<http://myhealthapps.net/#>). Seguidamente, se explicará su funcionamiento, así como su utilidad para mantener una buena motivación y ayudar en la adherencia de hábitos y estilos de vida saludables. En dichas aplicaciones se hará un recuento diario de los alimentos que se ingieren en las distintas comidas del día, así como se llevará un control anotando el tipo actividad física y la duración.

Los voluntarios anotarán en la aplicación una planificación realista sobre el menú para un día, que consistiría en la elección de alimentos saludables para el desayuno, almuerzo, merienda y cena. Incluyendo a su vez si van a realizar cualquier tipo de actividad física.

La fase de intervención del proyecto continúa después de la impartición de los talleres a través de la aplicación MyFitnessPal. Se creará un grupo con los integrantes del equipo de voluntariado dentro de la propia aplicación, donde podrán observar los avances con sus compañeros, así como compartir fotos o experiencias. Esta tarea se mantendrá durante los 66 días siguientes, periodo de tiempo que se tarda en adquirir un hábito. El equipo investigador seguirá facilitando material didáctico, todos los jueves en la misma aplicación, para reforzar los conocimientos, habilidades y actitudes, así como mantener una buena motivación entre los participantes.

6.6.3. Fase post-intervención

Tras la finalización de los 66 días después de que se haya terminado el último taller, el 21 de junio del 2021, se convocará por vía telemática a todo el equipo de voluntariado de “Atención a Personas en Proceso de Envejecimiento” (grupo de intervención) y “Promoción del envejecimiento saludable: salud constante” (grupo de

control) de la Sede Local de Cruz Roja para realizar una evaluación final con el cuestionario que se utilizó en la fase de pre-intervención.

6.7. MÉTODO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizará por medio de la utilización del programa SPSS versión 26.0 en Windows 10.

Las variables cuantitativas expresarán media, desviación típica, mediana, mínimo y máximo. Las variables cualitativas expresarán frecuencia simple y porcentajes. Para poder comparar las variables cualitativas se empleará el test de Chi-cuadrado y para las variables cuantitativas la T-Student.

6.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según expone la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, toda aquella información recogida en el proyecto a través del cuestionario se utilizará únicamente para fines de investigación, los datos se quedarán registrados de forma anónima y se contará con el Consentimiento Informado de los participantes, así como el trabajo será realizado una vez se obtenga la autorización del Referente de la sede local de Cruz Roja de Santa Cruz de Tenerife mediante los permisos expuestos.

6.9. CRONOGRAMA

El proyecto tendrá una duración de 18 meses, desde julio 2020 hasta diciembre 2021, y seguirá el orden que se expone en la siguiente Tabla 3.

| AÑO | 2020 | | | | | | 2021 | | | | | | | | | | | | |
|---|------|---|---|---|---|---|------|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | MES | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Diseño del proyecto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solicitud de permisos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Planificación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Validación de la encuesta y corrección de errores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ejecución | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de datos y presentación final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tabla 3: Cronograma de las fases del proyecto (Elaboración propia)

6.10. LOGÍSTICA

En la Tabla 4 se encuentran expuestos los recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo el proyecto.

Por otra parte, el equipo investigador está formado por 4 enfermeras, 2 médicos y una psicóloga de la plantilla de Cruz Roja.

| Recursos humanos | Material | Costo |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Estadístico | | 900 € |
| Informático de Marketing digital | | 1000 € |
| | Material didáctico y educativo | 700 € |
| | | TOTAL: 2,500 € |

Tabla 4: Recursos humanos y materiales (Elaboración propia)

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Los Círculos de la Vida Saludable. Manual de vida saludable para mediadores sociosanitarios [Internet]. Gobierno de Canarias: Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad; 2017 [citado 20 Jul 2020]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs//content/fc20ddb2e6f-11e8-9c86-c93d917bc677/00.ManualImprircolor.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 20 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Cascales Angosto M. Obesidad: pandemia del siglo XXI [Internet]. 2017 [citado 20 Jul 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/hdl5XFQ>
4. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en España en el informe “The heavy burden of obesity” (OCDE 2019) y en otras fuentes de datos [Internet]. Gobierno España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 [citado 20 Jul 2020]. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Resumen_resultados_informe_OCD-NAOS.pdf
5. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Evaluación y seguimiento de la Estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 [citado 20 Jul 2020]. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/2_Prevalencia_obesidad_adultos.pdf
6. Observatorio Canario de Salud. Prevalencia de la obesidad ¿Cómo ha evolucionado la obesidad en personas adultas? [Internet]. Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias; 2018 [citado 20 Jul 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/bfvS9xQ>
7. Martínez-Villanueva J, González-Leal R, Argente J, Martos-Moreno GA. La obesidad parental se asocia con la gravedad de la obesidad infantil y de sus comorbilidades. An Pediatr (Barc). 2019 abr; 90 (4): 224-231. Disponible en: <https://cutt.ly/Xsvqvgf>

8. Organización Mundial de la Salud (OMS). La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios [Internet]. Washington: OMS; 2017 [citado 25 Jul 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/RsvqGhf>
9. Yáñez-Ortega JL, Arrieta-Cerdán E, Lozano-Alonso JE, Gil Costa M, Gutiérrez-Araus AM, Cordero-Guevara JA et al. Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil. Estudio de una cohorte en Castilla y León, España. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2019 mar; 66 (3): 173-180. Disponible en: <https://cutt.ly/psvwlR7>
10. Cano Martín LM, González González J, Mohedano Moriano A, Viñuela A, Criado-Álvarez JJ. Estado nutricional de una población escolar en España y su relación con hábitos de alimentación y actividad física. *Arch Latinoam Nutr.* 2019; 69 (4): 233-241. Disponible en: <https://cutt.ly/YsvrxTn>
11. Sánchez-Martínez F, Torres Capcha P, Serral Cano G, Valmayor Safont S, Castell Abat C, Ariza Cardenal C et al. Factores asociados al sobrepeso y la obesidad en escolares de 8 a 9 años de Barcelona. *Rev Esp Salud Pública* [Internet] 2016 dic 2 [citado 26 Jul 2020]; 90: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://cutt.ly/VsvtA6H>
12. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas [Internet]. Gobierno de España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2020 [citado 26 Jul 2020]. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/PLAN_COLABORACION_2020.pdf
13. Lecube A, Monereo S, Rubio MA, Martínez-de-Icaya, Martí A, Salvador J et al. Consenso SEEDO 2016 [Internet]. Lleida: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad; 2016 [citado 26 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.seedo.es/images/site/ConsensoSEEDO2016.pdf>
14. Martos-Moreno GA, Serra-Juhé C, Pérez-Jurado LA, Argente J. Aspectos genéticos de la obesidad. *Rev Esp Endocrinol Pediatr.* 2017; 8: 21-32. Disponible en: <https://cutt.ly/Ws9WDE3>
15. Quiroga-de Michelena MI. Obesidad y genética. *An Med (Lima)* [Internet] 2017 [citado 29 jul 2020]; 78 (2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://cutt.ly/hs9WK7z>
16. Ulloa ME, Armeno ML, Mazza CS. Obesidad Monogénica. *Med Infant.* 2017; 24 (3): 294-302. Disponible en: <https://cutt.ly/Xs9W1I3>

17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Datos sobre la obesidad [citado 29 jul 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/fs9EedC>
18. Vinay Srigriripura C, Urooj A, Sindaghatta Krishnarao C, Padukudru Anand M. Validation of Fat-Free Mass Estimation Using Prediction Equations in Male Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Int J Nutr Pharmacol Neurol Dis.* 2017; 7 (4): 94-100. Disponible en: <https://cutt.ly/Xs9Eohj>
19. Costa Moreira O, Alonso-Aubin DA, Patrocinio de Oliveira CE, Candia-Luján R, de Paz JA. Métodos de evaluación de la composición corporal: una revisión actualizada de descripción, aplicación, ventajas y desventajas. *Arch Med Deporte.* 2015; 32 (6): 387-394. Disponible en: <https://cutt.ly/tdZOIWS>
20. Vega Abascal JB, Leyva Sicilia Y, Teruel Ginés R. La circunferencia abdominal. Su inestimable valor en Atención Primaria. *CCM [Internet]* 2019 mar [citado 29 jul 2020]; 23 (1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://cutt.ly/As9EzB4>
21. MedlinePlus. Riesgos de la obesidad para la salud [actualizado 5 ag 2019; citado 29 jul 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/Ms9EnFu>
22. Springer M, Moco S. Resveratrol and Its Human Metabolites - Effects on Metabolic Health and Obesity. *Nutrients [Internet]* 2019 en 11 [citado 29 jul 2020]; 11 (1): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <https://cutt.ly/1s9ETK7>
23. Lee JY, Han K, Han E, Kim G, Cho H, Joon Kim K et al. Risk of Incident Dementia According to Metabolic Health and Obesity Status in Late Life: A Population-Based Cohort Study. *Int J Clin Endocrinol Metab.* 2019 feb 25; 104 (7): 2942–2952. Disponible en: <https://cutt.ly/ys9EDeN>
24. Koski M, Naukkarinen H. Severe obesity, emotions and eating habits: a case-control study. *BMC Obes [Internet]* 2017 en 7 [citado 30 Jul 2020]; 4 (2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://cutt.ly/ss9ELHK>
25. Estilos de vida saludable [Internet]. Gobierno de España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2020 [citado 30 jul 2020]. Disponible en: <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/>
26. Los Círculos de la Vida Saludable. Los Círculos de la Vida Saludable [Internet]. Gobierno de Canarias: Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad; 2017 [citado 20 Jul 2020]. Disponible en: <http://circulosdelavida.es/>

27. Fundación Dieta Mediterránea ¿Qué es la Dieta Mediterránea? [citado 30 Jul 2020]. Disponible en: <https://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/>
28. Jáuregui-Lobera, I. Dietas de moda, dietas milagro, culto a las dietas... sin resultados. JONNPR. 2017; 2 (3): 90-93. Disponible en: <https://cutt.ly/fs9Ru8i>
29. Khawandanah J, Tewfik I. Fat Diets: Lifestyle Promises and Health Challenges. 2016 nov 16; 5 (6): 80-94. Disponible en: <https://cutt.ly/Fs9RdX2>
30. Perea Sánchez JM, Aparicio Vizuet A, Mascaraque Camino M, Ortega RM. Actividad física y sedentarismo como moduladores de la situación nutricional. Nutr Hosp. 2015; 32 (1): 20-22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309243316005.pdf>
31. UMASaludable. Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) [citado 30 Jul 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/idzAm7a>
32. Junta de Andalucía. Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) [citado 30 Jul 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/5s9RE84>
33. Bienestar emocional [Internet]. Gobierno de España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2020 [citado 30 jul 2020]. Disponible en: <https://bemocion.sanidad.gob.es/>
34. Quintero J, Félix Alcántara MP, Banzo-Arguis C, Martínez de Velasco Soriano R, Barbudo E, Silveria B et al. Psicopatología en el paciente con obesidad. Salud Ment [Internet] 2016 jun [citado 30 Jul 2020]; 39 (3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://cutt.ly/Ps9RKUN>
35. Analía Parodi C. Ansiedad, depresión y trastorno de la imagen corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas. Mem Inst Investig Cienc Salud. 2015; 13 (3): 64-74. Disponible en: <https://cutt.ly/Ts9R0LH>
36. Díaz Bess YO, Torres Valiente Y, Despaigne Pérez C, Quintana Martínez Y. La obesidad: un desafío para la Atención Primaria de Salud. RIC. 2018 jun; 97 (3): 680-690. Disponible en: <https://cutt.ly/ws7Ct6X>
37. Martínez MC, García Cedillo I, Estrada Aranda BD. Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. Rev Mex Trastor Aliment. 2016; 7 (1): 32-39. Disponible en: <https://cutt.ly/9s9TqL7>
38. Bimbela Serrano MT. Estrategias de educación terapéutica en el tratamiento de la obesidad del adulto con riesgo cardiovascular en la consulta de enfermería comunitaria

- [Tesis doctoral en Internet]. Universidad de Zaragoza; 2016. Disponible en: <https://cutt.ly/bs9TYgh>
39. Díaz MI, Ruiz, MA, Villalobos A. Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales. UNED, Biblioteca de Psicología; 2017. Disponible en: <https://cutt.ly/Bs9TSgO>
40. Agencia de Salud Pública de Cataluña. Guía pequeños cambios para comer mejor [citado 30 Jul 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/As9TZw6>
41. Pintado-Cucarella S, Rodríguez-Salgado P. Mindful eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect. JBHSI. 2016 nov; 8 (2): 19-24. Disponible en: <https://cutt.ly/As9YrXg>
42. Peralta Pérez G, Lorente Armendáriz I. Acompañamiento Emocional para las familias de niños y adolescentes con diabetes. Sanofi Aventis, S.A.; 2020. Disponible en: <https://cutt.ly/0s9YphG>
43. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas 2020 [citado 30 Jul 2020]. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/plan_colaboracion.htm
44. Ouk Chin S, Keum C, Woo J, Park J, Jin Choi H, Woo J et al. Successful weight reduction and maintenance by using a smartphone application in those with overweight and obesity. Sci Rep [Internet] 2016 nov 7 [citado 30 Jul 2020]; 6 (1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://cutt.ly/bs9YcqB>
45. Patel ML, Hopkins CM, Brooks TL, Bennett GG. Comparing Self-Monitoring Strategies for Weight Loss in a Smartphone App: Randomized Controlled Trial. JMIR MHealth UHealth [Internet] 2019 feb 28 [citado 30 Jul 2020]; 7 (2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://cutt.ly/Us9YWly>
46. West JH, Belvedere LM, Andreasen R, Frandsen C, Cougar Hall P, Crookston BT. Controlling Your “App”etite: How Diet and Nutrition-Related Mobile Apps Lead to Behavior Change. JMIR MHealth UHealth [Internet] 2017 jul 10 [citado 30 Jul 2020]; 5(7) [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://cutt.ly/2s9YOx4>
47. Jeon E, Park H. Development of a Smartphone Application for Clinical-Guideline-Based Obesity Management. Healthc Inform Res. 2015; 21 (1): 10-20. Disponible en: <https://cutt.ly/Ks7T7pP>

48. Fundación Dieta Mediterránea. Test de la Dieta Mediterránea [citado 30 Jul 2020].
Disponible en: <https://dietamediterranea.com/test-de-la-dieta-mediterranea/>

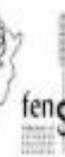
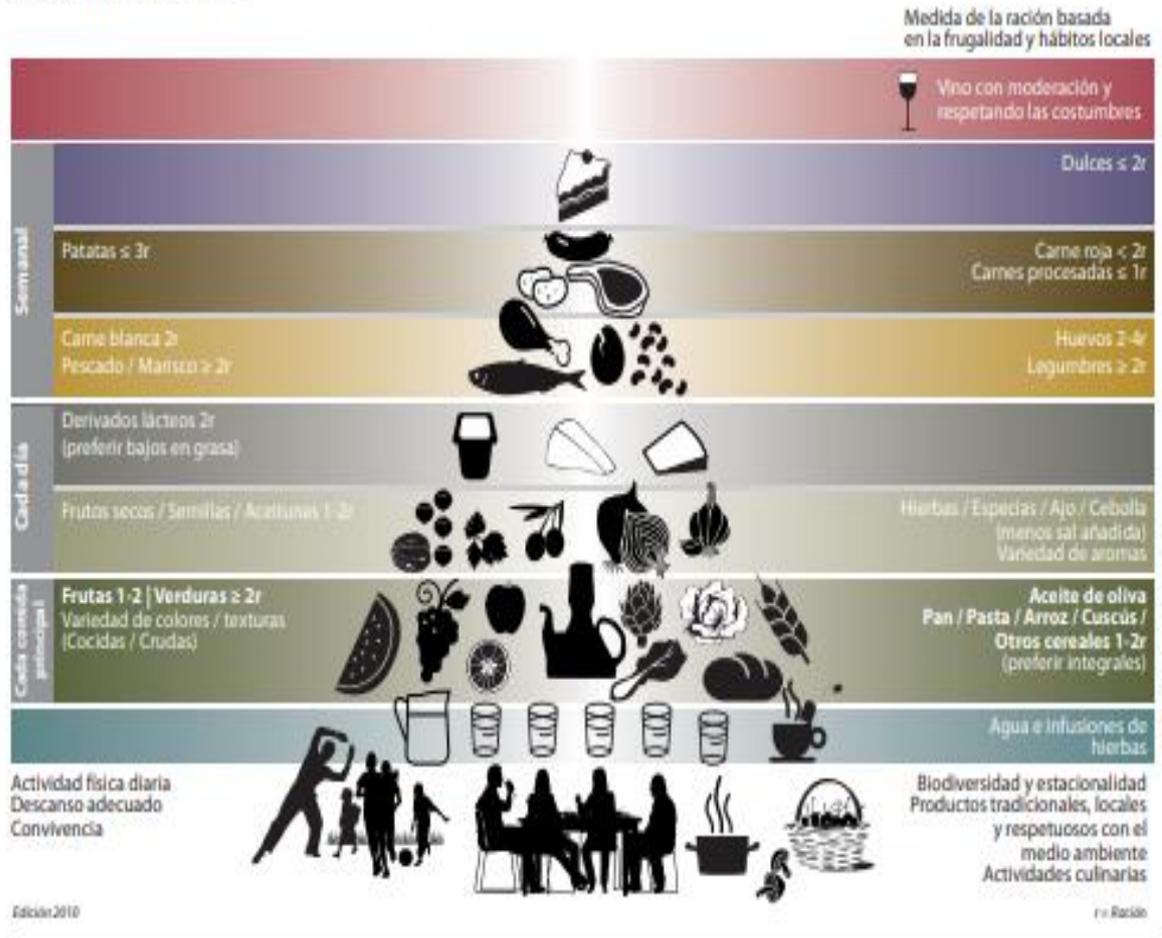
8. ANEXOS

ANEXO 1

Pirámide de la Dieta Mediterránea.

Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual

Guía para la población adulta

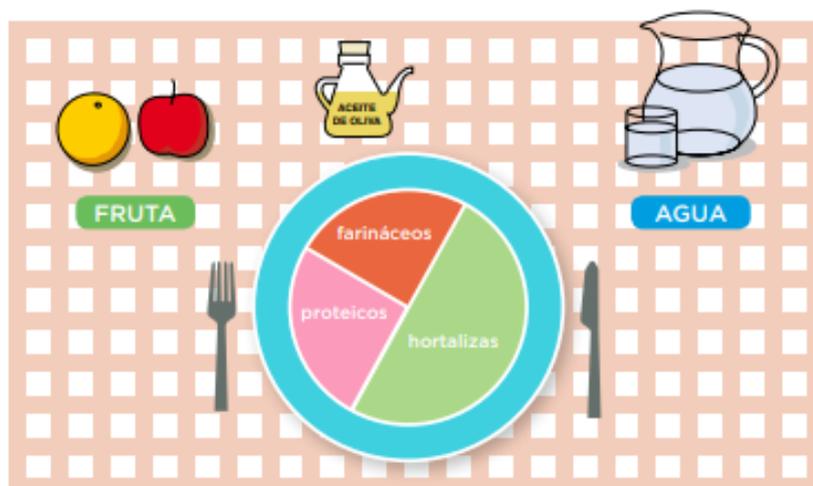


Fundación Dieta Mediterránea ¿Qué es la Dieta Mediterránea? [citado 30 Jul 2020].

Disponible en: <https://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/>

ANEXO 2

Esquema del método del plato.



Agencia de Salud Pública de Cataluña. Guía pequeños cambios para comer mejor [citado 30 Jul 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/As9TZw6>

ANEXO 3**CUESTIONARIO “ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y BIENESTAR EMOCIONAL”**

Variables sociodemográficas

1. Edad _____

2. Género

- a) Mujer
- b) Hombre

3. Nivel de estudios

- a) Ninguno.
- b) Educación secundaria.
- c) Bachillerato.
- d) Formación profesional.
- e) Estudios universitarios.
- f) Estudios post-universitarios (máster, doctorado...)

Conocimientos sobre sobrepeso, obesidad y salud

4. ¿Sabe identificar los valores del Índice de Masa Corporal (IMC)?*

- a) Si
- b) No

*Los datos relacionados con el cálculo del IMC y los valores antropométricos serán aportados por el responsable del equipo de Cruz Roja.

5. ¿Cuáles son las causas del sobrepeso y la obesidad?

- a) Factores genéticos.
- b) Factores ambientales y conductuales.
- c) Enfermedades endocrinas.
- d) a y b son correctas.
- e) Todas son correctas.

6. El sobrepeso y la obesidad pueden ocasionar:

- a) Hipertensión arterial.
- b) Diabetes.
- c) Cáncer.
- d) Problemas articulares.
- e) Todas son correctas.

7. El sobrepeso y la obesidad:

- a) Pueden desarrollar ansiedad y depresión.
- b) No generan ningún tipo de trastorno psíquico.
- c) Pueden causar apneas del sueño y trastornos respiratorios.
- d) a y c son correctas.

Preguntas sobre la dieta mediterránea

8. ¿Usas el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?

- a) Si
- b) No

9. ¿Cuánto aceite de oliva consumes en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)?

- a) 4 o más cucharadas
- b) 2-3,9 cucharadas
- c) 0-1,9 cucharadas

10. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consumes al día? (las guarniciones o acompañamientos = $\frac{1}{2}$ ración) 1 ración=200g

- a) 2 o más raciones
- b) 1-1,9 raciones
- c) 0-0,9 raciones

11. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consumes al día?

- a) 3 o más raciones
- b) 1-2-9 raciones
- c) 0-0,9 raciones

12. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consumes al día? (ración: 100 - 150 g)

- a) 1 ración o más
- b) 0-0,9 raciones

13. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consumes al día? (porción individual: 12 g)

- a) 1 ración o más
- b) 0-0,9 raciones

14. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consumes al día? (porción individual: 12 g)

- a) 1 ración o más
- b) 0-0,9 raciones.

15. ¿Bebes vino? ¿Cuánto consumes a la semana? (porción individual: 12 g)

- a) 7 o más vasos
- b) 3-6,9 vasos
- c) 0-2,9 vasos

16. ¿Cuántas raciones de legumbres consumes a la semana? (1 plato o ración de 150g)

- a) 3 o más raciones
- b) 1-2,9 raciones
- c) 0-0,9 raciones

17. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consumes a la semana? (1 plato pieza o ración: 100 - 150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g de marisco)

- a) 3 o más raciones
- b) 1-2,9 raciones
- c) 0-0,9 raciones

18. ¿Cuántas veces consumes repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana?

- a) 2 raciones o más
- b) 0-1,9 raciones

19. ¿Cuántas veces consumes frutos secos a la semana? (ración 30 g)

- a) 3 o más raciones
- b) 1-2,9 raciones
- c) 0-0,9 raciones

20. ¿Consumes preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (ración 30 g)

- a) Si
- b) No

21. ¿Cuántas veces a la semana consumes los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?

- a) 2 o más raciones
- b) 1-2,9 raciones

0-0,9 raciones

Preguntas sobre actividad física

22. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta? En caso afirmativo, indique las horas y los minutos dedicados en esos días.

- a) Días por semana (indique el número) _____
- b) Horas por día _____
- c) Minutos por día _____
- d) Ninguna actividad física intensa

23. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? No incluya caminar. En caso afirmativo, indique las horas y los minutos dedicados en esos días.

- a) Días por semana (indique el número) _____
- b) Horas por día _____
- c) Minutos por día _____
- d) Ninguna actividad física moderada

24. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos? En caso de caminar durante más tiempo, especifique en total, cuanto dedicó a caminar uno de esos días.

- a) Días por semana (indique el número) _____
- b) Horas por día _____
- c) Minutos por día _____
- d) Ninguna caminata

25. Durante los últimos 7 días ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

- a) Horas por día _____

Minutos por día _____

Preguntas sobre el bienestar emocional

26. ¿Considera que tiene una actitud positiva, donde focaliza su atención en sus fortalezas y capacidades en el día a día, sin realizar comparaciones con otras personas?

- a) Si
- b) No

27. ¿Tiene la paciencia y la confianza necesaria para adquirir nuevos hábitos?

- a) Si
- b) No

28. ¿Potencias el autocuidado buscando momentos placenteros que compartir con los de tu alrededor y realizando aquellas actividades que te proporcionan bienestar?

- a) Si
- b) No

29. ¿Qué hábitos alimenticios lleva a cabo cuando se siente solo, triste o aburrido?

- a) Mantiene una dieta equilibrada
- b) Come en exceso
- c) Come productos procesados en exceso
- d) Come menos de lo habitual

30. ¿Se siente saludable física y emocionalmente?

- a) Si
- b) No

ANEXO 4

Solicitud de permiso al Referente de la Asamblea Local de Cruz Roja de Santa Cruz de Tenerife.

Nombre del proyecto: "Nuevas estrategias de prevención del sobrepeso y la obesidad en el adulto"

Investigadora Principal: Yaiza María Morales Padrino

Correo electrónico: yaizamoralespadrino@gmail.com

El presente documento tiene como finalidad obtener los permisos necesarios para la realización del proyecto "Nuevas estrategias de prevención del sobrepeso y la obesidad en el adulto".

Se pretende prevenir la aparición de sobrepeso y obesidad mediante una intervención educativa para el voluntariado de Cruz Roja de la Sede Local de Santa Cruz de Tenerife, para cooperar en el cuidado de la salud de los usuarios pertenecientes al programa de "Atención a Personas en Proceso de Envejecimiento" y así fomentar la adherencia de hábitos y estilos de vida saludables.

La intervención educativa consta de tres fases:

- Fase de pre-intervención: se entregará un cuestionario para la valoración inicial, donde se encuentran las variables sociodemográficas, conocimientos sobre obesidad y salud, adherencia a la dieta mediterránea, realización de actividad física y bienestar emocional.
- Fase intervención: se realizarán tres talleres telemáticos presenciales denominados "La elección", "Positividad igual a salud" y "A vivir se reaprende". Posteriormente, se continúa la formación on-line durante 66 días.
- Fase de post-intervención: se volverá a facilitar el mismo cuestionario para la valoración final.

Se adjunta el proyecto y el cuestionario.

Firmado:

En _____, a ____ de _____ de 2020.

ANEXO 5

Solicitud de permiso a la Coordinadora de Intervención Social del programa “Atención a Personas en Proceso de Envejecimiento”

Nombre del proyecto: “Nuevas estrategias de prevención del sobrepeso y la obesidad en el adulto”

Investigadora Principal: Yaiza María Morales Padrino

Correo electrónico: yaizamoralespadrino@gmail.com

El presente documento tiene como finalidad obtener los permisos necesarios para la realización del proyecto “Nuevas estrategias de prevención del sobrepeso y la obesidad en el adulto”.

Se pretende prevenir la aparición de sobrepeso y obesidad mediante una intervención educativa para el voluntariado de Cruz Roja de la Sede Local de Santa Cruz de Tenerife, para cooperar en el cuidado de la salud de los usuarios pertenecientes al programa de “Atención a Personas en Proceso de Envejecimiento” y así fomentar la adherencia de hábitos y estilos de vida saludables.

La intervención educativa consta de tres fases:

- Fase de pre-intervención: se entregará un cuestionario para la valoración inicial, donde se encuentran las variables sociodemográficas, conocimientos sobre obesidad y salud, adherencia a la dieta mediterránea, realización de actividad física y bienestar emocional.
- Fase intervención: se realizarán tres talleres telemáticos presenciales denominados “La elección”, “Positividad igual a salud” y “A vivir se reaprende”. Posteriormente, se continúa la formación on-line durante 66 días.
- Fase de post-intervención: se volverá a facilitar el mismo cuestionario para la valoración final.

Se adjunta el proyecto y el cuestionario.

Firmado:

En _____, a ____ de _____ de 2020.

ANEXO 6

Consentimiento informado para el equipo de voluntariado del proyecto

Nombre del proyecto: “Nuevas estrategias de prevención del sobrepeso y la obesidad en el adulto”

Investigadora: Yaiza María Morales Padrino

Correo electrónico: yaizamoralespadrino@gmail.com

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Enfermería. Sede de Tenerife, Universidad de La Laguna.

El presente documento tiene como finalidad obtener los permisos necesarios para la realización del proyecto “Nuevas estrategias de prevención del sobrepeso y la obesidad en el adulto”.

Se pretende prevenir la aparición de sobrepeso y obesidad mediante una intervención educativa para el voluntariado de Cruz Roja de la Sede Local de Santa Cruz de Tenerife, para cooperar en el cuidado de la salud de los usuarios pertenecientes al programa de “Atención a Personas en Proceso de Envejecimiento” y así fomentar la adherencia de hábitos y estilos de vida saludables.

La participación en el proyecto es completamente voluntaria. En caso de estar interesado es necesario que firme este consentimiento informado. Una vez se firme el documento está en su derecho de cambiar de opinión y abandonar sin aviso previo.

A continuación, se explicará brevemente el trabajo y las fases de las que se compone. En caso de tener algún tipo de duda, puede transmitirla al correo electrónico facilitado al comienzo del presente documento para ponerse en contacto con el equipo.

La intervención educativa consta de tres fases:

- Fase de pre-intervención: se entregará un cuestionario para la valoración inicial, donde se encuentran las variables sociodemográficas, conocimientos sobre obesidad y salud, adherencia a la dieta mediterránea, realización de actividad física y bienestar emocional.
- Fase intervención: se realizarán tres talleres telemáticos presenciales denominados “La elección”, “Positividad igual a salud” y “A vivir se reaprende”. Posteriormente, se continúa la formación on-line durante 66 días.
- Fase de post-intervención: se volverá a facilitar el mismo cuestionario para la valoración final.

Según expone la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, toda aquella información recogida en el proyecto a través del cuestionario se utilizará únicamente para fines de investigación. Los datos quedarán registrados de forma anónima sin ningún posible acceso externo a ellos.

Yo, Don/Doña _____,
con DNI _____, declaro que he leído la información del proyecto a participar, donde se me ha facilitado información, se me han explicado las características del mismo y sus objetivos. Asimismo, se me ha informado acerca de la confidencialidad de mis datos personales y se me ha informado que puedo retirar mi participación en el estudio en cualquier instante. Otorgo de forma voluntaria mi consentimiento para participar.

Firmado:

En _____, a ____ de _____ de 2020.