



Licenciatura en nutrición

Trabajo final integrador

**“HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES OBESOS EN
ETAPA DE MANTENIMIENTO”**

Alumna: Taja Weingast, Raia

Docente: Lic. Ruiz, Florencia

Lic. Carranza, Carla

Marzo- Diciembre 2015

Agradecimientos

A mi madre y hermana, por su apoyo incondicional.

A mis amigos, compañeros y docentes de esta hermosa carrera.

*A las autoridades de ALCO, por darme total libertad para realizar este
trabajo.*

Índice

Introducción-----	6
Marco teórico	
- Situación actual-----	7
- Desarrollo de principales conceptos-----	7
- Estado del arte-----	12
Problema de investigación-----	15
Objetivos-----	16
Metodología-----	17
Resultados	
- Etapa de mantenimiento-----	22
- Conocimientos adquiridos-----	23
-Importancia del entorno social-----	24
- Práctica de conductas saludables-----	24
- Grupos de alimentos con resultados más destacados-----	25
Discusión-----	26
Conclusiones-----	28
Bibliografía-----	30
Anexos-----	32

Índice de abreviaciones

Siglas y Abreviaturas

ALCO: Asociación de lucha contra la obesidad

BMI: BodyMassIndex

CDLN: Casa de la Nutrición

IMC: índice de masa corporal

OMS: Organización mundial de la salud

PA: peso actual

PH: peso habitual

PI: peso ideal

PIC: peso ideal corregido

PP: peso posible

TC: terapia conductual

HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES OBESOS EN ETAPA DE MANTENIMIENTO

Autor: Taja Weingast, Raia **E-mail:** raiw87hotmail.com

Universidad Isalud

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica multicausal. El objetivo de cualquier intervención para el tratamiento debe de ir más allá que la reducción de peso y mantenimiento siendo imprescindible la modificación de hábitos de alimentación. **Objetivo:** conocer cuáles son los comportamientos y hábitos alimentarios que tienen las personas con obesidad en etapa de mantenimiento que asisten a ALCO sede central y cómo influye en esta etapa el entorno social. **Materiales y Métodos:** estudio descriptivo transversal. Se realizó un cuestionario sobre conocimientos de porciones y equivalencias de alimentos; importancia del entorno social. Las conductas alimentarias se evaluaron por registro alimentario de las 25 personas que conformaron la muestra, mediante la estimación de la ingesta diaria de alimentos, respecto a lo recomendado por la Casa de la Nutrición. **Resultados:** El 72% se encontraba ya en mantenimiento por más de un año. Para el 88% el entorno social fue importante en esta etapa. El 72% tuvo un puntaje adecuado de conocimiento en porciones y equivalencias, mientras que un 28% fue sobresaliente. El 55% del total de la muestra (n=14) cubrieron más del 60% de las porciones recomendadas por la casa de la nutrición, de al menos 4 de 6 grupos de alimentos. Solo el 20% (n=5) se adecuó a las recomendaciones de cereales. **Conclusiones:** Se observó en la etapa de mantenimiento elevado adquisición de conocimientos sobre conductas alimentarias y una buena ingesta de al menos 4 grupos de alimentos, destacando la importancia del entorno social por parte de los participantes.

Palabras claves: obesidad; ALCO; etapa de mantenimiento; entorno social; conductas saludables; dieta.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la obesidad es una pandemia. Diariamente los medios informativos hacen referencia a este problema. El sobrepeso y la obesidad forman parte de conversaciones cotidianas y la publicidad nos bombardea ofreciendo curas milagrosas para este problema, mientras estamos sumergidos en un entorno social que enaltece un modelo corporal exageradamente esbelto. Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en 2005 había aproximadamente 400 millones de adultos obesos y se estima para el año 2015 serán aproximadamente 2 300 millones de personas con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad (Morales González. 2010).

Si bien por muchos años la sociedad se mostró hostil hacia las personas obesas, esta actitud parece estar cambiando con el reconocimiento de que la obesidad es una enfermedad compleja y multideterminada, con un componente genético y de carácter crónico. Además, diversos estudios sugieren que los factores fisiológicos y genéticos puedan limitar la cantidad de peso que un individuo puede perder y mantener. Estos resultados han llevado a una nueva empatía por los individuos con sobrepeso, así como a un cambio en las metas del tratamiento de la obesidad (Vázquez Velázquez. 2004).

Al momento de plantear un tratamiento, los pacientes con obesidad pueden generar angustia y decepción, ya sea por falta de apego al tratamiento nutricional, por mentiras deliberadas, por las alteraciones en la percepción de las raciones y tamaño de los alimentos, etc. Sin embargo, es indispensable recordar que las enfermedades crónicas deben ser tratadas con paciencia, ya que se trata de personas que tienen un padecimiento incurable y con un tratamiento que no es pasajero, sino que requiere el cambio en el estilo de vida. Adquirir nuevos y buenos hábitos alimentarios, conductas, creencias acertadas, son la clave del éxito y del mantenimiento del peso alcanzado, deseado, confortable o posible, en el tiempo (Cormillot, 2008).

Bajo este marco multicausal el objetivo de cualquier intervención para el tratamiento de la obesidad, debe de ir más allá que la reducción de peso y mantenimiento del mismo a través de un plan alimentario y educación nutricional., también es imprescindible la introducción de distintas técnicas cuyo objetivo principal sea la modificación de hábitos de alimentación que permitan una mayor adhesión al tratamiento y un cambio de actitud ante su enfermedad (Moreno et al,2000).

MARCO TEÓRICO

-SITUACIÓN ACTUAL

El problema de la obesidad crece notablemente y se ha transformado en uno de los desafíos de la Medicina en el comienzo del siglo XXI (Torresani & Somoza. 2009).

Considerada desde 1998 epidemia por la OMS, es uno de los principales problemas actuales, ascendente, y progresivo para todos los países y regiones, que afecta por igual etnias, sexos y edades, y posee en forma directa o indirecta una base de predisposición hereditaria, genética (Guerra. 2012).

Las investigaciones en obesidad se multiplican en todo el mundo y; actualmente, conforman uno de los campos de la ciencia en más rápido crecimiento (Hernández Triana& Ruiz Álvarez, 2007).

-DESARROLLO DE PRINCIPALES CONCEPTOS

Alimentación: es el conjunto de acciones mediante las cuales se proporcionan los alimentos indispensables al organismo.

Nutrición: es el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo incorpora, transforma y utiliza los nutrientes contenidos en los alimentos.

Dietética: es la ciencia que se ocupa de evaluar la utilización de los alimentos de forma adecuada.

Nutrientes: son las sustancias químicas exteriores que necesita la célula para realizar sus funciones vitales.

Pueden ser:

Macronutrientes o principios inmediatos (requeridos en grandes cantidades):

Proteínas: son macronutrientes primarios para el crecimiento y mantenimiento de la estructura corporal (incluido el músculo). No pueden almacenarse por lo que deben ser repuestas diariamente a través de la dieta. El Valor o Calidad Biológica de las Proteínas es la capacidad de una determinada proteína de aportar todos los aminoácidos necesarios para los seres humanos. Es mayor cuanto más similar sea su composición a la de las proteínas humanas, de hecho el patrón con el que se comparan es la proteína de la clara del huevo.

Grasas: son la fuente energética a largo plazo y la reserva energética (tejido adiposo) del cuerpo, necesaria para la absorción y el transporte de las vitaminas liposolubles y constitución de las hormonas y membranas celulares.

Hidratos de carbono: son la fuente primaria energética del cuerpo, quemados como glucosa y almacenada en el músculo como glucógeno (el exceso se acumula como grasa).

Micronutrientes (requeridos en pequeñas cantidades:

Vitaminas: son moléculas orgánicas esenciales para las transformaciones bioquímicas necesarias para el metabolismo.

Minerales o sustratos inorgánicos de la vida.

Dieta: es el conjunto de alimentos o mezclas de alimentos que se consumen habitualmente.

Dieta equilibrada, adecuada o saludable: es aquella que contiene todos los alimentos necesarios para conseguir un estado nutricional óptimo y que, por tanto, cubra los siguientes objetivos:

Que el número de calorías aportado sea el suficiente para llevar a cabo los procesos metabólicos y de trabajo físico necesarios.

Que permita el mantenimiento o consecución del peso ideal.

Que suministre suficientes nutrientes con funciones plásticas, energéticas y reguladoras.

Que las cantidades de cada uno de los nutrientes estén equilibradas entre sí y que aporte todas las vitaminas y minerales en cantidades no inferiores a 2/3 de las Cantidades diarias recomendadas (Escribano Garcia et al., 2009).

El peso corporales un parámetro global. Siendo varias las denominaciones de peso que se manejan, en un paciente obeso se deberá evaluar:

Peso actual (PA): es el peso que presenta el paciente al momento de la entrevista.

Peso habitual o usual (PH): es el que refiere el paciente que ha mantenido en los últimos años.

Peso deseado: es el peso que el paciente aspira a alcanzar, donde considera que se sentirá mejor.

Peso ideal (PI): es el peso dado por tablas o formulas, en relación a una talla, edad y contextura, en el cual se obtiene mayor expectativa de vida.

Peso ideal corregido (PIC): es el peso calculado en función al porcentaje de masa grasa metabólicamente activa que presenta el paciente.

Peso posible (PP): es el peso posible o factible de alcanzar y mantener luego del tratamiento, en función de variables que se van presentando a medida que transcurren los años

El PA y PH, se utilizan para la valoración antropométrica. El PI se emplea para la determinación del PIC, el cual se utiliza para la determinación de las necesidades energéticas, según el método empleado. El peso deseado y PP, se tienen en cuenta para establecer las metas del tratamiento, y responder a la expectativa del paciente sobre cuánto debe o puede pesar (Torresani & Somoza, 2009).

En ALCO utilizan el PP, para que los miembros de los grupos puedan sacar el mismo a través de una fórmula (*ver anexo 1*) y así, orientarse acerca de cuánto es el máximo peso que pueden bajar y mantener cómodamente (Cormillot, 2012).

El índice de masa corporal (**IMC**) o índice de Quetelet o BodyMassIndex(**BMI**) es la manera más utilizada internacionalmente y en la actualidad para evaluar la adecuación del peso en base a la talla, se considera además un predictor del riesgo de morbimortalidad (Suarez & Lopez, 2012).

La determinación del mismo se basa en la relación del peso (expresado en kilogramos) con la altura (expresada en metros) elevada al cuadrado (Braguinzky, 2006).

Tabla n° 1- Clasificación de sobrepeso y obesidad según IMC

IMC	Interpretación
18,5	Delgadez o bajo peso
18,5-24,9	Peso normal, sano, saludable
25,00- 29,9	Sobrepeso
30,0-34,9	Obesidad grado I
35,0-29,9	Obesidad grado II
40	Obesidad grado II o mórbida

Fuente: OMS, 1998.

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2015).

Es una enfermedad crónica que se puede controlar, pero no curar. En su etiología participan varios factores, no siendo la sobrealimentación el único factor (Torresani & Somoza, 2009).

Enfermedades crónicas: son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes (OMS. 2015).

Conducta alimentaria: se define como el comportamiento relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos, formas de preparación, cantidades y frecuencias de ingesta (Osorio E.et al, 2002).

Objetivos del tratamiento para la reducción de peso corporal:

Objetivos generales: reducir el peso corporal; Mantener un peso corporal más bajo a largo plazo; Como mínimo, prevenir la ganancia de peso. Es posible mantener una pérdida moderada de peso si el tratamiento es continuado. Es preferible mantener a largo plazo una reducción moderada de peso que la recuperación del peso corporal tras una pérdida intensa de peso. Si hay éxito se puede intentar una pérdida adicional si, tras una nueva evaluación, estuviera indicada. La recomendación deriva del hecho de que en los ensayos con dietas hipocalóricas se produce una pérdida media del 8% del peso corporal basal; como en este resultado se incluye a las personas que no pierden peso, se considera razonable establecer un objetivo individualizado de pérdida del 10% del peso corporal (Amzallag.2000).

Mantenimiento del peso: en el pasado, la consecución del objetivo de pérdida de peso suponía el final del tratamiento para el control del peso corporal. Pero es difícil mantener la pérdida de peso a largo plazo (3-5 años), produciéndose normalmente su recuperación, a no ser que se continúe indefinidamente un programa de mantenimiento de peso.

El sobrepeso y la obesidad constituyen trastornos crónicos del metabolismo energético cuyo control requiere la realización de cambios permanentes en el estilo de vida, adoptando conductas saludables en relación con la alimentación y la actividad física, con el fin de corregir la ingestión excesiva de energía alimentaria y eliminar el sedentarismo (Arrizabalaga et al. 2005).

Etapas de mantenimiento: etapa en la cual existe un compromiso con el nuevo comportamiento, se busca modificar activamente el entorno, mantener la conducta cambiada, mantener el peso alcanzado y prevenir una posible recaída (Cormillot. 2012).

Grupos de autoayuda:

La autoayuda y la ayuda mutua son, en esencia, tan antiguas como los seres humanos. Aprendemos a cuidarnos y a ayudarnos unos a otros desde muy pequeños y este aprendizaje está integrado y es parte esencial de toda nuestra vida. Lo que sí es novedoso es el hecho de que los profesionales de salud y de servicios sociales estemos tan interesados actualmente por los beneficios de los grupos y programas encaminados a potenciar la autoayuda y en general los sistemas informales de ayuda. La definición clásica de Katz y Bender (1976) entiende estos grupos como “estructuras grupales voluntarias y pequeñas de ayuda mutua que tienen como fin conseguir un determinado objetivo”. Ese objetivo puede ser: satisfacer una necesidad común; superar un obstáculo común o problema que perturba seriamente la vida; conseguir cambios sociales o personales deseados

Los grupos de autoayuda organizados como tales surgieron en EE.UU., en el período histórico de entreguerras, en los años 40, a partir de la publicación del libro de Alcohólicos Anónimos en 1939 por dos ex alcohólicos. La gran expansión que tuvieron los grupos de Alcohólicos Anónimos permitió que otros colectivos, empezando por adolescentes y familiares de personas alcohólicas (Alateen y Alanon), adaptaran el programa de los doce pasos a sus propias necesidades de recuperación. Así surgieron los grupos de Co-dependientes Anónimos, Cocainómanos Anónimos, Heroínómanos Anónimos, Jugadores Anónimos... y un sinnúmero de grupos basados en la misma filosofía y guiados por el programa de los doce pasos adaptado según el tipo de situación que se tratara (Villalba Quesada, 1996).

Asociación de lucha contra la obesidad (ALCO):

La fundación ALCO nace como idea durante el año 1967, cuando un grupo de personas empezó a reunirse en la sala de espera de la Clínica Cormillot, dedicada al tratamiento de la obesidad, en el barrio de Flores.

El objetivo del grupo era conversar sobre dietas, recuperación, alimentación, y obesidad, realizando tareas en conjunto referidas a tales temas. Ese primer intento fue un grupo cerrado, integrado por 20 personas y coordinado por el Dr. Alberto Cormillot. Cormillot comienza a unir su experiencia con la de Alcohólicos Anónimos, y se contacta con Héctor G, fundador de Alcohólicos Anónimos en la Argentina y con Marga L, una persona recuperada. En un trabajo en conjunto, surge el primer material literario para Fundación ALCO, inspirada en la de Alcohólicos Anónimos. Finalmente, a partir de junio de 1974 comenzaron a establecerse diferentes grupos, en todo el ámbito de la ciudad de Buenos

Aires.

ALCO fue multiplicándose y extendiéndose por toda la República Argentina. En la actualidad existen 678 grupos, con sedes también en Uruguay, Paraguay, Chile, Perú, Estados Unidos, Canadá, España, Israel y Australia.

ALCO se constituye como la institución de habla hispana más importante que lucha contra la obesidad y está reconocida por la OMS.

La fundación ha desarrollado su programa educativo para una mejor calidad de vida tomando en cuenta los más nuevos conocimientos a través de su centro de investigaciones en nutrición, alimentos y sociedad (CINAS) y con el apoyo del Instituto Argentino de Nutrición.

Como pilar en el programa para adelgazar de ALCO, se encuentra La Casa de la Nutrición(CDLN), la cual sugiere una forma de planificar la incorporación de todos los grupos de alimentos de acuerdo al sitio y espacio que ocupan las ilustraciones (*ver anexo 2*) (Cormilot, 2012).

- ESTADO DEL ARTE

En el año 2001, el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" de Cuba, realizó un trabajo acerca del Estilo de vida como factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. Mediante revisión bibliográfica, se analizó la importancia del modo y estilo de vida en la aparición de la obesidad, así como también las distintas facetas que se aplican en el tratamiento de esta patología y sus resultados. Algunos de sus objetivos más relevantes fueron: destacar la importancia del estilo de vida en la aparición de la obesidad, así como la influencia de los cambios de este en los resultados del tratamiento de la enfermedad.; Conocer la relación entre la actividad humana y el proceso salud-enfermedad en lo que respecta a la obesidad como estado morboso; Conocer la relación existente entre dieta y estilo de vida en los pacientes obesos. De acuerdo con lo antes planteado se concluyó entre otras cosas en que en la obesidad, ciertos estilos de vida incorporados en ocasiones desde la infancia o adquiridos en el adulto bajo la influencia de condiciones psico-socio-culturales, constituyen el factor culminante en la aparición de la enfermedad y su modificación, objetivo supremo del tratamiento. Que la actividad humana entremezcla procesos biológicos, psíquicos, y es la obesidad un trastorno del equilibrio salud-enfermedad que ejemplifica al máximo la interacción de estos 3 sistemas (Barceló Acosta, Borroto Díaz. 2001).

La Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana (México) publicó en el año 2009 un estudio abordado desde una perspectiva fenomenológica. El mismo trató de recrear a través de los discursos de 22 personas que sufrieron obesidad ($IMC > 30$)¹ y que han mantenido su peso bajo los índices de normalidad ($IMC =$ o menor a 25) por lo menos en 3 años, la experiencia vivida en el proceso de bajar y mantener el peso. El material se recopiló por medio de entrevistas a profundidad a 9 hombres y 13 mujeres que viven en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Los resultados del estudio muestran, que independientemente de las características sociodemográficas y el tipo de tratamiento utilizado para bajar de peso, estrategias psicológicas tales como la toma de conciencia hacia la comida y una firme decisión, se convierten en factores importantes en la lucha para conservar la pérdida de peso con éxito. Perder peso y lograr mantenerlo trae consigo transformaciones en la autoestima, aumenta la confianza en sí mismo al mismo tiempo que se producen modificaciones en la manera de comer que redundan en cambios notables en la salud (Garza & Ávila Ortiz. 2009).

También en 2009, se publicó en la revista *Nutrición Hospitalaria* (España) un artículo donde se realiza una revisión de casos clínicos e información sobre nuevos enfoques en el tratamiento de la obesidad, haciendo foco en la terapia conductual y como esta busca desarrollar habilidades que promuevan un peso saludable. En lugar de qué cambiar, se trata de identificar cómo cambiar, pues modificar el estilo de vida es esencial para cualquier tratamiento de la obesidad, ya sea dietético, farmacológico, quirúrgico, etc. Esta revisión presenta una perspectiva renovada de la TC para la obesidad, ofrece puntos clave y describe vías específicas por las que el profesional médico puede promover la participación activa de los pacientes (Garaulet&Perez de Heredia. 2009).

En Venezuela, Caracas, la Universidad Simón Bolívar, realizó en 2011 un trabajo con el objetivo de determinar la capacidad predictiva de la autoeficacia percibida y el locus del control en la autorregulación del peso, en personas obesas que asisten a tratamiento. El trabajo se desarrolló dentro de la línea de investigación "Control personal de la alimentación y peso". Concretamente, se realizó una investigación no experimental, bajo un diseño correlacional, de corte transversal, en una muestra de 243 personas obesas. Se administraron, de forma individual y en formato papel y lápiz, el Inventario de autorregulación del peso, Inventario de autoeficacia percibida en la regulación del peso e Inventario de locus de control del peso. Los resultados del estudio demuestran que las personas obesas que se sienten capaces de controlar su peso, y a la vez tienen creencias débiles de que su peso depende de sus acciones, son aquellas que reportan mayor autorregulación del peso. Estos resultados sugirieron

aspectos a considerar en los tratamientos cognitivo-conductuales dirigidos al control de la obesidad. Específicamente, las intervenciones debieran dirigirse a entrenar a personas en tratamiento de la obesidad en habilidades de autorregulación y cambio de creencias relacionadas con su peso (Lugli.Rivero. 2011).

En el año 2011 el Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de la Universidad de Salamanca, España, en conjunto con otras universidades de España y México, realizó un trabajo cuyo objetivo fue el de analizar y reflexionar, a través de la literatura científica, sobre la necesidad de educar y entrenar en dos procesos centrales e inductores de la pérdida de peso, como son la autorreflexión y la volición, muy relacionados con el correcto desarrollo psicológico de las personas, partiendo de que la mayoría de los tratamientos están orientados a mantener el equilibrio entre el ingreso (dieta) y el gasto (actividad física) energético, mientras los factores psicológicos, y en menor grado los sociodemográficos, no reciben la importancia que merecen por su papel en la etiología y desarrollo de este problema de salud. Se llegó a la conclusión de que la focalización en los aspectos volitivos y autorreflexivos de la conducta en personas con sobrepeso podría mejorar la efectividad del tratamiento por la estrecha relación que mantienen con la motivación ("querer adelgazar") y el auto concepto ("imagen de uno mismo"), procesos que se han mostrado importantes en la reducción de peso (Gordillo et al. 2011).

En los estudios anteriormente mencionados, que fueron realizados en los últimos 15 años tanto en América como en Europa, se hizo foco en la importancia del estilo de vida como factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso en sus distintas etapas. Como así también en como estrategias psicológicas se convierten en factores importantes en la lucha para conservar la pérdida de peso con éxito. Plantean específicamente que las intervenciones debieran dirigirse a entrenar a personas en tratamiento de la obesidad, en habilidades de autorregulación y cambio de creencias relacionadas con su peso, partiendo de que la mayoría de los tratamientos están orientados a mantener el equilibrio entre el ingreso (dieta) y el gasto (actividad física) energético, mientras los factores psicológicos, y en menor grado los sociodemográficos, no reciben la importancia que merecen por su papel en la etiología y desarrollo de este problema de salud.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los comportamientos y hábitos alimentarios adquiridos en pacientes obesos en etapa de mantenimiento que asisten a los grupos de la Agrupación de lucha contra la obesidad (ALCO), sede central, entre Octubre-Noviembre de 2015? ¿Y cómo influye en esta etapa el entorno social?

OBJETIVOS

Objetivos generales

Evaluar los comportamientos y hábitos alimentarios tienen las personas con obesidad en etapa de mantenimiento que asiste a los grupos de ALCO, sede central, entre los meses de Octubre- Noviembre de 2015 y su relación con el entorno social.

Objetivos específicos

Describir la duración de la etapa de mantenimiento y evaluar su relación con los conocimientos adquiridos acerca de tamaño de porciones y equivalencias, mediante cuestionario

Identificar grupos de alimentos y porciones diarias de los mismos, que eligen consumir los pacientes obesos en etapa de mantenimiento, y cuál es su adecuación respecto a los sugeridos por el plan de ALCO, mediante el análisis de los registros individuales de ALCO.

Evaluar la práctica de conductas saludables, mediante análisis de registros alimentarios individuales, de ALCO

Identificar cuán importante es el rol que desempeña el entorno social en el cual está inmerso en esta etapa, mediante cuestionario.

METODOLOGÍA

Tipo de diseño de la investigación:

El diseño del trabajo realizado fue de tipo observacional descriptivo transversal.

Población y muestra:

Población: pacientes que asistieron a los grupos de ALCO y se encontraban en etapa de mantenimiento en el periodo octubre-noviembre de 2015 (25 personas).

Muestra: hombres y mujeres de entre 19 y 80 años que asistieron a los grupos de ALCO sede central de la C.A.B.A. y se encontraban en etapa de mantenimiento durante el mes de Octubre de 2015(25 personas)

Tipo de Muestreo: no probabilístico accidental.

Criterios de inclusión: hombres y mujeres de entre 19 y 80 años que asistieran a los grupos de ALCO sede central y se no se encontraran en etapa de mantenimiento.

Criterios de exclusión:

Hombres y mujeres que no acepten formar parte del estudio.

Criterios de Eliminación: registros alimentarios incompletos. Cuestionarios incompletos.

HIPÒTESIS

Más del 50 % de los obesos en etapa de mantenimiento, a pesar de adquirir herramientas y conocimiento sobre alimentación saludable, no llegan a cubrir las porciones de alimentos recomendadas por el plan de ALCO, siguiendo en muchos casos dietas restrictivas.

VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	CATEGORIA	TECNICA INSTRUMENTO
DURACIÓN DE LA ETAPA DE MANTENIMIENTO	<p>DURACIÓN: Tiempo que dura algo o que transcurre entre el comienzo y el fin de un proceso (RAE. 2012)</p> <p>ETAPA DE MANTENIMIENTO: Etapa en la cual existe un compromiso con el nuevo comportamiento, se busca modificar activamente el entorno, mantener la conducta cambiada, mantener el peso alcanzado y prevenir una posible recaída (Cormillot. 2012).</p>	<p>Tiempo de duración de etapa de mantenimiento</p> <p>Medido en meses</p>	<p>POCA DURACIÓN: menos de 4 meses</p> <p>MEDIANA DURACIÓN: entre 6 meses y 11 meses</p> <p>LARGA DURACIÓN: más de 1 año. (Cormillot, 2012)</p> <p>ADECUADO: 8-14</p>	Encuesta Cuestionario Estructurado
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS SOBRE PORCIONES Y EQUIVALENCIAS	<p>CONOCIMIENTO: - Entendimiento, inteligencia, razón natural;-Cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida en que están activas (RAE. 2012)</p>	<p>Conocimiento de la cantidad de porciones y equivalencias acertadas</p>	<p>aciertos</p> <p>INADECUADO: menos de 8</p> <p>SOBRESALIENTE: MAS DE 14 ACERTADOS</p>	

	<p>PORCIÓN: Cantidad de comida que diariamente se da a alguien para su alimento, y en especial la que se da en las comunidades (RAE. 2012).</p> <p>EQUIVALENCIAS: Igualdad en el valor, estimación, potencia o eficacia de dos o más cosas (RAE. 2012)</p>			<p>Encuesta</p> <p>Cuestionario Estructurado</p>
<p>PRÁCTICA DE CONDUCTAS SALUDABLES</p>	<p>PRACTICA: Uso continuado, costumbre o estilo de algo (RAE. 2012).</p> <p>CONDUCTAS SALUDABLES: Acción llevada a cabo por una persona para mantener, lograr o recuperar la salud y para prevenir la enfermedad. La conducta saludable refleja la opinión de cada persona sobre la salud (Sanabria-Ferrand et al.2007)</p>	<p>Cantidad de porciones de los diferentes grupos de alimentos consumidas diariamente (promedio de 3 días)</p>	<p>ADECUADO: consume más del 60% de las porciones recomendadas por LCDLN de al menos 4 grupos de alimentos.</p> <p>INADECUADO: consume menos del 60% de las porciones de alimentos de cada grupo recomendadas por LCDLN</p> <p>Porciones recomendadas por LCDLN:</p> <p>Lácteos: 4 porciones diarias.</p> <p>Carnes huevos: 2 porciones diarias.</p> <p>Frutas y verduras: 6 porciones diarias.</p> <p>Cereales y legumbres: 4 porciones diarias.</p> <p>Grasas/aceites: 1 porción diaria.</p> <p>Azucares: 1 porción de productos light por día.</p>	<p>Análisis de registros alimentarios de ALCO</p>
<p>IMPORTANCIA DEL ENTORNO SOCIAL</p>	<p>IMPORTANCIA: Calidad de lo importante, de lo que es muy conveniente o interesante, o de mucha entidad o consecuencia (RAE. 2012)</p> <p>ENTORNO: Ambiente, lo que rodea (RAE. 2012)</p>	<p>Escala de importancia del entorno social</p>	<p>ESCALA DE IMPORTANCIA:</p> <p>0-3: poco importante</p> <p>3-7: medianamente importante</p> <p>7-10: muy importante (autoría propia)</p>	<p>Cuestionario estructurado</p>

EDAD	EDAD: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (RAE, 2012)	Medida en años cumplidos	Menores de 18 años Entre 19 y 60 años Mayores de 60 años	Registros de asistentes a ALCO central
SEXO	SEXO: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. (RAE, 2012)	Sexo	Femenino masculino	Registros alimentarios

MÈTODO DE RECOLECCION:

Se realizó el análisis de los registros alimentarios (ver anexo3) para estimar las porciones de grupos de alimentos consumidos por día (haciendo un promedio de la ingesta de 3 días), y su relación con las recomendaciones por ALCO, según LCDLN. Esa información también sirvió para evidenciar o no, la práctica de conductas saludables.

La información sobre la duración de la etapa de mantenimiento, los conocimientos sobre tamaños de porciones y equivalencias, y la importancia de entorno social, se recolecto mediante cuestionarios (ver anexo 4).Para realizar el presente estudio, se contó con el consentimiento firmado de los participantes.

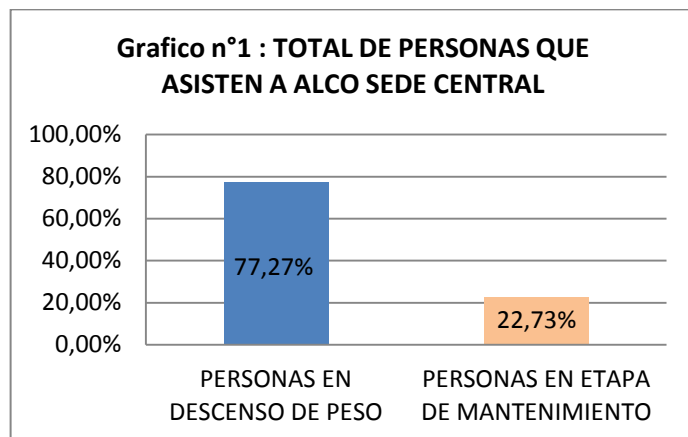
Análisis estadístico:

Se utilizó el programa Excel, para el análisis descriptivo mediante tablas de frecuencias absolutas y porcentuales así como la descripción de media y desvío estándar.

RESULTADOS

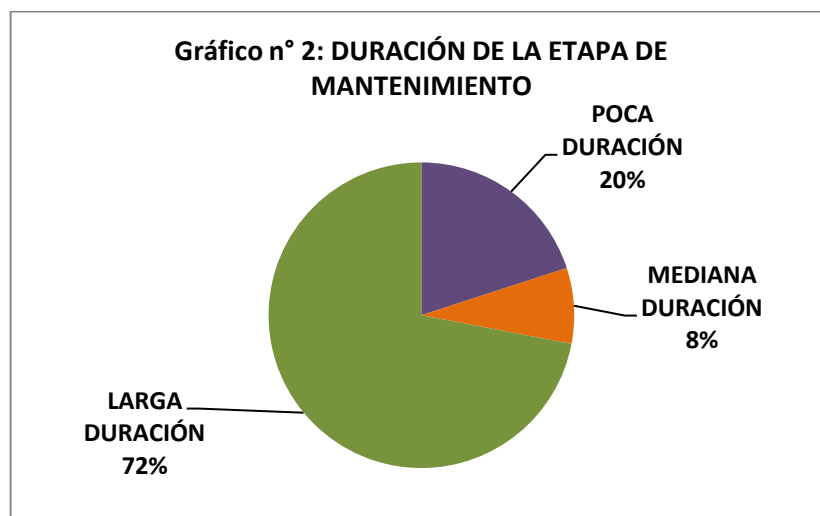
- ETAPA DE MANTENIMIENTO

Del total de las personas que asistieron a ALCO sede central (n=110), un 27,5% (n=25) se encontraban en etapa de mantenimiento, quedando la muestra reducida a ese número [\(Grafico 1\)](#).



Fuente: Elaboración propia

El 72% de la muestra evaluada llevaba a cabo un tratamiento de larga duración es decir mayor a un año (Grafico 2).

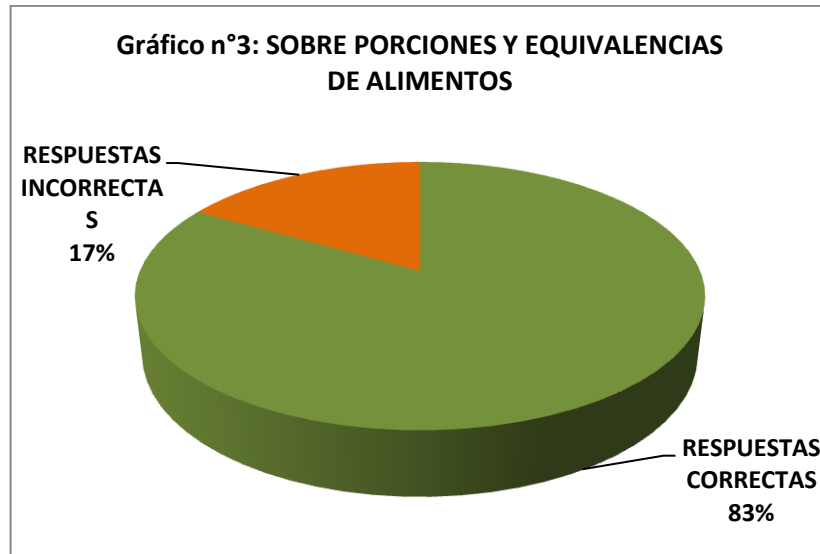


NOTA: Larga duración: mayor a un año, mediana duración: de 12 a 4 meses y poca duración: menos de 4 meses.

Fuente: Elaboración propia

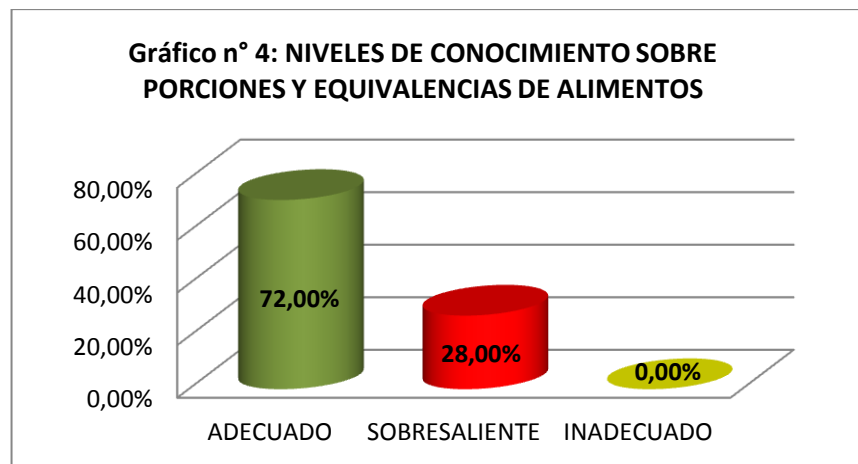
- CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS

El cuestionario se conformó con un total de 17 preguntas a responder verdadero y falso. 83% de la muestra respondió de manera correcta (Gráfico N°3).



Fuente: Elaboración propia

De las 17 preguntas realizadas sobre conocimientos adquiridos al llegar a etapa de mantenimiento, un 72% de la muestra, obtuvo un resultado “Adecuado” lo cual representaba un total de entre 8 y 14 respuestas acertadas (Gráfico N°4).



Fuente: Elaboración propia

- **IMPORTANCIA DEL ENTORNO SOCIAL**

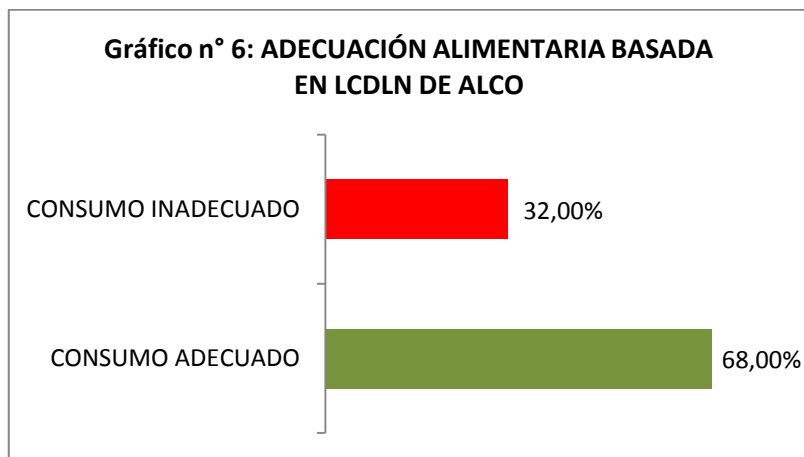
Desde el punto de vista social, teniendo en cuenta la importancia del entorno en el seguimiento y continuidad del tratamiento para mantener el descenso de peso, mediante una escala de importancia, se llegó al siguiente resultado:

Para un 88% de los encuestados, el entorno social resultaba tener entre una mediana y muy elevada importancia a la hora de atravesar la etapa de mantenimiento. Solo para un 12% el entorno resultaba poco importante en dicha etapa.

- **PRACTICA DE CONDUCTAS SALUDABLES**

Para poder establecer la práctica de conductas saludable, se realizó un análisis de los registros alimentarios individuales de ALCO, y se hizo un promedio de tres días respecto a las porciones diarias consumidas de cada grupo de alimento.

Teniendo en cuenta una adecuación de al menos el 60% de las porciones recomendadas por la LCDLN de cada grupo de alimentos, en al menos 4 de los 6 grupos de alimentos. En el gráfico N° 6 se observa que un 68% (n= 17) de la muestra, cubrió al menos el 60% de las porciones recomendadas por LCDLC de al menos 4 grupos de alimentos



Fuente: Elaboración propia

- GRUPOS DE ALIMENTOS CON RESULTADOS MÁS DESTACADOS

Al desglosar la adecuación de consumo por grupo alimentario se pudo observar:

Lácteos: el 80% cubría al menos el 60% de las porciones diarias recomendadas de lácteos. Siendo solo un 20% los que no llegaron a cubrir dicho porcentaje respecto a las porciones consumidas por día.

Cereales y legumbres: la ingesta de cereales y legumbres, fue inadecuada por la mayoría de la muestra, siendo solo un 20% de la muestra la que llegó a cubrir al menos el 60% de las porciones recomendadas por la CDLN.

Frutas y verduras: se observó que el consumo de frutas y verduras fue superior incluso al recomendado en un 36% (n=9). En el 64% (n= 16) de los casos, la ingesta fue de al menos el 60% de los recomendado y no se observó ninguna persona que no cubriera dicho porcentaje.

Carnes y huevo: el consumo de carnes resultó ser adecuado en el 56% (n= 14) de los casos, con un consumo de al menos el 60% de las porciones recomendadas. Un 44% (n=11) no llegó a cubrir dicha recomendación, siendo del 50% la adecuación en todos esos casos.

DISCUSIÓN

En los estudios realizados en los últimos 15 años tanto en América como en Europa, se hizo foco en la importancia del estilo de vida como factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso en sus distintas etapas (Barceló Acosta, Borroto Díaz. 2001). Como así también en cómo estrategias psicológicas se convierten en factores importantes en la lucha para conservar la pérdida de peso con éxito. Las investigaciones plantean específicamente que las intervenciones deberían dirigirse a entrenar a personas en el tratamiento de la obesidad, en habilidades de autorregulación y cambio de creencias relacionadas con su peso, partiendo de que la mayoría de los tratamientos están orientados a mantener el equilibrio entre el ingreso (alimentación) y el gasto (actividad física) energético, mientras los factores psicológicos, y en menor grado los sociodemográficos, no reciben la importancia que merecen por su papel en la etiología y desarrollo de este gran problema de salud pública (Gordillo et al. 2011).

El enfoque anteriormente dado a la importancia de adquirir habilidades en el transcurso de los tratamientos de descenso de peso para poder mantener dicho descenso en el tiempo, como así también la importancia del entorno social, queda evidenciado en el presente trabajo. Como se mencionó al inicio del mismo, el sobrepeso y la obesidad constituyen trastornos crónicos del metabolismo energético cuyo control requiere la realización de cambios permanentes en el estilo de vida, adoptando conductas saludables en relación con la alimentación y la actividad física.

En la etapa de mantenimiento, existe un compromiso con el nuevo comportamiento, se busca modificar activamente el entorno, mantener la conducta cambiada, mantener el peso alcanzado y prevenir una posible recaída. Como se menciona en el estudio realizado por Universidad Iberoamericana de México en el año 2009, independientemente de las características sociodemográficas y el tipo de tratamiento utilizado para bajar de peso, estrategias psicológicas tales como la toma de conciencia hacia la comida y una firme decisión, se convierten en factores importantes en la lucha para conservar la pérdida de peso con éxito (Garza & Ávila Ortiz. 2009).

Esta importancia quedó evidenciada en esta investigación, donde se pudo observar que las personas en etapa de mantenimiento que asisten a ALCO, poseen un adecuado (72%) y hasta un sobresaliente (28%) conocimiento respecto a equivalencias y porciones de alimentos, lo que indica un alto grado de

adquisición de habilidades, como así también una adecuada ingesta de alimentos basándose en LCDLN.

Respecto al entorno social, estudios demuestran que la actividad humana entremezcla procesos sociales, biológicos, psíquicos, y es la obesidad un trastorno del equilibrio salud-enfermedad que ejemplifica al máximo la interacción de estos 3 sistemas (Barceló Acosta, Borroto Díaz. 2001). Esta investigación sugiere ser de gran relevancia el entorno social, teniendo para un 88% de los encuestados, de mediana a gran importancia en el transcurso y continuidad del tratamiento.

Quedará pendiente para futuras investigaciones, resultados que fueron llamativos en la presente. Tales como la excesiva restricción de algunos grupos de alimentos, que podrían acarrear algunas deficiencias nutricionales no descritas en el presente trabajo. Como así también, al haber quedado la muestra reducida en su número, sería interesante ampliar los resultados incluyendo a una mayor cantidad de personas, lo cual no fue posible en este trabajo.

CONCLUSIONES

De un total de 110 personas que asistieron a ALCO, un 22,7% (n=25) se encontraban en etapa de mantenimiento.

Un 72%, hacía más de un año que se encontraban en esta etapa.

Para el 88%, el entorno social era importante a la hora de mantener el descenso de peso que habían alcanzado.

Teniendo en cuenta los conocimientos adquiridos a lo largo del tratamiento y que ahora sirven como herramientas en la etapa de mantenimiento, el 83% respondió de forma correcta al cuestionario, obteniendo un resultado sobresaliente un 28% y un resultado adecuado un 72%. Ninguno de los encuestados se encontró por debajo de los niveles de adecuación de conocimiento.

Respecto a las conductas “saludables”, analizando los registros alimentarios, el 68% de las personas que se encontraban en etapa de mantenimiento en ALCO, consumían el 60% o más de las porciones recomendadas por LCDLN, de por lo menos 4 de los 6 grupos de alimentos identificados, teniendo entonces una ingesta adecuada diaria de alimentos en general. Quedando así refutada la hipótesis de que más del 50 % de los obesos en etapa de mantenimiento, a pesar de adquirir herramientas y conocimiento sobre alimentación saludable, no llegan a cubrir las porciones de alimentos recomendadas por el plan de ALCO, siguiendo en muchos casos dietas restrictivas.

Solo el 20% consumía la cantidad de porciones de cereales y legumbres recomendada. Siendo el grupo de alimentos en su dieta, las frutas y verduras, donde el 100% manifestó consumir las porciones recomendadas y un 36% incluso tuvo una ingesta superior, siendo en algunos casos del 200%.

Respecto a los lácteos, el 80% consumía las porciones recomendadas, siendo todos ellos productos descremados. Mientras que un 56% cubría con las porciones recomendadas de carnes y huevo.

Consideraciones finales

Si bien, es muy importante el aporte de frutas y verduras variadas para una alimentación saludable, también son importantes los cereales y legumbres, principal fuente de energía. Sería interesante, en otro momento poder relacionar el bajo consumo de cereales y legumbres con la actividad física, el nivel de cansancio, ansiedad, entre otros factores para establecer si realmente su carencia sería tan relevante en términos generales.

En este estudio se concluye que la duración de la etapa de mantenimiento se podría relacionar de forma directamente proporcional con la adquisición de conocimientos a lo largo del descenso de peso que serían herramientas por demás útiles a la hora de mantener dicho descenso en el tiempo. Además, es de suma importancia no solo el entorno social en el cual está inmersa la persona en esta etapa, sino también la ingesta adecuada de alimentos para no caer en planes alimentarios por demás restrictivos y prevenir así un posible “rebote” o recuperación del peso perdido.

BIBLIOGRAFÍA

Amzallag, William. De perder peso, al control del peso: experiencia de un programa. revista cubana de investigación biomédica. La Habana [Revista en internet] v.19. 2000. disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-0300200000200002

Barceló Acosta, Macelina; Borroto Díaz, Gerardo. Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. revcubana investbiomed v.20 n.4 [Revista en Internet] Ciudad de la Haban. 2001. disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002001000400009&script=sci_arttext

Braguinsky, Jorge. Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de obesidad. Buenos Aires. editorial Medina A.W.W.E. 2006. Cabello Garza, Martha Leticia; Ávila Ortiz, María Natividad. Estrategias psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismos actores. Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, vol. IV, núm. 8. [Revista en internet] México. 2009. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211014822003>

Cormillot, Alberto. Como adelgazar y mantenerse con el DrCormillot. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós. 2008.

Cormillot, Alberto. Pasaporte para vivir mejor. Buenos Aires. Producciones Publiexpress S.A. 2012.

Escribano García, M^a Jesús. Fernández Aguado, Carmen. Franco Vargas, Eladia. Garrido Pérez, Mar. León IZARD, Pilar. Lledó Polo, Purificación. Repilado Grillo, Felisa. Guía de actuación en situaciones de sobrepeso. Segunda edición. Madrid. Diseño: PIXEL Creación y Producción Gráfica. 2009. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGuia+sobrepeso+julio+09.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220612273657&ssbinary=true>

Garaulet, M. Pérez de Heredia, F. Behavioural therapy in the treatment of obesity (I): New directions for clinical practice. *Revista Nutrición Hospitalaria*. vol.24, n.6, pp. 629-639. [Revista en internet]. 2009. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112009000600002&script=sci_arttext

Gordillo León, Fernando. Mestas Hernández, Lilia. Arana Martínez, Jose M. Salvador Cruz, Judith. Gordillo León, Alicia. Tíno, Jose Francisco. ¿ Son relevantes los procesos volitivos y de autorreflexión en los programas de reducción de peso? Revista mexicana de trastornos alimentarios. Vol 2 [revista en internet]. MEXICO. 2011. Disponible en: HTTP://JOURNALS.IZTACALA.UNAM.MX/INDEX.PHP/AMTA/ARTICLE/VIEW/17

Guerra, Jorge Pablo Alfonso. *Obesidad. Preguntas y respuestas*. Editorial Científico-Técnica. 2012- *Hernández Triana, Manuel y Ruiz Álvar, Vladimir. Trabajo de Revisión. Obesidad, una epidemia mundial. Implicaciones de*

la genética. Revista Cubana de Investigación Biomédica. [Revista en internet] 26(2). 2007. Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol26_3_07/ibi09307.html

Lopez, Laura Beatriz. Lopez, Marta María. Fundamentos de nutrición normal. Cuarta reimpresión. Buenos Aires. Editorial El Ateneo. 2010.

Osorio, E.Jessica. Weisinterstaub N, Gerardo. Castillo D, Carlos. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Revista chilena de nutrición. Santiago. [Revista en internet] v.29 n.3. 2002. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002

Lugli Rivero Zoraide. Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. Pensamiento psicológico. vol.9 no.17. [Revista en internet] . Venezuela. 2011, disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S16589612011000200005&script=sci_arttext

Morales González, José Antonio. Obesidad: un enfoque multidisciplinario. México. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. 2010. Moreno, E. Megias Moreneo, S. & Hernández Álvarez J. Obesidad: la epidemia del Siglo XXI. Madrid: Díaz de Santo. 2000. OMS. Enfermedades crónicas. 2015 disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Quesada Villalva. Intervención Psicosocial 5(15), 23-41. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. [Revista en internet] Madrid. 1996. Disponible en: <http://www.psychosocial-intervention.org/&numero=519965151&articulo=50791>

Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.ed). Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>

Sanabria-Ferran. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. Revista Med [Revista en internet] vol.15 no.2. Bogotá. 2007. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562007000200008

Torresani, María Elena; Somoza, María Inés. Lineamientos para el cuidado nutricional. Tercera edición. Buenos Aires. Editorial universitaria de Buenos Aires. 2011.

Vázquez-Velázquez, Verónica. ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso?. Revista de Endocrinología y Nutrición [Revista en internet] Vol. 12, No. 4. Supl. 3. Pp S136-S142. 2004.

ANEXOS

Anexo 1: "Pasaporte para vivir mejor. Sección 1: mi enfermedad", Cormillot (2010)

Hoy conoceré MI PESO POSIBLE

Sirve para darme una orientación acerca de cuánto es lo máximo que puedo bajar y mantener comodamente. En este peso influyen:

- Mi edad.
- El tiempo que conviví con los kilos de más.
- Mi grado de obesidad.



La fórmula	Maria, 40 años. 25 años de sobrepeso 1,63 m / 95 kg Contextura grande	Tyia, 45 años 20 años de sobrepeso 1,83 m / 145 kg Contextura grande	10
Peso Ideal	61 (64) 67	75 (78) 81	
1 kg cada 10 años después de los 20 años de edad	20 años dividido 10 = 2	25 años dividido 10 = 2,5	
1 kg cada 10 años de duración de la obesidad	25 años de duración / 10 = 2,5	20 años de duración / 10 = 2	
1 kg cada 10 kilos de sobrepeso contando hasta el peso máximo	31 kilos de sobrepeso (95-64) dividido 10 = 3,1	67 kilos de sobrepeso (145-78) dividido 10 = 6,7	
2 kg cada 10 kg de sobrepeso sobre 100 kg		Peso 145 kilos = 45 x 2 = 90, dividido 10 = 9	
Peso posible	71,600 kg	98,200 Kg	

Para tener en cuenta:
El resultado del peso posible es un rango que puede ser de + ó - 5 kilos.

Mi peso posible es de kilos

Anexo 2: Casa de la nutrición, ALCO(2010)



Anexo 4: cuestionario

Consentimiento informado para los participantes

Mi nombre es *Taja Weingast, Raia Yamila* (DNI 31.837.036) y me encuentro realizando el Trabajo Final Integrador de la carrera de Licenciatura en Nutrición perteneciente a la Universidad Isalud sobre ***“Hábitos alimentarios en pacientes obesos en etapa de mantenimiento”***.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en este cuestionario, que consiste en responder las preguntas que se encuentran en las siguientes páginas.

En cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizada entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.

La decisión de participar en este trabajo de investigación es voluntaria y desde ya agradezco por su gran colaboración.

Por lo tanto, le solicito que de estar de acuerdo luego de haber leído detenidamente lo anterior y habiéndolo comprendido, firme al pie:

Firma:

Aclaración:

DNI:

Fecha:

Lugar:

Encuesta N°: **HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTE OBESOS EN ETAPA DE MANTENIMIENTO**

¿Hace cuánto tiempo se encuentra en etapa de mantenimiento? (Marque solo una opción según corresponda)

MENOS DE 4 MESES ENTRE 5 Y 11 MESES MAS DE 12 MESES **Porciones, medidas y equivalencias (Marque con una cruz la opción correcta)**

¿Que utilizaría para medir 70 g de arroz en crudo?

Marque solo una opción

Una taza tipo café con leche

Un pocillo tipo café

Un plato hondo

¿Cuál es la porción promedio de consumo de carnes recomendada por día?

Marque solo una opción

Como las palmas de las dos manos juntas



Como un puño cerrado





Como la palma de una mano

¿Cuál es la capacidad en centímetros cúbicos (cm³) de una cuchara sopera de aceite? Marque solo una opción

5 cm³

15 cm³

25 cm³

De las siguientes imágenes: ¿Cuál corresponde a una porción de 100 g de fideos en cocido? Marque solo una opción





Dos tostadas de pan integral pueden ser reemplazadas por:
Marque solo una opción

Cuatro galletas de arroz

Una galletita de agua

¼ de barra de cereal

¿Cuánto pesa promedio una manzana mediana?

Marque solo una opción

400 g

200/250 g

50/100 g

La porción tipo “cassette” de queso tipo semiduro, representa en gramos:


25 g


50/60 g r

80 g

De las siguientes opciones, cual corresponde a la porción promedio recomendada de hortalizas crudas? Marque solo una opción

Como un puño cerrado 

Como las dos palmas de las manos 

Como la palma de una mano 

Un cassette de dulce compacto light equivale a
Marque solo una opción

Una cuchara tipo postre de mermelada light

Dos cucharadas tipo postre de mermelada light

Cuatro Cucharada tipo postre de mermelada light

Por favor, marque con una cruz según corresponda “VERDADERO o FALSO” las siguientes afirmaciones:

La forma más saludable de cocinar una milanesa es al horno con rocío vegetal

Verdadero falso

Se recomienda tomar al menos 2 litros de agua por día

Verdadero falso

La actividad física regula el apetito, ayuda a bajar de peso y controlar la glucemia, entre otros beneficios

Verdadero falso

La adhesión de aceite en las preparaciones debe realizarse durante su cocción, y no al finalizar la misma

Verdadero falso

Es preferible utilizar como colación golosinas light antes que las frutas

Verdadero falso

El consumo de sal en exceso representa un aumento en la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares

Verdadero falso

Las dietas restrictivas ayudan a mantener el peso a largo plazo

Verdadero falso

Importancia del entorno social

En su etapa de mantenimiento, ¿cuán importante es para usted el entorno que lo rodea? Marque con una cruz sobre la línea debajo según corresponda; tenga en cuenta que **Cero (0)** es lo menos importante posible y **Diez (10)** lo más importante posible.

