



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**MODIFICACION DE HABITOS ALIMENTICIOS EN MUJERES CON
SOBREPESO Y OBESIDAD POSTERIOR A UNA INTERVENCION
NUTRICIONAL**

TESIS

Que para obtener el título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Evelyn Teresa Janet Sánchez Escalante

DIRECTOR DE TESIS

DRA. ESTHER AZCÁRATE GARCÍA

CD. UNIVERSITARIA Cd. Mx., 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

MARCO TEORICO.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	2
PANORAMA GENERAL.....	3
ASPECTOS QUE LO DETERMINAN.....	8
INSTRUMENTO	8
COMO SE REALIZA EL DIAGNOSTICO DE OBESIDAD.....	11
COMO SE PUEDE TRATAR.....	11
DESCRIPCION DEL PLATO DEL BUEN COMER.....	19
DESCRIPCION DE LAS GUIAS GABA.....	21
JUSTIFICACION.....	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	23
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	24
EXPECTATIVA EMPIRICA.....	24
VARIABLES, MATERIAL Y METODOS Y DISEÑO DEL ESTUDIO.....	24
CALCULO DE LA MUESTRA.....	25
VARIABLES.....	25
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	25
DESCRIPCION DE LA MANIOBRA EXPERIMENTAL.....	26
GRAFICAS PREINTERVENCION ALIMENTARIA.....	27-30
GRAFICAS DE RESULTADOS.....	29
SUGERENCIAS.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	35

MODIFICACION DE HABITOS ALIMENTICIOS EN MUJERES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POSTERIOR A UNA INTERVENCION NUTRICIONAL

MARCO TEORICO

INTRODUCCION

Los hábitos alimentarios son un conjunto de conductas adquiridas por un individuo de acuerdo a la elección de entre varias posibilidades que se le ofrecen por la repetición de la selección, preparación y el consumo de alimentos de una región determinada.

Están orientados por diversos factores pueden o no estar mediados por la reflexión sobre la importancia de obtener una alimentación que proporcione los nutrimentos necesarios de acuerdo con la edad, actividad física, sexo y estado de salud

Se clasifican en saludables y perjudiciales para la salud.

Los malos hábitos alimenticios como son el abuso de la comida hipercalórica, alta en grasas y carbohidratos, son los responsables del principal y más frecuente atentado que cometemos hacia nuestra salud ya que ocasionan exceso de peso, esto repercute en la manera de como las personas se desarrollan en la sociedad y en sus familias, en el alto costo que deben pagar instituciones como el IMSS al tratar enfermedades ocasionadas por la mala alimentación, sin embargo de la misma manera no existen en el país políticas alimentarias claras que contribuyan a la salud de la población femenina ya que es la que tiene más factores de riesgo para el aumento de peso en comparación con los hombres por diversos factores; para lograr una prevención de una de las enfermedades que se asocian al sobrepeso y obesidad en este grupo etareo y que se han convertido en una de las principales causas de muerte, como cáncer de colon y recto, esófago (Adenocarcinoma), hígado y vesícula, carcinoma de células renales, de mama en mujeres posmenopáusicas, y el endometrio, una baja ingesta de frutas y vegetales se relaciona con un riesgo alto de cáncer de intestino, los alimentos altos en fibra pueden disminuirlo, un incremento en el consumo de embutidos incrementa el riesgo de cáncer de colon.

Malos hábitos alimenticios más el sedentarismo producirán un incremento de neoplasias asociadas al sobrepeso y obesidad, es muy importante conocer los hábitos alimenticios en mujeres ya que padecimientos oncológicos relacionados con el hiperestrogenismo y el sobrepeso u obesidad y aunado a esto metabolismo lento después de los 30 años de edad que nos conduce al aumento de peso, El sobrepeso y la obesidad no son solo una cuestión de estética es un estado de salud deteriorado, considerado como una enfermedad.

El cuestionario de tamizaje por Block para ingesta de grasa, frutas y fibra (Completo). Este método pide a los entrevistados que reporten su frecuencia usual de consumo de cada alimento de una lista de alimentos por un periodo específico.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Los hábitos alimenticios

La alimentación humana se define como un proceso voluntario, consciente y en algunos casos, educable que cubre una necesidad vital que está relacionada con todos los aspectos de la vida de un grupo humano.(1,)

El derecho a la alimentación es incorporado como un derecho humano en el artículo 25 en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en la cual se reconocen la dignidad y la igualdad inherentes a todas las personas(2)

Los hábitos alimentarios son un conjunto de conductas adquiridas por un individuo de acuerdo a la elección de entre varias posibilidades que se le ofrecen por la repetición de la selección, preparación y el consumo de alimentos de una región determinada.

Están orientados por diversos factores sin estar mediados por la reflexión sobre la importancia de obtener una alimentación que proporcione los nutrientes necesarios de acuerdo con la edad, actividad física, sexo y estado de salud.

La orientación alimentarias un conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, endiente a desarrollar habilidades, actitudes y practicas relacionadas con los alimentos y la alimentación para favorecer la adopción de una dieta correcta en el ámbito individual, familiar y colectivo, tomando en cue3nta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales

(3)(3Á)

Actualmente el consumo de dietas hipercalóricas, conformadas por alimentos altos en energía, grasas saturadas, bajas en micronutrientos y fibra, son las dietas normales para la población. (4) El estudio realizado en el país, publicado en 2008 llamado “Food consumption in mexican adolescents” demostró que independientemente de la región, el consumo de alimentos industrializados altos en azúcar, pan y comida rápida están en primer lugar (4ª)

En otro estudio realizado a nivel Latinoamérica llamado “Obstaculizadores y facilitadores para aumentar el consumo de frutas y verduras en seis países de Latinoamérica”, publicado en 2011, demuestra que la alimentación pobre en verduras y frutas es por la falta de campañas publicitarias que promuevan su consumo, así como pocos medios de comunicación disponibles o mensajes mal configurados y poco claros.(5)

Según la OMS son un conjunto de costumbres que condicionan la forma como los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, influidas por la disponibilidad de estos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos.

La principal causa a la que se apunta el sobrepeso y la obesidad son los malos hábitos en la alimentación desde la niñez, que acaban desembocando en una prevalencia del sobrepeso de un 70% en la edad adulta. (6) A largo plazo, la obesidad favorece la aparición de enfermedades tales como diabetes, infartos, altos niveles de colesterol o insuficiencia renal, entre otros. Actualmente, la diabetes es el mayor problema al que se enfrenta el sistema nacional de salud: Es la principal causa de muerte en adultos, la primera causa de demanda de atención médica y la enfermedad que consume el mayor porcentaje de gastos en las instituciones públicas.

Actualmente existe una intensa investigación en el área de la restricción calórica, lo cual puede explicar el hecho de porque el síndrome metabólico, en presencia de una dieta hipercalórica, se asocia fuertemente al desarrollo de enfermedades degenerativas y a una disminución de la esperanza de vida. (7)(8)

En México el aumento de enfermedades crónicas está en relación directa con la prevalencia de sobrepeso y obesidad, pero esto a su vez es una consecuencia de la regularización dietética en el país. (9)

El rápido aumento de la prevalencia mundial de la obesidad apunta a cambios de comportamiento en el siglo XX como la causa principal. Las actividades que antes requerían un alto gasto energético se han sustituido por la facilidad que ofrece la urbanización y el progreso industrial y tecnológico, lo que a su vez conduce a un menor consumo de energía en el trabajo, durante el desplazamiento y en las actividades domésticas y de ocio. Factores que se combinan en esta disminución del gasto energético incluyen la globalización de los hábitos alimenticios que favorecen la obesidad debido a la diseminación de alimentos refinados y procesados, ricos en grasas y azúcares y servidos cada vez en porciones de crecimiento [10].

En muchos países en desarrollo se ha detectado la progresión de la transición nutricional, que se caracteriza por una reducción de la prevalencia de deficiencias nutricionales y por la aparición más expresiva de sobrepeso y obesidad no sólo en la población adulta, sino también en niños

Estas características se asocian fundamentalmente con los cambios en el estilo de vida y los hábitos alimenticios. La ingesta de alimentos se ha asociado con la obesidad no sólo en términos del volumen de alimentos ingeridos, sino también en términos de la composición y la calidad de la dieta. Los hábitos alimenticios han

cambiado, incluyendo el bajo consumo de frutas, verduras y leche, el aumento del consumo de bocadillos, dulces y refrescos; Y saltarse el desayuno resultando en un aumento continuo de la adiposidad. Los hábitos alimenticios, además de los diferenciales ambientales representan el determinante más dominante en el aumento de la tendencia del sobrepeso y la obesidad y una modificación en los hábitos alimenticios puede ser estrategia táctica a un control de peso más adecuado [10].

En Egipto y otros países mediterráneos, freír alimentos con aceite es un procedimiento de cocción tradicional. Más del 50% de las mujeres estudiadas consumían alimentos fritos; Esto está de acuerdo con un estudio realizado en España, donde los alimentos fritos estaban positivamente asociados con la obesidad general y central .

En estudios previos se ha encontrado que la dieta Mediterránea se ha asociado a niveles bajos de obesidad y sobrepeso, con bajas tasas de enfermedades crónicas y mayor esperanza de vida

La dieta mediterránea tiene las siguientes características:

Estilo de vida basado en una dieta equilibrada y variada en la que predominan los alimentos cultivados en esta zona: trigo, olivo y vid.

Saludable por sus beneficios en cuanto a la prevención de enfermedades cardiovasculares, arteriosclerosis y enfermedades degenerativas.

Baja en grasas saturadas (carnes rojas).

Alta en grasas monoinsaturadas (aceite de oliva)

Rica en ácidos grasos poliinsaturados (omega -6 y omega -3).

Baja en proteínas animales.

Rica en antioxidantes (frutas, frutos secos, verduras y legumbres).

Rica en fibras (frutas, verduras, legumbres y cereales.) (11)

Implantación de programas alimentarios y mensajes educativos sobre salud nutricional; Con incorporación de habilidades para la correcta selección de alimentos; Son recomendados.

Tener comidas, mientras que mira la televisión, es otro factor que contribuye para la obesidad. Esto puede conducir a comer en exceso, porque el tipo y las cantidades de alimentos consumidos pueden ser menos bien autocontrolados;

eligiendo de manera inadecuada alimentos ricos en azúcar y grasa debido a la publicidad televisiva, sumado al hecho que tanto programas infantiles como propaganda televisiva entregan mensajes contradictorios o erróneos sobre lo que es estilo de vida saludable (12).

Muchas de las disparidades de salud en los Estados Unidos están vinculadas a desigualdades en educación e ingresos. Esta revisión se centra en la relación entre la obesidad y la calidad de la dieta, la densidad energética de la dieta y los costos de energía. Se proporcionan pruebas para apoyar los siguientes puntos. En primer lugar, las tasas más altas de obesidad ocurren entre los grupos de población con los índices de pobreza más altos y la menor educación. En segundo lugar, existe una relación inversa entre la densidad de energía (MJ / kg) y el costo energético (\$ / MJ), de tal forma que los alimentos densos en energía compuestos de granos refinados, azúcares añadidos o grasas pueden representar la opción de menor costo.

En tercer lugar, la alta densidad energética y la palatabilidad de los dulces y grasas se asocian con una mayor ingesta de energía, al menos en estudios clínicos y de laboratorio. En cuarto lugar, la pobreza y la inseguridad alimentaria se asocian con menores gastos en alimentos, bajo consumo de frutas y hortalizas y dietas de menor calidad. Una reducción de los costos de la dieta en los modelos de programación lineal conduce a dietas ricas en grasas y densas en energía que son similares en composición a las que consumen los grupos de bajos ingresos. Tales dietas son más asequibles que las dietas prudentes basadas en carnes magras, pescado, verduras frescas y frutas. La asociación entre la pobreza y la obesidad puede estar mediada, en parte, por el bajo costo de los alimentos densos en energía y puede ser reforzada por la alta palatabilidad del azúcar y la grasa. Este marco económico proporciona una explicación de los vínculos observados entre las variables socioeconómicas y la obesidad cuando el sabor, la densidad energética de la dieta y los costos de la dieta se utilizan como variables intervinientes. Cada vez más estadounidenses se están poniendo gordos y obesos mientras consumen más azúcares y grasas añadidas y gastan un porcentaje menor de su ingreso disponible en los alimentos. (13)

La inseguridad alimentaria y la obesidad también parecen estar vinculadas especialmente en mujeres adultas.

El concepto de inseguridad alimentaria, originalmente adaptado del trabajo por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, se utilizó para examinar el acceso a los alimentos por parte de las familias mediante encuestas del consumo de alimentos.

La inseguridad alimentaria se definió como "una incierta disponibilidad de alimentos nutricionalmente aceptables o seguros".

Como consecuencia de la inseguridad alimentaria nos lleva a dietas poco saludables y deficiencia de nutrientes; pobre estado de salud; mayor incidencia y riesgo para enfermedades crónicas; depresión y estrés en mujeres; mayor riesgo de sobrepeso y obesidad, especialmente en mujeres adultas. (14)

La restricción calórica, considerada como una disminución del 30-40% de una ingesta a demanda libre ha demostrado un incremento de la esperanza de vida de hasta un 50% o más (estudio realizado en roedores), esta respuesta se ha vinculado principalmente con dos moléculas, las sirtuinas (particularmente SIRT1 y la proteína TOR (proteína diana de la rapamicina), proteína cinasa sensible a los nutrientes que regula el crecimiento y metabolismo en todas las células eucariontas, se ha sugerido ser la responsable por la mayor parte de incremento en la esperanza de vida asociada a la restricción calórica. Una de las proteínas involucradas en la regulación del metabolismo es la leptina, esta proteína funciona como un regulador de este reloj de 24 horas a través del control hormonal y debido a que la leptina posee un ritmo de 24 horas y es responsable de establecer el calendario de otras hormonas, la regla N° 1 de la dieta de esta proteína es: No coma después de la cena, así mismo uno de los temas claves de la dieta de la leptina es: Comer es tan importante como lo que se come. (15)

La glucosa en sangre ha sido postulada a ser un disparador de señales de hambre en humanos, estudios recientes en adultos jóvenes y en modelos animales vinculan transitoriamente pequeñas disminuciones de la glucosa en sangre al inicio del consumo de alimentos, los alimentos con un alto índice glucémico, como el pan blanco, cereales y otros carbohidratos refinados (índice glucémico de 100-120) se utilizan como referencia con un valor fijado en 100 y que inducen hipoglucemia relativa de los 90 a 120 minutos después del consumo de estos alimentos, lo que condiciona a un retorno más rápido del hambre y un aumento en el consumo energético posterior (comer en exceso). La mayoría de los adultos jóvenes mantienen la glucosa circulante en el rango de 80-140mg/dl a lo largo de ciclos de alimentación y ayuno a través de oscilaciones en las secreciones equilibradas de insulina y de hormonas contra reguladoras que sirven para facilitar la absorción y síntesis y liberación de glucosa bajo diferentes condiciones metabólicas. Sin embargo cuando se produce hipoglucemia se provoca sensación de hambre.(15)

Su panorama general (cifras)

Según cifras oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 35 millones de personas mueren cada año por enfermedades crónicas, ocasionadas

por alimentación inadecuada, de las cuales 5% de estas víctimas pudieron ser salvadas, si solo consumieran de forma adecuada vegetales, hortalizas y frutas.

El sobrepeso y la obesidad afectan en mayor medida a las mujeres mexicanas en edad reproductiva, siendo que el riesgo aumenta después de los 20 años de edad. (16)

Según la publicación "Fit not Fat" de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), en su actualización del 2012, México es el segundo país de este organismo con más población obsesa después de Estados Unidos. Tres de cada diez personas son obesas y casi siete de cada diez tienen sobrepeso (17)

Desde 1980 la obesidad se ha duplicado en todo el mundo.

En 2014 más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso y el 13% eran obesas.

En el 2014 en todo el mundo según la OMS el 39% de los adultos de 18 años o más, un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres tenían sobrepeso; Esta demostrado que el coeficiente de mortalidad se eleva proporcionalmente con el peso a partir de los 25 años; con un sobrepeso de 10% la expectativa de vida se reduce en un 15% y con un sobrepeso del 20% se reduce casi el 40%.

De acuerdo con los datos de la Asociación Internacional de Estudios de la Obesidad, se estima que aproximadamente mil millones de adultos tienen actualmente sobrepeso y otros 475 millones son obesos

Según la OMS el 44% de los casos de Diabetes Mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos del Estado de Nuevo León se ubica arriba del promedio nacional. Siete de cada 10 adultos mayores de 20 años presentan exceso de peso (IMC>25), y 78% de este grupo de edad tiene obesidad abdominal. Aunado a esta alta prevalencia del sobrepeso y de la obesidad a nivel nacional, hay quienes estiman que para el 2018 el 90% de la población mexicana sufrirá de sobrepeso y obesidad (Rodríguez, 2008)

Según los cálculos de la OMS, más del 75% de las mujeres mayores de 30 años de países tan diversos como Barbados, Egipto, los Estados Unidos de América, Malta, México, Sudáfrica y Turquía tienen sobrepeso

De acuerdo con la encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012 los niveles actuales de sobrepeso y obesidad en la población mexicana representa una amenaza a la sustentabilidad de nuestro sistema de salud, por su asociación con las enfermedades no transmisibles y por el uso de recursos especializados y de mayor tecnología que imponen a los servicios de salud altos costos para su atención.

El 2 de abril de 2013 el gobierno de la republica impulso la instrucción de instrumentar la estrategia Nacional para la Prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la Diabetes, en conmemoración al Día Mundial de la Salud.

Mujeres obesas tienen mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino y hombres obesos tienen alta frecuencia de tumores prostáticos de gran volumen, alta frecuencia de márgenes positivos y factores patológicos adversos. (18).

Cuales aspectos los determinan

Nivel educativo, nivel socioeconómico, accesibilidad a los alimentos, área laboral, horario de trabajo, raciones extras de comida, falta de acceso a alimentos saludables, la publicidad de la industria de alimentos, enfermedades psiquiátricas.

Las dietas evolucionan con el tiempo bajo la influencia de muchos factores y de interacciones complejas. Los ingresos, los precios, preferencias individuales, las creencias, las tradiciones culturales, factores geográficos, ambientales, sociales y económicos conforman en su compleja interacción las características del consumo de alimentos (19)

Como se puede medir

El cuestionario de tamizaje por Block para ingesta de grasa, frutas y fibra (Completo). Este método pide a los entrevistados que reporten su frecuencia usual de consumo de cada alimento de una lista de alimentos por un periodo específico. (20)

Ha sido substancialmente revisado en los datos de ingesta de alimentos NHANES III.

EL CUESTIONARIO incluye alimentos que representan al menos el 90 por ciento de las ingestas de cada uno de los nutrientes en la base de datos NHANES III. La lista de alimentos se obtuvo por separado para los africanos, americanos, blancos e hispanos, para asegurarse de que los principales contribuyentes de nutrientes para cada uno de esos grupos fueron incluidos

Este proceso se repitió por separado para los blancos y los afroamericanos. De esta forma, los alimentos importantes en ambos grupos étnicos estaban seguros de ser incluidos en la lista de alimentos, mientras que anteriormente algunos alimentos importantes en las dietas de los afroamericanos podrían haber sido omitidos simplemente debido al tamaño de la muestra.

Los datos para hispanos también se examinaron por separado, y algunos alimentos se incluyeron debido a su importancia en ese grupo (20)

La manera en que un individuo o grupo humano selecciona, prepara y consume alimentos constituye los “hábitos de alimentación”, que forman parte de la cultura de cada pueblo y se expresan generalmente como patrones de consumo, los patrones de consumo están determinados por la disponibilidad regional de alimentos.

Se han descrito varios factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades, los cuales puede ser no modificables como: la edad, género, raza y antecedentes heredofamiliares de diabetes y; modificables, que corresponden al ambiente como los hábitos de alimentación (exceso de hidratos de carbono simples, grasas), el incremento de peso, tabaquismo, sedentarismo y estrés. La combinación de cualquiera de estos factores, aumenta la posibilidad de padecer la enfermedad y de manera más temprana.

El sobrepeso y la obesidad se han descrito como factores asociados de forma directa con la diabetes. Vázquez y cols, encontraron un 43% de sobrepeso y un 35% obesidad en la población adulta derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, con una media de 39.5 años de edad. Mientras que Garza y cols, encontraron que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 41.4%.

Cuales aspectos determinan que una mujer este en sobrepeso u obesidad

1. Un aumento en la ingesta de los alimentos de alto contenido calórico ricos en grasas y carbohidratos
2. Un descenso en la actividad física
3. Adicción a la comida hipercalórica
4. Factores bioquímicos
5. Problemas hormonales como hipotiroidismo, síndrome de Cushing y el ovario poliquístico.
6. Medicamentos como corticoesteroides, antidepresivos y anticonvulsivantes
7. Factores psicológicos
8. Dejar de fumar
9. Edad por perdida de masa muscular
10. Menopausia
11. Falta de sueño por actividades laborales o insomnio
12. Desempleo
13. Bajo nivel educativo (kilicarslan et al 2006)
14. Accesibilidad a los alimentos
15. Área laboral
16. Horario de trabajo
17. Raciones extras de comida
18. Falta de acceso a alimentos saludables

19. Publicidad de la industria de alimentos

Los principales problemas de salud en una mujer con sobrepeso y obesidad son:

Diabetes mellitus; hipertensión arterial; enfermedad coronaria; síndrome metabólico, osteoartritis; ca colon; endometrio y mama; trastornos menstruales, infertilidad; aborto espontáneo; anovulación; dificultades en la reproducción asistida. (20.a)

Diagnostico

Según la OMS se define, sobrepeso y obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa sobrepeso a un IMC igual o superior a 25 a 29.9

Obesidad: IMC igual o superior a 30

IMC se considera un valor aproximado ya que puede variar de acuerdo a la raza de las personas.

Tratamiento

La conducta alimentaria es una forma de actuar adquirida y es factible de ser modificada.

Existen varias técnicas para trabajar con el paciente y se clasifican en:

Previas al acto de comer

Planificar las comidas previamente con horarios inclusive.

Postergar el horario de comidas por otra actividad

Llevar la comida servida en los platos a la mesa

Utilizar platos chicos

No resguardar alimentos no permitidos en la dieta.

Durante el acto de comer

Concentrar la atención en la comida (evitar las actividades agregadas, ni mirar televisión, no leer, etc).

Masticar cada bocado 30 veces o ponerse un tiempo mínimo para cada comida. Ej. 10 minutos para el desayuno, 20 minutos para el almuerzo, etc.

Dejar los cubiertos en el plato después de cada bocado.

Posteriores al acto de comer

Aumentar el gasto energético con un programa de actividad física.

Registrar lo que se ha consumido en la autohistoria alimentaria.

En cuanto al tratamiento grupal de la obesidad:

Este se considera útil sobre todo como ámbito propicio para desarrollar la educación alimentaria. (21)

El tratamiento se basa en programas más o menos estructurados que incluyen:

1. La psicoterapia (ya sea cognitivo conductual, psicoanalítica, familiar) pretende cambiar las conductas alimentarias y los pensamientos irracionales, explorar qué función tiene el síntoma, para así favorecer la construcción de estrategias emocionales adecuadas. La psicoterapia familiar pretende modificar las relaciones entre los miembros.

2. Las estrategias de apoyo durante el proceso psicoterapéutico que incluyen: a) vigilancia y tratamiento de las comorbilidades endocrinas, metabólicas, gastrointestinales, etc.; b) vigilancia y tratamiento de las co-morbilidades psiquiátricas: depresión, trastornos obsesivos compulsivos, alteraciones del sueño, etc.

3. Un programa psicoeducativo que permita una mejor comprensión del padecimiento tanto al paciente como a sus familiares. Sostiene que el tratamiento eficaz debe tener en cuenta la interdependencia entre la mente y los factores biológicos que sufre la persona. En estos programas se da una noción más clara

de que el tratamiento no es una intervención puntual sino un proceso gradual que lleva meses o años. Los grupos interdisciplinarios encargados del estudio y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria incluyen entre otros profesionales: psicólogos, psiquiatras, médicos internistas o endocrinólogos y nutriólogos. Existen claras diferencias en las propuestas de tratamiento y en las respuestas alcanzadas en cada uno de los trastornos de la conducta alimentaria. (22)

Todos los niveles de tratamiento se elaboran en el grupo; la participación creativa de los integrantes genera la sabiduría grupal y hace que la información sea socializada.

García et al (2008) establecen que para un mejor abordaje terapéutico se requiere acceso al conocimiento generado por grupos interdisciplinarios, buscando con ello una adecuada capacitación para comprender y contender con estos padecimientos por parte de médicos, nutriólogos, psicológicos y otros trabajadores de la salud.

Antes de iniciar con propuestas para el abordaje psicológico de la obesidad es necesario identificar las características de funcionamiento psicosocial de las personas que habitan nuestra sociedad. La importancia de trabajar con la población adulta femenina radica en que son un grupo en donde se presenta mayormente la obesidad, además que el estar en edad reproductiva, son ellas quienes transmiten a sus hijos modelos alimenticios y como reconocer las señales de hambre saciedad de su cuerpo. (art consumo 20). (22)

El abordaje terapéutico de la mujer obesa con alteraciones alimentarias es necesario evaluar las funciones del Yo y aprovechar la motivación de esta población para bajar de peso y enfocarla hacia hábitos de salud y sostén de un autoestima saludable, dando herramientas para el control emocional y el autoconocimiento.

Es muy importante trabajar su adaptación social, vinculación afectiva y realización personal. Por lo que se recomienda enfocar la prevención del sobrepeso y la obesidad femenina desde los hábitos de salud adecuados (balance de nutrientes y gasto energético) y una autoestima cimentada en el desarrollo personal integral frente a una autoestima centrada en la atracción física y la delgadez como único valor estético.

Las referencias en la literatura sobre las características de personalidad en pacientes obesos, muestran como limitantes que en muchos de estos estudios se trabaja con pacientes derivados de consulta psiquiátrica y/o psicológica, lo que conlleva a que esta presencia de psicopatología siempre la encuentren como asociada a la obesidad

La Terapia Cognitivo-Conductual se muestra como un procedimiento útil para la pérdida de peso. Se trata de modificar no solo el peso si no los hábitos

alimentarios y de vida. Siendo un tratamiento útil, no es todavía un tratamiento definitivo.(8888)

(23)

El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas son en gran medida prevenibles», ha dicho el Dr. Robert Beaglehole, Director de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, OMS. Aproximadamente un 80% de las cardiopatías, los AVC y las diabetes de tipo 2, así como un 40% de los cánceres, podrían evitarse con una dieta saludable, una actividad física regular y el abandono del consumo de tabaco.

El aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. Ahora se consumen más alimentos hipercalóricos, más grasas saturadas, más grasas de tipo trans, más azúcares libres y más sal o sodio; además, hay muchas personas que no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética.

La prevalencia de obesidad sigue una tendencia acelerada que se dispara en el grupo de adultos hombres y mujeres hasta en un 80%, superando las mujeres a los hombres, esto predispone a este grupo a enfrentar un futuro de comorbilidades que se derivan del sobrepeso y la obesidad

Actualmente, existe mucho interés por conocer la dieta y hábitos alimentarios de la población, desde el punto de vista nutricional y educacional, porque proporciona datos para planificar programas de intervención y evitar trastornos alimentarios (24)

Los productos con alto contenido de grasas son más convenientes por su fácil adquisición o elaboración, de bajo costo, además tienen un sabor agradable y la cantidad o proporción es adecuada para dar saciedad (25).

Los datos epidemiológicos de diversos estudios realizados en el medio rural, como los de González y Stern (2003), Maza (2006), Pérez (2011) y Cámara (2012), dan cuenta de esos cambios en la dieta y de la repercusión que han tenido en la salud y en la manera de alimentarse de hombres y mujeres.

La **comida hipercalórica, elevada en grasas y carbohidratos**, provoca una alteración en el sistema de recompensa del cerebro similar a la que producen las drogas en este mismo sistema, señalan los resultados de una investigación realizada con ratas durante tres años.

Dicha alteración explicaría porque la gente adopta en sus hábitos alimenticios rápidamente, comer alimentos ricos en carbohidratos, harinas, calorías y grasas, y también porque este tipo de comida provoca hábitos de sobrealimentación

compulsiva, que a su vez propician el sobrepeso, la obesidad y la aparición de otras enfermedades.

Un estudio reciente realizado por científicos de The Scripps Research Institute, en Estados Unidos, ha revelado que los mismos mecanismos moleculares del cerebro que propician la adicción a las drogas se desarrollan cuando se come comida basura.

En un estudio, realizado con ratas, se demostró que el desarrollo en estos animales de la obesidad coincidió con un deterioro progresivo del equilibrio químico de los circuitos de recompensa del cerebro.

La investigación, dirigida por el profesor de dicho instituto Paul J. Kenny, ha establecido, por tanto, que la ingesta compulsiva de comida basura es especialmente adictiva y nociva para la salud y es extremadamente difícil de dejar como las drogas.

Investigadores alimentaron a las ratas imitando los menús que en humanos provoca sobrepeso y obesidad: Dietas de muchas calorías y alto contenido en grasas (salchichas, pasteles, lácteos etc.).

Las ratas sometidas a observación a lo largo del tiempo que duró la investigación llegaron a perder completamente el control sobre su comportamiento con la comida, característica principal de las adicciones.(26)

Poco después de que el experimento comenzara, los animales comenzaron a aumentar de peso drásticamente. Además enseguida fueron incapaces de cambiar de dieta, rechazando comidas alternativas que los científicos les ofrecían.

El cambio en sus preferencias fue tan enorme que básicamente se mataron así mismas de hambre dos semanas después de que se les suspendiera la dieta de comida basura, explican los investigadores.

Además de las comprobaciones empíricas del poder adictivo de la comida basura, los científicos estudiaron los mecanismos moleculares subyacentes ocurridos en los centros de recompensa del cerebro de las ratas.

Para poder hacerlo se centraron en un receptor particular del cerebro que ya se sabía que juega un papel importante en la vulnerabilidad a la adicción a las drogas y a la obesidad: El receptor D2 de Dopamina.(26)

Este receptor responde a la dopamina, neurotransmisor que se produce cuando disfrutamos de experiencias agradables, como las relaciones sexuales o una comida sabrosa, pero también cuando se consumen drogas. (26)

El sobrepeso, bajos niveles de actividad física y malos hábitos alimenticios basados en hábitos dietéticos occidentalizados (bajo consumo de fibra y alto

consumo de hidratos de carbono refinados y grasas saturadas) favorecen niveles elevados de insulina circulante. La hiperinsulinemia crónica disminuye la proteína transportadora de IGF y aumenta el IGF libre. Un subtipo de IGF, el IGF-1 amplifica el efecto de otros factores de crecimiento y aumenta citoquinas pro inflamatoria y adipoquinas que regulan la síntesis de estrógenos. La insulina y también IGF-1 estimulan la actividad tirosina kinasa de los receptores de vías de crecimiento como el receptor de insulina IR, el receptor IGF-1 (IGF-1F) y también del receptor híbrido de IGF-1/IR, los cuales son expresados en grandes cantidades en células malignas. La activación de estos receptores resulta en sobrerregulación del sustrato respondedor a insulina (insulin response substrate-1, IRS-1) el que consiguientemente activa la vía de la proteína Kinasa activada por mitogenos (MAP) y de la vía del fosfatidilinositide 3 Kinasa/Akt (P13k-Akt).

Existe una asociación epidemiológica entre la concentración de IGF-1 y CCR, próstata y CM en mujeres pre-menopausicas. La concentración de IGF-1 es más alta en hombres que en mujeres, lo que puede explicar las diferencias de género descritas para CCR.

Denominadores comunes que definen la relación obesidad-cancer son:

1. Eje insulina/Factor de crecimiento insulinisimil (IGF) tipo 1.
2. Esteroides sexuales
3. Adiponectinas-leptina
4. Inflamacion. Citoquinas, interleucina (IL) 1, IL-6 e IL-7; Factor de necrosis tumoral alfa (TFN α).
5. La adiposidad influye en la síntesis y biodisponibilidad de hormonas a través de al menos 3 mecanismos:
 - a) Aromatasas en el tejido adiposo promueven la formación de estrógenos a partir de precursores androgénicos, siendo el tejido adiposo la principal fuente de producción de estrógenos en mujeres postmenopáusicas. Los niveles de aromatasas y niveles de estrona circulantes en mujeres postmenopáusicas están relacionados al IMC.
 - b) La obesidad aumenta los niveles circulantes de insulina y de IGF-1. Ambos inhiben la síntesis de globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG), el principal transportador de testosterona y estradiol plasmático y pueden llevar a un aumento en la cantidad de esteroides sexuales libres.

c) Altos niveles de insulina pueden aumentar la síntesis de andrógenos ovárica-adrenal e inducir el desarrollo del síndrome de ovario poliquístico en premenopausas caracterizado por hiperandrogenismo y anovulación crónica, resultante en estimulación estrogénica continua del endometrio sin oposición de progesterona. El síndrome de ovario poliquístico y el sobrepeso y la obesidad se asocian a un aumento del riesgo de cáncer endometrial.

6. Adipokinas

El tejido adiposo, especialmente visceral es responsable de la síntesis y secreción de varios factores de crecimiento conocidos como adipocinas. De ellas las más abundantes y estudiadas son la leptina y adiponectina. Estas son mediadores claves entre tejido adiposo, vías inflamatorias e inmunidad, y pueden influir en procesos carcinogénicos a través de una disminución (adiponectina) o un aumento (leptina) en la secreción de IL-6 y TNF α .

7. Inflamación:

La obesidad induce un estado de inflamación y estrés oxidativo crónicos, caracterizados por la producción anómala de citoquinas, síntesis aumentada de reactantes de fase aguda y activación de señales pro-inflamatorias que contribuyen al desarrollo de insulino-resistencia, diabetes mellitus tipo 2 y aterosclerosis.

La elevación de citoquinas es responsable de la activación de señales proliferativas, angiogénicas y metastásicas.

Esto propuesto en el rol de los esteroides sexuales y por tanto es relevante para tumores que son sensibles a dichas hormonas, sin embargo la obesidad también se asocia a tumores insensibles a hormonas sexuales como las siguientes:

Hipoxia inducida por obesidad: Factor clave en el desarrollo de resistencia a la insulina, regulación de la inflamación crónica, disminución de la expresión del gen de la adiponectina y aumento de los genes de las leptinas.

Susceptibilidad genética compartida: Factores genéticos que predisponen a obesidad también predisponen a ciertos tumores.

Células estromales adiposas migratorias: Células estromales y endoteliales adiposas, presentes en el tejido adiposo. Se movilizan por la inflamación asociada a la obesidad y contribuyen al desarrollo tumoral.

Factores mecánicos:

Hipertensión: La obesidad es un factor de riesgo para HTA la que a su vez influye en el riesgo de cáncer renal.

Reflujo Gastroesofágico: Importante en el desarrollo de adenocarcinomas del esófago.

Aumento de la absorción de yodo por la tiroides, que es importante como riesgo de cáncer tiroideo.

Mujeres que aumentaron su IMC 2Kg/m² tras el diagnóstico de cáncer tienen mayores probabilidades de recaída y muerte (RR: 1.64 95% Intervalo de confianza; 1.07-2.51). (27)

Existen enfermedades clasificadas en el DSMV en relación a los malos hábitos alimenticios y enfermedades psiquiátricas como el trastorno por atracón, caracterizado por la aparición de episodios de ingesta compulsiva que se caracteriza por la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida de control sobre la ingesta. el cual se presenta en personas con un peso normal, con sobrepeso y con obesidad y señala que aunque hay una relación de este trastorno con la obesidad, no es adecuado equipararlo con la misma ya que la mayoría de las personas obesas no realizan atracones de forma recurrente; Este trastorno implica un deterioro en la calidad y la satisfacción con la vida, así como problemas de adaptación social y mayor morbilidad y mayor riesgo de desarrollo de obesidad y mayor utilización de recursos sanitarios. (28)

Este trastorno presenta comorbilidad con el trastorno bipolar, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y en menor medida con los relacionados con el consumo de sustancias, la comorbilidad psiquiátrica está relacionada con la gravedad del trastorno y no con el grado de obesidad.

Hoy en día, aconsejar a los mexicanos acerca de una alimentación saludable se cree que es suficiente, pero la epidemia mundial de obesidad está afectando a México, mucho más seriamente que a la mayoría de otros países.

Es por esto, que la Orientación Alimentaria y la Educación en Salud son de suma importancia para la población y debe ser manejada al 100% por todo el personal de salud (principalmente Médicos y Nutriólogos). Los contenidos de orientación alimentaria se deben basar en la identificación de grupos de riesgo, desde el punto de vista nutricional, la evaluación del estado de nutrición, la prevalencia y magnitud de las enfermedades relacionadas con la nutrición de la población y por último la evaluación de la disponibilidad y capacidad de compra de alimentos, por parte de los diferentes sectores poblacionales.

El Plato del Bien Comer se utiliza como guía alimentaria en específico para la población mexicana siendo una herramienta que debe ser accesible y comprensible, por lo que se evaluará la interpretación en la Licenciatura de Médico Cirujano y la Licenciatura en Nutrición, ya que es el personal de salud (principalmente el Médico) quien tiene primer contacto con los pacientes y que

tiene la obligación de orientarlos en materia de alimentación para referirlos posteriormente con el Nutriólogo para una orientación alimentaria específica.

Por todo este contexto se espera que los resultados de esta investigación contribuyan a detectar posibles puntos de mejora tanto en el gráfico como en el guión de la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

EL PLATO DEL BUEN COMER.

El Plato del Bien Comer es la representación gráfica para México que se encuentra en la “Norma Oficial Mexicana Nom-043-SSA2-2005, Servicios Básicos

De Salud. Promoción Y Educación Para La Salud En Materia Alimentaria. Criterios

Para Brindar Orientación” acorde a las necesidades y características de los mexicanos (tiene alimentos que se acostumbran consumir en el país) (4). Este esquema tiene como único propósito el ilustrar los grupos de alimentos y explicar a la población cómo conformar una dieta completa, equilibrada, variada, inocua, suficiente y adecuada.

Actualmente El Plato del Bien Comer es una herramienta utilizada por nutriólogos y personal de salud como material de comunicación visual, porque su finalidad es llevar el mensaje de una alimentación saludable a la población.

El Plato del Bien Comer tiene diferentes características que son las siguientes:

Círculo: no tiene ni arriba ni abajo por lo que no se le ha dado importancia a un grupo específico de alimentos.

Divisiones: los grupos están divididos del mismo tamaño, pero dos de ellos tienen divisiones internas, el de verduras y frutas está dividido a la mitad y son del mismo tamaño las dos partes, y el de leguminosas y alimentos de origen animal esta en $2/3$ y $1/3$ respectivamente

Grupos de alimentos: cinco tipos de alimentos se dividen en tres grupos, siendo las verduras y frutas y los cereales la base de la alimentación de la especie humana y el tercer grupo de leguminosas y alimentos de origen

animal para asegurar la disponibilidad de nutrimentos potencialmente deficitarios.

Porciones y cantidades: se evita la recomendación de porciones ya que se pueden llegar a interpretar erróneamente, además se da espontáneamente la creación de un menú equilibrado . En cuanto a las cantidades se podría fomentar el consumo excesivo de alimento. Estas dos características se excluyen porque la porción la determina cada persona y las cantidades complicarían la interpretación del gráfico que solo tiene como propósito ilustrar los grupos de alimentos.

Proporciones: se da una idea de las proporciones que se deben consumir de cada grupo de alimentos aun cuando la gente no tiene clara la idea de proporcionalidad.

Equivalencias: por la misma disposición de los alimentos en los grupos se pretende que sea posible la sustitución de alimentos dentro de los mismos grupos por la equivalencia que tienen, siendo totalmente comprensible por la población

Cabe resaltar que las imágenes son solamente apoyos para el momento de brindar la orientación alimentaria y es de suma importancia que el gráfico se mantenga inalterable porque así fue como se validó su efectividad

El grupo de Verduras y Frutas se encuentra en la parte superior para promover su consumo, siendo las Verduras señaladas en primer lugar por ser más baratas.

Este grupo de alimentos aporta versatilidad y colorido a la alimentación haciéndola más atractiva además de aportar un alto contenido de vitaminas, minerales, hidratos de carbono en el caso de las frutas y fibra en mayor cantidad con las verduras.

El grupo de Cereales se orienta del lado inferior izquierdo en el gráfico para resaltar su papel básico en la alimentación tratando de promover su consumo por el alto aporte al organismo de energía y fibra, además se fomenta la combinación de cereales con leguminosas aumentando el consumo de proteínas de calidad parecida a las de alto valor biológico.

En cuanto al grupo de Leguminosas y Alimentos de Origen Animal hay un alto aporte de proteínas ya sea de origen vegetal o animal y fibra en el caso de las Leguminosas. En general con los Alimentos de Origen Animal se pretende un consumo moderado debido a su alto contenido de colesterol y grasas saturadas, sin embargo hay algunos que los tienen en menor cantidad.

En cada grupo los alimentos se presentan con base en el tamaño o cantidad de las raciones recomendadas. Es necesario aclarar que ningún grupo tiene mayor importancia que otro, pero si faltara alguno en la dieta por un tiempo prolongado se generarían deficiencias incompatibles con la salud y la vida

El fundamento de la herramienta es “crear criterios generales que unifiquen y den congruencia a la Orientación Alimentaria, dar opciones, integración de alimentación correcta, mejorar el estado de nutrición de la población y prevenir problemas de salud en relación a la alimentación identificando grupos de riesgo, enfermedades relacionadas, así como la identificación y capacidad de obtención de alimentos”.

Las GABA son un instrumento importante para la educación alimentaria y nutricional y para la promoción de estilos de vida saludables, son un apoyo para lograr los objetivos de los programas de educación en nutrición

La “Guía de Orientación Alimentaria” contiene una serie de recomendaciones relacionadas con la alimentación y nutrición adecuadas que serán útiles para toda la población, en especial para los niños menores de cinco años de edad.

Esta guía fue elaborada por el Grupo Interinstitucional de Orientación Alimentaria conformado por la Dirección General de Promoción de la Salud y la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, de la Secretaría de Salud; la Dirección de Asistencia

Alimentaria y la Dirección de Concertación y Apoyo a Programas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil del Instituto Mexicano del Seguro Social; la Coordinación General del Programa IMSS - Solidaridad; la Subdirección General de Nutrición de Comunidad del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, "Salvador Zubirán"; el Departamento de Nutrición del Hospital Infantil de México, Federico Gómez y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

La guía consta de diez capítulos. El primero habla de las características de la alimentación correcta en condiciones normales de salud; el segundo, explica los requerimientos de los principales micronutrientes que necesitan los niños y las madres; los capítulos tres al seis hacen referencia a las principales características de una alimentación sana para los menores de 5 años, para las mujeres embarazadas y para aquellas que estén amamantando; el número siete proporciona algunas recomendaciones útiles o aplicables para los niños que presentan diarrea y/o desnutrición.

El ocho y nueve se refieren a las precauciones que los padres deben tener en cuenta para poder prevenir enfermedades que se originan por una mala alimentación y el último contiene información práctica para mejorar la disponibilidad de alimentos en el hogar.

JUSTIFICACION

Según cifras oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 35 millones de personas mueren cada año por enfermedades crónicas, ocasionadas por alimentación inadecuada, de las cuales 5% de estas víctimas pudieron ser salvadas, si solo consumieran de forma adecuada vegetales, hortalizas y frutas.

En la UMF 94 hay una población importante de mujeres con sobrepeso y obesidad que no es consciente de sus hábitos alimenticios, una de las causas más frecuentes de ganancia de peso, aunada a otras patologías metabólicas y mentales de la población.

- Malos hábitos alimenticios más el sedentarismo producirán un incremento de neoplasias asociadas al sobrepeso y obesidad, es muy importante conocer los hábitos alimenticios en mujeres ya que padecimientos oncológicos relacionados con el hiperestrogenismo y el sobrepeso u obesidad y aunado a esto metabolismo lento después de los 30 años de edad que nos conduce al aumento de peso.

Diversos estudios señalan que la prevalencia de la obesidad no se da en la misma medida en los diferentes estratos socioeconómicos ni por género. El sobrepeso y obesidad afectan en mayor medida a las mujeres mexicanas en edad reproductiva, siendo que el riesgo aumenta después de los 20 años.

Como regla general, las mujeres sufren más problemas psicológicos derivados de la obesidad que los hombres.

Las mujeres más fácilmente se retratan como obesas, lo que sugiere que las mujeres pueden ser más conscientes de su peso.

Ya en niñas de 5 años de edad, el estado de peso se asocia con mayor insatisfacción corporal y el nivel de insatisfacción corporal es mayor entre las chicas con sobrepeso que en varones con sobrepeso u obesidad; se relaciona a diferentes presiones socioculturales que tiene la mujer para adaptarse a un físico idealizado.

La importancia de trabajar con la población adulta femenina radica en que son un grupo en donde se presentamayormente la obesidad, además que al estar en

edad reproductiva, son ellas quienes transmiten a sus hijos modelos de como vincularse con el alimento y como reconocer las señales de hambre- saciedad de su cuerpo. (o)

A diferencia de otros factores como los genéticos que también determinan la aparición de estas enfermedades, tenemos la posibilidad de modificar la alimentación

Planteamiento del problema

El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo importantes de las enfermedades cardiovasculares, que constituyen la primera causa de muerte, con más de 17 millones de defunciones anuales. Antes se consideraba que este problema sólo afectaba a los países ricos, pero las estimaciones de la OMS muestran que el sobrepeso y la obesidad están aumentando de forma espectacular en los países de bajos y medianos ingresos. Esto se debe a varios factores, como el cambio generalizado de la dieta hacia un aumento del consumo de calorías, grasas, sales y azúcares, y la tendencia a la disminución de la actividad física ocasionada por el carácter sedentario del trabajo actual, el cambio de los medios de transporte y la creciente urbanización.

Pregunta de Investigación

¿Se modificarán los Hábitos Alimenticios en mujeres con sobrepeso y obesidad posterior a una intervención nutricional?

Objetivo General

Saber si es suficiente la orientación alimentaria como estrategia educativa, para que las mujeres con obesidad y sobrepeso cambien sus hábitos alimenticios

Modificar los hábitos alimenticios en mujeres con sobrepeso y obesidad posterior a una intervención nutricional.

Objetivos Específicos

1. Identificar los gustos y preferencias alimentarias de las mujeres con sobrepeso y obesas de la UMF 94.
2. Realizar una intervención nutricional en mujeres con sobrepeso y obesidad
3. Que la población femenina con obesidad y sobrepeso conozca acerca de los hábitos alimenticios saludables.
4. Que el grupo incluido en el protocolo conozcan las enfermedades a las que tienen riesgo al conocer su puntuación en el cuestionario por los malos hábitos alimenticios.
5. Que conozcan cómo se clasifican los alimentos.

Expectativa empirica

H0. Se modifican los hábitos alimenticios en mujeres con sobrepeso y obesidad posterior a una intervención nutricional en el 90% de ellas?

Variabes:

Variable dicotómica cualitativa

Material y Métodos:

Universo: Mujeres de 20 a 59 años de edad con obesidad y sobrepeso, con o sin enfermedades crónico-degenerativas de la UMF 94, de una población total de mujeres con sobrepeso de 8,296 y con obesidad 9,198; se utilizó 1% de la población total.

- **Diseño del estudio**
 - **Cuasi experimental**
- **Unidad de muestra**
 - **Mujeres con sobrepeso y obesidad adscritas al IMSS en la UMF No 94.**
- **Muestreo**
 - **Por conveniencia**

Cálculo de la Muestra

- Según ARIMAC: 8,296 con sobrepeso y 9,198 obesidad.
- 1% de la población total 100 participantes

VARIABLES DE ESTUDIO

- **Variable de estudio**
 - Hábitos alimenticios
- **Variables descriptivas**
 - Edad
 - Ocupación
 - Escolaridad
 - IMC

Criterios de inclusión:

Mujeres de 30 a 50 años con sobrepeso y obesidad.

Que acepten participar bajo consentimiento informado

Criterios de exclusión:

Mujeres que tengan alguna incapacidad para acudir a las sesiones de intervención nutricional.

Criterios de eliminación:

Mujeres que abandonen el estudio en cualquiera de sus fases

Análisis estadístico de la información:

Se utilizará estadística descriptiva para analizar los resultados

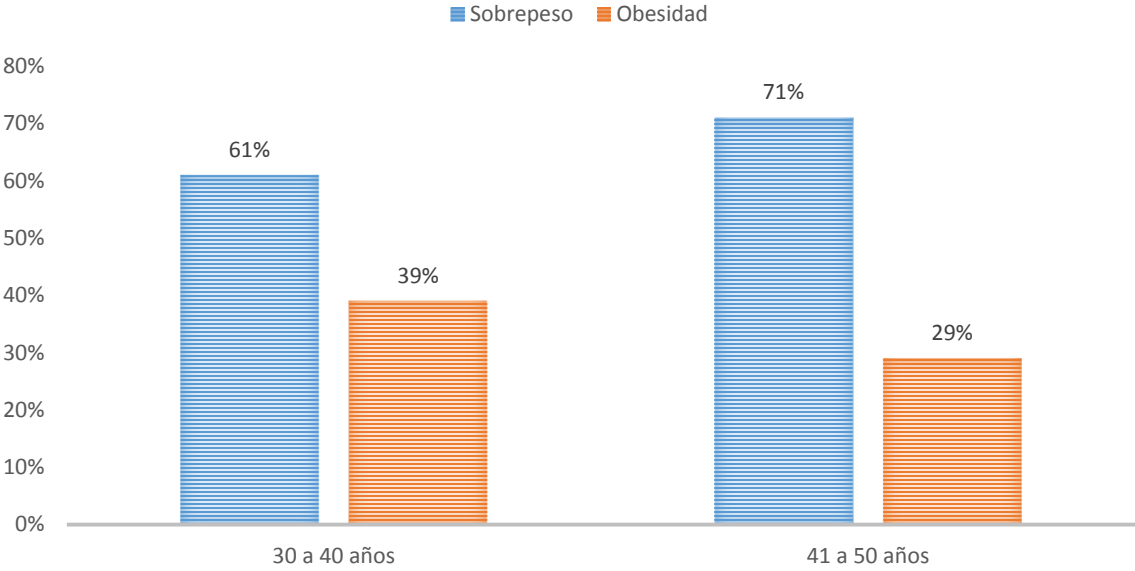
Los resultados se presentan en gráficos

Descripción de la maniobra experimental:

- 1. Se integró un grupo de 100 mujeres.**

- 2. Se aplicó a cada una de las participantes el instrumento cuestionario de tamizaje por Block**
- 3. Se llevó a cabo la aplicación de la orientación alimentaria dividida en 5 sesiones de una hora, los días lunes y martes, posteriormente a 2 meses se aplicó nuevamente dicho cuestionario**
- 4. Se aplicó del manual de instrumentos de evaluación dietética el cuestionario de Tamizaje por Block para ingesta de fruta/vegetales y fibra completo, previa orientación alimentaria y posteriormente a orientación basada en el plato del buen comer**

Grafico 1: Frecuencia de edad en mujeres con sobrepeso y obesidad PRE intervencion



Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres con sobrepeso y obesidad de la UMF No 94 en Diciembre del 2016.

Grafico 2: Frecuencia de escolaridad en mujeres con sobrepeso y obesidad

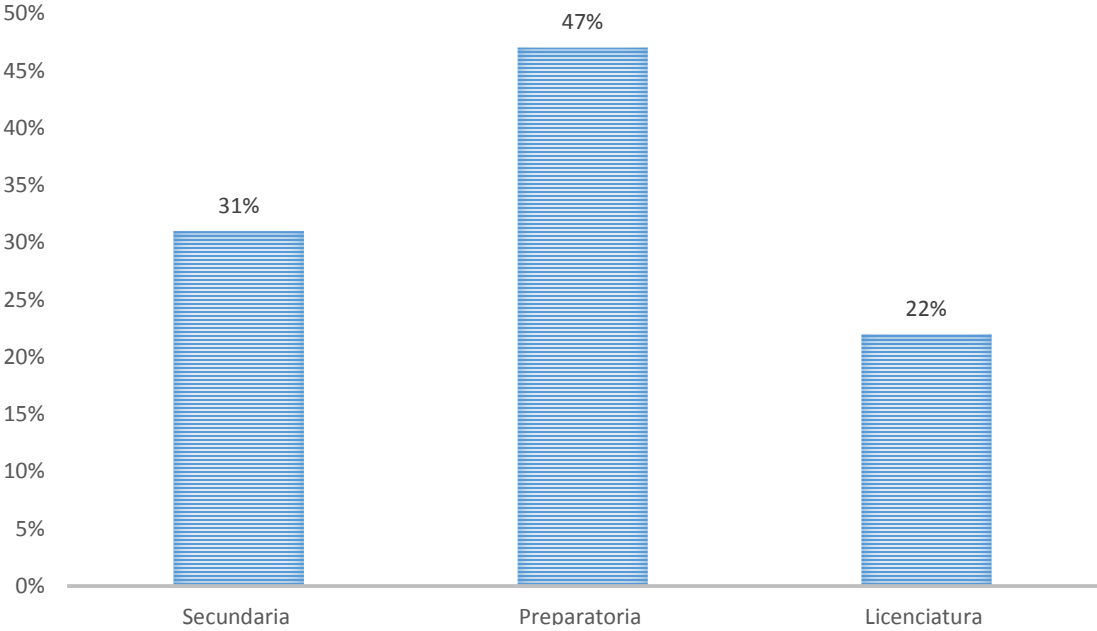
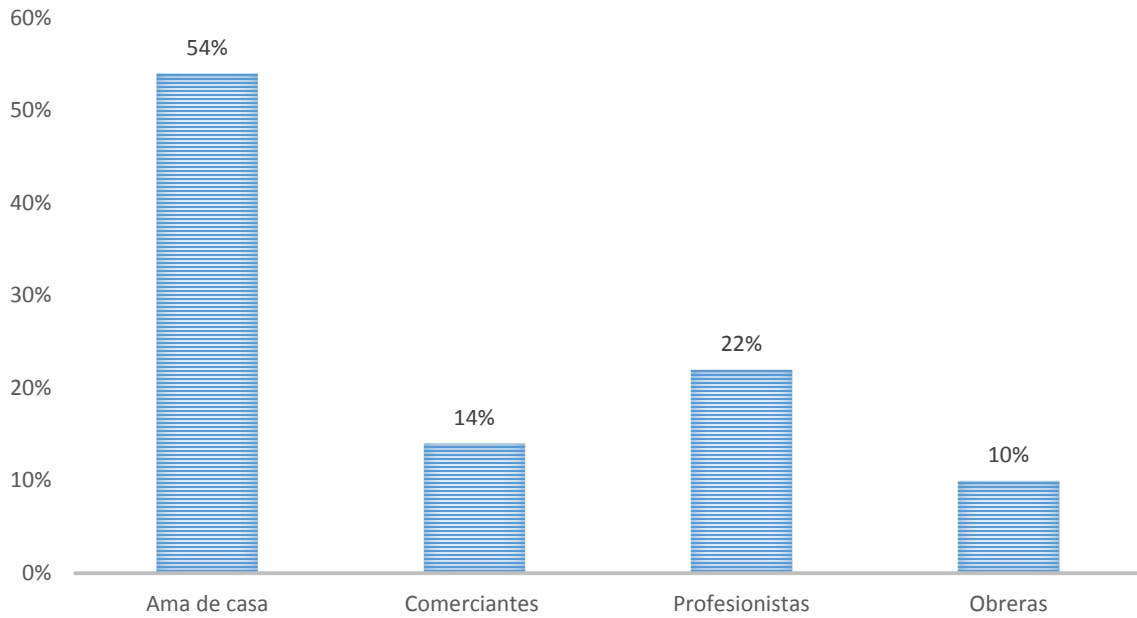
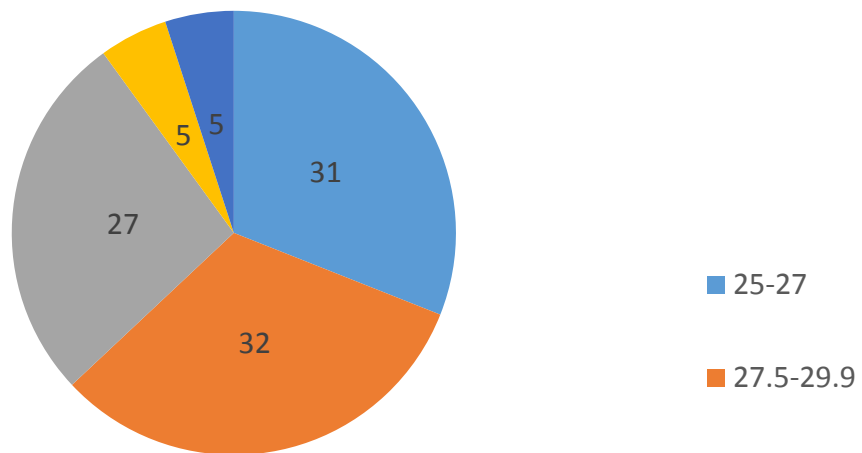


Grafico 3. Frecuencia de ocupación en mujeres con sobrepeso y obesidad



FRECUENCIA DE IMC MUJERES DF 30 A 40 AÑOS



FRECUANCIA DE IMC MUJERES DE 41 A 50 AÑOS

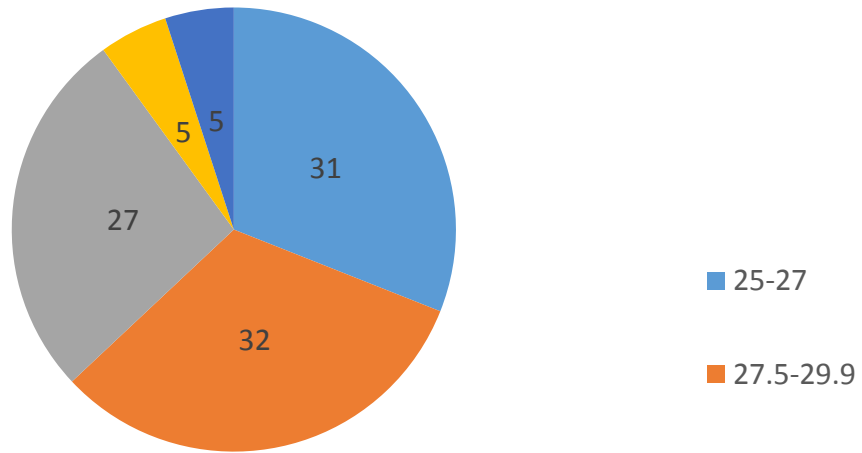


Grafico 4: Hábitos alimenticios en mujeres con sobrepeso y obesidad pre y post intervención

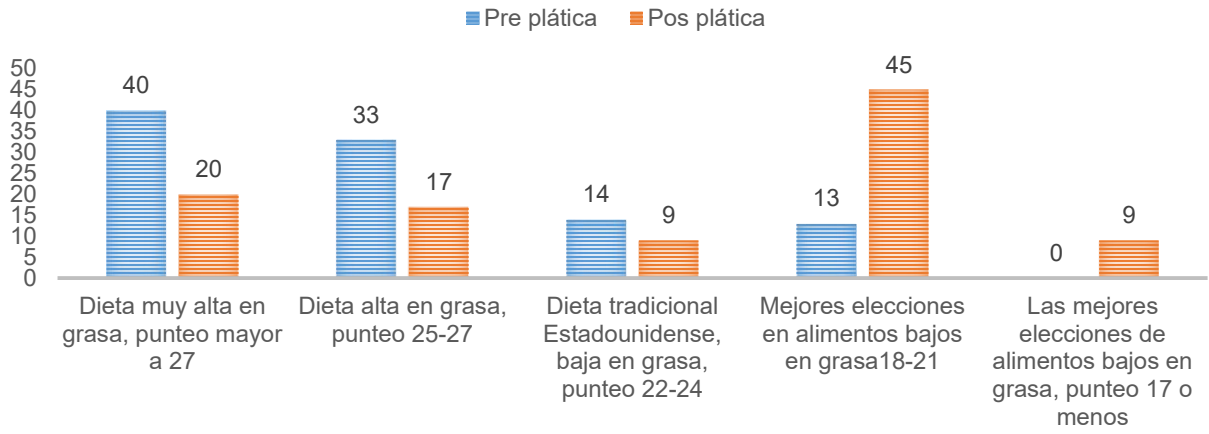
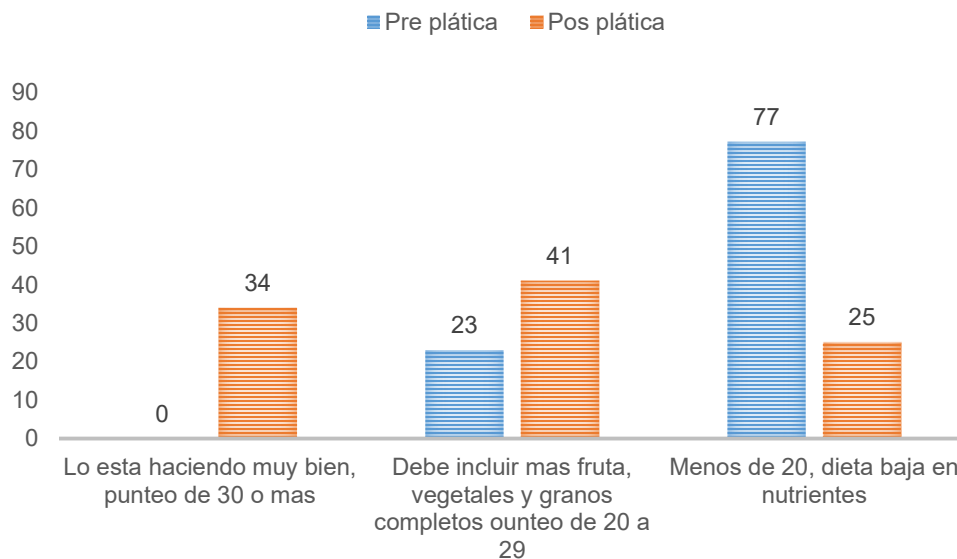


Grafico 5: Hábitos alimenticios en mujeres con sobrepeso y obesidad pre y post intervención



Se observó que la mayoría de las mujeres cambio algunos hábitos alimenticios bajando la ingesta de grasas aunque aumentando la ingesta de carbohidratos o viceversa.

Los resultados encontrados en este trabajo denotaron el efecto positivo de la intervención en relación al aumento de los conocimientos en materia de alimentación y nutrición de las mujeres instruidas, quienes en una fase previa al estudio, fueron evaluadas con técnicas antropométricas y encuesta dietética, manifestando severos problemas en su estado de salud y nutrición además de caracterizarse por un patrón alimentario de riesgo alergénico.

De un total de 100 mujeres incorporadas al estudio, 10 por grupo, el promedio de edad fue de 30 a 50 años.

Como se puede observar en todas las tablas hubo mejoría posterior a la intervención nutricional aunque no en el porcentaje esperado.

La mayoría contaban con nivel educativo medio

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten corroborar que la expectativa empírica no se cumplió.

Debido a que sólo el 40% de las participantes modificó sus hábitos alimenticios.

La comida hipercalórica elevada en grasas y carbohidratos provoca una alteración en el sistema de recompensa del cerebro similar a la que producen las drogas en este mismo sistema.

Dicha alteración explicaría porque la gente adopta en sus hábitos alimenticios rápidamente, comer alimentos ricos en carbohidratos, harinas, calorías y grasas, también porque este tipo de comida provoca hábitos de sobrealimentación compulsiva, que a su vez propician el sobrepeso, la obesidad y la aparición de otras enfermedades y que difícilmente pueden ser cambiados con intervenciones nutricionales.

La intervención alimenticia no debe ser aislada, debe incluir ejercicio físico, tratamiento conductual y abordaje familiar.

- Un 30% refieren que a pesar de haber recibido estrategias educativas no logran bajar de peso aun llevando a cabo lo aprendido.
- Un 43% refieren que les es imposible no pensar en las dietas altas en carbohidratos y grasas como adicción.
- El 31% ya presentaban enfermedades crónico-degenerativas (HAS, DM tipo2).
- El 69% no tienen aún enfermedades cronicodegenerativas.
- El 70% refiere desconocer que es un perfil de lípidos.
- El 70% de la población refiere que es fuerza de voluntad.
- El 89% de la población está de acuerdo en que deben ser enviados a evaluación médica.
- Solo el 34% tuvo pérdida de peso de 1 a 5 kg en dos meses.

SUGERENCIAS

- Los médicos de primer contacto deben indagar el tipo de hábitos alimenticios en mujeres con sobrepeso y obesidad, a fin de identificar alguna alteración
- Al identificar una alteración, se deben aplicar intervenciones nutrimentales a fin de educar a las pacientes y favorecer la actitud al cambio.

BIBLIOGRAFIA

1. Irma Martínez Jasso; Pedro A. Villezca Becerra. La alimentación en México. Un estudio a partir de la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares y de las hojas de balance alimenticio de la FAO.
<http://www.redalyc.org/pdf/402/40280207.pdf>
2. Jusidman-Rapoport C. El derecho a la alimentación como derecho humano. Salud Pública Mex 2014; 56 supl 1:S86-S91.
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v56s1/v56s1a13.pdf>

NOM

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/201

3 Gaceta del gobierno del estado de México. acuerdo por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del reglamento para el expendio de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica del subsistema educativo federalizado, publicado en la gaceta del gobierno el 14 de septiembre de 2010.

<http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/gct/2014/sep195.PDF>

3ª Secretaría de Salud. Norma oficial mexicana NOM-043-SSA2-2005 servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. México 2005: Diario Oficial.

Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/2_norma_oficial_mexicana_nom_043_SSA2_2005.pdf

4Ortiz HL, Gómez TB. Food consumption in Mexican adolescents. Rev Panamá Salud Publica [Revista en internet]. 2008 Aug [citado 2012 Oct 26]; 24(2): 127-135.

Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext

4 A Gómez C, Juárez L, Shamah T, García A, Ávila A, Quiroz M. Conocimientos en nutrición, sobrepeso u obesidad en mujeres de estratos socioeconómicos bajos de la Ciudad de México. Archivos Latinoamericanos de nutrición [revista en la Internet]. México 2011 [citado 2012 Nov 3]; 61(4): 396-404.

Disponible en: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2011-4/art9.asp#>

5 Olavarría S, Sacarías I. Obstaculizadores y facilitadores para aumentar el consumo de frutas y verduras en seis países de Latinoamérica. Archivos Latinoamericanos de Nutrición [Revista en internet]. Venezuela 2011 [citado 2012 Oct 26]; 61(2).

Disponible en:

<http://www.alanrevista.org/ediciones/2011-2/art7.asp>

6 El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en México (UNICEF-México).

7 Vigencia del Síndrome Metabólico. Edgar Acosta García. Acta bioquím. clín. latinoam. vol.45 no.3 La Plata jul./set. 2011.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572011000300003

8 Jaspinder Kaur; Comprehensive Review on Metabolic Syndrome

Volume 2014, Article ID 943162, 21 pages

9. Gómez C, Juárez L, Shamah T, García A, Ávila A, Quiroz M. Conocimientos en nutrición, sobrepeso u obesidad en mujeres de estratos socioeconómicos bajos de la Ciudad de México. Archivos Latinoamericanos de nutrición [revista en la Internet]. México 2011 [citado 2012 Nov 3];

61(4): 396-404. Disponible en: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2011-4/art9.asp#>

Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/economia/documentos/v16n2Acosta.pdf>

10. Socioeconomic Status and Obesity in Colombia. *Revista de Economía del Rosario. Universidad del Rosario. Vol. 16. No. 2. Julio-Diciembre 2013. 171-200*

11. Antonia Trichopoulou; Miguel A Martínez-González; Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world

11. Marissa García 1, Jessica D. Bihuniak. The Effect of the Traditional Mediterranean-Style Diet on Metabolic Risk Factors: A Meta-Analysis. 23 December 2015; Accepted: 10 March 2016; Published: 15 March 2016

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4808896/pdf/nutrients-08-00168.pdf>.

12. Dr. Eduardo Atalah s. epidemiología de la obesidad en Chile. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2012; 23(2) 117-123].

http://ac.els-cdn.com/S0716864012702870/1-s2.0-S0716864012702870-main.pdf?_tid=2613df64-74a7-11e7-8524-00000aacb35e&acdnat=1501364871_f2a5fc11c342b8a70395681816300db8

12. *J. Environ. Res*; Effect of Television on Obesity and Excess of Weight and Consequences of Health; *Public Health* 2015, 12, 9408-9426; doi:10.3390/ijerph120809408.

13 James A. Levine. Poverty and Obesity in the U.S. *Diabetes* 2011 Nov; 60(11): 2667-2668.
<http://diabetes.diabetesjournals.org/content/60/11/2667.full-text.pdf>

14 Ma. del Carmen Morales-Ruán, M en C. La inseguridad alimentaria está asociada con obesidad en mujeres adultas de México. *Salud Pública Mex* 2014;56 supl 1:S54-S61.

15 Genaro Gabriel Ortiz; Elva D. Arias Merino. Envejecimiento y metabolismo: cambios y regulación. Volumen 62. Un 3. 2012.
https://www.researchgate.net/publication/236862628_Envejecimiento_y_metabolismo_cambios_y_regulacion

16 Hernández et al., 1996; Olaiz et al., 2006; Instituto Nacional de Salud Pública 2007. Karina Acosta

17 La obesidad y la economía de la prevención: "fit not fat". oecd. Estimaciones de la OCDE basadas en encuestas nacionales de salud.
https://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2014-MEXICO_ES.pdf

18 Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Secretaría de Salud. Primera edición, septiembre 2013.
http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf

19 EDGAR BRAVO SOSA... FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD.

19. Comparison of energy and nutrients intake in female adolescents with overweight and obesity; Jaime Pajuelo R; Ivonne Bernui L. *Fac med* 2013; 74(1); 15-20.

<https://es.scribd.com/document/250554239/Comparacion-de-la-ingesta-de-energia-y-nutrientes-en-adolescentes-mujeres-con-sobrepeso-y-obesidad>

20. Manual de Instrumentos de evaluación dietética. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Publicación INCAP 165

20(a). Zeynep Özcan Dağ1; Berna Dilbaz; Impact of obesity on infertility in women; (J Turk Ger Gynecol Assoc 2015; 16: 111-7).

22 Juan Pablo Méndez, Verónica Vázquez-Velazquez; Eating disorders; Bol. Med. Hosp. Infant

Mex. vol.65 no.6 México nov./dic. 2008.http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014

(o) Cecilia Meza Peña; Tesis predictores psicosociales de sobrepeso y obesidad en mujeres Monterey.

(P)

Krauss RM, Eckel RH, Howard B, Appel LJ, Daniels SR, Deckelbaum RJ y col. AHA Dietary Guidelines. Revision 2000: A Statement for healthcare professionals from the nutrition committee of the American Heart Association. Circulation 2000;102:2284-2299.

26 Ana Obregón; Jessica Fuentes. Asociación entre adicción a la comida y estado nutricional en universitarios chilenos; Rev Med Chile 2015; 143: 589-597.

(27) César Sánchez R.; Carolina Ibáñez. Obesidad y cáncer: la tormenta perfecta; Rev Med Chile 2014; 142: 211-221.

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art10.pdf>

28 TESIS. "EL PLATO DEL BIEN COMER Y SU INTERPRETACIÓN DE ACUERDO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-043-SSA2-2005, POR LOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LAUAEMéx.NOVIEMBRE2012-FEBRERO
2013file:///C:/Users/simf11.hro070416/Downloads/401234%20(2).pdf