



***Universidad de las Ciencias de la Cultura
Física y el Deporte
Facultad Villa Clara***

***Título: Acciones Educativas, Físicas y
Recreativas para contribuir a un estilo de vida
saludable en obesos del Centro de Salud
Mental del municipio de Placetas.***

***Tesis para optar por el título de Máster en
“Actividad Física Comunitaria”.***

Autor: Tania López Aquino

**Tutores: Dra. Carmen Zita Fírvida Noy
MsC. Ibrahin Véliz Núñez**

AÑO: 2009

INDICE

Introducción -----	1
--------------------	---

CAPITULO I

Marco Teórico Conceptual

✚ 1.1- La obesidad como fenómeno social.-----	13
✚ 1.2- Estilo de vida -----	38
✚ 1.3- Actividades recreativas -----	46

CAPITULO II

✚ 2.1 Metodología-----	51
✚ 2.2 Análisis de los Resultados	
✚ 2.2.1 Análisis de los resultados del diagnóstico inicial-----	58
✚ 2.2.2 Elaboración de las acciones Educativas, Físicas y Recreativas -----	61
✚ 2.2.3 Evaluación de la puesta en práctica de las acciones. -----	79

CONCLUSIONES -----	96
---------------------------	----

RECOMENDACIONES -----	97
------------------------------	----

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

RESUMEN

El trabajo que se presenta aborda la temática relacionada con acciones educativas, físicas y recreativas para contribuir a un estilo de vida saludable en obesos los cuales se encuentran ubicados en el Centro de Salud Mental del municipio de Placetas. Se elabora el mismo con sus objetivos y contenido correspondiente para este tipo de pacientes, a través de un pre-experimento que se sustentó en diversos métodos y técnicas propios de la investigación como la revisión de documentos, observación, entrevistas, encuestas, la medición del peso y la talla, que fundamentaron teórica y metodológicamente la propuesta, para el procesamiento matemático de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS. Como aporte principal del trabajo se concibió en el orden práctico el logro de la asimilación por los obesos de las acciones como un conjunto, las cuales se ejecutaron de forma integral como un todo y no percibir las independientemente y de esta forma modificar el estilo de vida sedentario de los pacientes obesos. Este nuevo estilo de vida incluirá la práctica sistemática de ejercicios físicos, con el fin de reducir el Índice de Masa Corporal, la utilización de una alimentación saludable, la mayor participación en actividades en grupos con fines recreativos y sesiones educativas, elementos todos que contribuyeron a un mejor grado de salud integral de estos sujetos. En el orden teórico se aporta la propuesta de las acciones para introducir estilos de vida saludables en los pacientes obesos del Centro de Salud Mental del municipio de Placetas.

INTRODUCCIÓN.

El Sistema de Cultura Física y Deporte abarca aquella esfera de realización humana que surge como consecuencia de la interacción entre el hombre y la naturaleza, a través de formas específicas de la actividad física y el deporte, condicionando un tipo especial de cultura: la Cultura Física.

La Cultura Física como parte esencial de la cultura nacional del sistema educacional y de las condiciones de vida y de trabajo de los pueblos contribuye de forma determinante al desarrollo y la formación multilateral y armónica de la personalidad del individuo desde sus primeros años de vida hasta la adultez.

La actividad física es considerada como un medio eficaz en la lucha contra enfermedades y los vicios dañinos para la salud y sirve como herramienta para el mantenimiento de una población sana y libre de enfermedades físicas, psíquicas, y sociales.

Se viven momentos trascendentales y de rápidos progresos científicos y tecnológicos que envuelven al mundo en una dinámica particular, donde el hombre tiene un mayor control sobre la vida y la muerte, pero este control va a depender del comportamiento y costumbres de cada localidad.

Universalmente es aprobada la tesis de que la práctica de los ejercicios contribuye al bienestar físico y emocional de las personas. Por otra parte, las investigaciones han demostrado correlaciones significativas entre el bienestar y la satisfacción de las personas en dicha actividad.

En la sociedad cubana actual se realizan grandes esfuerzos orientados al bienestar social de las personas, no sólo en el aspecto material, sino en su participación activa en la sociedad, de acuerdo a sus necesidades y prioridades.

Según Alfred Adler (Psicólogo) todos los seres humanos aspiran a un ideal utópico de perfección. La naturaleza humana procura siempre superar los obstáculos con los que se enfrenta en la vida y alcanzar las metas que se haya propuesto para sentirse fuerte y con sentido. Se ha hecho hincapié en el sentimiento de comunidad, que se expresa en la idea de que todos deben pertenecer a una familia, a un grupo, a una sociedad.

Gómez, O. (2006), en su tesis doctoral, plantea que: *“Para el trabajo comunitario no se puede contar solo con las fuerzas espontáneas del Consejo Popular, sino que hay que influir sobre ellas dotándolas de conocimientos e instrumentos necesarios para que este se lleve a cabo.”*(Gómez; o., 2006:61).

Con tal propósito se aborda esta problemática a través de la investigación y desde el marco teórico-práctico se pretende contribuir a que las acciones no sean por contactos circunstanciales, sino para que se establezca un accionar recíproco y sistemático.

Para establecer esta propuesta de acciones es importante delimitar el grupo con el cual se va a interactuar, tomando como criterio que se favorezca en esa interacción el sentimiento de pertenencia y el protagonismo., según las teorías sobre recreación física del Dr. Sosa Loy.

En función de propiciar el desarrollo de la cultura física y alimentaría en obesos desvinculados de una vida social activa pertenecientes al Centro comunitario de Salud Mental del Municipio de Placetas se propone un conjunto de acciones con el fin de insertarlos a la vida social y comunitaria.

Según Vilda Figueroa, en su Proyecto Comunitario (La obesidad a través de la historia), plantea que *“el fenómeno de la obesidad se registra en la historia asociado a los niveles superiores de desarrollo y, supuestamente del bienestar humano. El enfoque médico de la obesidad ha predominado en los siglos XX y XXI donde se ha logrado caracterizar la obesidad y el sobre peso como una entidad clínica de salud pública que requiere tratamiento y prevención, así como la identificación de los factores de riesgo con la alimentación en primer plano y su relación con gran número de enfermedades crónicas, la disminución de la expectativa de vida y un incremento de la mortalidad en las personas que la padecen”*. (Figueroa, V., Año: 2008:3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), cataloga la obesidad como la epidemia del Siglo XXI y advierte el preocupante aumento de la población de obesos a escala mundial. En gran número de países, la obesidad se apodera de muchos sectores, incluso de los bajos ingresos, y su prevalencia se convierte en un problema epidemiológico que va en aumento, alcanza dimensiones considerables e incide en grandes masas de la población al afectar los indicadores de la salud, la calidad de vida y agravar los gastos de salud pública. Sin embargo, paralela y paradójicamente, la imagen de la obesidad se vuelve desagradable y es rechazada por los estándares de la sociedad moderna, ya que las personas obesas no son sinónimo de la felicidad, el bienestar y la abundancia que todos aspiran.

La obesidad se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública, en la actualidad es una verdadera enfermedad cuyo origen es complejo y multifactorial. Refleja un trastorno de la regulación del apetito y del metabolismo energético, en el que intervienen factores fisiopatológicos y bioquímicos, factores genéticos y hereditarios, y también factores culturales, psicosociales relacionados con el entorno.

En los últimos 20 a 30 años, el sobrepeso y la obesidad amenazan a toda la población del orbe. Se destinan enormes presupuestos para su prevención y control, pero las cifras van en aumento desenfrenado, sin que aparentemente las políticas de intervención de las instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales logren los éxitos deseados.

Sin embargo, se hacen grandes esfuerzos para lograr avances científicos que aporten resultados promisorios. Se ha demostrado la influencia de los hábitos alimentarios en la obesidad, de los factores genéticos, el papel que desempeña el estilo de vida, en particular, la práctica sistemática del ejercicio físico mediante una vida activa.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente. En el año 2005 había cuatrocientos millones de obesos adultos y en el 2015 la cifra alcanzará más de setecientos millones. Si a esta cantidad le sumamos las personas con sobrepeso que ascenderán próximamente a tres mil millones, se puede inferir la importancia de la enfermedad.

Los datos más completos de la prevalencia de la obesidad en el mundo son los del Proyecto MONICA: Seguimiento de tendencias y determinantes de las enfermedades cardiovasculares. Junto con la información obtenida en estudios nacionales, los datos indican que la prevalencia de la obesidad en la mayoría de los países europeos ha aumentado en torno a un 10-40% en los últimos 10 años, entre un 10-20% en los hombres y un 10-25% en las mujeres. El incremento más alarmante se ha observado en Gran Bretaña, donde refiriéndonos a los adultos, casi dos tercios de los hombres y la mitad de las mujeres padecen exceso de peso u obesidad.

“El aumento de la prevalencia de obesidad en la mayoría de los países, se ha producido en forma paralela al aumento del sedentarismo asociándose a esta como un fenómeno de causa-efecto. Dicha asociación sedentarismo-obesidad ha

sido ampliamente demostrada. En Inglaterra por ejemplo, datos poblacionales de 20 años, revelaron que la ingesta energética y de grasas no habían aumentado en ese período, sin embargo, la inactividad lo había hecho en forma significativa". (Prentice, A.M.; Jebb, S.A. Obesity in Britain gluttony or sloth? British Medical Journal, 1995:439).

Muchos han sido los estudios sobre la actividad física de la población alrededor del mundo, como forma de identificar el impacto del sedentarismo sobre el estilo de vida del ser humano. Datos investigativos revelan que el sedentarismo (teniendo en cuenta a personas que realizan menos de tres veces a la semana actividades físicas recreacionales) atentan tanto a países desarrollados como en desarrollo afectando aproximadamente al 57% de la población Europea, no obstante cuando esos índices fueron analizados por países se pudo observar diferencias importantes, variando del 32% al 35% en países como Suecia, Finlandia e Irlanda, pasando a valores medios de un 48% a un 63% como el caso de Inglaterra, Alemania y Francia similares a los países de América, 67% y 83% en Portugal. A pesar de las diferentes metodologías ejecutadas para efectuar estas mediciones, el cuadro de la salud pública es preocupante y exige de políticas de salud pública para minimizar el impacto de este mal sobre las grandes masas populares.

Los datos de prevalencia del sedentarismo en América y en especial América Latina son menos claros por que no tenemos levantamientos tan específicos y con metodologías similares o adecuadas. Los levantamientos hechos por algunos países generalmente con pesquisas ligadas a la salud pública indican datos que varían de país en país y acorde a su nivel socioeconómico. En los Estados Unidos se reporta que uno de cuatro adultos es físicamente inactivo, en las Américas, Perú 92.3%, Chile 95.6%, Colombia 57%, Brasil 76%.

Cuba se encuentra entre los países que trabajan por incorporar de manera consciente la actividad física al estilo de vida de sus pobladores, no obstante, la

cifra de población sedentaria se encuentra alrededor del 50% a pesar de todas las facilidades que existen para ejercitarse y donde las instalaciones son gratuitas al igual que las clases que se imparten por parte de los profesores graduados.

En Europa, según una reciente publicación del año 2006 sobre Dieta y Actividad Física para la salud por la Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre esta enfermedad, manifiesta que la obesidad en Europa ha alcanzado proporciones epidémica. Su prevalencia se ha triplicado en las dos últimas décadas y si no se toman acciones se estima que para el 2010 existirán ciento cincuenta millones de adultos obesos (20% de la población) y quince millones de niños y adolescentes obesos (10% de la población) según datos recogidos de (Prevalencia y tendencias mundiales del sobrepeso y la obesidad). (Santa Jiménez. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos)

Estados Unidos realiza encuestas nacionales de salud y nutrición desde la década de los sesenta. La prevalencia de obesidad se mantuvo relativamente constante entre 1960 y 1980, pero aumentó a partir de 1988-94.

La obesidad también existe en la pobreza con rasgos distintivos debido a factores alimentarios (el consumo de grasas y azúcar que es la fuente más barata de energía y la reducción del consumo de fibra), la falta de actividad física sistemática en las poblaciones pobres sedentarias, la desigualdad que rige el acceso a los mensajes de promoción, la educación sanitaria y los inadecuados servicios de salud hace que se desconozca la importancia de los cambios de comportamiento para llevar un modo de vida más sano.

Los estudios internacionales sobre los costos económicos de la obesidad han demostrado que constituyen entre un 2% y un 7% del total de los costos sanitarios, aunque estos porcentajes dependen del método de análisis utilizado. En Francia, por ejemplo, el costo directo de enfermedades asociadas a la obesidad (incluyendo gastos de asistencia sanitaria personal, cuidados hospitalarios, servicios médicos y medicamentos para enfermedades con una

relación demostrada con la obesidad) ascendía a un 2% del total de los gastos sanitarios. En los Países Bajos, la proporción del total de gastos de medicina general atribuibles a la obesidad y al exceso de peso es aproximadamente de un 3-4 %.

En su informe sobre la salud mundial 2002, la Organización Mundial de la Salud reconoce que la obesidad y la inactividad son responsables al menos de dos tercios de los casos de diabetes mellitus tipo 2. La obesidad es su principal factor modificable.

En Inglaterra, el precio anual de la obesidad y su tratamiento es para el (Servicio Nacional de Sanidad) de aproximadamente 500 millones de libras, y se calcula que su impacto en la economía es de 2.000 millones de libras al año. El costo humano estimado de la obesidad es de 18 millones de días de baja al año; y de 30.000 muertes al año, que tienen como consecuencia que se pierdan 40.000 años de vida laboral y que la esperanza de vida disminuya en nueve años.

El especialista cubano en obesidad Francisco González detalló que para que una persona con este problema adquiera un estilo de vida saludable es necesario que tenga también ayuda psicológica, ya que sin esta muchas personas dejan el tratamiento. Algunas veces, las emociones también pueden estimular la obesidad. La gente tiende a comer cuando está afligida, ansiosa, triste, estresada, o incluso aburrida. Después de comer demasiado, estas personas se sienten culpables y comen más para enfrentar esas emociones negativas; de este modo, crean un círculo difícil de romper.

Uno de los factores más importantes en el aumento de peso es el estilo de vida sedentario. Actualmente, las personas son mucho menos activas que en el pasado, ya que ocupan su tiempo libre frente a la televisión, las computadoras y los juegos de video.

En Cuba se estima que alrededor de un 20 a un 30 % de la población presenta un sobrepeso .En una 1ra encuesta nacional de factores de riesgo en el año 1995

existía un 22% de obesidad, en la 2^{da} encuesta nacional realizada en 1998 un 40% de sobrepeso y un 25% de obeso y en una 3^{ra} encuesta nacional de factores de riesgo que tuvo lugar en el año 2001 se detectó que el 30% de la población cubana era obesa.

Es obvio que en la mayoría de los casos de obesidad o sobrepeso que se encuentran en las clínicas cubanas diariamente, no tienen más trascendencia que la meramente estética, y que con un mínimo de corrección dietética sencillo se puede solucionar.

Actualmente, existen pruebas evidentes que sugieren que la prevalencia del exceso de peso y la obesidad en el mundo, está creciendo drásticamente y que el problema es cada vez mayor tanto en niños como en adultos.

La obesidad en la actualidad, es mucho más que la imagen de personas gruesas, voluminosas, rollizas o con exceso de peso corporal. Detrás de esa apariencia, se encuentra la expresión de trastornos, disfunciones o influencias, relacionadas con aspectos biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y hábitos alimentarios, que han estado condicionados por diferentes ambientes, a través del transcurrir histórico y el desarrollo social.

Es necesaria la participación activa de muchos colectivos, como los gobiernos, los profesionales de la salud, la industria alimenticia, los medios de comunicación y los consumidores obesos para fomentar un consumo de dietas sanas y un aumento de la actividad física, que contribuya a controlar el sobrepeso y la obesidad. Esta responsabilidad compartida consiste en ayudar a potenciar dietas saludables que sean bajas en grasas y altas en carbohidratos complejos y que además contengan grandes cantidades de frutas y verduras frescas.

En el municipio de Placetas los estudios encaminados al cambio de comportamiento de riesgo y la promoción de salud, con mucha frecuencia hacen alusión al estilo de vida.

Álvarez J.A en el libro Educación para la salud plantea: *“que el tratamiento a las personas que presentan esta entidad multifactorial, los mejores resultados obtenidos se ponen de manifiesto en la modificación de algunos aspectos, como son: los hábitos alimentarios, la incorporación a la actividad física y al ejercicio físico en su régimen de vida diario, el modo de enfrentamiento a los estresores, las horas dedicadas al sueño, la recreación física , los entretenimientos, la reducción del hábito de fumar entre otras actividades que conforman los elementos a tener presente en la calidad de vida”* (Álvarez, J,A, .Año: 2005: 36)

Es evidente la frecuencia de la obesidad en la población y su impacto negativo sobre la salud en el municipio de Placetas, por tanto, se convierte en una necesidad de primer orden adecuar el estilo de vida sedentario de los obesos a través de la práctica sistemática de los ejercicios físicos, que pueda influir a largo plazo en la disminución de su peso corporal, la participación en las actividades sociales o simplemente a la adecuación de su alimentación diaria, situación que se hace cada vez más progresiva y que justifica toda investigación que se haga con el propósito de mejorar de alguna forma la calidad de vida del obeso.

Por lo que se constata como **situación problemática** que no sólo fuera de Cuba la cantidad de obesos aumenta considerablemente, los hábitos alimentarios, el sedentarismo, la genética del cubano y otras causas han hecho que el número de obesos aumente ampliamente en el país y de forma preocupante en el municipio de Placetas, principalmente por la falta de interés de los obesos de asistir a las áreas de cultura física destinadas para ellos, lo que ha traído como consecuencia un estilo de vida sedentario en los mismos

Con tal propósito se aborda esta problemática a través de la investigación y desde el marco teórico-práctico poder contribuir a que las acciones no sean por contactos circunstanciales, sino para que se establezca un accionar recíproco y sistemático.

Justificación

En función de propiciar un mayor conocimiento de la obesidad como enfermedad, una educada cultura física y alimentaría en pacientes obesos del Centro de Salud Mental del municipio de Placetas se crean acciones educativas , físicas y recreativas con el fin de contribuir un estilo de vida saludable , ya que los objetivos que persigue el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Educación Física, Deporte y Recreación (INDER) es mejorar la calidad de vida del cubano y alargar cada vez más su expectativa de vida, todos estos aspectos que están realmente amenazados por el incremento de la obesidad en la población.

Por ello se plantea como **Problema científico**:

¿Cómo contribuir a un estilo de vida saludable en obesos del Centro de Salud Mental del municipio de Placetas?

Objeto de Estudio: El proceso de modificación en los estilos de vida sedentario de los obesos.

Campo de Acción: Acciones educativas, físicas y recreativas para contribuir a un estilo de vida saludable en obesos del Centro de Salud Mental del municipio de Placetas.

Los objetivos que se propone el trabajo son:

Objetivo General:

- ✓ Diseñar acciones educativas, físicas y recreativas para contribuir a un estilo de vida saludable en obesos del Centro de Salud Mental del municipio de Placetas.

De lo que se derivan los siguientes **Objetivos Específicos**:

1. Caracterizar el estilo de vida, índice de masa corporal y nivel de conocimiento sobre la obesidad de los obesos del Centro de Salud Mental del municipio de Placetas.

2. Elaborar acciones educativas, físicas y recreativas para contribuir a un estilo de vida saludable en los obesos del Centro de Salud Mental del municipio de Placetas.
3. Valorar la viabilidad de las acciones educativas, físicas y recreativas a partir del criterio de especialistas
4. Aplicar las acciones educativas, físicas, recreativas al grupo en estudio.
5. Evaluar las acciones educativas, físicas, recreativas aplicadas.

De estos objetivos se desprenden las siguientes **Preguntas Científicas**:

- a. ¿Cuál es la situación actual en cuanto al nivel de conocimiento sobre la obesidad, el estilo de vida y el índice de masa corporal (IMC) de los obesos del Centro de Salud Mental del municipio de Placetas?
- b. ¿Qué características deben tener las acciones para contribuir a un estilo de vida saludable en los obesos del Centro de Salud Mental del municipio de Placetas?
- c. ¿Qué resultados se obtendrán con la aplicación de las acciones para contribuir un estilo de vida saludable en los obesos del Centro de Salud Mental del municipio de Placetas?

El diseño metodológico que se utilizó en la investigación tuvo los siguientes métodos y técnicas:

Como método general se emplea el Método materialista dialéctico. Los Métodos del nivel teórico que se utilizaron fueron el: analítico-sintético, histórico-lógico, Inductivo- Deductivo y revisión de documentos. Métodos del nivel empírico, se realizó -experimento de diseño experimental de control mínimo que contenía la medición, la observación, la encuesta y la entrevista estructurada. Del nivel matemático estadístico: Media aritmética, Prueba de rangos señalados de Wilcoxon.

La tesis está estructurada de la siguiente forma:

Capítulo I: Marco teórico referencial: Se refiere a los antecedentes de la obesidad, la obesidad a escala mundial, los tipos de obesidad, las causas que generan esta enfermedad, el tratamiento, la obesidad y su relación con otras enfermedades. También en este capítulo se hace una referencia al estilo de vida y su relación con el modo de vida, además de su relación con el sujeto y los constituyentes del mismo, así como, las actividades recreativas y su función en el hombre.

Capítulo II: Desarrollo del diseño metodológico y elaboración de las acciones educativas, físicas y recreativas, además incluye los métodos y técnicas para el diagnóstico, contiene la valoración por parte de los especialistas, el análisis y evaluación de los resultados así como la propuesta final para los obesos.

Por último, aparecen las Conclusiones, Recomendaciones, 54 títulos bibliográficos, y 19 anexos.

CAPITULO I

Marco teórico.

1.1 La obesidad como fenómeno social.

El fenómeno de la obesidad se registra en la historia asociado a los niveles superiores de desarrollo y, supuestamente, de bienestar humano.

En su proyecto comunitario “La obesidad a través de historia” Vilda Figueroa planteó que *“En las sociedades primitivas, con el advenimiento del Homo sapiens- aproximadamente 40000 años atrás, bajo presiones climatológicas adversas, se hace necesario la recolección de alimentos para lograr una dieta de subsistencia en un ambiente condicionado a desplegar gran actividad física. En estas circunstancias, no existía un marco propicio para el desarrollo de la obesidad. En el caso de Cuba, los aborígenes se mantenían con una dieta esencialmente vegetariana, aunque cazaban y pescaban pequeños animales para completar su alimentación. Los relatos de los conquistadores los describen como hombres y mujeres esbeltos y de buena figura”*. (Figueroa, V. 2008:3)

En los primeros siglos de existencias de las comunidades primitivas eran frecuentes las hambrunas con largos períodos de escasez provocados por diversos factores medio ambientales por lo que se producía retención de alimentos en algunas condiciones y esto era aceptado por la sociedad, de esta manera existía algún grado de obesidad entre las clases privilegiadas sobre todo en las mujeres. Al parecer, cierta incidencia de obesidad entre las clases poderosas se prolonga durante el medioevo y la primera etapa de la Europa moderna, lo que se refleja evidentemente en las imágenes rollizas de las obras de artes plásticas y la literatura.

La población humana vivía prácticamente en subsistencia hasta que tienen lugar las revoluciones agrícolas e industriales entre los siglos XVII-XIX cuando la obesidad era privilegio de las clases ricas y los países poderosos.

El urbanismo, a su vez, trajo consigo la vida rápida de las urbes y algo peor, un nuevo tipo de sedentarismo no conocido antes por la humanidad, ni remotamente parecido al de las primeras sociedades agrícolas, un sedentarismo donde la actividad física se vuelve casi nula en la mayoría de los empleos de las ciudades.

Toda esta intemperancia de la obesidad y las tendencias al sobrepeso han venido aparejadas indudablemente con los avances que ha traído consigo una sociedad “civilizada”, “desarrollada”, “moderna” y rápida.

S. Mulánovich en su **PROGRAMA** define la obesidad como una enfermedad crónica no transmisible que se caracteriza por la excesiva acumulación de grasa en el cuerpo”. Un peso corporal 20% mayor al deseable de acuerdo a edad, sexo y contextura.

En el Programa cultura física terapéutica en el paciente obeso. El Dr. Hernández González, define la obesidad *“como un exceso de grasa corporal y no por un aumento de peso corporal-de ahí que el estimado de peso en función de la estatura y el sexo no es un indicador de sobre peso en tejido adiposo, (Sin embargo la obesidad es un síndrome caracterizado no solo por el aumento de peso corporal a expensa de la hiperplasia y/o hipertrofia del adiposo, sino que puede asociarse a trastornos del metabolismo de los carbohidratos, de los lípidos y de la insulina por lo que debemos conocer a través de la entrevista con el alumno paciente el consumo de energía en 24 horas, el régimen diario de actividad física, la práctica de ejercicio físico y/o deporte, y lo que es más importante la duración y la intensidad del mismo”* (Hernández González,C.2005: 1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS.) define la obesidad como una epidemia mundial en el año 1998, debido a que a nivel global, mil millones de adultos padecen de sobrepeso y de ellos trescientos millones son obesos, afectando a niños, jóvenes adultos y sobre todo a las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo.

La obesidad afecta a sujetos de todas las edades y sexo, presentando una prevalencia de tendencia elevada, tanto en adultos como en niños. Su frecuencia aumenta con la edad hasta alrededor de los 60 años en ambos sexos y es constantemente mayor en mujeres de todas las edades, con independencia del nivel socioeconómico. Se asocia además a una mayor frecuencia de aparición de enfermedades crónicas como: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, cálculos vesiculares, aumento del colesterol y triglicéridos en sangre, cardiopatía coronaria, algunos tipos de cáncer, enfermedades respiratorias, psiquiátricas, osteoarticulares y otras numerosas enfermedades crónicas, que limitan las expectativas de vida, con un mayor costo de salud para la población, lo cual representa un serio problema para la salud pública mundial. Estos trastornos son más relevantes mientras mayor es la severidad de la obesidad. Deben destacarse el deterioro de la autoimagen y las dificultades en la comunicación social. En no pocas ocasiones estas personas son social y económicamente discriminadas y por tanto tienen mayor abstención laboral. Además en dependencia del grado de obesidad puede comprometerse la movilidad de estas personas.

En Cuba se han llevado a cabo tres encuestas nacionales sobre factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en muestras representativas de la población adulta, vamos a tener en cuenta las dos últimas: en 1998 (14203 individuos encuestados) y en el 2001 (22851 individuos encuestados), previamente se disponía de datos sobre el estado nutricional del adulto cubano realizado en la década de los 80, ello nos permite tener una buena aproximación a la tendencia y a las diferencias. La información disponible indica que la prevalencia de sobrepeso

y obesidad en Cuba es similar a la mayoría de los países desarrollados, se incrementó en ambos sexos en el periodo comprendido entre 1998 y 2001.

Este aumento tiene una desigual distribución, de forma que son las mujeres las que mayor obesidad presentan y las personas con menor nivel de instrucción, por lo que nos propusimos estudiar en este trabajo personas que cumplieran con estos requisitos. Ya que estos grupos deben ser objeto de mayor atención en los programas ya sean de prevención o control.

La Doctora en medicina Santa Jiménez en su proyecto comunitario referente a la prevalencia y tendencias mundiales del sobrepeso y la obesidad y su ocurrencia en Cuba hace alusión a otro elemento característico como son las diferencias geográficas que se observan. En la región de las 5 provincias orientales el porcentaje de obesidad es menor que en las regiones occidentales y central. Esta variación geográfica en la prevalencia de obesidad que se observa en las provincias orientales, y cuyos determinantes no son aún conocidos por completo, apuntan a la importancia de los factores del medio ambiente y del estilo de vida en la distribución de la obesidad en la población y orientan sobre el enorme potencial de prevención que aún existe.

Durante los últimos años del siglo pasado, en todo el mundo, se vienen realizando campañas dirigidas a mejorar los hábitos alimentarios de la población. En Cuba se trabaja en esa dirección a través de diferentes ministerios y organismos, como son: El Ministerio de Salud Pública, el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, el Instituto Nacional de Deporte, Educación Física y Recreación (INDER), el Ministerio de la Agricultura, el Ministerio de Educación, el Ministerio de la Industria Alimentaria, la Federación de Mujeres Cubanas y otros.

Recientemente, la Asociación Americana del Corazón (AHA), realizó la actualización de las normativas para una alimentación sana (noviembre/ 00), teniendo en cuenta los criterios del grupo de expertos de la OMS y otras

experiencias de instituciones, colegios y especialistas prestigiosos en el campo de la nutrición, entre sus recomendaciones: 2-4 raciones diarias de frutas y 4-5 vegetales, 2-3 vasos de leche semidescremadas, 6-11 raciones de cereales y similares, productos bajos en grasa animal, carne magra, aves de corral, pescado (como mínimo 2 veces a la semana), aceite vegetal, comer bajo de sal. (Programa de Cultura Física para pacientes obesos, 2005).

El alimento es necesario para la salud, siempre y cuando este sea consumido de una forma moderada y balanceada, por el contrario cuando se ingiere más cantidad de lo que el organismo necesita para realizar sus funciones vitales, trae consigo un incremento del tejido adiposo, dando paso a la obesidad.

1.1.1 Causas de la obesidad

La obesidad es una enfermedad desconcertante en muchos aspectos. No se comprende bien la forma en que el organismo regula el peso y la grasa corporal. Por un lado, la causa parece simple: si una persona ingiere más calorías de las que usa, aumentará de peso.

No obstante, los factores de riesgo que determinan la obesidad pueden ser una compleja combinación de factores genéticos, socioeconómicos, metabólicos y de estilo de vida, entre otros. Algunos trastornos endocrinos, enfermedades y medicamentos también pueden ejercer una influencia considerable en el peso de una persona.

Según se plantea en el (Programa de cultura física terapéutica en el paciente obeso) existen algunos factores que influyen en la incidencia de la obesidad los que se incluyen en la siguiente lista:

- Genéticos - los estudios han demostrado que se puede heredar la predisposición a la obesidad. Un estudio sobre el que se informó en 2004 halló que el 48 por ciento de los niños que tenían padres con exceso de peso adquirirían el mismo problema. El lugar donde se acumula el peso –

las caderas o en la zona media del cuerpo también depende en gran parte de factores hereditarios.

- Factores metabólicos - el cuerpo de cada persona usa energía de un modo único e individual. Tanto los factores metabólicos como los hormonales no son iguales para todas las personas, pero estos juegan un papel en el aumento de peso. Estudios recientes muestran que los niveles de grelina, una hormona péptida que regula el apetito, y otros péptidos del estómago, participan tanto a la hora de producir sensaciones de hambre así como de saciedad.
- Factores socioeconómicos - hay una fuerte relación entre el nivel económico y la obesidad, especialmente entre las mujeres. Las mujeres con un nivel socioeconómico bajo tienen seis veces más probabilidades de ser obesas que las de un nivel socioeconómico superior. La incidencia de la obesidad es también más elevada entre las minorías, especialmente entre las mujeres. El 82 por ciento de las mujeres afroamericanas a partir de 20 años tiene exceso de peso.
- Estilo de vida - los excesos en las comidas, junto con un estilo de vida sedentario, contribuyen a la obesidad. Estos estilos de vida se pueden modificar con cambios en la conducta.
- Una dieta con un alto porcentaje de calorías provenientes de alimentos con azúcar, refinados y con alto contenido de grasa favorece el aumento de peso. Asimismo, como cada vez un número mayor de familias estadounidenses no tiene tiempo para sentarse a comer, a menudo escogen alimentos y bebidas con alto contenido calórico.

La falta de ejercicio regular contribuye a la obesidad en los adultos y hace más difícil mantener las pérdidas de peso. En los niños, la falta de actividad y diversiones tales como mirar la televisión o sentarse frente a una computadora, contribuyen a la obesidad.

1.1.2 Tipos de obesidad.

Según el Programa de Obesidad, Hipertensión y Ejercicios Físico, 2005, la obesidad se puede clasificar de diferentes formas:

1. De acuerdo con la edad de aparición
2. Desde el punto de vista causal.
3. Atendiendo a su mayor o menor grado de sobrepeso por la talla
4. De acuerdo a los diferentes índices
5. En dependencia del grosor del pliegue cutáneo.

La obesidad de acuerdo con la edad de aparición, se divide en dos grandes grupos: prepuberal y pospuberal.

- La **obesidad prepuberal**, también llamada hiperplasia, es aquella que ocurre en la primera etapa de la vida, determina cambios en el tejido adiposo, al multiplicarse el número de células normales. Estas personas son muy difíciles de hacerlas adelgazar.

- La **obesidad pospuberal** es aquella que se observa en el adulto, donde el número de adipositos normales se hipertrofia, es decir aumenta considerablemente el tamaño de la célula, por su gran contenido en grasa.

Desde el punto de vista causal, la obesidad puede ser considerada exógena o primaria, endógena o secundaria a otros procesos patológicos y mixtos.

- La **obesidad exógena** es aquella en que el paciente recibe un aporte de alimentos muy ricos en calorías y nutrientes, el cual es superior al gasto energético debido a problemas relacionados con la disponibilidad o el consumo de alimento.

- La **obesidad endógena** es aquella que se observa asociada con otros procesos patológicos, como la diabetes mellitus, hiperfunción adrenal o el hipotiroidismo, entre otros.
 - La **obesidad mixta** se produce como resultado de la aparición de las causas primarias y secundarias en un mismo individuo.

El índice de cintura/cadera (ICC) es un buen predictor para la relación de mortalidad y enfermedades del corazón ya que a partir de este se puede obtener la siguiente clasificación:

- **Obesidad androide:** mayor concentración de grasa en la zona abdominal y menor en las otras partes del cuerpo. Es más frecuente en los hombres y es la de mayor riesgo para las enfermedades del corazón, por estar la grasa más cerca de órganos importantes (corazón, hígado, riñones, etc.)
- **Obesidad Ginoide:** menor concentración de grasa en la zona abdominal y mayor en la cadera, los glúteos y los muslos. Es más frecuente en las mujeres y tiene menos riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

Atendiendo a su mayor o menor grado de sobrepeso para la talla, la obesidad puede considerarse: **ligera** (sobrepeso entre el 20-29 % del ideal), **moderada** (30-39 %), **severa** (40-99 %) y **masiva** (100 % o más). Con esta clasificación, es precisamente con la que trabajamos.

Existen varias formas de estimar la grasa corporal, desde las más sofisticadas técnicas que se realizan únicamente en centros especializados y las antropométricas, más simples, de uso común en las clínicas de dietética y nutrición, así como en los centros de medicina deportiva.

Para llevar a cabo una reflexión de las técnicas antropométricas puesto que son las más fáciles de utilizar y permiten hacer un seguimiento del tratamiento de una forma objetiva y reproducible se puede comenzar declarando que las mismas se dividen básicamente en tres grupos:

Fórmula de Brocca: establece el peso ideal en tantos kilos como la talla en centímetros supere al metro. Así por ejemplo, establece que alguien que midiera 1 metro con 75 cm., su peso ideal correspondería a 75 Kg. Evidentemente, todos estamos de acuerdo en que es la más sencilla pero también la más inútil manera de valorar una obesidad, ya que no se tienen en cuenta otros criterios sumamente importantes como la constitución del individuo, la calidad muscular del mismo etc.

Medida del pliegue cutáneo: Es quizás uno de los procedimientos más frecuentemente utilizados en las clínicas de pérdida de peso. Se utiliza una especie de compás (tipómetro) que mide el espesor de la grasa en lugares determinados. Generalmente en el tríceps de los brazos o entre el dedo pulgar e índice de las manos. El resultado se correlaciona con unas tablas de estándares con edades y estatura, que nos proporciona unos percentiles. Generalmente por encima del percentil 85 se considera a una persona como obesa.

Índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC): Es un sistema muy fácil y muy socorrido para aproximarnos al peso ideal del obeso. Relaciona el peso con la estatura resultando de dividir el peso en Kg. por el cuadrado de la estatura en metros.

$$\text{IMC: } \frac{\text{Peso (Kg.)}}{\text{Talla m}^2}$$

Esta técnica es la que se utilizó en esta investigación para medir el IMC, a pesar que se plantea que no es la más exacta para medir una obesidad se entendió que con los pocos recursos que se contaba para poder realizar este trabajo no se podía utilizar ninguna otra forma de las que existen ya que se requieren otras

condiciones y técnicas más desarrolladas para lograr una medición más fiel, por lo que se consideró a una persona obesa cuando su IMC sea igual o superior a 30 Kg. /m².

En esta tabla brindamos la clasificación de obesidad de acuerdo al índice de masa corporal que se utiliza en el Programa de Obesidad, Hipertensión y Ejercicios Físicos.

Grados de Obesidad de acuerdo al IMC

<u>Clasificación</u>	<u>IMC</u>
Bajo Peso	<20.0
Grado 0 “Normal”	20.0 – 24.9
Grado I “Sobrepeso”	25.0 – 29.9
Grado II “Obesidad ligera”	30.0 – 34.9
Grado IIa “Obesidad Moderada”	35.0 – 39.9
Grado III “Obesidad Severa”	>40.0

1.1.3 Las consecuencias que la obesidad tiene para la salud. Riesgos y complicaciones.

Las consecuencias que la obesidad y el sobrepeso pueden tener en la salud son numerosas y variadas, desde un mayor riesgo de muerte prematura hasta varias dolencias debilitantes y psicológicas, que no son mortales pero pueden tener un efecto negativo en la calidad de vida

Es importante destacar que existe una serie de manifestaciones clínicas derivadas de la obesidad que justifican su tratamiento, basta recordar que la mortalidad de un obeso es 2,5 veces mayor que la de una persona con un peso normal. Así es

muy frecuente la asociación de obesidad con un amplio espectro de enfermedades, que brevemente se mencionarán, y en las que una reducción de peso conlleva siempre a una importante mejoría clínica.

Es obvio que en la mayoría de los casos de obesidad o sobrepeso con que se trabaja en la clínica diaria, no tienen más trascendencia que la meramente estética, y que con un mínimo de corrección dietética se puede solucionar.

Obesidad y enfermedades cardiovasculares:

Existen multitud de estudios que avalan la relación de obesidad con enfermedad coronaria y la aparición de angina de pecho o el temido infarto de miocardio, sobre todo, cuando se asocia a otros factores como la hipertensión arterial, el aumento de lípidos en sangre o la diabetes que son también mucho más frecuentes en el paciente obeso que en el de peso normal.

Las alteraciones de los lípidos en sangre, aumentando el colesterol LDL y disminuyendo el colesterol HDL (“colesterol bueno”) favorece el depósito de placas grasas dentro de las arterias que riegan el corazón (arterias coronarias). Este depósito estrecha el calibre de los vasos disminuyendo notablemente la cantidad de sangre que puede pasar por ellos es lo que denominamos Arteriosclerosis. Si lo unimos al espasmo que se produce por culpa de la hipertensión o del sobreesfuerzo, deja de llegar la suficiente sangre al músculo cardíaco, con lo que la lesión miocárdica se produce pudiendo, incluso, tener un desenlace fatal.

Obesidad e Hipertensión Arterial:

La Hipertensión Arterial es una enfermedad muy común que se asocia en gran proporción con la obesidad. Es 2,5 más frecuente en pacientes obesos que en personas con peso normal. Además se ha estimado en multitud de estudios clínicos que el control de la obesidad puede reducir en más de un 50% el número

de casos de hipertensión. Se ha demostrado que la reducción de peso en hipertensos obesos produce una importante mejoría en sus cifras tensionales, independiente de la cantidad de sodio que tomen en la dieta. Incluso puede incidir beneficiosamente en la menor necesidad de fármacos hipotensores, reduciendo así los efectos indeseables de estos.

Obesidad y Diabetes:

La diabetes es de lejos la enfermedad más habitual asociada a la obesidad. Basta fijarnos en lo que nos dicen algunas cifras: un 25% de los niños obesos presentan alteraciones de tolerancia a la glucosa. Y en un 80 % de los diabéticos, la enfermedad les aparece a partir de los 45 años de edad (diabetes del adulto) y prácticamente todos presentan algún grado de obesidad.

El problema de estos pacientes no es que su páncreas funcione mal, sino que la cantidad de insulina que secreta es insuficiente para el peso corporal de los mismos. La secreción de insulina es relativa, no por insuficiencia pancreática, y este desajuste entre cantidad de insulina secretada normalmente puede equilibrarse con una pérdida de peso y reduciendo la masa grasa del paciente.

El tratamiento dietético es el más importante y con mucha frecuencia el único necesario para solucionar la enfermedad diabética en el obeso. Es de suma importancia que extrememos nuestros esfuerzos en alentar a estos pacientes para que sean consecuentes con sus indicaciones dietéticas. Los síntomas de su enfermedad diabética (sed, poliuria, nicturia, pruritos etc.) debemos considerarlos como síntomas menores añadidos a la problemática de su obesidad, ya que esta intolerancia a los hidratos de carbono que presentan estos pacientes puede ser totalmente anulada si pierden peso, pero en cambio, va a empeorar inexorablemente si el diabético obeso no consigue su pérdida ponderal, exponiéndose a la evolución de su enfermedad diabética con las complicaciones que acarrea (neuropatías, vasculopatías etc.)

Obesidad y manifestaciones respiratorias:

Las alteraciones respiratorias derivadas de la obesidad se deben a la reducción del volumen pulmonar total, marcada reducción del volumen espiratorio, reducción de la ventilación en la porción inferior de ambos hemitorax y el acumulo de grasa en la pared torácica con reducción de su capacidad de expansión.

El resultado final de estas alteraciones es la disminución de entrada de oxígeno y el aumento del carbónico, que justifican junto con el aumento del hematocrito y de la hemoglobina las manifestaciones clínicas respiratorias que acompañan al paciente obeso. Podemos resumirlas en: somnolencia diurna brusca, muchas veces relacionada con el poco reposo nocturno, fatigabilidad o disnea importante. Ronquidos, apneas durante el sueño, es decir, períodos de hasta 30 segundos sin respiración, cianosis, o coloración azulada de la piel por falta de oxígeno en la sangre, cefaleas matutinas, alteraciones psicopatológicas desde una irritabilidad fácil hasta una grave depresión reactiva.

Estas manifestaciones de la obesidad pueden llegar a resultar extremadamente graves, no solo por afectar a la vida cotidiana del enfermo que las padece, sino que también afectan a su entorno social, familiar y laboral, y pueden ser origen de trastornos de la ventilación tan importantes que incluso requieran su ingreso en unidades de cuidados intensivos respiratorios.

A pesar de todo debemos concluir que son manifestaciones que remiten con extraordinaria rapidez en cuanto el paciente se somete a un tratamiento dietético de su obesidad, y probablemente son las mejoras obtenidas en el terreno respiratorio las primeras en manifestarse en el momento que se consiguen las primeras reducciones ponderales.

Obesidad y aparato locomotor:

El dolor óseo y/o articular es uno de los motivos por el que con más frecuencia acude el paciente obeso de forma espontánea a la consulta. Otras veces suele ser el reumatólogo, ortopeda o fisioterapeuta el que deriva al obeso a la consulta de dietética para su pérdida de peso, condición sin la cual sus molestias osteo – articulares tienen muy difícil solución.

Es lógico pensar que el sistema músculo – esquelético de nuestro organismo está preparado para soportar un determinado peso, y cuando este se excede, el traumatismo continuado que representa el sobrepeso condiciona la aparición de alteraciones articulares características.

La más común de ellas es la artrosis, que llega a manifestarse en hasta el 50% de los pacientes obesos según la edad y el grado de obesidad. Afecta fundamentalmente a extremidades inferiores (caderas y rodillas) y a la columna, siendo una de las patologías que más condiciona la calidad de vida del paciente obeso. Es muy importante resaltar aquí que los niños obesos son los más predispuestos a sufrir deformidades osteo-articulares ya que están en período de crecimiento.

El problema se agrava conforme evoluciona la artrosis y la consiguiente impotencia funcional que acarrea y no se soluciona el problema de la obesidad. El paciente obeso se vuelve cada vez más sedentario con lo que entramos en un círculo vicioso muy difícil de vencer: obesidad – artrosis – sedentarismo – obesidad.

Otra anomalía muy frecuentemente asociada a la obesidad es la hiperuricemia, responsable de los ataques de gota y de la artropatía gotosa que se observa muy a menudo en las obesidades importantes generalmente de tipo androide o troncular superior.

Obesidad y alteraciones digestivas:

Fundamentalmente la obesidad está ligada a problemas con la vesícula biliar, por un lado, la bilis contiene mucha mayor proporción de colesterol, con lo que la predisposición a sufrir cálculos biliares es mucho mayor que en la persona de peso normal. Por otro lado, el acumulo de grasa en la pared abdominal condiciona enormemente el buen desarrollo de las funciones digestivas, ocasionando el típico síndrome dispéptico del obeso caracterizado por digestiones lentas, pesadas, regurgitaciones, meteorismo y aerofagia, plenitud post-prandial, etc.

El aumento general de la grasa condiciona su depósito en el hígado, es lo que denominamos Esteatosis hepática, enfermedad crónica característica del obeso que condiciona un “mal funcionamiento” hepático y la consiguiente pérdida de sus funciones destoxicantes. Es responsable de la aparición de “intoxicación generalizada” que muestran algunas obesidades extremas, y de gran parte de las manifestaciones dispépticas que apuntábamos anteriormente.

Otra de las consecuencias del acumulo de grasa en la pared abdominal con la consiguiente hiperpresión que produce sobre el diafragma es la aparición de la hernia de hiato. Parte del estómago atraviesa el esfínter diafragmático y se sitúa encima del diafragma, en la cavidad torácica. Parte de los alimentos consumidos, al ser insuficiente el esfínter superior del estómago ascienden por el esófago irritando sus paredes, erosionándolas. Se caracteriza clínicamente por aumento del reflujo esofágico, con acidez intensa, dolor precordial, aerofagia, etc.

Obesidad y embarazo:

Si nos planteamos que el 75 % de las mujeres obesas desarrollaron su obesidad a partir de los 14 años y solamente una minoría de mujeres la han desarrollado a partir de los 40, comprenderemos que la edad gestante, y por lo tanto los embarazos y la crianza de los hijos suponen factores de riesgo importantes en la génesis de su problema de obesidad.

En la mayoría de los casos el problema radica en que por la peculiaridad del estado, durante la gestación se acumula un exceso de peso que no remite después del embarazo, acumulándose de forma importante en las multíparas con los embarazos consecutivos.

El cambio de vida que supone el embarazo y la lactancia suele coexistir con una disminución del ejercicio junto con el hecho de la “atadura” al hogar que supone el nuevo y peculiar estado, esto hace que aún de forma inconsciente se aumente el contenido calórico de la dieta. Si no mentalizamos a nuestras gestantes del riesgo que supone, ambos motivos pueden ser responsables de un aumento ponderal incontrolado.

Hay un concepto universalmente aceptado por la comunidad médica, y es que la mujer gestante no debe “comer para dos”. De hecho el único suplemento energético que habitualmente se recomienda es el equivalente a 250 cc de leche diaria de más. Este mínimo suplemento cubre sobradamente las necesidades calóricas añadidas que puede suponer el embarazo, y cualquier otro aporte puede implicar un aumento desaconsejado del peso. Sobradamente conocido es el interés que los ginecólogos manifiestan en que el aumento de peso total durante el embarazo oscile entre los 9 a los 12 Kg. que son precisamente los que la mujer puede perder después del alumbramiento y con un puerperio normal.

La obesidad antes de la gestación y el aumento excesivo de peso durante la misma están asociadas a una serie de patologías que se manifiestan en mayor medida en estos casos: hipertensión, pre- eclampsia, eclampsia. Sin contar con los riesgos en obesidades masivas de riesgo de mortalidad, diabetes, pielonefritis, y partos distócicos.

No se puede olvidar que hay numerosos estudios que confirman que las madres obesas engendran niños obesos.

Obesidad en la infancia:

Se calcula que aproximadamente el 10 % de los niños y el 15 % de las niñas son obesos. El gran problema independientemente que condicionan una obesidad de adulto con la problemática que acarrea, es que aunque en apariencia los niños obesos parezcan más altos, la talla definitiva de los niños obesos no solamente no supera, sino que suele ser inferior que la de los niños de peso normal.

Es muy conveniente la reducción ponderal de los niños con obesidad, ya que se ven problemas asociados que van a perturbar su normal desarrollo, ya no solamente en el terreno psicoemocional, es el clásico bombardeo con el desprecio del “gordo de la pandilla” sino que además es mayor la incidencia de problemas respiratorios y ortopédicos en estos niños.

1.1.4 Claves del tratamiento.

Tratamiento de la obesidad.

En principio hay una razón de peso y se puede afirmar que a ningún obeso le gusta serlo. Por lo tanto es evidente que el primer beneficio va a ser el psicológico. Se puede enfocar como queramos pero la ganancia en autoestima, seguridad en uno mismo, aceptación social etc. es muy importante a la hora de motivar y motivarse de cara a la obtención de la pérdida de peso deseada.

Por otro lado, indudablemente la más importante va a ser la ganancia en salud. La reducción de peso conlleva a una evidente ganancia en la calidad y en la cantidad de vida. Los obesos que adelgazan reducen sus posibilidades de padecer diabetes, hipertensión arterial, artrosis, enfermedades hepático-biliares, etc. además mejoran su tolerancia al ejercicio físico y evitan complicaciones a la hora de una intervención quirúrgica si esta fuera necesaria.

El objetivo del tratamiento sería tratar de conseguir el peso teórico ideal. Sin embargo, esto que parece en teoría tan sencillo puede ser extremadamente difícil en muchos casos, más que imposible por lo que nos conformamos con la disminución progresiva del peso aunque no lleguemos de forma rápida a conseguir una proporción en el peso y la talla con relación a la edad.

Por lo general la obesidad es un problema de difícil manejo médico. Lograr resultados favorables en su tratamiento requiere de un programa de rehabilitación que incluye apoyo emocional, dieta hipocalórica y ejercicios físicos sistemáticos y la adopción de un nuevo estilo de vida. En cuanto a las acciones para pacientes obesos, tenemos que tener como base el conseguir un cambio global en el estilo de vida del sujeto que lleva a la pérdida de peso y mantenimiento posterior a largo plazo

El tratamiento de la obesidad se apoya en cuatro pilares fundamentales:

- Educación para la salud: El obeso debe conocer todo lo relacionado con la obesidad, por lo que la información constituye un pilar fundamental. Lo ayudará a comprender su problema y a erradicarlo adecuadamente.
- El apoyo psicológico: Es un aspecto de mucha importancia en el tratamiento de estos pacientes, ya que una gran parte de los obesos son muy ansiosos, y esto le da más apetito, además es importante descubrir las motivaciones que puede llevar a cada paciente a interesarse por el tratamiento de reducción del peso corporal.

➤ Dieta: Sin ella no hay reducción de peso. La dieta debe ser hipocalórica, calculada para las 24 horas del día, fraccionada en seis comidas, individual, en dependencia del gusto del paciente y su familia, ya que surge de lo que come la familia, solo que reducida en cantidad. Debe ser calculada a razón de 20 calorías por kilogramos de peso ideal.

➤ Ejercicio físico: los ejercicios más recomendados para ser realizados por los obesos son los aeróbicos, por consumir mayor cantidad de energía y crear menos productos de desecho nocivos al organismo (como el ácido láctico), así como por utilizar como fuente de energía, además de los carbohidratos, los lípidos. Estos procesos aeróbicos se logran con ejercicios de larga duración, sin ser excesivamente prolongados, efectuados con un ritmo lento o medio y la participación de grandes grupos musculares con esfuerzos dinámicos. Aunque hoy en día el ejercicio con pesas, es un componente importante en el entrenamiento de los obesos ya que hace aumentar el volumen muscular y esto contribuye a mantener un metabolismo basal elevado.

Se plantea que el fundamento de todo tratamiento de la obesidad se basa en dos principios obligatorios:

- a) Conseguir que el obeso disminuya sus ingresos calóricos (alimentación saludable).
- b) Incrementa su gasto energético (ejercicio).

En este trabajo se le prestó considerable importancia a tres aspectos relevantes como son la alimentación saludable, la práctica sistemática de los ejercicios físicos, además que el paciente conozca todo lo relacionado con la enfermedad desde todos los puntos de vista, así como sus graves consecuencias para su salud, es por ello que se incluyó en el mismo las sesiones grupales con el objetivo de aportarles a cada paciente los conocimientos necesarios sobre la obesidad, estilo de vida saludable y alimentación adecuada para lograr los resultados esperados por lo que se plantea que la clave de un tratamiento serio de

la obesidad se basa, pues, en un método multidisciplinario que une las tres medidas siguientes:

a) Aportarles todos los **conocimientos** necesarios sobre la enfermedad y sus consecuencias para prevenir males mayores, orientaciones generales sobre una adecuada alimentación y argumentos donde se expliquen conceptos específicos relacionados con estilos de vida saludables.

b) Elección de una **alimentación saludable** que aporte menos calorías que las que consume, adecuada a cada paciente, lo más amena posible que implique reducción de peso, pero que sea más o menos “a gusto del consumidor” y que no se aburra. Es preferible la mano ancha y la tranquilidad ante el planteamiento dietético, que puede llevarnos a una pérdida de peso gradual, suave, pero mantenida, que los agobios de dietas superrestrictas, que aunque consigan grandes pérdidas ponderales en un principio, por su dureza hagan desfallecer al obeso en su intento.

Los estudios clínicos realizados en pacientes obesos o con sobrepeso, han demostrado que, por lo general, se logra un ritmo de reducción de peso de 0.5- 1 Kg. a la semana con una dieta que mantenga una deficiencia de 500 a 1000 Kcal. diarias. No obstante, a los seis meses cuando ya se ha bajado de 12 a 24 Kg. de peso, se alcanza una estabilidad y entonces es necesario regímenes más estrictos de reducción de energía en las comidas o un aumento de la actividad física.

Cambios necesarios en los hábitos alimentarios.

La necesidad de asumir cambios en nuestros hábitos alimentarios de manera paulatina, permanente o habitual y sin grandes pesares, va aparejada a los tratamientos dietéticos de restricción energética que tanto hacen sufrir a las personas con obesidad o sobrepeso, pero que se tornan imprescindibles en la alimentación diaria.

Existen diferentes criterios para agrupar los alimentos. En Cuba y otros países se acepta la siguiente clasificación:

Grupo I. Cereales y viandas.

Grupo II. Vegetales.

Grupo III. Frutas.

Grupo IV. Carnes, aves, pescados, huevo y frijoles.

Grupo V. Leche y productos lácteos.

Grupo VI. Grasas.

Grupo VII. Azúcar.

Una alimentación balanceada estará constituida por una mayor cantidad de los I, II y III, en cantidad moderada los grupos IV y V y en poca cantidad los grupos VI y VII.

Vilda Figueroa y José Lama en su Proyecto Comunitario Conservación de Alimentos plantean una serie de recomendaciones generales más importantes en este sentido, las cuales mencionaremos a continuación:

- Controlar el consumo energético de las comidas mediante una restricción del consumo diario.
- Evitar la tendencia a incrementar la ingestión de alimentos, como el consumo entre comidas, las chucherías, confiterías, comer fuera de hora frente al televisor y otros.
- Evitar el consumo de alimentos energéticos y pocos nutritivos como los que presentan exceso de grasa, azúcares, así como las bebidas alcohólicas.
- Reducir el tamaño de las raciones y regular las proporciones de nuestras comidas durante el día para evitar las crisis de hambre.
- Limitar el consumo de productos "chátara" como las bebidas artificiales azucaradas y otros.

- Optimizar las formas de preparación de las comidas, evitando los alimentos fritos, la adicción de grasas, las salsas succulentas, el exceso de dulces azucarados, etc.
- Beber al menos 1.5 litros de agua diariamente. Se consideran las infusiones, cocimientos y caldos ligeros como tomas de agua.
- Intensificar el consumo de fibra dietética y de alimentos integrales no refinados.
- Acentuar el consumo de alimentos voluminosos como las hortalizas y las frutas que además de aportarnos nutrientes esenciales, nos dan sensación de llenura.
- Aumentar la diversidad en el consumo de alimentos, practicar alternativas y evitar las prohibiciones.
- Mejorar nuestra cultura alimentaria con el conocimiento de los alimentos y el papel que desempeñan sus nutrientes en nuestro organismo en beneficio de nuestra salud, cuáles son los más energéticos, cuáles nos aportan minerales, vitamina, fibra dietética, cuáles nos proporcionan proteínas, etc.

c) Ejecutar acciones de **ejercicios físicos y actividades -recreativas** apropiado a las características físicas y psicológicas de cada paciente. Podemos comenzar invitando a que el paciente realice paseos de más o menos una hora para contribuir a aumentar su gasto energético, poco a poco su función cardiorrespiratoria irá mejorando y llegará un momento en que podamos plantearle ejercicios un poco más intensos.

La combinación de una dieta generalmente hipoenergética (adecuada para la constitución y la forma de vida de cada sujeto), acompañada de ejercicios moderados permanentes, es una buena opción en la prevención y tratamiento de la obesidad. El ejercicio no solo conserva sino, inclusive, aumenta la masa muscular, la combinación de ambos enfoques permite que ni la dieta sea tan estricta ni el ejercicio tan vigoroso, lo cual facilita la permanencia del obeso en el programa de reducción de peso.

La actividad física con pacientes obesos, exige ser planificada progresivamente por tiempo, tandas, repeticiones, cantidad y complejidad de los ejercicios con movimiento.

Los ejercicios en condiciones aeróbicas son más convenientes para ser realizados por obesos, por consumir mayor cantidad de energía y crear menos productos de desechos nocivos para el organismo, así como por utilizar como fuente de energía, además de los carbohidratos, los lípidos. Para Reducir el peso corporal cada sesión de entrenamiento debe gastar más de 250kcal. Las recomendaciones de diferentes organismos entre ellos el Colegio Americano de Medicina del Deporte muestran que se debe realizar al menos una hora de actividad física aerobia de intensidad moderada que haga trabajar al corazón en un rango de pulsaciones comprendido entre el 50 y 60% de la frecuencia cardiaca máxima (entre 120 y 140 pulsaciones por minuto), lo que es capaz de incidir positivamente en la movilización y utilización de las grasas, y por tanto, disminuir el peso corporal. (Actividad Física y Obesidad, Vladimir Valladares, Instituto Superior de Cultura Física " Manuel Fajardo.)

La actividad Física constituye una de las vías más eficaces y sanas para el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso. En la actualidad se defiende la idea de que las personas que realizan actividad Física son, regularmente, menos propensa a engordar. Lo que es real en gran medida; pero el inicio de un programa para disminuir el peso corporal debe venir acompañado de un verdadero cambio en el estilo de vida. Es necesario entonces establecer correctas relaciones entre la actividad Física que se va a realizar, la alimentación que se va a establecer y el tiempo de ocio que tendrá el paciente acostumbrado a tener una vida sedentaria.

El Dr. Reinol Hernández González, plantea en su Programa de Cultura Física Terapéutica en el Paciente Obeso que una actividad física periódica produce muchos beneficios ya que:

- Estimula las funciones cardiovasculares y respiratorias.
- Aumenta el aporte de sangre al músculo cardíaco.
- Ayuda a mantener la fuerza muscular y la flexibilidad de las articulaciones.
- Estimula la secreción de factores de crecimiento en los niños.
- Mejora la coordinación y la vivacidad.
- Influye favorablemente en la disposición de ánimo.
- Contribuye a aliviar la ansiedad.
- Contribuye a regular el apetito.
- Ayuda a dormir mejor y a trabajar de un modo más eficiente.
- Contribuye a la formación de huesos fuertes y a la prevención de la Osteoporosis en una edad más avanzada.
- Quema calorías, lo que ayuda a controlar el peso corporal.

Para el éxito del trabajo con obesos, es necesario tener en cuenta que las acciones utilizadas sean amenas y que a su vez convine varias formas de trabajo para mantener el nivel de satisfacción y la permanencia de los pacientes en el área donde se realiza la actividad.

Todo esto lleva consigo una supervisión periódica del tratamiento el cual tiene varias finalidades, en principio como soporte psicológico de lo que nuestro paciente acaba de acometer: Mitigar los esfuerzos, ensalzar los éxitos, y fundamentalmente tener siempre a mano alternativas para que el obeso no caiga en la rutina y el aburrimiento y abandone el tratamiento.

1.1.5 Etapas por las que transita el tratamiento de la obesidad.

Para la mejor aplicación del conjunto de acciones en este tipo de pacientes, es recomendable dividir en mismo en tres etapas, adaptación, intervención y mantenimiento.

La etapa de adaptación con una duración de cuatro semanas es con la que se inicia el programa y tiene como objetivo fundamental, transitar del estado sedentario en que se encuentran los obesos a la etapa de intervención, posibilitando una adaptación del organismo de los pacientes a la actividad física.

Datos generales de la I etapa:

- Duración: 1mes.
- Frecuencia: 4 - 5 veces / semana.
- Intensidad: 50 a 60 % de la FC máx.
- Capacidades físicas a desarrollar: Resistencia general, coordinación y amplitud articular.
- Duración de la sesión de ejercicios: 30 a 60 minutos.

La etapa de intervención es de vital importancia ya que aquí es donde se van a incrementar las cargas de esfuerzo y desde el punto de vista metodológico el paciente aprenderá lo relacionado con su enfermedad y el tratamiento a seguir en cada caso. Tiene como objetivo fundamental, disminuir el peso graso de los pacientes, acercándolo al peso saludable y mejorar las diferentes capacidades físicas necesarias. Su duración será de 2 a 3 meses.

Datos generales de la II etapa:

- Duración: 2 – 3 meses.
- Frecuencia: 5 - 6 veces / semana.
- Intensidad: 60 a 70 % de la FC máx.
- Capacidades físicas a desarrollar: resistencia general, fuerza a la resistencia, coordinación y amplitud articular.
- Duración de la sesión de ejercicios: 60 a 120 minutos.

La etapa de mantenimiento, se iniciará una vez finalizada la etapa anterior, teniendo una duración de toda una vida, cuyo objetivo fundamental es mantener el peso y la condición física alcanzada en la etapa de intervención.

Datos generales de la III etapa:

- Duración: toda la vida.
- Frecuencia: 3 - 4 veces / semana.
- Intensidad: 70 a 80 % de la FC máx.
- Capacidades físicas a desarrollar: resistencia general, fuerza a la resistencia, coordinación y amplitud articular.
- Duración de la sesión de ejercicios: 50 a 60 minutos.

1.2 Estilo de vida

A través de las posibilidades que nos brinda la educación para la salud, con la utilización apropiada del fenómeno de la comunicación podemos esperar modificaciones en las actitudes, hábitos y costumbres de los obesos, propiciándoles un estilo de vida más apropiado para estos pacientes.

Por tanto la ubicación del sujeto en la dinámica salud/enfermedad depende, en parte, de factores biológicos y medioambientales, pero está determinado fundamentalmente por el estilo de vida que desarrolla.

Desde la niñez se ven en las familias malos hábitos como ingerir sustancias tóxicas, no hacer ejercicio, la higiene personal no es suficiente, dedicar más tiempo a TV o a la computadora, lo que facilita que las personas sean propensas a la obesidad

Desde finales de la década del 70 y hasta principios de la actual, el estilo de vida se ha estudiado profundamente desde diversos ángulos. Se estudió el estilo de vida en relación con la orientación profesional (Cramer, S., 1987; Zunker, 1987; Brouw, D., 1987 y con el género femenino (Tamgri, S. y Jenkis, S., 1987; Burnley,

C 1979; Rodenstinn, J. y Glickauf-Hughes, C 1977; Willis, F., 1976), así como el estilo de vida familiar (Hunt, J. y Hunt, L., 1987; Mink, I. y Nihira, K., 1986).

El sentido personal, como parte de la conciencia, es lo que permite a la personalidad otorgar sentido a la actividad jerarquizada, por lo que crea un estilo de regulación una jerarquización de los motivos, una determinación y priorización de las necesidades y actividades; por tanto, el **estilo de vida** es la expresión objetivada de la personalidad en la actividad socializada y sistemática que cada individuo realiza.

La personalidad, al desarrollarse y adquirir autonomía, es la que adecua e individualiza el estilo de vida personal, y lo hace orientada por el sentido personal.

Como plantea Leontiev en su libro de psicología el sentido no se enseña sino se educa. Lo mismo sucede con la personalidad y el estilo de vida.

No se trata de informar al individuo acerca de lo que es bueno o malo para su salud, lo que debe o no debe hacer; se trata solo de educarlo y esto solo se logra al crearle valores y sentidos con su imprescindible basamento afectivo reforzador.

Se reseñarán los referentes teóricos a partir de los cuales I.Mayo (1999) caracterizó las tendencias generales en la comprensión del estilo de vida, los cuales se han sistematizado del siguiente modo:

1.2.1 El estilo de vida y su relación con el modo de vida.

Este aspecto señala el enfoque que los diferentes autores dan a la relación del estilo de vida con el modo de vida. Observándose aquí dos tendencias fundamentales. La primera establece una distinción entre modo y estilo, donde este último se subordina al primero y es un subsistema de él. Coincidimos con ella. La segunda es la que desde la categoría modo de vida estudia aspectos propios del estilo de vida relacionados con su determinación subjetiva y el papel

de lo psicológico (Predvechnni y Sherkovin, 1986; O. Shorojova, 1987 B. F. Lomov, 1989). Los intentos de determinar el aspecto psicológico del modo de vida señalan elementos de valor, no obstante metodológicamente es difícil estudiar el aspecto psicológico de la personalidad y el sujeto de sus relaciones sociales desde la categoría modo de vida.

Si el modo de vida modela a la personalidad, esta a su vez complementa y justifica el estilo de vida, ya que al desarrollarse va delimitando e individualizando el estilo de vida con actividades que tienen sentido solo para cada persona.

Por todo lo anterior, se debe tener presente que cuando se le dice a un individuo que cambie sus hábitos como la adicción al alcohol, al cigarrillo o a la comida, no se va a cambiar el comportamiento; se le esta pidiendo que haga algo que para él no tiene sentido, que deje de hacer lo que le da placer y le calma el estrés momentáneamente. Es enfrentar un deseo con sentido personal, reforzado por un condicionamiento, contra una valoración externa y ajena; pues él no puede tomar conciencia de las causas de su conducta, de sus verdaderos motivos para fumar ni de los mecanismos de su personalidad que le impiden hacer una correcta valoración de los problemas y de sus posibilidades para enfrentarlos.

En realidad se le esta pidiendo que reajuste su personalidad para que pueda mejorar su estilo de vida, lo que constituye una tarea muy compleja. Ahora puede entenderse que el estilo de vida en relación con la salud solo puede cambiarse cuando se logran modificar valores, sentidos, necesidades o el estilo de regulación de la personalidad. Cuando se logren realizar esos cambios, la dirección del comportamiento será diferente y aparecerán, como consecuencia, las nuevas actividades deseadas del estilo de vida que protegen la salud. (Núñez de Villavicencio Psicología y Salud Ciudad de la Habana 2001)

El modo de vida debe ser enfocado al menos en dos niveles de análisis. En el nivel general, donde el hombre genérico es sujeto del modo de vida, y en tal

sentido es objeto de estudio de la sociología y la filosofía; y el nivel particular, donde el individuo es sujeto, no del modo de vida en general, sino de su estilo de vida, como componente subjetivamente determinado del modo de vida.

En el ámbito individual, las relaciones del modo de vida y el estilo de vida se dan a través de las condiciones de vida. El análisis de las condiciones de vida permite comprender cómo el modo de vida influye sobre los individuos de modo heterogéneo. La determinación social del individuo difiere de un sujeto a otro. Para cada sujeto concreto se configuran determinantes sociales muy específicos. Esto puede apreciarse en los diferentes niveles de acción de las condiciones de vida.

Existe un nivel en que las condiciones de vida están dadas por el tiempo histórico y el escenario natural, social, cultural, económico y político en que se desarrolla el individuo. Son precisamente estas condiciones las más estudiadas, pero no las únicas.

1.2.2 El estilo de vida y su relación con el sujeto.

La relación sujeto-estilo de vida, o sea el lugar que se le asigna al estilo de vida en relación con el sujeto constituye una problemática observada en la literatura sobre el tema. Aquí se manifiestan dos tendencias fundamentales. La primera asume el estilo de vida como una cualidad subjetiva, de existencia interna en el sujeto (A. Adler, 1948; G. W Allport, 1965).

La segunda tendencia, al no reconocer la especificidad del estilo de vida identificándolo con el modo de vida, lo concibe como una manifestación externa del sujeto individual, (Sherkovin y Predvecnni, 1987; B. F. Lomov, 1989; O. Shorojova, 1987; J. Potrony, 1989; R. Pérez Lovelle, 1989). Es característico de estos autores que sus elaboraciones teóricas tengan carácter general, sin una salida a la investigación aplicada operacionalizando dicha categoría.

El análisis de la relación sujeto-personalidad-estilo de vida constituye una alternativa pertinente en la caracterización psicológica del estilo de vida. Siendo el sujeto el individuo concreto, al hablar de él no sólo se hace referencia a su mundo interno, sino también al sistema de relaciones en que se objetiviza su subjetividad.

1.2.3 Los constituyentes del estilo de vida.

Este aspecto da cuenta del nivel de profundización alcanzado con respecto a la naturaleza interna del estilo de vida, en cuanto a su estructura y funcionamiento. Al respecto se aprecian tres tendencias. La primera se caracteriza por el estudio fenomenológico del estilo de vida sin entrar a detallar en su configuración interna (A. Adler, 1948; G. W. Allport 1965; R. Pérez Lovelle, 1989).

La segunda tendencia, fuertemente influenciada por la concepción filosófica y sociológica, reduce los componentes del estilo de vida a una sola categoría: la actividad vital. En esta tendencia se encuentran -- como ya se ha visto-- la mayoría de los autores marxistas que abordan la problemática desde la categoría modo de vida (B. F. Lomov 1989; O. Shorojova, 1989; J. Potrony, 1989; 1992).

La tercera, representada por Yu. Sherkovin, G. Predevechnni, 1987 y J. Roman 1989, propone algunos constituyentes que pudieran tomarse como elementos de su estructura interna. No obstante en el primer caso, es poco probable que los mismos permitan una comprensión sistémica del estilo de vida, así como de sus relaciones con la personalidad (también sistémicas).

A continuación se abordan cada uno de los constituyentes personológicos de I. Mayo (1999) para el estudio psicológico del estilo de vida.

Sistema de actividades vitales

Por sistema de actividades se entiende a la organización jerárquica del conjunto de actividades que realiza el sujeto y que expresa el sentido subjetivo que la personalidad le confiere.

El sistema de actividades puede ser caracterizado por el contenido de los nexos con el medio reflejados en el sentido subjetivo que el individuo le confiere a cada una de las actividades que lo integran. De acuerdo con esto, las mismas pueden ubicarse en diferentes niveles, de modo tal que es posible elaborar una tipología del sistema de actividades.

Estilo comunicativo (sistema comunicativo)

El estilo comunicativo, y particularmente la calidad, amplitud y durabilidad del sistema comunicativo que dentro de él establezca el sujeto, puede ser estudiado como un constituyente personalógico del estilo de vida. El término sistema comunicativo se utiliza aquí para designar la organización jerárquica del conjunto de contactos comunicativos (relaciones interpersonales) del sujeto que expresa el sentido subjetivo que la personalidad le confiere. En este sentido, el sistema comunicativo es el componente comportamental y esencial del estilo comunicativo del sujeto

Podemos decir que la comunicación es un fenómeno de cómo el planteamiento de estímulo por parte del individuo va a modificar las ideas, costumbres, actitudes, y prácticas de otras. Es decir toda comunicación lleva implícito un cambio. (Organización Mundial de la Salud: Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la atención primaria de la salud. Informe de un comité de expertos de la OMS.- Ginebra, 1983...16p)

Sistema de roles.

Se considera como un aspecto funcional de las relaciones individuo-sociedad que es síntesis por un lado de los condicionantes sociales e individuales y por otro de la actividad y la comunicación. Es una unidad funcional porque tiene identidad propia en relación con otras formas de vínculo del individuo y la sociedad como el status, las actitudes, los valores, etc. El carácter sintético está dado porque integra

aspectos diversos como la actividad y la comunicación --a través de los cuales se realiza --, por un lado, y las expectativas sociales e individuales por otro.

La expresión de los contenidos psicológicos a través del desempeño de un rol es más marcada, auténtica y menos indirecta en la medida en que el mismo está en la parte más alta de la jerarquía, es decir, en la medida en que es más significativo para el individuo y ocupa un lugar central dentro del sistema, pudiendo expresar la existencia de una unidad subjetiva de desarrollo o disfuncional según el caso.

De este modo la personalidad toma una posición activa con respecto a los roles que realiza, expresando su grado de aporte a la sociedad, es decir, su activismo social, marco en que tiene la oportunidad de identificarse como sujeto en el desempeño de sus roles. Partiendo de esta comprensión, el sistema de roles se entiende como la configuración jerárquica y subjetivamente determinada del aspecto funcional de la relación individuo-sociedad, que es síntesis de condicionantes sociales e individuales y de las actividades y contactos comunicativos en el sujeto.

Orientación en el tiempo.

La problemática del tiempo ha sido ampliamente tratada en la psicología, destacándose los estudios sobre la perspectiva temporal (J. Nuttin, D. González), la anticipación (B. Lomov, F. González, H. Arias) y los proyectos de vida futura (O. D'Angelo).

La orientación temporal impregnada al comportamiento es un indicador del nivel de desarrollo de la personalidad que se expresa en la construcción del estilo de vida, señalado el carácter contradictorio o armónico de los nexos de la personalidad con su medio. Por orientación temporal del estilo de vida se entiende la expresión en el comportamiento de las dimensiones temporales que participan en la regulación psíquica del sujeto.

La autorrealización personal.

La autorrealización supone dos facetas indisolublemente unidas: la apropiación y la objetivación (O. D'Angelo, 1983).

Ambas facetas de la autorrealización se expresan en el estilo de vida, pudiéndose considerar como elementos caracterizadores del mismo desde el punto de vista funcional de sus nexos con la personalidad que lo regula; pero que a la vez está condicionada por él para su autorrealización. De este modo el estilo de vida es premisa y resultado del proceso de autorrealización de la personalidad, constituyendo un elemento de contenido, que califica moral, cultural y políticamente al sujeto del estilo de vida.

Dada la complejidad de la autorrealización como proceso, se tomó su expresión externa, entendiendo por tal a las formas de comportamiento del sujeto que expresan la amplitud, selectividad y nivel de satisfacción del sujeto con la apropiación de la realidad objetiva y la objetivación de la subjetividad individual.

Como producto del activismo de la personalidad y como resultado de su autorrealización, el estilo de vida se convierte en premisa de su propio desarrollo. Las circunstancias de la vida actúan sobre la personalidad a través de su estilo de vida, a la vez que la personalidad actúa y modifica las propias circunstancias a través del estilo de vida.

Las orientaciones, recomendaciones y normas están sustentadas en el quehacer diario de los profesionales de la cultura física y constituyen experiencias de avanzada en la aplicación del ejercicio físico en la atención a los pacientes obesos.

Las necesidades actúan como motor impulsor de la actividad práctica humana, pero a su vez su naturaleza y carrera por satisfacerla, está medida por un grupo de condiciones económicas, políticas, sociales e incluso culturales. Estas condiciones pueden favorecer la relación del individuo con la sociedad y el objetivo de satisfacción de las necesidades se le puede oponer al hombre, convirtiéndose en una tábala para su logro.

El trabajo social como ya ustedes conocen es una disciplina social y opera a nivel de individuos, grupos y comunidades, es la interrelación que existe entre las relaciones sociales entre las personas y sus entornos sociales.

Para llevar a cabo la participación en la comunidad conjunto a las necesidades personales o sea mediante la participación, cada miembro de la comunidad debe sentir que está resolviendo problemas comunitarios y necesidades personales, como sentirse importante, escuchado, estimulado etc.

1.3 Actividades recreativas.

1.3.1 La recreación, un fenómeno sociocultural.

La palabra Recreación es escuchada hoy en cualquier parte, la amplia variedad de su contenido permite que cada quien la identifique de diferente forma, sobre la base de la multiplicidad de formas e intereses en el mundo moderno puede constituir formas de recreación. Es por eso que muchas veces encontramos que lo que para unos es recreación, para otros no lo es, por ejemplo, el cuidado de los jardines para algunos resulta una actividad recreativa y para otros constituye su trabajo.

Muchas veces la palabra recreación en su contenido se confunde con la de juegos, sin embargo, la primera es más amplia que la segunda, aunque desde el

punto de vista de sus fundamentos, la recreación para los adultos es equivalente al juego de los niños.

Siguiendo a Johan Huizinga y otros autores, podríamos establecer que el vuelco de una persona a una actividad recreativa de cualquier naturaleza, se encuadrará dentro de las formas de juego.

Una muy aceptable y completa definición fue elaborada en Argentina, durante una convención realizada en 1967, definición que mantiene su plena vigencia y plantea:

“La Recreación es aquella actividad humana, libre, placentera, efectuada individual o colectivamente, destinada a perfeccionar al hombre. Le brinda la oportunidad de emplear su tiempo libre en ocupaciones espontáneas u organizadas, que le permiten volver al mundo vital de la naturaleza y lo incorporan al mundo creador de la cultura, que sirven a su integración comunitaria y al encuentro de su propio yo, y que propenden, en última instancia, a su plenitud y a su felicidad”.

El hecho de que el individuo obtenga satisfacción directa de ciertas actividades hace que gran parte de estas sean para él formas de recreación. Debido a que muchas personas derivan experiencias satisfactorias del mismo tipo de actividad, estas han pasado a ser consideradas como formas de recreación, aunque esencialmente esta es la actitud que caracteriza la participación en estas actividades que den satisfacción, alegría y desarrollo.

Considerada desde el punto de vista técnico - operativo la Recreación es la disciplina cuyo propósito es utilizar las horas de descanso (tiempo libre), en el cual puede el hombre aumentar su valor como ser humano y como miembro de la comunidad, ocupando este tiempo con actividades creadoras y motivándolo para que se enriquezca en los dominios profesional, artístico - cultural, deportivo y social.

Resumiendo este aspecto podemos plantear que todos o casi todos los estudiosos, profesores o promotores de la Recreación coinciden en plantear que la Recreación no es sólo la agradable forma de pasar el tiempo libre sino el aprovechamiento de este tiempo de forma positiva en la sociedad, de manera tal que contribuya al desarrollo de la personalidad del hombre, La Recreación esta ligada por tanto con la educación, autoeducación, higiene física y psíquica, la diversión y la cultura en general.

1.3.2 Características Socio – Psicológicas de la Recreación.

Entre las principales características socio - psicológicas de la recreación en todas sus formas, están las siguientes:

- 1.- Las personas realizan las actividades recreativas por sí mismas; libres de cualquier obligación o compulsión externa.
- 2.- Las actividades recreativas brindan a los participantes satisfacción inmediata.
- 3.- El elemento esencial de la recreación no está en los resultados, sino en el disfrute a través de la participación.
- 4.- La recreación es una forma de participación en la que el hombre siente lo que hace y hace lo que siente como expresión de una necesidad que se satisface.

La cultura física en general y la recreación física en particular han experimentado en las últimas décadas un gran auge en el mundo. Cada vez es más evidente el número y la diversidad de importantes grupos de la población mundial incorporadas a las diversas formas de la práctica activa de la cultura física, dada la creciente importancia que posee para conservar el equilibrio en las relaciones hombre-medio en comparación con otras actividades corporales y puede afirmarse que la civilización contemporánea es amante de la cultura física. La actividad deportiva influye de muchas formas sobre la salud y el deseo de vivir, el bienestar y la capacidad de rendimiento del individuo.

La Revolución Cubana tiene como objetivo desarrollar en toda su amplitud, las capacidades intelectuales, físicas y espirituales del individuo, en correspondencia

con las características de las comunidades en que se desarrollan. Sin embargo a pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno revolucionario, en aras de llevar la recreación a todos los rincones de la nación, aún es insuficiente su aplicación. Ello justifica la necesidad de un sistema de acciones que propicie el desarrollo y consolidación de una personalidad del individuo que se distinga por su carácter humanista.

La dirección del INDER se proyecta a la atención de todas las personas con enfermedades no transmisibles, mediante el ejercicio físico terapéutico y las actividades físico-recreativas llegando a todos los rincones del país y de esta forma contribuir a la promoción y al bienestar de la salud del pueblo.

El sistema de cultura física por su carácter es abierto, complejo, autogobernado y sociotécnico. Forma parte de un sistema mayor: el sistema social, de tal forma que recibe y ejerce influencias de otros subsistemas sociales.

El sistema de la cultura física tiene como encargo social: Satisfacer las necesidades sociales e individuales de la práctica de la actividad física y el deporte de toda la población contribuyendo a la formación integral, la salud, la recreación, la "Exaltación de los más altos valores humanos" y ".el progreso y la defensa de la patria".

La recreación física está integrada en todas las esferas fundamentales de la vida como ninguna otra esfera de la cultura física. Está estrechamente relacionada con el proceso productivo y el empleo del tiempo libre por lo que en consecuencia la participación en ella debe conjugarse partiendo de los niveles locales con los niveles más generales de organización sociopolíticas y tal es el caso del municipio, instancia macro social con particularidades socio-históricas que condicionan de manera particular la vida y donde la recreación física como otras esferas de la vida social debe programarse atendiendo a las correspondientes esferas sociales y formas típicas de participación así como a partir de los gustos y

preferencias hacia dichas actividades, por lo que las estructuras organizativas e institucionales del municipio, y las otras formas de organización socio-política deben proporcionar al individuo escalas de valores sociales y normas de conducta que deben integrarse armónicamente a los objetivos y propósitos que persigue la recreación física.

En el caso de la práctica de las actividades físicas y deportivas el papel de las instituciones y organizaciones estatales que dirigen el sistema organizativo de cultura física y deporte será el de asegurar para el presente y el futuro el legítimo derecho de todos a la práctica de actividades físicas y deportivas.

La práctica de actividad física, se produce tomando en consideración varios elementos: el modo, la forma, los medios y la evaluación.

El primero se refiere al desarrollo de las acciones que caracterizan la actividad (donde se identifican los objetivos, los contenidos, y el método); el segundo la estructura organizativa en dos dimensiones, el espacio y el tiempo; el tercero hace referencia a los recursos que apoyan la realización de las actividades y por último la manera de comprobación de los resultados de la actividad, todo lo cual determina una sucesión de momentos o etapas que en su conjunto conforman procesos más específicos.

CAPITULO II

2.1 Metodología

La investigación fue iniciada en la segunda quincena de agosto de 2008. La selección y confección de los instrumentos se realizó también en la misma fecha. Para la realización del trabajo se escoge el Centro Comunitario de Salud Mental donde asistían mayor cantidad de obesos del municipio.

La aplicación de las acciones se enmarca desde la primera semana de septiembre del 2008 hasta la última semana de mayo del 2009. Se realizan integradas, todas comienzan al mismo tiempo, en horarios y locales diferentes.

Universo y Muestra.

Esta investigación, se realiza por primera vez en el municipio de Placetas y abarca la población conformada por 40 obesos considerados con obesidad leve y moderada que asisten a la consulta del Centro Comunitario de Salud Mental, previamente diagnosticado por un especialista en Medicina Interna. De ellos 6 son masculinos para un 15% de la muestra y 34 femeninos que constituyen el 85%, cuyas edades oscilaron entre 35 y 47 años, con una media de 41 años. Además se consideró el nivel cultural de los mismos, experiencias deportivas, la práctica de alguna dieta recomendada por un especialista y se tuvo en cuenta como criterio, el consentimiento informado, debido a que se les explicó a los sujetos, cuáles eran los objetivos y características de la investigación y ellos manifestaron su aprobación para participar.

Distribución según el sexo de la muestra de obesos.

SEXO	Numero	%
MASCULINO	6	15
FEMENINO	34	85
TOTAL	40	100

Caracterización de la muestra

Nivel Cultural			Experiencias Deportivas				Alimentación Adecuada
M	MS	S	H	%	M	%	Sistemáticamente
4	31	5	3	7.5%	-	-	Ninguno

Por criterio del autor se seleccionó una muestra de trece especialistas. La muestra se caracterizó por una alta graduación científica y académica y con vasta experiencia en las actividades que realizan cada uno en su profesión.

El autor además tuvo en cuenta los siguientes indicadores al seleccionar la muestra:

- ✚ Cualidades éticas y profesionales
 - ✚ Grado académico
 - ✚ Años de experiencia.
 - ✚ Categoría Docente.
 - ✚ Resultados laborales.
 - ✚ Conocimientos del tema.
- ✓ Cinco máster graduados todos en su rama de actuación, dos psicólogos, dos en cultura física comunitaria y uno en medicina.
 - ✓ Seis licenciados, dos en Cultura Física, dos en enfermería y uno en psicología con más de 35 años de experiencia dando atención a la familia.
 - ✓ Dos especialistas en MGI.

Luego de diseñadas las acciones se sometieron en una primera versión a la valoración por criterios de especialistas mediante una encuesta individual (ver anexo 11).

Se seleccionaron de manera intencionada. Se aplicó el instrumento con el objetivo de obtener avales confiables y criterios de viabilidad sobre el trabajo científico realizado. Se siguieron las exigencias según tabloide de maestría en Ciencias de la Educación módulo 2 primera parte y otros aspectos de interés.

2.1.1 Métodos de la investigación.

Cumplidas las exigencias de la etapa de diagnóstico y constatación de la realidad existente se procedió a la elaboración de las acciones de solución al problema planteado.

En el estudio diagnóstico se emplearon diferentes métodos y técnicas de investigación científica que permitieron obtener toda la información necesaria y arribar a conclusiones.

Para la aplicación de los diferentes métodos se tuvo en cuenta las exigencias del método dialéctico materialista que constituye el fundamento de los demás que se utilizaron.

De los métodos de nivel teórico se emplearon:

El analítico-sintético.

Estos métodos permitieron el procesamiento y análisis de toda la información científica consultada y recogida luego de la aplicación de los diferentes instrumentos, así como realizar las valoraciones correspondientes en los diferentes momentos o etapas de la investigación, lo que permitió elaborar el conjunto de acciones de solución al problema

Histórico-Lógico.

Permitió contextualizar el problema, sus antecedentes, su desarrollo y su estado actual en el momento inicial, al realizar el diagnóstico y posteriormente al ser aplicado el conjunto de acciones.

Inductivo- Deductivo.

Permitió favorecer el razonamiento de todos los procesos y la objetividad de los planteamientos abordados.

Métodos Empíricos:

Son los que cumplen la función de relevar y explicar las características del objeto vinculados directamente a la práctica. Participan en la búsqueda de información inicial empírica y en la recogida de información para el logro de los objetivos y la comprobación de la hipótesis.

Ellos son Métodos cuantitativos como:

Observación

Esta posibilidad conocer aspectos esenciales sobre el comportamiento y desarrollo real de los obesos en las diferentes acciones que se realizaron, las mismas tuvieron lugar durante toda la investigación. Se realizaron 5 observaciones y siempre se utilizó la misma guía. (Anexo 19)

La medición

Dentro de la evaluación morfológica se pudieron utilizar las mediciones antropométricas como el peso y la talla que se ejecutaran antes y después de aplicadas las acciones, con una frecuencia mensual que permitirán por métodos sencillos, obtener un estimado de cómo se encuentra el paciente y cuáles han sido los cambios que se han producido mediante la aplicación de los ejercicios físicos. Estas mediciones proporcionarán la evaluación del grado de obesidad de los pacientes. (Anexos 1 y 2).

La encuesta

Para la obtención de los datos se elaboró un cuestionario por parte de diferentes especialistas con vasta experiencia profesional para evaluar el nivel de conocimiento sobre la obesidad, contamos con: (5 Psicólogos, 2 especialistas en Medicina General Integral y 2 especialistas en Medicina Interna). Consta de 5 preguntas. (Anexo3)

Esta encuesta se le aplicó a 40 obesos que constituyen la muestra, explorando el nivel de conocimiento general sobre la obesidad por medio de 5 preguntas, la cual se empleó antes y después de aplicadas las acciones.

- 1- Nivel de conocimiento de la obesidad como enfermedad.
- 2- Nivel de conocimiento sobre la epidemiología y clasificación de la obesidad.
- 3- Nivel de conocimiento sobre la etiología de la obesidad.
- 4- Nivel de conocimiento sobre impacto de la obesidad para la salud.
- 5- Nivel de conocimiento sobre el tratamiento de la obesidad.

Interpretación

Cada pregunta tiene un valor de 1 punto siendo la puntuación máxima a alcanzar 5 puntos.

En el análisis de los datos se establecen cuatro niveles:

- Nivel de conocimiento muy alto: Si obtiene 5 puntos.
- Nivel de conocimiento alto: 4 puntos.
- Nivel de conocimiento medio: 3 puntos.
- Nivel de conocimiento bajo: 2 puntos

Desde el punto de vista cualitativo el cuestionario permite explorar las necesidades de aprendizaje del sujeto.

Se realizó una especie de taller donde se construyó colectivamente el conocimiento con una metodología participativa, dinámica, coherente, tolerante

ante las diferencias y donde las decisiones y conclusiones se toman mediante mecanismos colectivos”. Se organizó con el objetivo de precisar cómo se realizarían las acciones educativas para proporcionarle a los pacientes ampliar sus conocimientos acerca de la enfermedad que padecen, conocer estilos de vida saludables y cómo alimentarse adecuadamente.

El taller se desarrolló en el Centro de Salud Mental en el municipio de Placetas, en el mismo participaron 7 especialistas, profesionales de la Salud, de Cultura Física y Recreación todos relacionados con el tema abordado.

Una primera parte de la actividad fue dedicada al análisis de un diagnóstico sobre el grupo, considerándose el desconocimiento sobre la enfermedad que padecen. En la segunda parte del taller, se aplicó una tormenta de ideas y su idea rectora fue: “Por un estilo de vida activo y saludable, donde se acordó realizar sesiones educativas y grupales que alternaran contenidos relacionados con la obesidad, estilo de vida y alimentación saludable. (Anexo 5)

Se realizaron 10 sesiones con una frecuencia semanal y una duración de 2 horas cada una.

La entrevista estructurada

Se utilizó además una entrevista estructurada con el objetivo de diagnosticar el estilo de vida de los obesos de la muestra. La misma se realizó antes y después de aplicadas las acciones, constó de 10 preguntas dirigidas a los diferentes aspectos que determinan el estilo de vida de la persona como son: sedentarismo, la práctica de ejercicios físicos, hábitos tóxicos, dieta, cómo el sujeto combina sus actividades con períodos de sueño, distracciones y cómo se desarrollan sus relaciones interpersonales. (Anexo 4).

Se consideró que el sujeto tenía un estilo adecuado de vida cuando responde a más de tres preguntas negativamente o a dos de forma negativa y a la pregunta 3 positivamente.

En esta entrevista se tuvo en cuenta el criterio planteado por Álvarez J.A en el libro Educación para la salud en el cual él plantea que el tratamiento a las personas que presentan esta entidad multifactorial, los mejores resultados obtenidos se ponen de manifiesto en la modificación de algunos aspectos, como son: los hábitos alimentarios, la incorporación al ejercicio físico en su régimen de vida diario, el modo de enfrentamiento a los estresores, las horas dedicadas al sueño, la recreación física , los entretenimientos, la reducción del hábito de fumar entre otras actividades que conforman los elementos a tener presente en la calidad de vida.

Se aplican las acciones dirigidas a contribuir un estilo de vida saludable en los sujetos el cual consistió en introducir en todos los pacientes involucrados en la investigación un régimen de ejercicios diario, lograr que se alimenten adecuadamente, que participen en las actividades sociales y recreativas realizadas en su comunidad y que conozcan las características y los perjuicios de la enfermedad que padecen.

El Capítulo concluye con la evaluación de la puesta en práctica de las acciones, en cuanto a:

- La disminución de la obesidad por medio de los ejercicios físicos.
- El avance de los pacientes con relación a los conocimientos acerca de la enfermedad que padecen.
- La cultura alimentaria para lograr de esta forma la incorporación de los nuevos estilos de vida saludables.

2.2 Análisis de los resultados

2.2.1 Constatación del nivel de conocimiento acerca de la obesidad, el estilo de vida que predomina y el índice de masa corporal que presentan los pacientes al inicio de la investigación.

En los resultados obtenidos con la aplicación de la encuesta relacionada con el nivel de conocimientos sobre obesidad realizada a los pacientes (Anexo 12) se pudo comprobar el nivel bajo en veintinueve (29) de ellos, lo que significa el 72,5 % de la muestra, de forma general se comprobó un desconocimiento total relacionado con dicha enfermedad, donde se refirieron fundamentalmente y de forma muy superficial al problema de la imagen que esta proporciona y el rechazo hacia ellos por sus semejantes, no mencionaron en ningún momento que la obesidad constituía un peligro para la salud, y su relación con diferentes enfermedades con riesgos para sus vidas, se obtuvo para el nivel muy alto y alto solamente tres pacientes, un sujeto obtuvo el nivel muy alto y tres obesos el nivel alto para un 7,5%, solamente ellos hicieron alusión a la obesidad ligada a la hipertensión arterial, y problemas relacionados con el corazón y en el embarazo por lo que la califican como una enfermedad y no sencillamente como un conflicto para su imagen, alcanzaron el nivel medio en conocimiento solamente 8 sujetos de ellos para un 20%, los cuales se refirieron a la obesidad como una enfermedad pero no tenían claro el porqué y su relación con otras enfermedades.

Los pacientes manifestaron mayores dificultades en cuanto al conocimiento de la obesidad como enfermedad (Anexo 13) donde las respuestas no aceptadas se distribuyeron en 22 de ellos representando el 55% de la muestra, por no vincular la obesidad como una enfermedad ni su importancia en erradicarla para mejorar su salud. El nivel muy alto lo alcanzó solamente un paciente para el 2,5% de conocimiento, y el nivel alto lo lograron 4 pacientes y el nivel medio lo obtuvieron 13 integrantes de la muestra, para un 45% entre los dos niveles.

En cuanto a los resultados obtenidos con relación al conocimiento de la epidemiología de la obesidad (Anexo 14) donde se constata la distribución y la iniciación de la misma relacionados al sexo y la edad, así como su clasificación se pudo comprobar el nivel bajo de noción alcanzado en 19 de los participantes de esta investigación para un 47,5% de la muestra en estudio, los que respondieron sin elemento alguno o sea no conocían ni tenían idea que existían diferentes tipos de obesidad. El nivel muy alto de conocimiento lo consiguió solamente uno de los participantes para un 2,5% y el nivel alto y medio se manifestaron en 2 y 18 pacientes respectivamente para un 50% entre los dos niveles.

Los resultados obtenidos en cuanto al conocimiento del impacto de la obesidad sobre la salud (Anexo16) y su tratamiento (Anexo 17), fueron evaluados de nivel bajo los cuales obtuvieron un 57,5% y un 47,5%, ya que 23 pacientes no conocían cuáles podían ser los impactos negativos de la obesidad sobre la salud, y 19 de ellos no tenían conocimiento de cómo llevar un tratamiento adecuado para erradicarla, por lo que sus respuestas fueron no aceptadas, las respuestas sobre la etiología de la obesidad (Anexo 15), o sea las causas por las que puede surgir el por ciento de respuestas desconocidas fueron de un 32,5%, se refirieron en su gran mayoría a la herencia, y al consumo sin límites de alimentos.

Con respecto al nivel de conocimientos sobre obesidad no se hallaron estudios similares en la bibliografía consultada.

A pesar del interés que se había mostrado por parte de los integrantes del Departamento de Educación Física para Adulto de nuestro municipio de realizar un trabajo con estos pacientes donde se incluyera la práctica del ejercicio físico para disminuir de alguna forma su obesidad, la vinculación con un dietista que les explicara cómo alimentarse bien y la participación de un especialista en obesidad que les aportara los conocimientos necesarios que debían conocer de dicha

enfermedad, así como las graves consecuencias para la salud, no se había logrado concretar la idea.

La entrevista estructurada realizada a los pacientes (Anexo 18) para constatar el estilo de vida en un primer momento arrojó que solamente 4 de ellos disfrutaban un estilo de vida adecuado para un 10% de la muestra, cumpliendo con algunos elementos que se tuvieron en cuenta para evaluar este aspecto como la participación en actividades sociales, no consumir alimentos dañinos, se considera una persona de muchos amigos con los que puede contar en cualquier situación, mantiene una vida tranquila y se dedica tiempo para sí mismo en algún momento, los otros 36 pacientes declararon un estilo de vida inadecuado para un 90%, los aspectos negativos más significativos que se manifestaron en estos pacientes fueron la no participación en actividades sociales, la práctica de hábitos tóxicos, pocas relaciones interpersonales, ninguna práctica de los ejercicios físicos y una alimentación inadecuada.

En cuanto a las pruebas iniciales que se realizaron por medio del método de la medición los cuales fueron el peso y la talla se puede decir que la distribución según el tipo de obesidad mostró un predominio de la obesidad moderada en la muestra estudiada y en menor cuantía la obesidad ligera. Los resultados manifestados en el (Anexo No 1) arrojan el grado de IMC con lo que comenzaron los pacientes dicho trabajo o sea el peso de cada uno de ellos dados en libras y en kilogramos, se determinó que el peso promedio en kilogramos de los pacientes al inicio de la investigación fue de 89.1 Kg. y el promedio en libras fue de 195, con un índice de masa corporal promedio de 35,7 Kg. /m².

2.2.2 Elaboración de las acciones para contribuir a un estilo de vida saludable en los obesos del Centro de Salud Mental del municipio de Placetas.

Las acciones se elaboraron en correspondencia con los estilos de vida sedentarios anteriormente analizados, enfatizando en la dosificación de las mismas y teniendo en cuenta algunos factores como: el horario posible para la realización de cada una, las buenas condiciones de los locales donde se ejecuten ya que todas comenzaran a desarrollarse en la misma semana pero en diferentes áreas y períodos de tiempo.

Las escasas participaciones de los pacientes obesos en las actividades sociales, la falta de práctica sistemática de los ejercicios físicos, el desconocimiento que poseían con relación a la enfermedad que padecen y la incultura alimentaria, fueron elementos tomados en consideración para influir en el estilo de vida utilizando acciones educativas, físicas y recreativas.

A continuación aparece la propuesta de las acciones educativas, físicas y recreativas.

Acciones Educativas.

Sesiones de trabajo grupal

Las sesiones se realizaron en el local que ocupa el Centro Comunitario de Salud Mental del municipio de Placetas ejecutándose una sesión semanal con un tiempo de duración de 2 horas cada una.

Sesión 1

Objetivos: _Presentación del coordinador y los participantes.

_Aplicación del cuestionario.

Procedimientos:

Técnica de presentación: El coordinador y los participantes se presentan desde su rol profesional o personal de manera breve: _nombre, edad, estado civil ,centro de

trabajo, profesión. Su presentación brinda elementos de análisis para trabajar en grupo la problemática de los participantes.

Sentados en círculo los participantes leerán su presentación diciendo:

_nombre.

_Cualidad que más estima en las personas.

_Característica que más desprecia de las personas.

Ejercicio de expectativas

Se le entrega a cada participante una pequeña hoja de papel en blanco y se formulan las siguientes preguntas: ¿Qué busco? ¿Qué espero? ¿Sobre qué me gustaría tratar? ¿Cómo?

Después de responder individual y anónimo se colocan los papelitos en una cajita para mezclarlos. Cada participante toma al azar y lee en voz alta para todo el grupo, las respuestas planteadas.

Presentación del programa y metodología del taller.

Este aspecto se relaciona con el anterior ya que la coordinadora, desde las expectativas planteadas por el grupo presenta el programa, objetivos y metodología y si fuera necesario anexaría algunas inclusiones según las necesidades planteadas por los participantes.

Indicación de la metodología a seguir (Dar las orientaciones para reducir la ingesta de energía, Régimen de ejercicios físicos, indicación del autorregistro del peso mensual)

Aplicación del cuestionario.

Técnica de cierre se explica a los participantes que expresen en una palabra o frase cómo

Evalúan la sesión.

Sesión 2

Objetivos: - Definición de obesidad y demostrar sus efectos sobre la salud

Procedimientos:

Técnica de la Balanza:

El coordinador pinta en el pizarrón una balanza y le explica a los participantes que en uno de sus brazos se van a ubicar los aspectos positivos de la obesidad y en el otro los negativos y entonces se decidirá hacia qué lado se inclina. Posteriormente se debate en plenario sobre los efectos de la obesidad sobre la salud.

Técnica de cierre: Juego de cierre y despedida

Objetivo: Cerrar la actividad.

Procedimiento: Se recomienda como recurso que cada participante se despida de cualquiera que desee, expresándole una tristeza y una alegría que le ha provocado el tema discutido.

Sesión 3

Objetivos: -Promover el autorreconocimiento

Procedimiento:

Técnica mi escudo personal. Ayudar a los participantes a considerar sus habilidades y debilidades.

Materiales: Hoja de papel, lápiz, pizarra.

Hoja de trabajo "Tu distinción personal"

Procedimiento: Dé a cada participante una copia de la hoja de trabajo, elija 6 de las siguientes 8 preguntas, léalas en voz alta y escríbalas en el papel. Pida a los participantes que respondan cada pregunta trazando un dibujo, diseño o símbolo en el área apropiada.

1. ¿Cuál piensas ha sido tu máximo logro hasta ahora?
2. ¿Qué es lo que más te agrada de tu familia?
3. ¿Que es lo que más valoras en tu vida?
4. Menciona tres cosas o actividades en las que eres bueno

5. ¿Qué te gustaría mejorar en ti?
6. ¿Si mueres hoy, como te gustaría ser recordado?
7. ¿Qué artículo salvarías si tu casa se estuviera quemando?
8. ¿Qué admiran los demás en ti?(otro sexo)

Es importante que sean creativos, imaginativos. Después que se hayan escrito sus nombres en la bandera del escudo se forman pequeños grupos para que compartan sus dibujos. Luego se reúne el grupo grande para su discusión.

Puntos de discusión.

1. ¿Cómo te sientes al contar a otros tus habilidades y debilidades?
2. ¿Qué aprendiste de ti mismo?
3. ¿Qué vas a hacer para que las personas te recuerden de la manera que deseas?
4. ¿Cuáles fueron las semejanzas y diferencias en la “Distinción personal” masculina y femenina?

Técnica de cierre: Lo positivo, lo negativo e interesante.

Objetivo: Cerrar la actividad retroalimentándose de los resultados.

Procedimientos: Cada participante debe escribir en una hoja los aspectos positivos, negativos e interesantes de la sesión.

Sesión 4

Objetivos: - Profundizar en los conocimientos sobre obesidad

Procedimiento: - Comentario de texto: “La obesidad: causa importante de morbilidad”

Se da lectura al texto y se discuten en plenario los siguientes aspectos:

Puntos en discusión.

- Resumir el contenido del texto.

-Cuáles son los efectos negativos de la obesidad en la salud

Técnica de cierre: Juego de cierre y despedida

Objetivo: Cerrar la actividad.

Procedimiento: Se recomienda como recurso que cada participante se despida de cualquiera que desee, expresándole una tristeza y una alegría que le haya provocado el tema discutido.

Sesión 5

Objetivos: - Evaluar causas y soluciones del problema de la obesidad.

Procedimiento:

- Técnica El Sonajero:

El coordinador motiva a los sujetos para construir un sonajero que permita pensar qué hacer para resolver el problema que les atañe a todos: la obesidad. Para ello se dividen en pequeños grupos.

En la pieza superior del sonajero se colocará el tema objeto de análisis: la obesidad.

Cada grupo discute las causas que ocasionan esta enfermedad y llevan al plenario los resultados de su análisis. Entre todos acuerdan cuáles son las principales causas y las escriben en las piezas del sonajero preparadas para ello

Técnica de cierre: ¿Me ayudó o no?

Cada equipo debe expresar si la actividad realizada lo ayudó o no para su vida futura.

Sesión 6:

Procedimiento: - Comentario de texto: "El estilo de vida y su influencia en la salud"

Se da lectura al texto y se discuten en plenario los siguientes aspectos:

Puntos en discusión.

- Resumir el contenido del texto.

-¿Qué es el estilo de vida y cuál es su repercusión en la salud del individuo?

-¿Qué caracteriza el estilo de vida del obeso?

-¿Cómo se podría modificar?

Técnica de cierre: Expresión de sentimientos “por ti siento”.

Se orienta por parte de la coordinadora del grupo que como despedida de la sesión cada uno de los participantes se debe dirigir a otros miembros del grupo para expresarles sin palabras, sentimientos positivos que estas personas le hayan inspirado en el transcurso de todo el trabajo grupal que se ha venido desarrollando.

Sesión 7

Objetivos: - Promover estilos de vida adecuados.

Procedimientos:

Técnica de discusión de grupo.

Se plantea al grupo que el problema a discutir será el estilo de vida de los obesos, intercambiando ideas y opiniones y llegando a conclusiones sobre cómo modificarlo.

Primeramente se establecen las reglas que el grupo va a seguir en la discusión. El coordinador va realizando conclusiones parciales y finalmente efectúa la conclusión final de la actividad.

Técnica de cierre: Evaluar la reunión.

Procedimiento: Pedir a los participantes que expresen con una palabra cómo se han sentido en la reunión de hoy.

Sesión 8

Objetivo: Desarrollar la valoración crítica con relación a la obesidad y la alimentación sana.

Procedimientos:

Técnica ADI.

Previamente el educador seleccionará un artículo de poca extensión que resulte polémico por su contenido con relación al tema de la obesidad y nutrición. Se dividirá al grupo en pequeños subgrupos a fin de que analicen críticamente su contenido y determinen con qué expresiones están DE ACUERDO, EN DESACUERDO y cuáles les motivan alguna INTERROGANTE.

Una vez concluido el tiempo para el trabajo grupal, cada equipo expone en plenario los resultados. En plenario se abre a discusión cada criterio, abordando primero los puntos en que coinciden todos los presentes como acuerdo y después se argumentan los no coincidentes, de tal manera que el ejercicio del debate enriquezca los criterios de todos y sobre todo se desarrolle la capacidad para el diálogo respetuoso y democrático.

Técnica de cierre: Evaluar la reunión.

Procedimiento: Pedir a los participantes que expresen con una palabra cómo se han sentido en la reunión de hoy.

Sesión 9

Objetivos: Asumir posiciones con relación al estilo de vida saludable

Procedimiento:

Técnica: Preparados para cambiar.

La coordinadora comentará que ha encontrado en la prensa aseveraciones completamente opuestas con relación a los estilos de vida adecuados y potenciadores de la salud que cree necesario debatir y estimula a cada sujeto para que asuma una posición ante ellas. Y así se formarán dos grupos.

Los grupos formados deben buscar todos los argumentos posibles para defender su posición.

Terminado el tiempo para la argumentación, en plenario, se leerán los resultados del trabajo colectivo y se producirán a partir de ellos todos los cambios de posiciones que deseen.

Técnica de Cierre:

Frases incompletas: Se coloca frente al grupo un papelógrafo con frases incompletas para que sean completadas con los sentimientos o ideas de los participantes.

Frases al estilo de:

Hoy me he sentido...

Este tema...

Los ideales...

Mis metas...

Me gustaría...

Aprendí...

Me molesté por...

Una pregunta que todavía tengo es...

Sesión 10

Objetivos: Integrar los temas abordados.

Procedimiento: Técnica: "El parlamento"

1. De acuerdo con el tamaño del grupo trabajar en pequeños subgrupos o en plenaria.
2. Analizar y seleccionar las ideas mas importantes que para ellos se han debatido en los talleres.
3. Las vivencias experimentadas.
4. Evaluación personal en el taller, es decir incorporación de conocimientos, cambios de opinión, confrontación de valores, posibles cambios de actitud ante los temas tratados.
5. Satisfacción o no de las expectativas con relación al programa.

Ya sea por medio de voceros (Si se trabaja en subgrupos) o individualmente exponer los planteamientos para que la coordinación los anote en un papelógrafo. Luego propiciar el debate apoyado en preguntas como:

¿Existen opiniones comunes? ¿Cuáles son? ¿Por qué?, ¿Qué le ha parecido el programa?

¿Ha tenido alguna repercusión en su vida personal?

¿Le ha servido para algo?

- **Aspectos importantes que se trataron en las sesiones sobre alimentación saludable(Anexo 7, 8 y 9)**

En el documento educativo que se creó por el equipo investigador para la orientación de la alimentación saludable se precisaron consejos que lograran una nutrición sana, satisfactoria y exenta de riesgo para la salud y la prevención de las enfermedades.

Bajo el título “Consejos para una Alimentación Saludable” se presenta esta temática que integra consejos prácticos sobre diferentes aspectos de la alimentación y la seguridad alimentaría en el hogar. Se trata de una excelente puesta al día sobre el papel de la alimentación en la vida diaria.

Se le orientó a cada uno de los obesos una guía adecuada y saludable que contenía los grupos de alimentos, las frecuencias recomendadas en que se debían consumir, el peso de la ración (crudo y neto), además de las medidas caseras teniendo en cuenta las posibilidades de cada paciente indicándoles que su cumplimiento era fundamental para obtener un resultado satisfactorio en el experimento emprendido y que la actividad física era un complemento de esa alimentación para disminuir el grado de obesidad.

En un estilo de vida saludable, la alimentación equilibrada juega un papel de reconocida relevancia que, conjuntamente con otros hábitos saludables, como son la realización de ejercicio físico, “caminar diariamente” y la ausencia de consumo de tabaco, permiten prevenir multitud de enfermedades.

En esta nueva edición de “Consejos para una Alimentación Saludable” se continuó insistiendo en la necesidad de mejorar el ejemplo de consumo alimentario y también en la promoción de un estilo de vida más activo y gratificante. A lo largo de los contenidos se hizo un repaso pormenorizado de todos los bloques de interés que pueden permitir configurar una alimentación suficiente, equilibrada y segura.

Se les explicó por parte del dietista el contenido nutricional promedio (energía, proteína, grasas y carbohidratos) de las porciones de referencia de cada grupo básico de alimentos. (Anexo 8)

Se les informó acerca de una tabla que incluía grupos de alimentos y cantidad de porciones y nutrientes a destacar para obtener una alimentación variada y equilibrada (1400 a 3300 Kcal.)(Anexo 9)

Se les orientó acerca de cómo cocinar sus propios alimentos.

Los buenos hábitos alimentarios son un excelente instrumento para prevenir enfermedades y promover la salud en la población....

Consejos prácticos que se le dieron a los obesos:

- 1-Realizar como mínimo entre cuatro y cinco comidas diarias.
- 2- Comer despacio y masticar bien.
- 3- Procurar mantener un peso estable.
- 4- Utilizar métodos sencillos para la preparación de los alimentos, con poca grasa y poca sal.

5- Mantener una adecuada hidratación mediante el consumo abundante de agua, infusiones, caldos, etc.

6- Practicar diariamente actividad física moderada y ajustar la ingesta de alimentos al nivel de ejercicio habitual.

7- Los alimentos que deben ser ingeridos diariamente y que se incluyen en la base de la Pirámide de la Alimentación son: cereales y derivados de cereales (pan, pasta, arroz), patatas, verduras, hortalizas, frutas, leche, derivados lácteos y aceite vegetal.

8- Deben tomar alternativamente varias veces a la semana. Legumbres, frutos secos, pescados, huevos y carnes magras.

9- Moderar el consumo de carnes grasas, embutidos, pastelería, azúcares y bebidas azucaradas.

10- Moderar el consumo de alcohol. Se deben evitar las bebidas de alta graduación.

Acciones Físicas

Estas se realizaron fundamentalmente en el local que ocupa el Gimnasio de Cultura Física, con una frecuencia de cinco veces a la semana en el horario de la mañana. Se encontraban presente durante la realización de los ejercicios el psicólogo, el especialista en MGI, la enfermera encargada de la toma de la presión y el profesor de cultura física, y determinados días se incorporaban familiares de los pacientes. Tipos de ejercicios: (Anexo 6)

Se utilizaran

- Ejercicios de estiramiento.
- Ejercicios de Calentamiento

Se realizarán ejercicios de acondicionamiento general con movimiento de todas las articulaciones y que sean de fácil asimilación por parte de los pacientes.

Se debe utilizar como forma de calentamiento el activo general y como método el explicativo – demostrativo, con mando directo tradicional.

Se sugiere que como formas organizativas se utilicen el disperso y el frontal y como procedimiento organizativo el individual.

Se deben realizar entre 10 y 20 repeticiones en cada ejercicio de movilidad articular y respiratorios, debiendo mantener la posición entre 10 y 15 segundos durante los estiramientos.

- Ejercicios aeróbicos.

En relación con las categorías y manifestaciones de la resistencia, se pensó que se debe desarrollar la resistencia general, también llamada resistencia de base, que es la recomendada para mantener o recuperar la salud. Los métodos utilizados fundamentalmente para la educación de la resistencia de base son los siguientes:

- Método continuo (con velocidad lenta, moderada y variada).
- Método de juegos.

Juegos adaptados y otras actividades.

Se pueden incluir juegos con pelotas que no tengan carácter competitivo y de mediana a larga duración, con modificación de la regla para evitar que la intensidad del juego esté por encima de las posibilidades de los pacientes.

Algunos de los deportes que pueden ser utilizados son: voleibol, baloncesto, fútbol, Kikimbol, tenis de mesa, natación terapéutica. Si el área no tiene terrenos idóneos se puede bolear en círculo, tirar a un aro, patear y hacer pases con el balón de fútbol, pases de manos con la pelota de baloncesto o balonmano, estos pases pueden hacerse sentados, de pie, en movimientos.

Otras actividades de carácter físico - recreativo que se pueden realizar por cuenta propia, las cuales favorecen mucho el proceso de rehabilitación de los pacientes son: el baile, la playa, el campismo, montar bicicleta, pescar, cazar, caminatas a campo abierto y todas aquellas actividades que por sus requerimientos contribuyan al consumo energético.

- Ejercicios de relajación muscular.

Son utilizados en la parte final de la clase con el objetivo de lograr una total recuperación de los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria) y de la musculatura que intervino en la actividad. Generalmente son combinados con los ejercicios respiratorios, desde la posición decúbito supino o sentado.

- Ejercicios respiratorios.

Juegan un importante papel dentro de los programas de ejercicios físicos para pacientes obesos, ya que contribuyen a una mejor oxigenación por parte del paciente, ayudando a la asimilación de las cargas de trabajo y a una más rápida recuperación.

El paciente obeso, al igual que el resto de los pacientes de otras enfermedades, debe ser monitoreado durante la realización de los ejercicios, mediante el control de los signos vitales que nos van a servir para medir la intensidad de la carga aplicada.

Los controles de los ejercicios físicos para los pacientes obesos, deben realizarse antes, durante y al finalizar cada sesión de entrenamiento, los signos vitales que más se deben controlar por su importancia son la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

Haciendo un análisis del Programa se recomendó para este trabajo que estos controles deben realizarse de la siguiente forma:

- Toma de frecuencia cardíaca y presión arterial, antes de comenzar la sesión de ejercicios.

- Toma de frecuencia cardiaca al finalizar la parte principal de la clase
- Toma de frecuencia cardiaca al concluir la parte final de la clase.

Acciones recreativas.

Estas acciones recreativas surgen a partir del protagonismo de los participantes, o sea, se escogían de los mismos integrantes un responsable para cada actividad y ellos determinaban en un grupo de acciones factibles cuáles querían hacer, se realizaban principalmente los fines de semana.

No	Actividad	Objetivos	Contenido
1	Excursión al campo de tiro en la Loma de La Vigía.	Vincular las actividades recreativas con las actividades de la defensa que se desarrollan en el municipio.	Caminata
2	Celebración de cumpleaños colectivos	Conducir al colectivismo y la amistad. Propiciar la diversión	Juegos recreativos participativos. Juegos de mesa. Actividades bailables.
3	Por un ambiente sano (Campamento recreativo (4 de abril))	Lograr el contacto con la naturaleza.	Participar e intervenir en el medio ambiente. Establecer conversatorio y compartir en grupo.
4	Recréate y disfruta.	Conocer centros turísticos del municipio	Conocer el campismo de la autopista. Conocer la piscina de Tahón.
5	Visita al museo municipal.	Fomentar sentimientos de amor y respeto por los mártires, glorias del deporte y hechos que se muestran. Propiciar un intercambio con las historiadoras.	Intercambio con las historiadoras acerca de la trayectoria y acontecimientos que muestran en sus exposiciones. Contar vivencias de la práctica de actividades físicas y recreativas.

6	Compartiendo con otros grupos de obesos	Promocionar la práctica de actividades físicas.	Presentar los ejercicios físicos montados con anterioridad.
7	Participación en el evento cultural de la comunidad.	Insertar al grupo en la dinamización del proyecto comunitario.	Mostrar a los habitantes de la comunidad lo aprendido.
8	Compartiendo con todos	Confraternizar todos los participantes como una familia, profundizando los lazos de amistad, unión, solidaridad en la comunidad.	Actividad recreativa bailable.

Actividad # 1 y 3.

Actividades de Excursión.

Se realizarán con el objetivo de lograr que los participantes ejecuten la caminata hasta el lugar señalado (campo de tiro y campamento recreativo) preparándolos de cierta forma físicamente y mantengan el contacto directo con la naturaleza y el medio ambiente, contribuyendo a su protección y cuidado. Estas actividades propiciaron la salida de la rutina diaria, la posibilidad de compartir, la participación de los demás miembros de la familia, nuevos estado de ánimo como la alegría, la disposición positiva hacia nuevas tareas, favorece la unidad entre las familias.

Responsable: Dos obesos previamente seleccionados.

Lugares a visitar.

- Campo de tiro de la Loma de La Vigía.
- Campamento Recreativo 4 de abril.

Actividad # 2.

Celebración de cumpleaños colectivos.

Se realizaron con el objetivo de fomentar el colectivismo y la amistad entre ellos, los cuales llevaron incluidos juegos recreativos participativos, actividades bailables, juegos de mesas escogidos por los propios participantes. Los juegos son un tipo de actividad especial espontánea u organizada que tienen gran importancia pedagógica, psicológica, socio-cultural y recreativa, ya que a través de los mismos se pueden desarrollar cualidades físicas; adquirir conocimientos, solidaridad, entre otros, a través del contacto social, al mismo tiempo produce placer. Son muchas las razones por las que el hombre se siente atraído por el juego y multitud de factores que en él se desatan. Sin embargo, la sensación de placer, de sentirse bien, de ser feliz, es un elemento que siempre está presente y se va acrecentando ante la situación de alcanzar el éxito.

Los juegos pueden utilizarse en cualquier edad, adaptando las reglas, terrenos de juego y materiales a las características de los participantes.

Responsables: Dos obesos previamente seleccionados.

Juegos que se realizaron.

- Juego de dominó
- Adivina el color de mi ropa.
- El juego de la botella.
- Adivinanzas

Actividad # 4.

Recréate y Disfruta.

Tienen como objetivo formar grupos de una manera divertida, desarrollar el esparcimiento, desarrollar el colectivismo.

Las actividades relacionadas con las excursiones Recréate y Disfruta necesitan de la coordinación de un transporte y la estancia en el lugar. Estas actividades propician la diversión sana, libre de bebidas alcohólicas, el protagonismo en el

aseguramiento de los medios y recursos para la actividad, la participación en familia, la unión y el colectivismo.

Lugares que se visitaron son:

- Piscina de Tahón
- Campismo de la autopista."Transporte MINAZ"

Actividad # 5

Visita al museo municipal.

Esta actividad tiene como objetivo conocer la historia de tu poblado": además propiciar un intercambio de los obesos con las historiadoras del museo y lograr un mayor conocimiento de la historia local. Esta visita a dicho centro establece un diálogo favorable consciente e instruido con las responsables del museo, se fortalece la preparación política e ideológica, se crea el marco propicio para contar sus vivencias en la práctica de actividades físicas y recreativas, invita a la caminata desde la comunidad hasta el museo. la participación consciente y voluntaria del grupo. Además brinda la posibilidad de rendir homenaje a los mártires que cayeron en la defensa de la patria, genera iniciativas con carácter patriótico, permite familiaridad con la historia del municipio

Responsables: Dos obesos previamente seleccionados.

Lugar Visitado: Museo Municipal:

Actividad #6

Compartiendo con otros grupos de obesos.

Esta actividad tuvo como objetivo enfrentar al grupo que está siendo investigado, con un grupo de obesos pertenecientes a otra comunidad que no forman parte de ningún programa de la Cultura Física, propiciando un ambiente de camaradería, unidad, colectivismo en el grupo, tratando de incentivar en aquellos que no practican ejercicios físicos a que lo hagan y al conocimiento de cómo deben alimentarse, proporcionándoles de esta forma medios para mejorar su salud.

Los participantes integrantes del grupo en estudio expusieron sus experiencias positivas adquiridas en el transcurso de la investigación, los resultados que han logrado desde el punto de vista físico y psíquico, los beneficios que han alcanzado para su salud, los conocimientos que les han proporcionado acerca de la obesidad, de la alimentación adecuada que deben consumir, cómo cocinar su propia comida, cómo hacer los ejercicios físicos que ellos pueden realizar, con qué frecuencia y con la intensidad que deben hacerse.

Responsables: Dos obesos previamente seleccionados.

Esta actividad tuvo resultados inesperados debido a que los obesos que no pertenecían al grupo de la investigación se acercaron a la autora del trabajo y sus colaboradores para solicitar que con ellos se realizara un trabajo similar a este, lo que demuestra sin dudas que la labor había sido fructífera para los obesos y que en realidad es insuficiente el programa que se lleva a cabo con ellos hasta el momento.

Actividad # 7

Participación en el evento cultural de la comunidad.

Esta actividad tuvo como objetivo insertar en la dinamización del proyecto comunitario las actividades de la Cultura Física.

Se presentó al grupo de obesos a la comunidad "Consejo Popular "Pujol-Los Chinos" y a partir de ese momento comenzó el intercambio de actividades de participación mediante sesión de debate sobre los logros y beneficios recibidos en la práctica de dicho estudio con el cual ellos han logrado el protagonismo en las actividades de la comunidad, demostrando en todas las tareas a realizar disciplina y organización, son los máximos responsables de presentar los logros alcanzados en otras comunidades como en la suya propia demostrando las alegrías y vivencias adquiridas con la práctica de la investigación.

Responsable: Dos obesos previamente seleccionados y la autora de la investigación.

Actividad # 8

Compartiendo con todos

Se realizó con el objetivo de confraternizar a todos los miembros como una familia, profundizando los lazos de amistad, unión, solidaridad en la comunidad.

Se organizó la actividad recreativa bailable, distribuyendo las responsabilidades para el aseguramiento de la misma. Se organizaron actividades como mesa buffet, secciones participativas, se realizaron invitaciones para el grupo comunitario, funcionarios del INDER, para los familiares de los obesos logrando de esta forma la participación en familia general, el colectivismo, estrechar los lazos de amistad, la cooperación de todos los miembros, durante todo el tiempo reinó la alegría, y el entusiasmo, ganando un día más al envejecimiento.

Responsables: Todo el grupo.

2.2.3 Evaluación de la puesta en práctica de las acciones para favorecer un estilo de vida saludable en los obesos del Centro de Salud Mental del municipio de placetas.

Los resultados finales obtenidos con relación al nuevo estilo de vida saludable se acopiaron al cabo de los nueve meses, tiempo en que se realizó el control final o post- test aplicando la observación ,entrevista, el cuestionario y la medición del índice de masa corporal a los pacientes que integraron dicha investigación y que a continuación se explicará:

Criterios de especialistas.

Antes de proceder a la aplicación de las acciones se aplicó el método de investigación que permite someter a criterios de especialistas la propuesta que se realiza. Este trabajo se caracterizó por un minucioso procesamiento para la selección de los mismos.

Los resultados obtenidos a través de la encuesta aplicada a los especialistas

consultados fueron los siguientes:

- ✓ En relación con las acciones propuestas, todos los especialistas, o sea el 100%, opinó que eran adecuadas y suficientes.
- ✓ Los especialistas opinaron que las acciones propiciaban la motivación de los pacientes obesos a incorporarse en el trabajo investigativo.
- ✓ Expresaron estar de acuerdo en que las acciones desarrollan el espíritu de sacrificio para dar cumplimiento a las distintas tareas a enfrentar.
- ✓ Consideraron la participación adecuada de todos los factores necesarios para la puesta en práctica del conjunto de acciones.
- ✓ Los especialistas tomaron en consideración que los conocimientos aportados a los obesos son capaces para mantener un estilo de vida adecuado en el transcurso de su vida.
- ✓ Plantean que las acciones están asequible para ser aplicado en cualquier otro lugar y su necesidad de puesta en práctica.
- ✓ Plantean que las acciones tienen verdadera utilidad y necesidad para resolver los problemas existentes con la obesidad en nuestro municipio y constituye una nueva vía de solución para ellos.
- ✓ Se considera que las acciones influyen positivamente en el estilo de vida sedentario de los obesos.
- ✓ Las acciones se consideran valiosas innovadoras y muy creativas.
- ✓ Se considera que las acciones están bien concebidas.

Entre las sugerencias ofrecidas se destaca.

- ✓ Aplicar las acciones a todos los obesos del Centro de Salud Mental del municipio de Placetas dada la necesidad que tiene todos de asumir una actitud encaminada a mejorar su obesidad.
- ✓ Los especialistas recomiendan generalizar las acciones a otras áreas donde exista un grupo de obesos atendidos por salud pública.
- ✓ Recomiendan realizar todas las acciones en trabajo grupal, ya que, propicia una mayor comunicación y la ayuda mutua.

Resultados de encuesta aplicada a los especialistas

Preguntas	Si	En parte	No
1	13		
2	13		
3	13		
4	13		
5	13		
6	13		
7	13		
8	13		
9	13		
10	13		
11			

Según los especialistas las acciones reúnen los aspectos fundamentales para favorecer un estilo de vida saludable en los obesos, mejorando en ellos desde este punto de vista su calidad de vida.

Incidencias de las sesiones

Sesión No 1

El objetivo fundamental de esta sesión fue la conformación del grupo y la presentación del coordinador y los participantes y la aplicación del cuestionario.

Desde la presentación iniciada por el coordinador, todos los participantes entablaron una postura respetuosa y formal comunicando sus nombres, su profesión y centro de trabajo, además manifestaron sus preocupaciones con respecto a la enfermedad por el desconocimiento que tenían de la misma lo cual los motivó a participar en dicho trabajo, de modo que quedaron, de cierta forma, identificadas las expectativas de los participantes. En este sentido las motivaciones fundamentales fueron: conocer cosas nuevas sobre la enfermedad, las diferentes causas de aparición y su tratamiento.

Con la intención de funcionar como un grupo hasta el final de la experiencia que serán 10 encuentros, se definieron como normas aceptadas por consenso grupal:

- Sesionarían una vez por semana en el mismo local.

- El horario 2:30 p.m.
- Pueden asistir todos los miembros de sus familias si lo desean.
- Nunca irse con dudas de lo tratado en el encuentro.
- Se respetarán los criterios personales.
- Ser puntuales para comenzar y terminar.
- Asistir siempre, y comunicar en caso de dificultades.

En la exploración de las expectativas de los participantes, estas estuvieron inducidas por los contenidos tratados en el cuestionario de conocimiento. La coordinadora explicó los objetivos de las acciones, así como sus características más generales.

En la técnica de cierre los participantes evaluaron como positiva la sesión al catalogarla: interesante, buena, diferente, rápida, provechosa.

Se concluye que la sesión cumplió los objetivos propuestos pues se logró conformar el grupo y un favorable clima socio psicológico.

Sesión 2

Puntualmente asistieron todos los participantes. Se mostraron más participativos que en la sesión anterior y se comprobó la asimilación y comprensión de los contenidos.

En la Técnica de la Balanza el coordinador pintó en el pizarrón una balanza y les explicó a los participantes que en uno de sus brazos se ubicarían los aspectos positivos de la obesidad y en el otro los negativos y entonces se decidiría hacia qué lado se inclina.

Los participantes lograron reconocer cuáles son los aspectos negativos de la enfermedad, resultando ilustrativos los siguientes argumentos: “causa muchos problemas a la salud”, “afecta la calidad de vida”, “provoca problemas del

corazón”, “la imagen de la persona es horrible”, entre otros. Sin embargo los argumentos con relación a los aspectos positivos fueron muy pocos, sólo relacionados con el placer de comer. Al finalizar todos los participantes coincidieron en que el brazo de la balanza se inclina hacia los aspectos negativos de la obesidad reconociendo la necesidad de cambiar.

En la técnica de cierre los participantes se despidieron expresando las tristezas y alegrías que les provocó el tema. Manifestaron ideas tristes como “No puedo casi caminar” “Me fatigo mucho” “No me puedo abrochar los zapatos”, entre otras. Desde el punto de vista de lo alegre todos coincidieron en ser participantes activos de este trabajo.

Como conclusión de la sesión esta cumplió los objetivos trazados. En ella se enfrentó, tal vez por vez primera, a estos sujetos con su rol ante la enfermedad.

Sesión 3

Esta sesión tenía como objetivos promover el autorreconocimiento en los participantes. A través de la técnica “Mi escudo personal” los participantes lograron considerar sus habilidades y debilidades. Expresiones que demuestran que reconocieron en qué debían mejorar son: “debo dejar de comer tanto”, “quiero mejorar mi imagen corporal”, “necesito bajar de peso para mejorar mi salud”, entre otras. También fueron capaces de identificar sus logros señalando: “soy una buena madre” o “he tenido éxitos en mi trabajo”.

Durante la realización de la técnica los participantes mostraron creatividad y en la discusión en plenario expresaron que se sintieron muy bien al contar a otros sus habilidades y debilidades, que aprendieron mucho de sí mismos pues algunos no se conocían bien.

La técnica de cierre permitió concluir la actividad refiriendo como aspectos positivos de la sesión que permitió conocerse mejor, intentar reconocer sus defectos y virtudes. Como negativo hicieron referencia a lo difícil que resultó expresar las debilidades de cada uno y como interesante refirieron que aprendieron más de sí mismos.

Sesión 4

Esta sesión tenía como objetivo profundizar en los conocimientos sobre obesidad a través de la técnica “Comentario de texto” donde se discutió en plenario “La obesidad causa importante de morbilidad” donde los participantes mostraron un gran interés durante toda la sesión expresando en algunas ocasiones desconocimiento de aspectos importantes sobre lo negativo de la enfermedad y manifestando solamente el rechazo de las personas con relación a su imagen además de lo incómodo que les resultaba desarrollar algunas actividades cotidianas. El coordinador se refirió fundamentalmente a las enfermedades que están muy relacionadas con la obesidad y que pueden ser causa de muerte.

En la técnica de cierre las expresiones de participantes estuvieron compartidas entre lo importante de lo aprendido y la densidad de la sesión además se percataron de que la obesidad no afecta solamente la imagen y que producto de la misma pueden aparecer un sinnúmero de enfermedades. Esta técnica concluye con algunas expresiones como “Menos mal que alguien se ocupa de nosotros” “Me siento muy contenta de estar aquí”, “Estoy feliz”, “Quisiera estar menos gorda ya”, entre otras.

Sesión 5

Esta técnica tenía como objetivos evaluar causas y soluciones del problema de la obesidad utilizando la técnica “El sonajero” donde los participantes divididos en diferentes grupos plantearon de acuerdo a sus conocimientos posibles causas por la que puede aparecer la obesidad como: “hereditaria”, “por comer demasiado”, “por alguna enfermedad”, “por llevar una vida sedentaria”, “y sus posibles soluciones como “realizar ejercicios”, “hacer dieta”, “comer poco”, “conocer bien la enfermedad”, entre otras

En la técnica de cierre los participantes expresaron que la sesión les había ayudado mucho para su vida ya que se autocriticaron y valoraron hasta qué punto su enfermedad la provocó el descuido hacia sus personas, el desinterés y la poca importancia que le dieron al ir aumentando de peso excesivamente sin

preocuparse de las consecuencias que esto les podría traer, además del desconocimiento que tenían de la obesidad como enfermedad.

Sesión 6

Esta técnica tenía como objetivo: Abordar aspectos importantes del estilo de vida de los obesos en tesis. (Estrés, ejercicios físicos, nutrición, actividades recreativas.)

Procedimiento: - Comentario de texto: “El estilo de vida y su influencia en la salud”. Asistieron todos los pacientes, en la relatoría se comprobó la asimilación de los aspectos esenciales tratados. En la técnica aplicada los participantes se manifestaron muy motivados y rápidos en las anotaciones. Favoreció además la interrelación del grupo. Algunos ejemplificaron lo frecuente que este problema afecta en los tiempos actuales y lo difícil que resulta evitarlo, donde se vive lleno de preocupaciones, y cualquier gestión que se realiza generalmente va cargada de incertidumbre “o casi nada se puede tener controlado”. Estas opiniones fueron aceptadas por la generalidad de los participantes.

Durante la técnica aplicada se mantuvo un elevado nivel de participación y motivación sobre todo por aprender cómo se realizarían las actividades recreativas, los ejercicios físicos, y la forma de consumir la alimentación requerida. La motivación aumentó a medida que se fueron ofreciendo explicaciones, pues socializaron sus grandes desconocimientos respecto a los diferentes temas que se abordaron. Se explicó con respecto a la actividad física su relación con las variaciones nutricionales, contenido fácilmente asimilado por los participantes.

Técnica de Cierre: Esta fluyó muy rápido, con expresiones positivas como: “bien”, “relajado”, “interesada”, “a gusto”, y otras más espontáneas como: “hambriento” esta última expresión demuestra las particularidades tan difíciles de esta enfermedad.

Sesión 7

Esta técnica tenía como objetivos promover estilos de vida adecuados a través de la discusión en grupos, este análisis se hizo por el coordinador teniendo en cuenta las modificaciones que se pretendían insertar en este grupo, para comenzar se manifestaron criterios muy semejantes entre los pacientes los cuales llevaban estilos de vida muy sedentarios; la mayoría no tenían vínculo laboral y se pasaban el día comiendo sin limitaciones y sin orientaciones adecuadas de los alimentos dañinos o saludables para la salud , nunca habían realizado ejercicios físicos, y por diferentes razones no participaban en las actividades de índole social que se desarrollaban en su demarcación. A medida que se va avanzando en la discusión del tema se van precisando las acciones que no están presentes en el estilo de vida que se llevaba antes de este trabajo y al final del análisis se declara oficialmente la modificación de estilo de vida que se llevará a cabo, donde se realizará de por vida la práctica sistemática de los ejercicios físicos, la adecuación de una alimentación saludable donde cada uno deberá conocer las propiedades de los alimentos y las porciones que deberán ingerir diariamente, así como la participación en actividades recreativas y sociales organizadas por ellos mismos.

En la técnica de cierre se evaluó la sesión donde cada participante expresó en una palabra como se sintió y se oyeron ideas como: “excelente”, “magnífica”, “fuerte”, “gorda”, “fea”, entre otras. Además manifestaron lo bien que se sentían en la realización de este trabajo y el miedo por si se dejaba de hacer.

Sesión 8

Esta sesión tenía como objetivo desarrollar la valoración crítica con relación a la obesidad a través de la técnica “ADI” .El coordinador seleccionó uno de los tabloides que se elaboró por un colectivo de especialistas el cual trataba acerca de “La obesidad una epidemia mundial” y hacía referencia a que, la obesidad es más que una imagen, la obesidad en diferentes etapas de la vida, qué ejercicios realizar y el tratamiento quirúrgico de la obesidad. La discusión en plenario se debate fundamentalmente sobre lo peligroso de la obesidad, se comentaba por parte de los participantes y estuvieron de acuerdo en que la práctica de los

ejercicios físicos constituye una de las vías más eficaces y sanas para el tratamiento de la obesidad. Manifestaron desacuerdo con la cirugía como medio para eliminar la obesidad, y como interrogantes las disímiles formas de realizar los ejercicios físicos y cuáles utilizaríamos en esta investigación.

La técnica de cierre permitió evaluar la sesión y conocer los criterios de cada participante y de esta forma aclarar algunas dudas que tenían con relación a la práctica de los ejercicios físicos que se iban a realizar y la forma en que se iba a comenzar esta actividad

Sesión 9

Esta sesión tenía como objetivos: Asumir posiciones con relación al estilo de vida saludable, a través de la técnica: “Preparados para cambiar”, el coordinador analizaría el texto que trata sobre estilos de vida adecuados donde no recoge la práctica de los ejercicios físicos y el consumo de una alimentación saludable, además no hace referencia a lo perjudicial que resulta para la salud el consumo de bebidas alcohólicas y el hábito de fumar. Los participantes argumentaron las razones por las cuales no deben faltar estos aspectos en los estilos de vida adecuados y se refirieron al bienestar que han proporcionado los ejercicios físicos en ellos fundamentalmente para la disminución del estrés que padecían y poco a poco para la disminución de la grasa corporal, comentaron lo útil que ha sido para ellos conocer las propiedades de los alimentos y la cantidad que deben consumir diariamente para mantener la alimentación adecuada, y de esta forma adquirir la cultura alimentaría que todos desconocían.

Técnica de Cierre: La técnica de cierre permitió evaluar la sesión y conocer los criterios de cada participante en la utilización de las frases incompletas se expresaron sentimientos o ideas tales como: “Hoy me siento satisfecha”, “este tema me apasiona”, “mis metas son hoy alcanzables”, “me gustaría ser flaca”, “aprendí cosas que no sabía”, “una pregunta que todavía tengo es cuándo seré una barbie”

Sesión 10

Esta sesión tenía como objetivos: Integrar los temas abordados a través de la técnica “El parlamento”. Se analizaron las vivencias más ricas experimentadas en todas las sesiones donde coincidieron opiniones en su gran mayoría con el conocimiento integral adquirido en todos los temas analizados, fundamentalmente sobre la buena preparación con relación al contenido que se impartió sobre alimentación, sobre la obesidad de forma general y sobre los ejercicios físicos. Expresaron los grandes cambios que se habían producido en sus vidas desde el punto de vista del pensamiento como de la actuación, además consideraron con este accionar de actividades que habían elevado su autoestima, se engrandeció en ellos el valor de la responsabilidad, del sacrificio y manifestaron su gran satisfacción por el trabajo realizado; de forma general plantearon la gran repercusión que este programa les había traído para su vida personal.

Técnica de Cierre: La técnica de cierre permitió evaluar la sesión y conocer los criterios de cada participante los cuales expresaron su gran satisfacción por ser parte de esta investigación.

De forma general se puede referir y quedó demostrado después de aplicadas las sesiones grupales el avance que alcanzaron en cuanto al conocimiento sobre la enfermedad que padecen, ya que al inicio de la investigación una pequeña parte del grupo tenía muy poca noción sobre la obesidad como enfermedad, sobre la etiología de la misma que no es más que las causas por las que puede aparecer, y los diferentes tipos de obesidad que existen y su debido tratamiento una vez que la padece, además creció de forma muy positiva el interés por continuar descubriendo todo lo relacionado con la obesidad en nuestros días, ya sea por los programas de televisión que oferta la programación cubana o por diferentes vías según las posibilidades de cada uno.

Resultado final de la encuesta

Los resultados de la encuesta después de aplicado el conjunto de acciones con relación al nivel de conocimientos sobre obesidad realizado a los pacientes (Anexo 12) arrojaron el nivel bajo de respuestas desacertadas solamente en tres de ellos, lo que significa el 7,5% de la muestra, por lo que se comprueba la efectividad de las acciones y se obtuvo para el nivel muy alto y alto respectivamente 29 participantes para un 72.5 %. Para evaluar de forma integral este nivel de conocimiento se midieron diferentes aspectos como: La obesidad como enfermedad, epidemiología de la obesidad, impacto de la obesidad sobre la salud, causas de la obesidad y tratamientos de la misma.

No se observaron dificultades después de la aplicación de las acciones en cuanto al conocimiento de la obesidad como enfermedad (Anexo 13) donde las respuestas acertadas se distribuyeron en el total de los participantes acarreado el ciento por ciento de la muestra, en este caso los pacientes no relacionaron la obesidad solamente como un problema sencillamente de imagen, ya interiorizaban los graves problemas que podía ocasionar a la salud, su relación con diferentes enfermedades que podrían ocasionar la muerte, se instruyeron acerca de todas las consecuencias con relación a este tema.

En cuanto al conocimiento de la epidemiología de la obesidad y su clasificación (Anexo 14) donde se constata la distribución y la iniciación de la misma con relación al sexo y edad, así como su clasificación, el nivel muy alto y alto respectivamente de conocimiento lo adquirieron 34 de los participantes para un 85% de la muestra, en este caso explicaron básicamente la clasificación de la enfermedad y sus características y el nivel bajo de noción alcanzado se detectó en un participante de esta investigación para un 2,5% de la muestra en estudio.

Los resultados obtenidos en cuanto al conocimiento del impacto de la obesidad sobre la salud (Anexo 16) , fueron evaluados de nivel muy alto y alto respectivamente, ya que en cuanto al impacto de la obesidad sobre la salud las respuestas correctas se ajustaron en 29 de ellos para un 72,5%, los cuales relacionaban la obesidad con las diferentes enfermedades que cada uno de ellos padecían fundamentalmente la hipertensión arterial, de esta forma se apreció el avance que los mismos habían adquirido en el transcurso de este trabajo, de llegar a conocerse y de esta forma aprender a cuidarse por sí mismos . El nivel bajo en este indicador lo alcanzó solamente un paciente lo que significa el 2,5%, ya que este todavía refería “que estar gordo no mataba a nadie” y que él realizaba los ejercicios para poder comer más”.

Los resultados obtenidos con relación a la etiología de la obesidad (Anexo 15) que no es más que las causa por la que puede surgir la misma alcanzaron un nivel muy alto y alto respectivamente de respuestas aceptadas donde 33 de los participantes contestaron correctamente para un 82,5% se refirieron en su mayoría a los factores de riesgo que determinan la obesidad que pueden ser una compleja combinación de factores genéticos, socioeconómicos, metabólicos y de estilo de vida entre otros. Algunos mencionaron los trastornos endocrinos, enfermedades y medicamentos que también pueden ejercer una influencia considerable en el peso de una persona. El nivel bajo con relación a las respuestas limitadas y poco esclarecedoras fue en 2 participantes para un 5%, ya que solamente hacen alusión al problema de la herencia.

En los resultados obtenidos relacionados con el tratamiento de la obesidad (Anexo 17) después de aplicado el conjunto de acciones se observa una elevada preparación con respecto a este punto ya que dentro del nivel muy alto y alto respectivamente se encuentran 29 pacientes para un 72,5% los cuales se refirieron a las claves del tratamiento mencionando los aspectos más importantes como la educación para la salud, el aspecto psicológico, la alimentación adecuada, y los ejercicios físicos tema en el cual se extendieron y además

propusieron desde su protagonismo realizar actividades recreativas fundamentalmente los fines de semana.

Resultados finales de la entrevista estructurada

La entrevista estructurada realizada a todos los pacientes que constituían la muestra en estudio (Anexo 18) para constatar el estilo de vida después de aplicadas las acciones arrojó que 35 de los participantes disfrutaban un estilo de vida adecuado para un 87,5% y solamente cinco de ellos para un 12,5% de la muestra se mantenían, con un estilo de vida inadecuado. Los aspectos negativos más ilustrativos que se mantuvieron en estos últimos pacientes fueron: la poca participación en actividades sociales, la práctica de hábitos tóxicos y pocas relaciones interpersonales, solamente disfrutaban en los momentos que el grupo estaba reunido ya fuera en la aplicación de las técnicas participativas o en la realización de los ejercicios físicos, conservaron poca participación en las actividades recreativas que se organizaban.

Resultado final de la medición.

En cuanto al resultado obtenido en las pruebas que se realizaron por medio del método de la medición la talla y el peso el cual se evaluó mensualmente, se pudo comprobar la disminución del IMC a través de la pérdida del peso.

Al comienzo de la investigación en las pruebas de medición que se realizaron se comprobó que el peso inicial de los pacientes como promedio general en libras fue de 195 y en Kg. fue de 89,1425.

- En septiembre, mes inicial de la puesta en práctica del conjunto de acciones el promedio general del grupo en peso estimado en libras fue de 193 y el promedio general del peso en kg fue de 88,69 por lo que la pérdida del peso desde el inicio de las pruebas hasta el primer mes donde se volvió a realizar la medición fue de 0,4525 kg.

- En el mes de octubre el promedio general del peso en libras fue de 189 y el peso en Kg. fue de 86,88 por lo que la pérdida del peso de septiembre a octubre fue de 1,81 kg.
- En el mes de noviembre el promedio general del peso en libra fue de 185 y el peso en Kg. fue de 84, 79 por lo que la pérdida del peso de octubre a noviembre fue de 2,09 kg.
- En el mes de diciembre el promedio general del peso en libras fue de 181 y el peso en Kg. fue de 83,49 por lo que se pudo comprobar que la pérdida del peso en Kg. de noviembre a diciembre fue de 1,30.
- En el mes de enero el promedio general del peso en libras fue de 176 y el peso en Kg. fue de 81,43 por lo que la pérdida de peso de diciembre a enero fue de 2,06 kg.
- En el mes de febrero el promedio general del peso en libras fue de 172 y el peso en Kg. fue de 79,47 por lo que la pérdida de peso en Kg. del mes enero a febrero fue de 1,96.
- En el mes de marzo el promedio general del peso en libras fue de 169 y el peso en Kg. fue de 77,84 por lo que la pérdida de peso de febrero a marzo fue de 1,63.
- En el mes de abril el promedio general del peso en libras fue de 165 y el peso en Kg. fue de 76,18 por lo que la pérdida de peso de marzo para abril dado en Kg. fue de 1,66.
- En el mes de mayo el promedio general del peso en libras fue de 161 y el peso en Kg. fue de 74,84 por lo que la pérdida de peso de abril a mayo dado en Kg. fue de 1,34.

Se comprobó a través de las diferentes mediciones del peso que se desarrollaron durante toda la investigación que la media general de pérdida de peso del grupo en los nueve meses fue de 1, 58 kg. El promedio general del grupo en la pérdida del peso corporal fue de 32 libras y 13.85 Kg. La mayor cifra de peso perdida por paciente fue de 46 libras, equivalente a 19,9 Kg. y la menor fue de 18 libras similar a 8,6 kg.

Resultados de las observaciones

En la observación que se realizó en el mes de septiembre se demostró que la disposición y participación por parte de los obesos en las actividades se comportó de forma regular debido a que en el 65%, sus comportamientos referían timidez y poca participación en las órdenes orientadas, sentían vergüenza a la hora de expresar algo o realizar algún movimiento. Se catalogó de mala la ayuda y cooperación a los obesos menos activos por parte del grupo, el 84.9 % de ellos se observaban relativamente pasivos, muy poco dinámicos en los trabajos enfocados desde el punto de vista grupal, en tríos, o en parejas por lo que no se cumplía cabalmente con los objetivos propuestos para este tipo de tarea. Las actividades que se ofertaron mantuvieron un grado de aceptación regular tenían temor de enfrentarse a algo que no pudieran alcanzar pero que si querían intentar .Las manifestaciones y opiniones durante la realización de las diferentes actividades eran desalentadoras, desagradables, de vencimiento, de claudicar donde el 75% se expresaba generalmente de esta forma., por lo que fueron evaluadas de mal. En cuanto a las iniciativas y creatividad por parte de los obesos en las diferentes actividades se mantuvo de forma regular ya que el 56% de ellos se comportaba de forma indiferente solamente recibiendo las orientaciones del coordinador del grupo y muy pocos creativos a la hora de dar una posible solución planteada .El nivel de interrelación grupal y el estado de ánimo se comportaron de forma muy negativa ya que el 67% manifestaban la desconfianza que asumían sobre ellos mismos de no poder conseguir lo que más deseaban en esos momentos y solamente se referían al cambio de imagen.

En la segunda observación realizada en el mes de noviembre se apreció el cambio en algunos indicadores como en la ayuda y cooperación a los obesos menos activos por parte del grupo donde el 44.3 % mantenía una disposición positiva hacia ellos, calificando este en un rango de regular. De igual manera se incorporan los aspectos sobre nivel de interrelación grupal y estado de ánimo los

cuáles fueron evaluados de regular ya que en el 52% de los obesos se observaban algunas iniciativas con relación a las actividades orientadas y su manifestación a nivel grupal.

En la tercera observación realizada en el mes de febrero se valoró la mejoría en los indicadores sobre disposición y participación en las actividades donde el 89% participaba de forma activa y desarrollando un grado elevado de pertenencia con relación a las actividades. En cuanto a las opiniones y manifestaciones de las actividades se valoró de bien donde la mayoría de las expresiones eran de esperanza, de bienestar físico y psicológico, de expectativas, de posibilidades.

En la cuarta observación que se realizó en el mes de abril de los ocho indicadores medidos, siete se encontraban evaluados de bien. Esto refleja el nivel de aceptación por parte del grupo objeto de estudio de las actividades aplicadas y desarrolladas con ellos ya que no es solo la pérdida de peso, sino la integración a un grupo con las características propias de este concepto, porque no se debe olvidar que el hombre es un ser social.

El nivel de autoestima, la alegría, la activa participación, el estado de ánimo y otros indicadores que reflejaron un cambio importante en el accionar de estos pacientes verifican los beneficios que se derivan de estas acciones.

En la quinta observación realizada en el último mes de la investigación, los resultados fueron muy satisfactorios se logró un ambiente positivo con relación a las actividades que se planteaban mediante un clima de acogida y aceptación donde cada miembro del grupo expresaba sus criterios y sentimientos sin ningún temor, se logró un alto nivel de intercomunicación, clara comprensión de los objetivos, una integración positiva de los valores, necesidades y metas individuales con las del grupo, los participantes manifestaban seguridad por lo que sus estados de ánimo se reflejaban de forma óptima, ellos mismos aportaban ideas nuevas para incrementar sus actividades, improvisaron cumpleaños colectivos, visitas a lugares recreativos, visitas personales, intercambios de

experiencias y satisfacciones con otros obesos que no asistían a las áreas terapéuticas para mejorar su obesidad. Exteriorizaban alegría, confianza, familiaridad, cordialidad, espontaneidad, franqueza, naturalidad.

Análisis Estadísticos

En el (anexo 12) se muestra la evolución respecto al nivel de conocimiento sobre la enfermedad siendo evidente su modificación pues antes de aplicar las acciones predominó el nivel bajo en un 72.5 % de los pacientes mientras que después prevaleció el nivel alto con un 35% de los obesos y el nivel muy alto con un 37.5% de ellos siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Para verificar si los cambios producidos con relación al IMC son significativos desde el punto de vista estadístico, se aplicó la prueba de Wilcoxon: planteando un nivel de significación $\alpha = 0,05$ y como resultado del SSPS se obtiene el nivel de significación del test $\alpha = 0,02$ y comparando ambos resultados $0,05 > 0,02$ por lo que se plantea que hubo cambios significativos.

Respecto al índice de masa corporal y según las tablas de frecuencias, las medidas de tendencia central y de dispersión se puede inferir que la media aritmética disminuyó de 88,88 Kg. a 74,31 Kg. lo cual es positivo, al igual se puede observar que la desviación típica varió de 8,29 a 5,45 lo cual demuestra que el trabajo incidió sobre la muestra haciéndola más homogénea.

En cuanto a los resultados de la entrevista estructurada (Anexo 18) se pudo constatar, desde el análisis porcentual un cambio positivo donde se observa claramente la mejoría en el estilo de vida de los pacientes, en este se evidenciaron cambios significativos, si se tiene en cuenta que antes de la intervención el 90 % de los pacientes tenían un estilo de vida inadecuado y después predominó el adecuado (87.5%).

CONCLUSIONES

1. La caracterización consumada al inicio de la investigación evidenció el estilo de vida sedentario que identificaba a los pacientes obesos investigados, así como el desconocimiento relacionado con la obesidad y la cultura alimentaría.
2. Las acciones se elaboraron en correspondencia con las particularidades de los pacientes obesos teniendo en cuenta el estilo de vida que se quería favorecer.
3. La validación a través del criterio de los especialistas y su puesta en práctica permitió conocer la importancia de su utilidad y viabilidad.
4. La efectividad de las acciones pudo ser constatada por los resultados que permitieron comprobar donde los pacientes ampliaron sus conocimientos relacionados con la obesidad, con la cultura alimentaría y disminuyeron su IMC, por lo que se evidenció una modificación más saludable en el estilo de vida.

RECOMENDACIONES

1. Continuar profundizando en el tema investigado, incluyendo a los obesos clasificados como obesos severos buscando nuevas opciones.
2. Aplicar las acciones en otros Consejos Populares del municipio donde se encuentren ubicados pacientes obesos atendidos por Salud Pública.
3. Incorporar nuevas acciones investigativas en busca del mayor desarrollo de la Cultura Física en otros escenarios o grupos poblacionales.

BIBLIOGRAFIA

1. Acosta, O. M. de (1985) Manual de diagnóstico y tratamiento en Endocrinología y Metabolismo. La Habana, Editorial Científico-Técnica:253-254
2. Amaro Méndez, S. (1991) Hormonas y actividad física. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
3. Amzallag, W. (2000) De perder peso al control del peso. Experiencia de un programa. Revista Cubana Investigaciones Biomédicas. (Ciudad de la Habana) 1998-114
4. Barbany, M y M. Foz: Obesidad, concepto, Clasificación y diagnóstico, Anales Sis. San Navarra, 25:7-16. 2002.
5. Barria, R. M. y H. Amigo: Archivos Latinoamericanos de nutrición, 56:3-11, 2006
6. Bonet, D. (1998) El peso perfecto. Barcelona, Editorial Océano Ibis.
7. Carrillo, O., V. Figueroa y J. Lama: ¿Obesidad o salud? Usted elige, Editorial Proyecto Comunitario Conservación de Alimentos, La Habana, 2006.
8. Tratado de Medicina Interna V II No 1981. Editorial España. Madrid. Clasificación y valoración de las obesidades. Rev. Cubana Med Gener Intrgr. 1990; 6 (2): 256-283.
9. Collado Mesa A, Rodríguez Amaro M, Portilla del Canal L, Seuc Jo A. Efectividad terapéutica de una consulta grupal para el tratamiento de la obesidad Rev. Cubana Med. 1987; 26 (11): 1278-1283.
10. Delgado Correa, W. y R. Guerrero Pérez. (1999) Un latido tras otro. Santiago de Cuba. Editorial Oriente.
11. Díaz de los Reyes, S. y A. García Álvarez. (1985) La Cultura Física Terapéutica y su influencia en la obesidad. En: Grupo Nacional de Áreas Terapéuticas de la cultura física.
12. Díaz de los Reyes, S (2003) PROGRAMA DE Cultura Física Terapéutica Adaptado a la Disminución ponderal (Tesis de defensa de maestría en Cultura Física Terapéutica) ISCF Manuel Fajardo.

13. Departamento Nacional de Educación Física. INDER. Los ejercicios físicos con fines terapéuticos II La Habana: 145-156
13. Díaz Sánchez, M. E. (1992) Manual de antropometría para el trabajo en nutrición. Ciudad de La Habana Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.
14. Díaz Sánchez, M. E. (1995) Ejercicio: La historia por dentro. Adelgace. (Colombia) 6:64-65
15. Fernández, M. J. E. (1986) Normas de procedimientos, diagnóstico y tratamiento en medicina interna. La Habana, Editorial Pueblo Educación.
16. Figueroa, V. O. Carrillo y J. Lama: Cómo Alimentarnos Mejor, Editorial Proyecto Comunitario Conservación de Alimentos, La Habana. 2005.
17. Figueroa, V. J. Lama: Los alimentos, características y preparación, Editorial Proyecto Comunitario Conservación de Alimentos, La Habana, 2006.
18. Fullerat, R: " Tratamiento Psicológico educativo de la obesidad. Revista Española de Alimentación y Nutrición, 15: 34-46, 2004.
19. Floyd, W. F. y Wellford. (1964) Fatiga y trabajo. La Habana, Editorial Revolución.
20. Friedmund Rittel, H. (1980) Sistema cardiorrespiratorio y deporte. Medellín, Editorial Copiservicio.
21. Ganong, F. William. (1982) Fisiología Médica. México, Editorial El Manual Moderno, S. A. de C U. : 244-250
22. García-Caballero, M. Y M. Morell Ocaña (1999) La obesidad. Su tratamiento y procedimientos quirúrgicos. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.
23. Garrow J. S. y C. D. Summerbell. (1995) Meta-analysis: effect of exercise with and without dieting, on the body composition of over weight subjects. En Eur. J. Clin Nutr. Vol 49, n.1
24. González F, Fernández- Britto JE Evaluación de una dieta de muy bajas calorías en obesos asociados con hipertensión, diabetes o dislipidemias Rev. Cubana Invest Biomed. 2000; 19 (2):106-110.

25. Hernández González, Reinol (2002). Evaluación de un programa de entrenamiento físico en pacientes obesos con infarto del miocardio. Tesis de maestría (Maestría en Cultura Física Terapéutico). La Habana, ISCF "Manuel Fajardo".
26. Hernández González, Reinol, Ponce, E., Salazar, Y., Aguilar, E., Agramonte, S. (2005). Utilización de un test de terreno para evaluar la capacidad funcional en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Revista Digital – Buenos Aires- año 10 No. 81.
27. Hernández González, Reinol., Núñez Hernández, I., Rivas Estany, E., Álvarez Gómez, JA. (2003). Influencia de un programa de rehabilitación integral en pacientes hipertensos - obesos. Revista Digital – Buenos Aires – años 9 No. 59.
28. Hernández González R. "1996.ABC de la Rehabilitación Cardíaca". END, Calí, Colombia.
29. Kufer Horwitz M. Ejercicio y obesidad. Cuaderno de Nutrición, Vol. 13, No 4, 1990. Pág. 5-14.
30. López Buenos, M. (2003). Propuesta de una metodología para determinar la fuerza máxima en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Tesis de Maestría en Cultura Física Terapéutica. La Habana, ISCF "Manuel Fajardo".
31. López de Viñaspre, P., Tous Fajardo, J. (2003). Manual de educación física y deportes. Barcelona. Ed. OCÉANO. 213 – 220.
32. Marks J, Howard A. La dieta Cambridge. Ed. Cambridge export LTD. 1997.
33. Martín González I C Uso y abuso de dietas de adelgazamiento Rev. Cubana de Alimentación y Nutrición. 1997; 11 (2): 123-125.
34. Mazorra R. "Actividad física y Salud". Ed. Científico-Técnico.1988.
35. Núñez de Villavicencio. Ciudad de la Habana, 2001. Psicología y Salud La Obesidad una Epidemia Mundial, Universidad para todos
36. Prentice, A.M.; Jebb, S.A. (1995). Obesity in Britain gluttony or sloth? British Medical Journal 311: 437-39.
37. Peña M, Bacallao J La obesidad y sus tendencias en la región Rev. Panamá Salud Pública. 2001; 10 (2): 75-78.

38. Roca Goderich, R. y otros. (1996) Temas de Medicina Interna Ciudad de La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
39. Rodríguez Alonso, C. A. (1984) Composición corporal, somatotipo y proporcionalidad. Métodos y procedimientos. Ciudad de la Habana, Instituto de Medicina Deportiva.
40. Rodríguez, A. A. (1988) Orientaciones generales para aplicar, en el paciente obeso. Revista Cubana de Medicina General Integral (Ciudad de La Habana) vol4 n.4:44-54
41. Rubalcaba Ordaz, L. y S. Canette Fernández. (1989) Ejercicio vs. Sedentarismo Ciudad de La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
42. Ruiz Aguilera, A. y otros (1981) Gimnasia Básica. Ciudad de La Habana, Editorial. Pueblo y Educación.
43. Sánchez Ramírez, G y Carlos Rodríguez Alonso. (1987) Dimensiones antropométricas y controles de calidad. Ciudad de La Habana, IMD
44. Serra Grima, JR. (1996) Prescripción de ejercicio físico para la salud. Barcelona, Ed. Paidotribo; 68- 70.
45. Schütz, J. H. (1994) Entrenamiento autógeno. Barcelona, Editorial Científico Médica.
46. Obesidad: causa importante de morbilidad Org. Panamericana de la Salud Pública. 2001; 10 (2):79-82.
47. Pérez Aldo. Recreación Fundamentos Teórico Metodológicos. Instituto Superior de Cultura Física. 2003.
48. Peña M, Bacallao J La obesidad en la pobreza un problema emergente en las Américas.
49. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Washington, D C: Organización Panamericana de la Salud, 2000: 3-11 (Publicación Científica no 576).
50. Valeria da Veiga G, Camacho Diaz P, dos Anjos L. A comparison of distribution curves of body mass index from Brazil and the United States for assessing overweight and obesity in Brazilian adolescents Rev Panam Salud Pública. 2001,10

51. Consejos para una Alimentación Saludable de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (sem FYC).
52. Gómez, O. (2006), Tesis doctoral
53. Sosa Loy D Tesis doctoral
54. Martín García, M <http://nutriserver.com/interactivas/gasto-energetico/calculoMB.htm/>.

ANEXOS

ANEXO 1

Pruebas iniciales (Peso, Talla, IMC). Resistencia Aerobia (Caminata)

Participantes	Edad	Sexo	Talla	Peso		I M C	Nivel de Obesidad	Resistencia Aerobia
				Kg.	Lbs			
1	43	M	1.70	104	228	36	Moderado	6 minutos
2	45	M	1.68	98	215	35	Moderado	7 minutos
3	40	F	1.50	79	174	35.5	Moderado	9 minutos
4	36	F	1.52	85	185	37	Moderado	5 minutos
5	40	M	1.60	94	206	37	Moderado	5 minutos
6	35	M	1.70	89	195	31	Ligero	9 minutos
7	41	M	1.75	100	220	33	Ligero	8 minutos
8	38	F	1.52	77	169	33.5	Ligero	6 minutos
9	43	F	1.51	77.5	170	34	Ligero	7 minutos
10	37	M	1.80	105.2	231	32.2	Ligero	7 minutos
11	44	F	1.53	87	191	37	Moderado	5 minutos
12	44	F	1.55	86	189	36	Moderado	6 minutos
13	45	F	1.60	97	213	38	Moderado	4 minutos
14	39	F	1.62	86	189	35.9	Moderado	5 minutos
15	42	F	1.50	80	176	35.7	Moderado	8 minutos.
16	38	F	1.56	90	198	37.2	Moderado	5 minutos
17	43	F	1.59	99	217	39	Moderado	4 minutos
18	42	F	1.56	87	191	36	Moderado	5 minutos
19	39	F	1.50	82	180	36.2	Moderado	7 minutos
20	40	F	1.52	85	187	36.7	Moderado	6 minutos
21	36	F	1.70	90	198	35.5	Moderado	10 minutos
22	41	F	1.68	105	231	36	Moderado	6 minutos
23	39	F	1.59	88	193	35	Moderado	7 minutos
24	45	F	1.55	86	189	36	Moderado	6 minutos

25	43	F	1.50	78	171	35	Moderado	9minutos
26	39	F	1.70	102	224	35.4	Moderado	5minutos
27	42	F	1.62	94	206	35.9	Moderado	6minutos
28	46	F	1.53	82	180	35.3	Moderado	8minutos
29	41	F	1.59	90	198	36	Moderado	8minutos
30	36	F	1.55	88	193	37	Moderado	9minutos
31	42	F	1.50	79	173	35.3	Moderado	8minutos
32	44	F	1.56	87	191	36	Moderado	6minutos
33	47	F	1.60	91	200	35.5	Moderado	4minutos
34	39	F	1.50	83	182	37	Moderado	7minutos
35	38	F	1.55	86	189	36.2	Moderado	7minutos
36	45	F	1.62	81	178	35	Moderado	9minutos
37	36	F	1.70	95	209	36.3	Moderado	4minutos
38	37	F	1.68	106	233	38	Moderado	4minutos
39	43	F	1.55	85	187	35.7	Moderado	8minutos
40	46	F	1.50	82	180	36.5	Moderado	8minutos

ANEXO 2

Control del peso en libras y en Kg. mensualmente.

Participantes	Sep	Oct	Nov	Dic	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo
	Lbs/kg	Lbs/kg	Lbs/kg.	Lbs/kg	Lbs/kg	Lbs/kg	Lbs/kg	Lbs/kg	Lbs/kg
1	225 103	220 101	215 99	210 96.7	200 92.1	190 87.5	188 86.6	184 84.7	180 83.4
2	213 98	208 95.8	200 92.1	195 89.8	190 87.5	184 84.7	180 82.9	178 82	174 81
3	174 80	170 78.3	165 76	160 73.7	156 71.8	151 69.5	151 69.5	150 69.1	148 68
4	184 85.9	180 82.9	175 80.6	170 78.3	165 76	160 73.7	159 73.2	157 72.3	156 71.5
5	204 94	200 92.1	195 89.8	190 87.5	185 85.2	180 82.9	176 81.1	174 80.1	170 79.3
6	192 88.4	187 86.1	183 84.3	178 82	173 79.7	165 76	160 73.7	155 71.4	150 70.4
7	218 100	215 99	210 96.7	205 94.4	200 92.1	190 87.5	184 84.7	179 82.4	174 81.3
8	169 77.8	167 76.9	162 74.6	158 72.8	150 69.1	140 68.5	144 66.3	142 65.4	139 63.2
9	168 77.4	165 76	162 74.6	158 72.8	153 70.5	145 66.8	143 65.8	142 65.4	141 64.3
10	228 105	223 102	218 100	213 98.1	207 95.3	198 91.2	193 88.9	188 86.6	182 85.1
11	184 84.7	179 82.4	172 79.2	169 77.8	163 75.1	163 75.1	162 74.6	154 70.9	150 69.3
12	184 84.7	178 82	172 79.2	170 78.3	166 76.4	166 76.4	159 73.2	155 71.4	148.5 70.6
13	206	199	197	192	184	184	178	174	168

	94.9	91.7	90.7	88.4	84.7	84.7	82	80.1	79.4
14	187	182	182	178	174	172	170	170	169
	86.1	83.8	83.8	82	80.1	79.2	78.3	78.3	77.5
15	174	170	165	165	161	160	155	153	150
	80.1	78.3	76	76	74.1	73.7	71.4	70.5	69.3
16	194	190	185	183	169	164	164	162	158
	89.4	87.5	85.2	84.3	77.8	75.5	75.5	74.6	73.5
17	213	210	204	199	194	190	185	180	172
	98.1	96.7	94	91.7	89.4	87.5	85.2	82.9	81.4
18	188	184	184	180	178	173	167	160	155
	86.6	84.7	84.7	82.9	82	79.7	76.9	73.7	72.6
19	177	172	168	165	164	160	156	153	150
	81.5	79.2	77.4	76	75.5	73.7	71.8	70.5	69.8
20	185	181	177	175	170	166	162	160	157
	85.2	83.4	67.7	80.6	78.3	76.4	74.6	73.7	72.7
21	194	190	188	188	183	180	176	173	170
	89.4	87.5	86.6	86.6	84.3	82.9	81.1	79.7	78.4
22	227	222	218	213	208	200	195	189	181
	104	102	100	98.1	95.8	92.1	89.9	87	85.4
23	190	185	180	178	172	168	164	161	158
	87.5	85.2	82.9	82	79.2	77.4	75.5	74.1	72.5
24	184	180	176	175	173	170	169	165	160
	84.7	82.9	81.1	80.6	79.7	78.3	77.8	76	75.1
25	170	167	165	163	163	160	158	155	151
	78.3	76.9	76	75.1	75.1	73.7	72.8	71.4	70.2
26	220	215	210	208	202	200	194	187	180
	101	99	96.7	95.8	93	92.1	89.4	86.1	84.7
27	202	198	194	190	188	184	179	175	170
	93	91.2	89.4	87.5	86.6	84.7	82.4	80.6	79
28	178	175	172	170	164	163	163	160	158
	82	80.6	79.2	78.3	75.5	75.1	75.1	73.7	72.4

29	194 89.4	190 87.5	186 85.7	184 84.7	180 82.9	175 80.6	170 78.3	163 75.1	156 73.5
30	190 87.5	183 84.3	180 82.9	175 80.6	170 78.3	167 76.9	162 74.6	158 72.8	153 71.2
31	170 78.3	167 76.9	165 76	164 75.5	162 74.6	158 72.8	156 71.8	153 70.5	150 69.2
32	188 86.6	184 84.7	180 82.9	168 77.4	164 75.5	160 73.7	155 71.4	152 70	149 68.3
33	196 90.3	192 88.4	189 87	185 85.2	185 85.2	183 84.3	180 82.9	178 82	175 81.1
34	180 82.9	180 82.9	178 82	174 80.1	172 79.2	170 78.3	166 76.4	163 75.1	160 73.6
35	185 85.2	184 84.7	182 83.8	178 82	175 80.6	175 80.6	170 78.3	166 76.4	162 74.2
36	174 80.1	172 79.2	172 79.2	170 78.3	167 76.9	167 76.9	163 75.1	160 73.7	156 71.4
37	205 94.4	201 92.6	196 90.3	192 88.4	188 86.6	185 85.2	180 82.9	176 81.1	170 80
38	230 105	226 104	222 102	217 100	213 98.1	197 90.7	193 88.9	189 87	184 85.2
39	185 85.2	183 84.3	180 82.9	176 81.1	172 79.2	172 79.2	168 77.4	164 75.5	160 73.3
40	178 82	175 80.6	173 79.7	170 78.3	170 78.3	168 77.4	164 75.5	160 73.7	158 71.3

ANEXO 3

Cuestionario sobre nivel de conocimiento acerca de la obesidad.

Nombre

Edad

Sexo

Instrucciones.

A Continuación te presentamos una serie de preguntas que deben contestar expresando tus ideas y conocimientos sobre la obesidad.

Necesitamos su colaboración como parte de una investigación que se realiza sobre este tema.

Muchas gracias.

1- Marque con una x la respuesta correcta.

---- La obesidad es una enfermedad multifactorial de alto riesgo que disminuye la esperanza de vida.

----- La obesidad no es una enfermedad por lo que no constituye un riesgo para la salud.

----- La obesidad solamente afecta la imagen de la persona que la padece.

2- Marque con una x la respuesta correcta.

----- La obesidad afecta a niños y adolescente igual que a la población adulta.

---- La obesidad se presenta por igual en mujeres y hombres.

---- La obesidad es frecuente tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo.

----- La obesidad puede considerarse una epidemia en el mundo actual.

3- Marque con una x los factores involucrados en el desarrollo de la obesidad.

----Factores genéticos o Hereditarios.

---- Factores ambientales o relacionados con el estilo de vida.

---- Factores socioeconómicos, genéticos, metabólicos.

4- Señale con una x cuales de las siguientes enfermedades pueden considerarse consecuencias de la obesidad.

- Cardiopatía isquémica o infarto del miocardio.
- Hemorragia cerebral.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes tipo 2.
- Edemas o varices de los miembros inferiores.
- Hemorroides.
- Infecciones pulmonares
- Síndrome de Apnea Nocturna
- Cáncer.
- Esteatosis Hepática

5- Para el tratamiento y prevención de la obesidad lo más importante es:

- Tratamiento medicamentoso.
- Tratamiento quirúrgico
- Cambios del estilo de vida.
- No hay que llevar tratamiento.

ANEXO 4

Entrevista sobre estilo de vida.

- 1- ¿Cuántos días a la semana duerme de 7 a 8 horas?
- 2- ¿Cuántas veces a la semana hace ejercicios físicos más de 30 minutos?
Especifique qué practica y cómo lo hace.
- 3- ¿Tiene hábitos tóxicos? ¿Cuáles?
- 4- ¿Asiste regularmente a actividades sociales? ¿Cuáles?
- 5- ¿Se considera una persona de muchos amigos?
- 6- ¿Tiene uno o más amigos a quienes puede contarle sus problemas personales?
- 7- ¿Por lo menos una vez a la semana hace algo divertido? Especifique
- 8- ¿Es capaz de organizar racionalmente su tiempo? ¿Cómo lo hace?
- 9- ¿Durante el día se dedica a si mismo un rato tranquilo? ¿Qué realiza?
- 10- ¿Usted mantiene una dieta balanceada? Porqué lo sabe
- 11- ¿Qué alimentos consume regularmente?
- 12- ¿Consume medicamentos? ¿Cuáles y con qué frecuencia?

ANEXO 5

Sesiones educativas

Sesión 1

Objetivos: _Presentación del coordinador y los participantes.

_Aplicación del cuestionario.

Procedimientos:

Técnica de presentación: El coordinador y los participantes se presentan desde su rol profesional o personal de manera breve: _nombre, edad, estado civil, centro de trabajo, profesión. Su presentación brinda elementos de análisis para trabajar en grupo la problemática de los participantes.

Sentados en círculo los participantes leerán su presentación diciendo:

_nombre.

_Cualidad que más estima en las personas.

_Característica que más desprecia de las personas.

Ejercicio de expectativas

Se le entrega a cada participante una pequeña hoja de papel en blanco y se formulan las siguientes preguntas: ¿Qué busco? ¿Qué espero? ¿Sobre que me gustaría tratar? ¿Cómo?

Después de responder individual y anónimo se colocan los papelitos en una cajita para mezclarlos. Cada participante toma al azar y lee en voz alta para todo el grupo las respuestas.

Presentación del programa y metodología del taller.

Este aspecto se relaciona con el anterior ya que la coordinadora, desde las expectativas planteadas por el grupo se presenta el programa, objetivos y metodología y si fuera necesario anexaría algunas inclusiones según las necesidades planteadas por los participantes.

Indicación de la metodología a seguir (Dar las orientaciones para reducir la ingesta de energía, Régimen de ejercicios físicos, , indicación del autorregistro del peso mensual)

Aplicación del cuestionario.

Técnica de cierre se explica a los participantes que expresen en una palabra o frase cómo

Evalúan la sesión.

Sesión 2

Objetivos: - Definición de obesidad y demostrar sus efectos sobre la salud

Procedimientos:

Técnica de la Balanza:

El coordinador pinta en el pizarrón una balanza y le explica a los participantes que en uno de sus brazos se van a ubicar los aspectos positivos de la obesidad y en el otro los negativos y entonces se decidirá hacia qué lado se inclina. Posteriormente se debate en plenario sobre los efectos de la obesidad sobre la salud.

Técnica de cierre: Juego de cierre y despedida

Objetivo: Cerrar la actividad.

Procedimiento: Se recomienda como recurso que cada participante se despida de cualquiera que desee, expresándole una tristeza y una alegría que le ha provocado el tema discutido.

Sesión 3

Objetivos: -Promover el autorreconocimiento

Procedimiento:

Técnica mi escudo personal. Ayudar a los participantes a considerar sus habilidades y debilidades.

Materiales: Hoja de papel, lápiz, pizarra.

Hoja de trabajo “Tu distinción personal”

Procedimiento: Dé a cada participante una copia de la hoja de trabajo, elija 6 de las siguientes 8 preguntas, léalas en voz alta y escríbalas en el papel. Pida a los participantes que respondan cada pregunta trazando un dibujo, diseño o símbolo en el área apropiada.

9. ¿Cuál piensas ha sido tu máximo logro hasta ahora?
10. ¿Qué es lo que más te agrada de tu familia?
11. ¿Qué es lo que más valoras en tu vida?
12. Menciona tres cosas o actividades en las que eres bueno
13. ¿Qué te gustaría mejorar en ti?
14. ¿Si mueres hoy, como te gustaría ser recordado?
15. ¿Qué artículo salvarías si tu casa se estuviera quemando?
16. ¿Qué admiran los demás en ti?(otro sexo)

Es importante que sean creativos, imaginativos. Después que se hayan escrito sus nombres en la bandera del escudo se forman pequeños grupos para que compartan sus dibujos. Luego se reúne el grupo grande para su discusión.

Puntos de discusión.

5. ¿Cómo te sientes al contar a otros tus habilidades y debilidades?
6. ¿Qué aprendiste de ti mismo?
7. ¿Qué vas a hacer para que las personas te recuerden de la manera que deseas?
8. ¿Cuáles fueron las semejanzas y diferencias en la “Distinción personal” masculina y femenina?

Técnica de cierre: Lo positivo, lo negativo e interesante.

Objetivo: Cerrar la actividad retroalimentándose de los resultados.

Procedimientos: Cada participante debe escribir en una hoja los aspectos positivos, negativos e interesantes de la sesión.

Sesión 4

Objetivos: - Profundizar en los conocimientos sobre obesidad

Procedimiento: - Comentario de texto: “La obesidad: causa importante de morbilidad”

Se da lectura al texto y se discuten en plenario los siguientes aspectos:

Puntos en discusión.

- Resumir el contenido del texto.

-Cuáles son los efectos negativos de la obesidad en la salud

Técnica de cierre: Juego de cierre y despedida

Objetivo: Cerrar la actividad.

Procedimiento: Se recomienda como recurso que cada participante se despida de cualquiera que desee, expresándole una tristeza y una alegría que le haya provocado el tema discutido.

Sesión 5

Objetivos: - Evaluar causas y soluciones del problema de la obesidad.

Procedimiento:

- Técnica El Sonajero:

El coordinador motiva a los sujetos para construir un sonajero que permita pensar qué hacer para resolver el problema que les atañe a todos: la obesidad. Para ello se dividen en pequeños grupos.

En la pieza superior del sonajero se colocará el tema objeto de análisis: la obesidad.

Cada grupo discute las causas que ocasionan esta enfermedad y llevan al plenario los resultados de su análisis. Entre todos acuerdan cuáles son las principales causas y las escriben en las piezas del sonajero preparadas para ello

Técnica de cierre: ¿Me ayudó o no?

Cada equipo debe expresar si la actividad realizada lo ayudo o no para su vida futura.

Sesión 6:

Procedimiento: - Comentario de texto: “El estilo de vida y su influencia en la salud”

Se da lectura al texto y se discuten en plenario los siguientes aspectos:

Puntos en discusión.

- Resumir el contenido del texto.

-¿Qué es el estilo de vida y cuál es su repercusión en la salud del individuo?

-¿Qué caracteriza el estilo de vida del obeso?

-¿Cómo se podría modificar?

Técnica de cierre: Expresión de sentimientos “por ti siento”.

Se orienta por parte de la coordinadora del grupo que como despedida de la sesión cada uno de los participantes se debe dirigir a otros miembros del grupo para expresarles sin palabras, sentimientos positivos que estas personas le hayan inspirado en el transcurso de todo el trabajo grupal que se ha venido desarrollando.

Sesión 7

Objetivos: - Promover estilos de vida adecuados.

Procedimientos:

Técnica de discusión de grupo.

Se plantea al grupo que el problema a discutir será el estilo de vida de los obesos, intercambiando ideas y opiniones y llegando a conclusiones sobre cómo modificarlo.

Primeramente se establecen las reglas que el grupo va a seguir en la discusión. El coordinador va realizando conclusiones parciales y finalmente efectúa la conclusión final de la actividad.

Técnica de cierre: Evaluar la reunión.

Procedimiento: Pedir a los participantes que expresen con una palabra cómo se han sentido en la reunión de hoy.

Sesión 8

Objetivo: Desarrollar la valoración crítica con relación a la obesidad y la alimentación sana.

Procedimientos:

Técnica ADI.

Previamente el educador seleccionará un artículo de poca extensión que resulte polémico por su contenido con relación al tema de la obesidad y nutrición. Se dividirá al grupo en pequeños subgrupos a fin de que analicen críticamente su contenido y determinen con qué expresiones están DE ACUERDO, EN DESACUERDO y cuáles les motivan alguna INTERROGANTE.

Una vez concluido el tiempo para el trabajo grupal, cada equipo expone en plenario los resultados. En plenario se abre a discusión cada criterio, abordando primero los puntos en que coinciden todos los presentes como acuerdo y después se argumentan los no coincidentes, de tal manera que el ejercicio del debate enriquezca los criterios de todos y sobre todo se desarrolle la capacidad para el diálogo respetuoso y democrático.

Técnica de cierre: Evaluar la reunión.

Procedimiento: Pedir a los participantes que expresen con una palabra como se han sentido en la reunión de hoy.

Sesión 9

Objetivos: Asumir posiciones con relación al estilo de vida saludable

Procedimiento:

Técnica: Preparados para cambiar.

El coordinado comentará que ha encontrado en la prensa aseveraciones completamente opuestas con relación a los estilos de vida adecuados y potenciadores de la salud que cree necesario debatir y estimula a cada sujeto para que asuma una posición ante ellas. Y así se formarán dos grupos.

Los grupos formados deben buscar todos los argumentos posibles para defender su posición.

Terminado el tiempo para la argumentación, en plenario, se leerán los resultados del trabajo colectivo y se producirán a partir de ellos todos los cambios de posiciones que deseen.

Técnica de Cierre:

Frases incompletas: Se coloca frente al grupo un papelógrafo con frases incompletas para que sean completadas con los sentimientos o ideas de los participantes.

Frases al estilo de:

Hoy me he sentido...

Este tema...

Los ideales...

Mis metas...

Me gustaría...

Aprendí...

Me molesté por...

Una pregunta que todavía tengo es...

Sesión 10

Objetivos: Integrar los temas abordados.

Procedimiento: Técnica: “El parlamento”

6. De acuerdo con el tamaño del grupo trabajar en pequeños subgrupos o en plenaria.
7. Analizar y seleccionar las ideas mas importantes que para ellos se han debatido en los talleres.
8. Las vivencias experimentadas.
9. Evaluación personal en el taller, es decir incorporación de conocimientos, cambios de opinión, confrontación de valores, posibles cambios de actitud ante los temas tratados.
10. Satisfacción o no de las expectativas con relación al programa.

Ya sea por medio de voceros (Si se trabaja en subgrupos) o individualmente exponer los planteamientos para que la coordinación los anote en un papelógrafo. Luego propiciar el debate apoyado en preguntas como:

¿Existen opiniones comunes? ¿Cuáles son? ¿Por qué?, ¿Qué le ha parecido el programa?

¿Ha tenido alguna repercusión en su vida personal?

¿Le ha servido para algo?

ANEXO 6

Ejercicios utilizados en las clases con pacientes Obesos.

Ejercicios de estiramiento.

1. Parado. Espalda recta. Flexión ventral de la cabeza. Mantener.
2. Parado. Espalda recta dorsal de la cabeza. Mantener.
3. Parado. Espalda recta, flexiones laterales de la cabeza. Comenzando por la izquierda, después la derecha, mantener en cada posición.
5. Parado. Brazos arriba. Manos entrelazadas, extender y mantener.
6. Parado. Brazos arriba. Manos entrelazadas. Flexiones laterales del tronco comenzando por la izquierda. Mantener. (Combinación de brazos y tronco)
8. Parado, piernas separadas, brazos laterales flexionados a la nunca. Tomar el codo extender y mantener. Primero brazo izquierdo y luego derecho.
10. Sentado. Piernas extendidas, Flexión del tronco al frente, Brazos arriba extendidos.
11. Parado. Piernas separadas. Brazos arriba, flexión del tronco comenzando por el lado izquierdo. Mantener.
12. Parado. Piernas abiertas. Manos a la cintura, flexión lateral del tronco, mantener comenzando por la izquierda.
13. Parado. Brazos arriba, manos entrelazadas. Extensión de ellos con flexión profunda del tronco al frente. (Combinamos brazos y tronco)
14. Parado. Piernas abiertas. Manos a la cintura arqueado y mantener.
15. Parado. Piernas separadas. Brazos extendidos atrás, manos entrelazadas, tronco al frente. Mantener. (Combinación da brazo y tronco)
16. Sentado pierna izquierda flexionada, derecha extendida, alar pierna flexionada. Mantener. Igual con pierna derecha.
18. Sentado. Piernas en esparranca, Flexión del tronco al frente. Mantener.
19. Acostado de cubito supino, Espalda recta, en contracción. Flexionar la cadera, tirando el muslo al pecho. Alternar y mantener.

20. Pierna flexionada tomada por el tobillo, sostenerse con la manos más cercana a la espaldera, mantener. Comenzar por la pierna izquierda y después por la derecha.

21. Parados. Manos a la cintura. Asalto profundo al frente. Comenzar con la pierna izquierda. Alternar y mantener.

23. Sentado con pierna flexionada tomar el pie por la punta, flexionar y mantener. Comenzar con pie izquierdo.

Ejercicios de Movilidad Articular

Ejercicios de cuello: (deben realizarse con los ojos abiertos)

1. PI. Parado, piernas separadas, manos a la cintura, realizar 1. flexión al frente del cuello y cabeza. 2. flexión atrás.
2. PI. Parado, piernas separadas, manos a la cintura, realizar torsión del cuello a ambos lados, alternar.
3. PI. Parado, piernas separadas, manos a la cintura, realizar 1. flexión lateral del cuello y cabeza a la izquierda. 2. flexión a la derecha, alternar.
4. PI. Parado, piernas separadas, manos a la cintura, realizar círculos de la cabeza de derecha a izquierda. Alternar.

Ejercicios de brazos y tronco:

5. PI. Parado, piernas separadas, brazos laterales, realizar círculos con los brazos al frente y atrás.
6. PI. Parado, piernas separadas, brazos extendidos al frente, abrir y cerrar las manos, cambiando la posición de los brazos (lateral, arriba y a bajo).
7. PI. Parado, piernas separadas, elevación de los brazos por el frente arriba (inspiración), bajarlos por el lateral a la posición inicial (expiración).
8. PI. Parado, piernas separadas, manos en los hombros, círculos de los hombros al frente y atrás.

9. PI. Parado, piernas separadas, realizar 1. elevación de los brazos al frente, 2. brazos laterales, 3. brazos arriba, 4. posición inicial.
- 10.PI. Parado, piernas separadas, brazos al frente, realizar cruce y descruce de brazos.
- 11.PI. Parado, piernas separadas, brazos flexionados a la altura del pecho, realizar empuje atrás con brazos flexionados y empuje atrás con brazos extendidos.
- 12.PI. Parado, piernas separadas, brazo izquierdo arriba, realizar empuje de brazos atrás, alternando.
- 13.PI. Parado, piernas separadas, manos en la cintura, realizar círculos de cadera a la derecha e izquierda.
- 14.PI. Parado, piernas separadas, manos a la cintura, realizar extensión del tronco atrás (inspiración) y flexión al frente (espiración).
- 15.PI. Parado, piernas separadas, brazos laterales, realizar flexión del tronco al frente tratando de tocar con la mano izquierda el pie derecho. Alternar.
- 16.PI. Parado, piernas separadas, manos a la cintura, extender un brazo al frente, llevándolo al lado y atrás con movimiento de torsión del tronco, vista a la mano (inspiración), regresar a posición inicial (espirando), alternar el movimiento.
- 17.PI. Parado, piernas separadas, brazos arriba, realizar flexión profunda del tronco, tratando de tocar la punta de los pies, regresar a la posición inicial.

Ejercicios de piernas:

- 18.PI. Parado, piernas separadas, manos en la cintura, elevación de las rodillas al frente de formar alternada.
- 19.PI. Parado, piernas separadas, manos en la cintura, asalto diagonal, alternando.
- 20.PI. Parado, piernas separadas, tronco ligeramente flexionado al frente y manos en las rodillas, realizar semiflexión de las mismas.

21. PI. Parado, piernas separadas, brazos al frente con apoyo de las manos en la espalda, realizar elevación en la punta de los pies (inspiración), volver a la posición inicial (espirando).
22. PI. Parado, piernas separadas, realizar elevación del cuerpo en la punta de los pies con brazos al frente (inspiración), regresar a la posición inicial (espirando).
23. PI. Parado, los pies en forma de paso, realizar asalto al frente con el tronco recto, alternando.
24. PI. Parado, manos a la cintura, caminar en punta, talones y bordes externos de los pies.

Ejercicios Aerobios.

- Bicicleta estática: Comenzar con un tiempo de 3-5 min., mantenerlo durante las primeras 5 sesiones, aumentar cada 3-5 sesiones de 1-3 min hasta llegar como mínimo a 15 minutos y como máximo a 30 min; con una velocidad de pedaleo de 50-60 rpm o 15-20 km/h. Con una resistencia de ligera a moderada (12.5 a 75 w).
- Marcha: Comenzar con un tiempo de 5 min, mantenerlo durante las 5 primeras sesiones, aumentar cada 3-5 sesiones de 2-4 min, hasta llegar a 15 min como mínimo y como máximo o ideal a 30 min; con una intensidad: baja de 70 – 80 m/min, moderada de 80 – 90 m/min y alta de 90-100 m/min.
- Step: Comenzar con un tiempo de 2-3 min., mantenerlo durante las primeras 5 sesiones, aumentar cada 3-5 sesiones de 1-2 min., hasta llegar a 10 min., como mínimo o ideal y como máximo a 15 min.; con un rango de intensidad de 15 a 25 subidas por minuto como ligero, de 26 a 35 subidas por minuto como moderada y 36 o más subidas por minuto como fuerte. La altura del implemento debe ser entre 10 a 15 cm.

➤ Gimnasia musical aerobia: Esta puede sustituir el conjunto de ejercicios anteriormente propuestos ya que persiguen los mismos objetivos, la misma debe estar integrada por trabajo coreográfico, ejercicios de coordinación, gimnasia localizada, caminatas y Step terapéutico.

1. PI. Decúbito supino, realizar inspiración profunda por la nariz a la vez que se llevan los brazos extendidos por los laterales hasta arriba, regresar a la posición inicial, realizando el movimiento a la inversa espirando y bajando los brazos.
2. PI. Parado, caminar en la punta de los pies tomando aire por la nariz (fuerte y profundo), expulsarlo por la boca (suave y prolongada).
3. PI. Parado, realizar elevación de brazos por los laterales arriba suavemente, tomando el aire por la nariz y expulsándolo por la boca a la vez que se bajan los brazos.
4. PI. Parado, realizar caminata suave, haciendo inspiración profunda por la nariz y expulsarlo fuertemente por la boca en forma de soplido.
5. PI. Decúbito supino, realizar elevación de los brazos por el frente hasta los lados de la cabeza, tomando el aire por la nariz, hasta llenar los pulmones y bajar los brazos por los laterales, expulsando lentamente el aire por la boca hasta la posición inicial.
6. PI. Decúbito supino, piernas flexionadas en un ángulo de 45 grados, plantas de los pies apoyados al piso y las manos sobre el abdomen, realizar inspiración profunda por la nariz y espiración por la boca suave y prolongada.

Ejercicios de relajación muscular.

1. De cubito prono estirar los brazos atrás y contraer todo el cuerpo durante 10" y en seguida relajar rápidamente los músculos.

2. Con la mano en la rodilla de la pierna opuesta, tire de la pierna por encima de la otra hasta llegar al suelo. Permanezca en esta posición de 10 a 15 segundos. Los hombros deben tocar el suelo; el brazo libre, relajado, debe estar extendido lateralmente, y la cabeza dirigida hacia la mano de ese mismo lado.
3. Con la mano auxiliar tire de la pierna hacia arriba, hasta que el talón toque los glúteos. Sienta la tensión en la parte anterior del muslo, y permanezca así de 10 a 15 segundos.
4. Tienda la pierna de abajo sobre el suelo y deje que el peso de la de encima la apriete contra el mismo. La tensión debe sentirse en la parte exterior de la cadera. Permanezca así de 10 a 15 segundos.
5. Con ambas manos tire de la pierna todo lo que pueda, de forma que cruce el pecho, y permanezca así de 10 a 15 segundos. La otra pierna se mantiene extendida sobre el suelo.
6. Tire la pierna con ambas manos lo más que pueda hacia el pecho y permanezca así de 10 a 15 segundos. Vigile que la rodilla no resulte sobrecargada. La sensación de tensión debe experimentarse en la parte posterior del muslo.
7. Lleve los talones hasta los glúteos y con las manos tire de los empeines hacia atrás. Apriete las rodillas hacia abajo, lo más fuerte que pueda, con los codos. Flexione ligeramente la espalda hacia delante por encima de las piernas y permanezca de 10 a 15 segundos. Éste se siente a lo largo de la parte interior del muslo.
8. Flexiónese con cuidado hacia un lado, exactamente hacia la pierna levantada, y permanezca así de 10 a 15 segundos.
9. Flexiónese por la cadera hacia delante, manteniendo la espalda recta. Resulta más sencillo si se mira directamente hacia delante con las manos a la espalda. Permanezca en esa posición de 10 a 15 segundos.
10. *Nota:* Esta técnica puede resultar muy efectiva practicándola asimismo con la mano del lado opuesto, que pasando por detrás de la espalda, agarra el pie y lo levanta hasta presionar sobre los glúteos. Esta técnica

durará de 10 a 15 segundos. Si se utiliza la mano opuesta a la pierna que se ejercita, la rodilla se flexiona formando un ángulo natural.

11. Siéntese con las piernas extendidas hacia delante y las rodillas sólo ligeramente dobladas sobre el suelo. Extienda hacia delante los brazos y cójase las piernas lo más abajo posible. ¡Mantenga la espalda recta, a ser posible! Sienta la tensión en la parte posterior del muslo y permanezca así entre 10 y 15 segundos.
12. Apriete las palmas de las manos una contra otra y levante hacia afuera el codo con los brazos frente al pecho. Sienta que le estire en la parte interior del antebrazo y permanezca así entre 10 y 15 segundos.
13. Manos contra el asiento. Lentamente, recline el tronco hacia atrás, con los brazos estirados, y sienta la tensión en la parte interna del antebrazo. Permanezca en esta posición entre 10 y 15 segundos.
14. Doble el brazo hacia atrás contra la pared durante 15 segundos aproximadamente con la ayuda del brazo.
15. Mantenga inmóvil el antebrazo, y afiance los pies. Gire el tronco hacia delante y hacia afuera, de manera que la parte del pecho quede lo más avanzada posible. Sienta la sensación de tensión en el pecho, arriba, en la parte anterior de los hombros. Permanezca así entre 10 y 15 segundos.
16. Extienda los brazos hacia arriba y hacia atrás, a ser posible de forma pasiva, y permanezca así entre 10 y 15 segundos, sujetándose en una red. La extensión puede efectuarse asimismo con la ayuda de un compañero que le sujete por las muñecas.
17. Sitúese en un rincón de la habitación, con la cara hacia éste. Apoye cada mano (o cada antebrazo) contra una pared y deje caer el cuerpo hacia delante. Oprima entre 10 y 15 segundos hacia delante de tal manera que experimente una sensación de tensión en la parte anterior de la caja torácica.

18. Mantenga las manos en la misma posición, pero flexione las rodillas y agáchese lo más que pueda. Sienta la tensión en los hombros, brazos y pecho. Permanezca así entre 10 y 15 segundos.
19. Separe las piernas todo cuanto pueda, lentamente. Permanezca pasivo de 10 a 15 segundos, con las piernas abiertas y los talones contra la pared. La pared sirve de apoyo y hace posible mantener entre 10 y 15 segundos.
20. Con el cuerpo erguido y la pierna echada hacia atrás, proyecte las caderas hacia delante. Sienta la tensión en la cadera, y permanezca así de 10 a 15 segundos.
21. Mantenga la misma posición de piernas, pero proyecte las caderas lo más hacia delante que pueda. Sienta la tensión en la ingle y la cadera. Permanezca así de 10 a 15 segundos.
22. Deje caer el tronco hacia delante y hacia abajo, y permanezca en esta posición entre 10 a 15 segundos.
23. PI: Sentado de la forma que el paciente se sienta lo más cómodo posible, los ojos cerrados (preferiblemente), colocamos una mano sobre el pecho para controlar la entrada del aire (si sentimos que el aire entra en la parte pectoral es que estamos realizándola de forma incorrecta) y otra en el diafragma para sentir la entrada del aire. Una vez realizado el primer paso arriba mencionado, Inspiramos de forma profunda y suave a un conteo entre 5 a 8 seg y Expiramos también de forma profunda y suave a un conteo entre 5 a 8 seg.

ANEXO 7

Pesos de raciones por grupos y medidas caseras

Grupos de alimentos	Frecuencia recomendada	Peso de ración (crudo y neto)	Medidas caseras
Pan*, cereales*, arroz, pasta y patatas	4-6 raciones al día ↑ formas integrales	60-80 g de pasta, arroz 40-60 g de pan 150-200 g de patatas	1 plato normal 3-4 rebanadas o un panecillo 1 patata grande o 2 pequeñas
Verduras y hortalizas	≥ 2 raciones al día	150-200 g	1 plato de ensalada variada 1 plato de verdura cocida 1 tomate grande, 2 zanahorias...
Frutas	≥ 3 raciones al día	120-200 g	1 pieza mediana, 1 taza de cerezas, fresas, 2 rodajas de melón...
Aceite de oliva	3-6 raciones al día	10 ml	1 cucharada sopera
Leche y derivados	2-4 raciones al día	200-250 ml de leche 200-250 g de yogur 40-60 g de queso curado 80-125 g de queso fresco	1 taza de leche 2 unidades de yogur 2-3 lonchas de queso 1 porción individual
Pescados	3-4 raciones a la semana	125-150 g	1 filete individual
Carnes magras, aves y huevos	3-4 raciones de cada a la semana. Alternar su consumo	100-125 g	1 filete pequeño, 1 cuarto de pollo o conejo, 1-2 huevos
Legumbres	2-4 raciones a la semana	60-80 g	1 plato normal individual
Frutos secos	3-7 raciones a la semana	20-30 g	1 puñado o ración individual
Embutidos y carnes grasas	Ocasional y moderado		
Dulces, snacks, refrescos	Ocasional y moderado		
Mantequilla, margarina y bollería	Ocasional y moderado		
Agua de bebida	4-8 raciones al día	200 ml aprox.	1 vaso o 1 botellín
Cerveza o vino/sidra	Consumo opcional y moderado en adultos	Vino: 100 ml Cerveza: 200 ml	1 vaso o 1 copa
Práctica de actividad física	Diario	> 30 minutos	

* Preferiblemente integrales.

≥ Igual o superior a

ANEXO 8

Contenido nutricional promedio (energía, proteína, grasas y carbohidratos) de las porciones de referencia de cada grupo básico de alimentos.

Grupos de alimentos	Energía (Kcal.).	Proteína (g)	Grasas (g)	Carbohidratos (g)
I. Cereales	198	5	1	41
Viandas	156	3	0	38
II. Vegetales	20	1	0	4
III. Frutas	69	1	0	18
IV. Carnes rojas	82	7	6	0
Carnes blancas	61	7	3	0
Huevo	82	6	6	1
V. Leche entera	120	7	5	12
Leche descremada	87	9	0	12
VI. Grasa Animal y Vegetal	126	0	14	0
VII. Azúcar	48	0	0	12

ANEXO 9

**Grupos de alimentos y cantidad para obtener una dieta variada y equilibrada
(1400 a 3300 Kcal.)**

Grupos de alimentos	Cantidad de porciones	Nutrientes a destacar
I. Cereales y Viandas	3-8 porciones	Energía, Carbohidratos complejos
II. Vegetales	2-5 Porciones	Vitamina, fibra.
III. Frutas	2-5 Porciones	Vitamina C y fibra vegetal
IV. Carnes ave, puerco, Huevo, y Frijoles	2-5 Porciones	Proteína y hierro
V. Leche y Productos Lácteos	1-4 Porciones	Proteínas y Calcio
VI. Grasas	2-4 Porciones	Ácidos grasos y Energía
VII. Azúcar y dulces	2-6 Porciones	Energía(vacía)

Valor proteico de algunos alimentos.

Alimento	Proteína	Grasas	Klcalx100g
Cacahuete	25,8	38.5	548
Lentejas	25,7	1	348
Espinaca	2,1	0,3	24
Soya	39	18	-
Chuletas de cerdo	16,6	30,1	335
Cerdo Lomo	18,9	13	193
Huevo	13,4	10,5	148
Frijoles	22,5	1,8	345
Leche de vaca	3,3	4	69
Maíz	3,1	1,1	101
Mantequilla	1	85	470
Pan de trigo	9	0,6	254
Papa	2,2	0,1	83
Carne de ternera	21,3	7,9	156
Queso	28,8	35,9	446
Queso	22,6	29,5	355
Queso suizo	26	34,9	430
Calabaza	16,6	8,50	
Malanga	1,7		

ANEXO 10

Especialistas entrevistados.

Especialistas	Profesión	Categoría Docente	Años de Experiencia	Resultados Laborales.	Grado Académico
Leticia Vera Martínez	Psicóloga	Auxiliar	18	Satisfactorio	Máster
Alina Cabrera Sánchez	Psicóloga	Asistente	22	Satisfactorio	Máster
Yamile González Díaz	Psicóloga	Asistente	11	Satisfactorio	Licenciada
Vivian González Díaz	Metodóloga de Docencia	-----	22	Satisfactorio	Licenciada
José Ramón Gutiérrez González	Profesor	Instructor	30	Satisfactorio	Licenciada
Demetrio González García	Profesor	Instructor	27	Satisfactorio	Licenciada
Jesús Gentil Gómez	Profesor	Auxiliar	20	Satisfactorio	Máster
Natacha Puentes Oropesa	Profesora	Instructor	10	Satisfactorio	Máster
Yanet López Pérez	Doctora	-----	10	Satisfactorio	Especialista en MGI
Mercedes Pasamonte Rodríguez	Doctora	Asistente	25	Satisfactorio	Máster
María Caridad Baldadura Pérez	Doctora	-----	12	Satisfactorio	Especialista en MGI
Laura Espinosa Martínez	Enfermera	-----	18	Satisfactorio	Licenciada
Yolanda Fuertes Yáñez	Enfermera	-----	14	Satisfactorio	Licenciada

ANEXO 11

Encuesta para la validación de la propuesta por criterio de especialistas.

Objetivo:

- Obtener la valoración de los especialistas seleccionados los cuales deben expresar sus criterios a cerca de las acciones con las que se pretende contribuir a un estilo de vida saludable en obesos del Centro de Salud Mental del municipio de Placetas.

Cuestionario

1- Considera usted que las acciones que se proponen influyen positivamente en la motivación de los pacientes obesos para integrar dicha investigación.

Si ----- En parte ----- No -----

2-Cree usted que las acciones que se proponen disminuirá a largo plazo el consumo de fármacos hipotensores por parte de los obesos.

Si ----- En parte ----- No -----

3-Considera usted que las acciones que se proponen permiten estimular la participación de cada paciente en las tareas a desarrollar.

Si ----- En parte ----- No -----

4-Considera usted que los conocimientos que adquieren los pacientes obesos los prepara física y mentalmente para mantener un estilo de vida saludable en el transcurso de su vida. .

Si ----- En parte ----- No -----

5-Considera usted que las acciones que se proponen son asequible para ser aplicadas en cualquier otro centro o área deportiva.

Si ----- En parte ----- No -----

6--Las acciones que se proponen cumplen con el carácter orientador necesario para ser aplicado por otro profesional de la cultura física.

Si ----- En parte ----- No -----

7-Las acciones que se proponen tienen verdadera utilidad y necesidad de aplicación para resolver los problemas existentes con los obesos.

Si ----- En parte ----- No -----

8-Las acciones se planifican adecuadamente con todos los factores necesarios para su aplicación con calidad y sin riesgos para la salud de los pacientes.

Si ----- En parte ----- No -----

9-Considera usted que las acciones influyen positivamente en el estilo de vida sedentario de los obesos en estudio.

Si ----- En parte ----- No -----

10- Cree usted que las acciones se fundamentan en un enfoque reflexivo, dinámico, y participativo contribuyendo al cumplimiento de los objetivos propuestos.

Si ----- En parte ----- No -----

11- Que otros aspectos considera importante anexar a este trabajo.

ANEXO 12

Tabla No 1

Nivel de conocimiento general sobre obesidad antes y después de aplicado el plan de acción.

Nivel de C	Antes		Después	
	No	%	No	%
Muy alto	1	2.5	15	37.5
Alto	2	5	14	35
Medio	8	20	8	20
Bajo	29	72.5	3	7.5
Total	40	100	40	100

Fuente: Cuestionario

ANEXO 13

Tabla No 2

Nivel de conocimiento de la obesidad como enfermedad.

Nivel de C	Antes		Después	
	No	%	No	%
Muy alto	1	2.5	17	42.5
Alto	4	10	18	45
Medio	13	32.5	5	12.5
Bajo	22	55	-	-
Total	40	100	40	100

Fuente: Cuestionario

ANEXO 14

Tabla No 3

Nivel de conocimiento sobre la epidemiología de la obesidad.

Nivel de C	Antes		Después	
	No	%	No	%
Muy alto	1	2.5	15	37.5
Alto	2	5	19	47.5
Medio	18	45	5	12.5
Bajo	19	47.5	1	2.5
Total	40	100	40	10

Fuente: Cuestionario

ANEXO 15

Tabla No 4

Nivel de conocimiento sobre la etiología de la obesidad.

Nivel de C	Antes		Después	
	No	%	No	%
Muy alto	8	20	21	52.5
Alto	13	32.5	12	30
Medio	10	25	5	12.5
Bajo	9	22.5	2	5
Total	40	100	40	10

Fuente: Cuestionario

ANEXO 16

Tabla No 5

Nivel de conocimiento sobre impacto de la obesidad sobre la salud.

Nivel de C	Antes		Después	
	No	%	No	%
Muy alto	2	5	15	37.5
Alto	2	5	14	35
Medio	13	32.5	10	25
Bajo	23	57.5	1	2.5
Total	40	100	40	100

Fuente: Cuestionario

ANEXO 17

Tabla No 6

Nivel de conocimiento sobre el tratamiento de la obesidad

Nivel de C	Antes		Después	
	No	%	No	%
Muy alto	1	2.5	15	37.5
Alto	4	10	14	35
Medio	16	40	10	25
Bajo	19	47.5	1	2.5
Total	40	100	40	100

Fuente: Cuestionario

ANEXO 18

Tabla No 7

Resultado de la Entrevista estructurada.

Estilos de vida	Antes	%	Después	%
Adecuado	4	10	35	87.5
Inadecuado	36	90	5	12.5

Anexo 19

La Guía de observación grupal se efectuó a los pacientes obesos desde el inicio de la investigación.

Día: _____ Hora: _____ Actividad _____

Cantidad de observadores -----

Tiempo total y frecuencia de las observaciones -----

Objetivos: Determinar el nivel de aceptación y motivación de los obesos hacia la actividad.

Aspectos a observar:

1. Disposición y participación en las actividades.
Buena ----- Regular----- Mala-----

2. Ayuda y cooperación a los menos activos.
Buena ----- Regular----- Mala-----

3. Aceptación por las actividades que se ofertan.
Sesiones participativa -----
Ejercicios Físicos-----
Actividades Recreativas-----

4. Opiniones y manifestaciones durante la realización de las actividades.
Buena ----- Regular----- Mala-----

5. Iniciativas y creatividad.
Muchas----- Pocas----- Ninguna-----

6. Nivel de interrelación grupal.
Bueno----- Regular----- Malo-----

7. Estado de ánimo.

Bueno----- Regular----- Malo-----

8. Otros aspectos de interés.(asistencia, meriendas)