

# ¿ CÓMO ORIENTAR EL TRATAMIENTO DIETÉTICO DE UN PACIENTE CON OBESIDAD ?

**IV REUNION DE RIESGO VASCULAR.TOLEDO  
MARZO DE 2008**

Carmen Gómez Candela

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética

HOSPITAL U LA PAZ. MADRID

**LA SALUD**

(el médico)

**LA DELGADEZ**

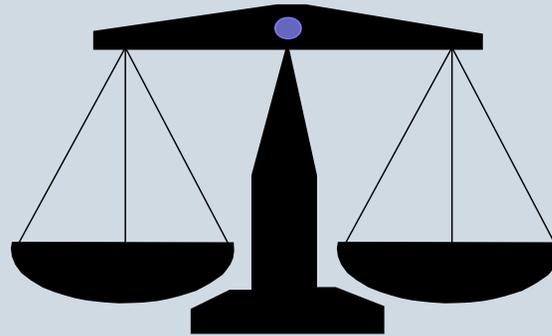
(la estética)

**LA GASTRONOMÍA**

(el placer)

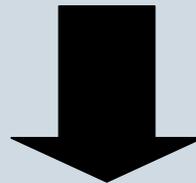
**EL EJERCICIO**

(el sedentarismo)



**LA OFERTA**

(el consumo)

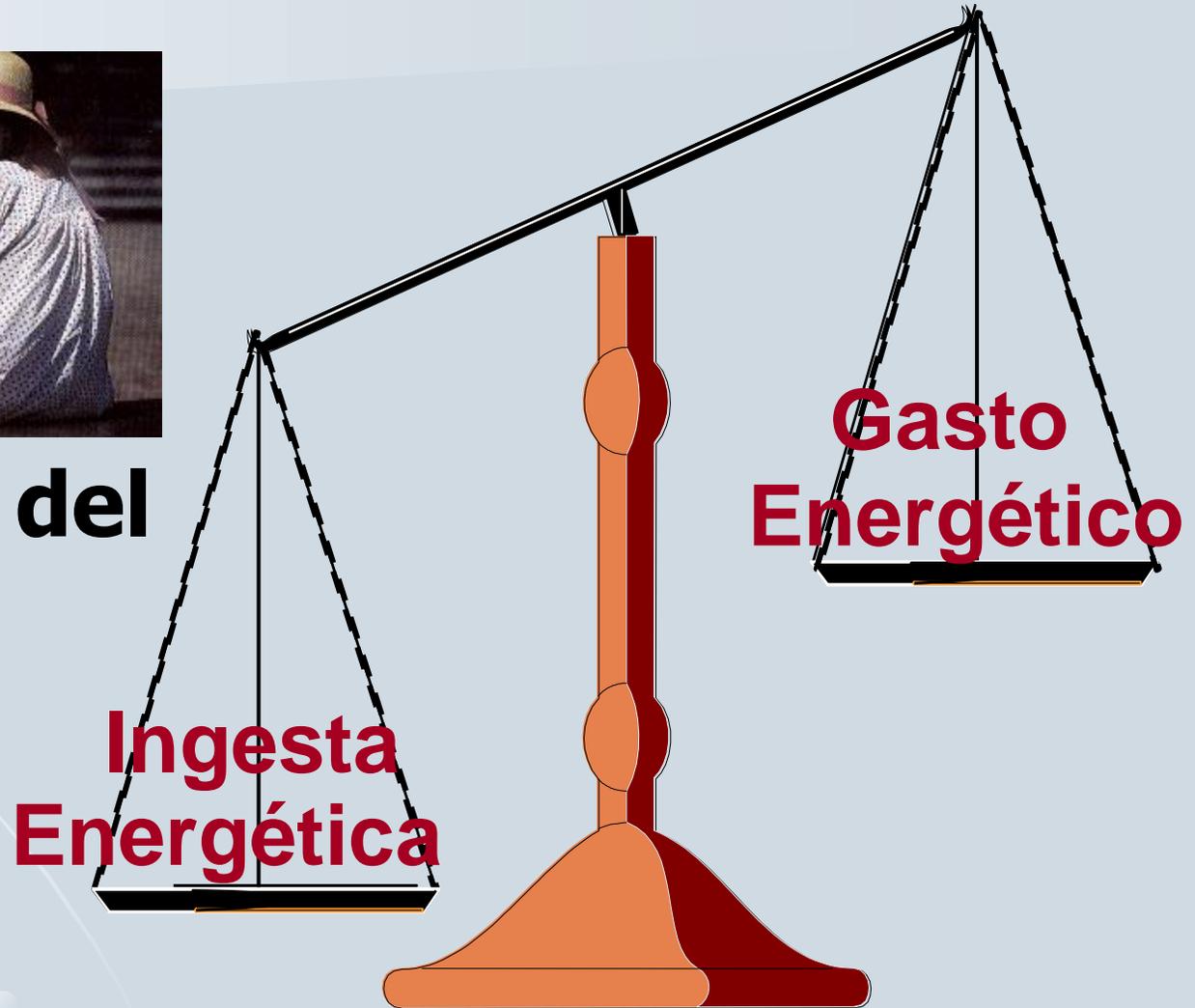


**FALTA DE EQUILIBRIO**

# Desequilibrio del balance energético



**Aumento del peso**



# Obesidad: Concepto

---

ENFERMEDAD CRÓNICA DE ORIGEN MULTIFACTORIAL  
DONDE LA INTERACCIÓN DE LOS GENES Y EL  
AMBIENTE PROVOCA

DISBALANCE ENERGÉTICO  
CON ACUMULACIÓN PATOLÓGICA DE GRASA

QUE CONDICIONA AUMENTO DE  
MORTALIDAD, MORBILIDAD Y  
ELEVADOS COSTES SANITARIOS

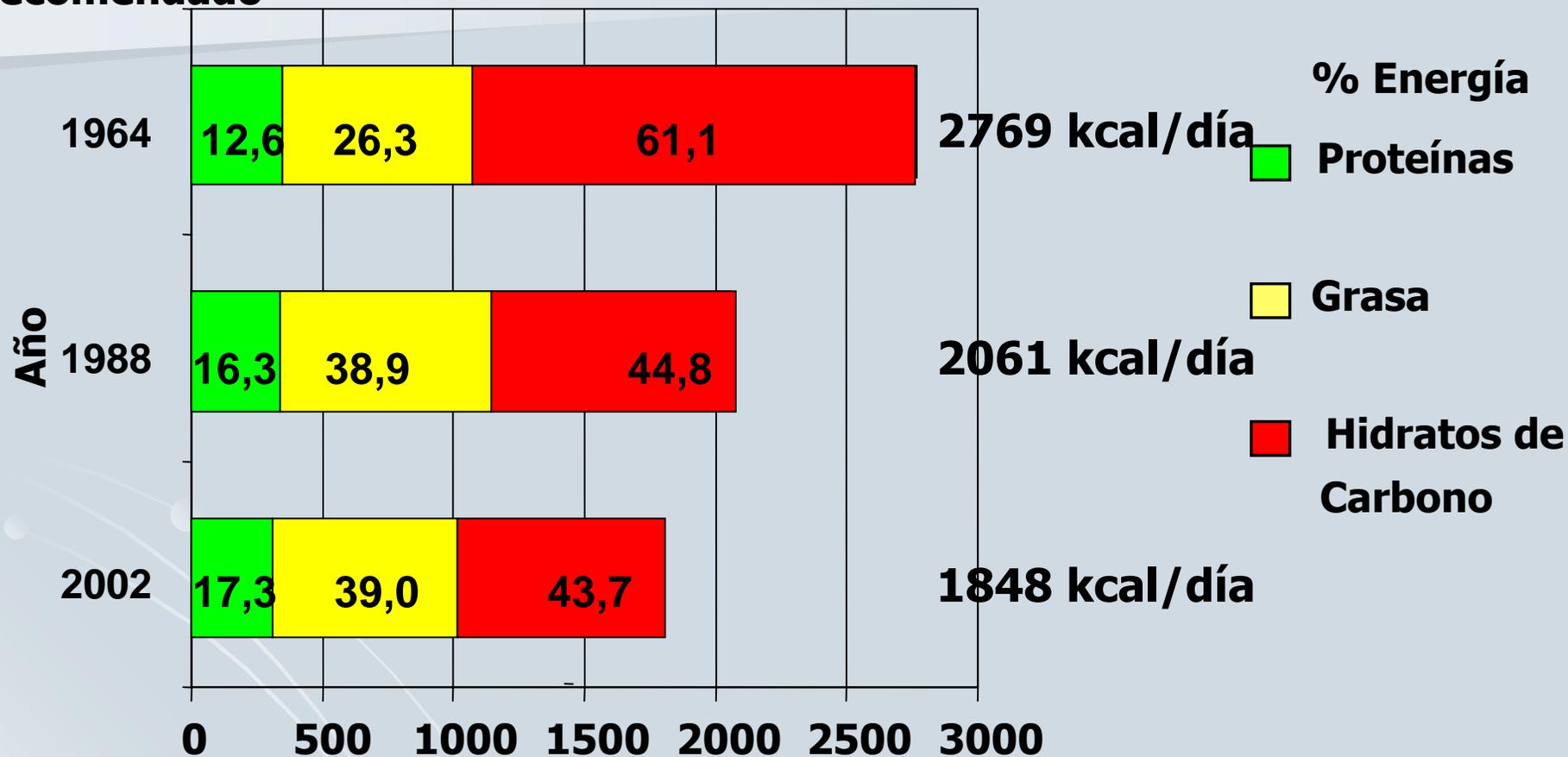
# Evolución de la ingesta energética y perfil calórico de la dieta en los últimos 40 años

**% Energía Recomendado**

10-12

<30-35

50-60



Datos de grasa corregidos (considerando 3/4 del volumen comprado)

(MAPA, 2004)

# Diferentes actividades según la época

---

Década de los 50

**JUGAR**  
**900 CAL/4H**

COMPRAR POR LA CALLE  
2.500 CAL/SEMANA

CORTAR CÉSPED A MANO  
500 CAL/H

**HACER LA CAMA**  
**575 CAL/SEMANA**

HACER FUEGO LEÑA  
11.300 CAL/SEMANA

LAVADO DE ROPA A MANO  
1.500 CAL/DIA

**COCHE SIN DIRECCIÓN ASIST.**  
**96 CAL/HORA**

Década de los 90

**VER TV**  
**310 CAL/4H**

COMPRAR EN  
GRAN SUPERFICIE  
1.500 CAL/SEMANA

CORTADORA ELÉCTRICA  
180 CAL/H

**ECHAR EL EDREDÓN**  
**30 CAL/SEMANA**

ENCENDER FUEGO GAS  
SIN GASTO CALÓRICO

PONER LA LAVADORA  
280 CAL/2 HORAS

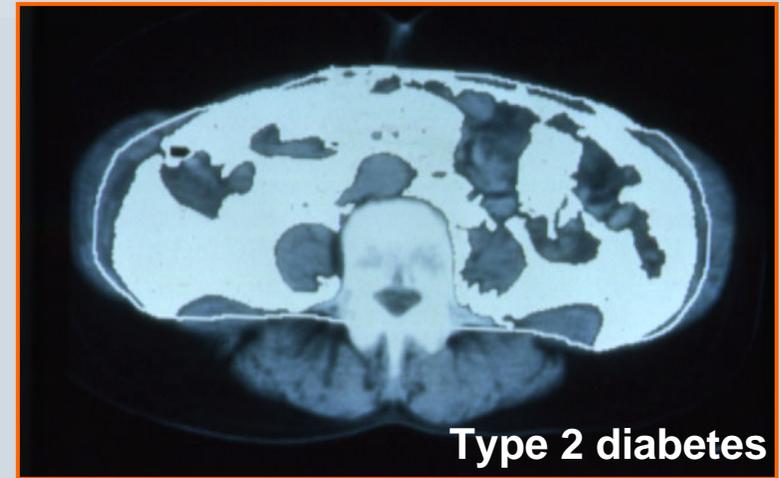
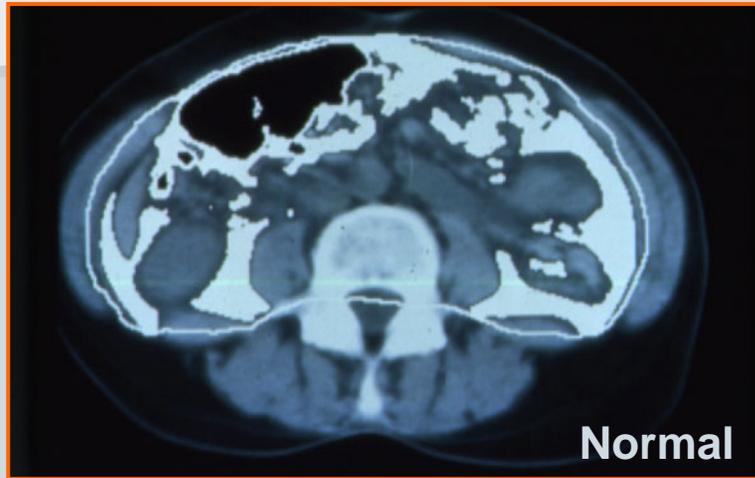
**DIRECCIÓN ASISTIDA**  
**20 CAL/HORA**

## ¿CÓMO SE MIDE Y CLASIFICA EL EXCESO DE PESO?

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (Kg.)}}{\text{altura (m}^2\text{)}}$$

Clasificar al paciente según la cantidad de grasa y estima el riesgo relativo de presentar otras enfermedades

# DISTRIBUCIÓN ABDOMINAL DE LA GRASA



## Tejido adiposo abdominal

- Subcutáneo (70% de la grasa corporal)
- Intraabdominal (20% de la grasa corporal):
  - Retroperitoneal
  - Visceral : 10% de la grasa total

# EFECTO DE LA LIPOSUCCIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

**Klein. NEJM 2004;350:2549**

La retirada de 10 kg de grasa subcutánea no induce ningún efecto positivo sobre los factores de riesgo, ni sobre la S a la Insulina



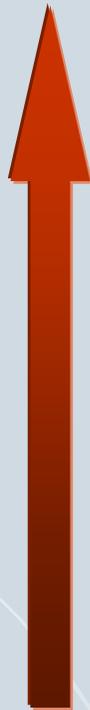
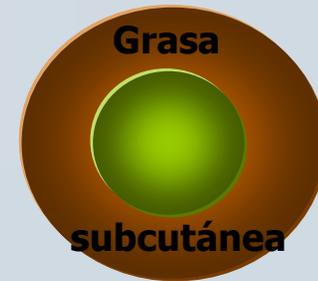
# CONCEPTOS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

- La obesidad requiere un tratamiento a largo plazo (como la diabetes o la hipertensión). Por ello se requiere un tratamiento multidisciplinar de por vida.
- La pérdida moderada de peso (5%-10%) produce significativos beneficios clínicos.
- Se puede conseguir una pérdida de peso moderada y sostenida a largo plazo.
- La farmacoterapia no está financiada por el SNS y los Dietistas no se han incorporado al SNS

# Reducción del peso



**Reducción 5-10% peso**  
↓ 30 % grasa visceral



## **Dislipemia Aterogenica**

↑ Triglicéridos, ↓ cHDL  
↑ apo B, LDL y HDL p-d

## **Resistencia Insulina**

Hiperinsulinemia  
Hiperglucemia

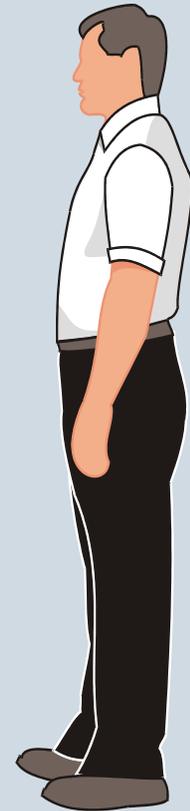
## **Estado Trombótico**

↑ PAI-1, ↑ Fibrinogen

## **Estado Inflamatorio**

↑ PCR, ↑ Citokinas

## **Disfunción endotelial**



**Alto**

**Riesgo Vascular**

**Bajo**

# **ESTRATEGIAS DE POR VIDA**

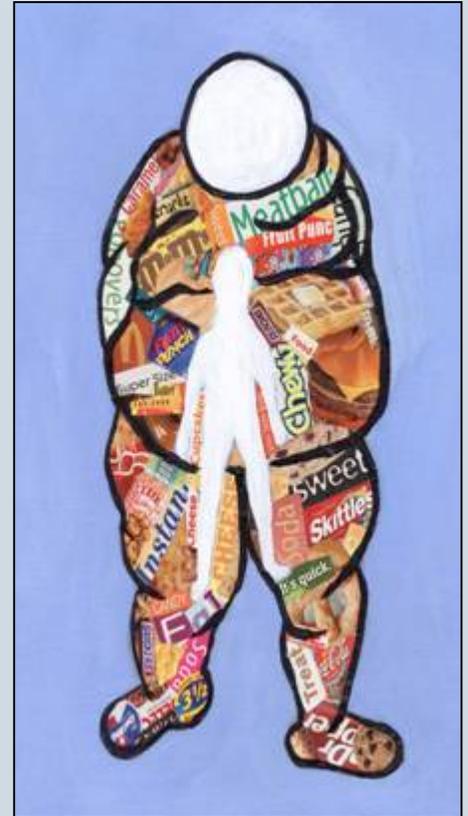
- 1 – Pérdida de peso mantenida en el tiempo
- 2 - No favorezcan la desnutrición
- 3 – No recuperación del peso perdido
- 4 - No inducción de TCA

# Obesidad: El Problema

---

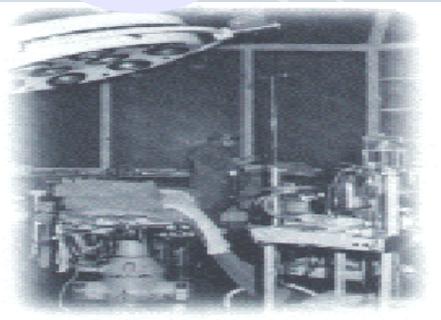
1.- Para el desarrollo de Obesidad, la ingesta energética debe estar por encima de las necesidades metabólicas.

2.- Con la pérdida de peso, la masa magra disminuye reduciéndose el Gasto Energético, por lo que se requiere una disminución progresiva de la ingesta para mantener la reducción de peso.



## PREVENCIÓN

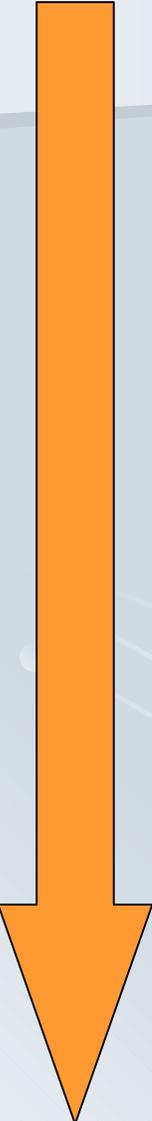
# ESTRATEGIA INTEGRAL



**CIRUGÍA**

# DIFERENTES MECANISMOS DE ACCIÓN

---

- 
1. **Disminuir el aporte de calorías**
  2. **Aumentar el gasto de Energía**
  3. Activos sobre el Sist.Gastrointestinal  
( **ABSORCIÓN** )
  4. Estimulantes de la Termogénesis  
( **GASTO ENÉRGICO** )
  5. Activos sobre el SNCentral :**SEROTONINÉRGICOS, ADRENÉRGICOS Y BLOQUEO R ENDOCANNABINOIDES**  
( **APETITO Y SACIEDAD** )
  6. Activos sobre el adipocito  
( **LIPOGENESIS Y LIPOLISIS v S INSULINA** )

# ¿ CÓMO ORIENTAR EL TRATAMIENTO DIETÉTICO DE UN PACIENTE CON OBESIDAD ?

**1- EDAD Y SEXO  
DIAGNÓSTICOS  
ASOCIADOS**

**2- GRADO DE  
OBESIDAD  
Cintura**

**3 - PATRÓN DE  
ALIMENTACIÓN**

**4 - PATRÓN  
DE ACTIVIDAD  
FÍSICA**

**5-PERSONALIDAD  
MOTIVACIÓN  
FACTORES  
SOCIALES**

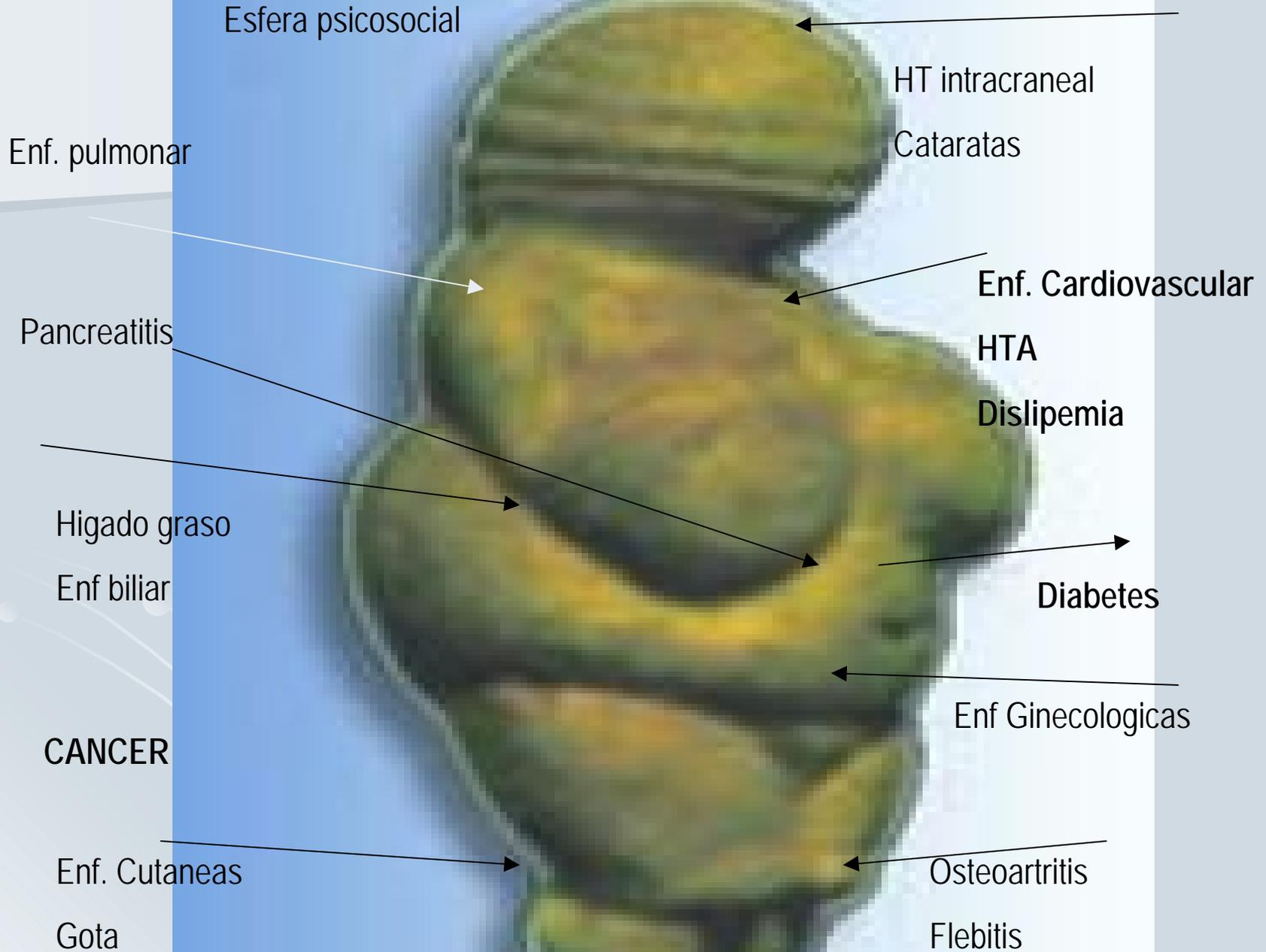
**6 -DEPRESIÓN  
TABACO  
BAJO NIVEL  
CULTURAL**



**7 -OBJETIVOS/tiempo**

**8 -TIPO DE ESTRATEGIA**

# Complicaciones asociadas con la obesidad



# DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS- 1

◆ **EDAD / SEXO/PATOLOGÍA ASOCIADA**

◆ Intensidad /Potencia del tratamiento

◆ Necesidad /Urgencia de resultados

◆ **EN GENERAL :**

◆ **DIETA----VLCD----FÁRMACOS----CIRUGÍA**

**NO URGENTE-----MAS URGENTE**

# ¿ CÓMO ORIENTAR EL TRATAMIENTO DIETÉTICO DE UN PACIENTE CON OBESIDAD ?

**1- EDAD Y SEXO  
DIAGNÓSTICOS  
ASOCIADOS**

**2- GRADO DE  
OBESIDAD  
Cintura**

**3 - PATRÓN DE  
ALIMENTACIÓN**

**4 - PATRÓN  
DE ACTIVIDAD  
FÍSICA**

**5-PERSONALIDAD  
MOTIVACIÓN  
FACTORES  
SOCIALES**

**6 -DEPRESIÓN  
TABACO  
BAJO NIVEL  
CULTURAL**



**7 -OBJETIVOS/tiempo**

**8 -TIPO DE ESTRATEGIA**

# GRADO DE OBESIDAD-1

## **Criterios SEEDO para definir la obesidad en grados según el índice de masa corporal (IMC) en adultos** **Categoría Valores límite de IMC (kg/m<sup>2</sup>)**

Peso insuficiente < 18,5

Peso normal 18,5-24,9

Sobrepeso grado I 25,0-26,9

Sobrepeso grado II (preobesidad) 27,0-29,9

Obesidad de tipo I 30,0-34,9

Obesidad de tipo II 35,0-39,9

Obesidad de tipo III (mórbida) 40,0-49,9

Obesidad de tipo IV (extrema)  $\geq 50$

# NORMOPESO IMC < 25

Cada dos años daremos un consejo breve con un mensaje

para que :

SEMERGEN. 2007;33(9):463-5

- 1) Haga **ejercicio** diariamente. Camine entre 30-60 minutos y practique algún deporte.
- 2) Consuma una **alimentación saludable**: frutas, verduras y hortalizas diariamente (5 raciones/día); cereales preferentemente integrales, legumbres, productos lácteos bajos en grasa, aceite de oliva, pescado, carnes magras y huevos 3 veces por semana y control de la sal.
- 3) Observaremos y advertiremos sobre **conductas de riesgo** que se asocian a sobrepeso:
  - Prescindir de comidas principales como el desayuno.
  - “Picar” entre horas.
  - Comer mientras se ve la televisión.
  - Sentarse horas frente al ordenador o consolas.
  - Beber abundantes refrescos con azúcar y alcohol.

## **SOBREPESO IMC > 25- 30**

- 1) A estos pacientes se les explicará que tienen sobrepeso y los problemas que se pueden derivar.
- 2) Identificaremos **posibles causas** que le hayan podido llevar al sobrepeso.
- 3) Evaluar la **motivación del paciente** para cambiar su estilo de vida y para perder peso.
- 4) Objetivo en estos pacientes: **pérdida del 5% del peso y mantenimiento del peso perdido.**
- 5) Consejo: **camine**, como mínimo, entre 30-60 minutos a paso ligero. El **consejo dietético** será el mismo que en población con normopeso.
- 6) Todas las modificaciones que hagamos en la dieta y el control de pérdida de peso han de ser **seguidas**, al principio, por personal sanitario (médicos y/o enfermería), y cuando el paciente vaya progresando adecuadamente, se harán revisiones cada 3-6 meses.
- 7) Si no hubiera alcanzado el objetivo de pérdida de peso estimado en pacientes que tienen **2 o más comorbilidades asociadas, valorar introducir fármacos** apropiados para la pérdida de peso.
- 8) Los fármacos actualmente autorizados por el Ministerio de Sanidad para la pérdida de peso a largo plazo son Sibutramina, Orlista y Rimonabant, y pueden ser manejados de manera habitual por su seguridad y fácil manejo.

## OBESIDAD GRADO IMC > 30

- 1 – Pondremos especial énfasis en explicarle los **peligros** que tiene la obesidad para su salud y bienestar.
- 2 – **Pérdida del 5-10%** del peso y **mantenimiento** del peso perdido.
- 3 - Utilizar **fármacos** autorizados para lograr una mayor eficacia en la pérdida de peso.
- 4 - **Camine**, como mínimo, entre 30-60 minutos a paso ligero.
- 5 - Consejo dietético: **restringiremos la cantidad en la ingesta habitual (500 kcal/día)**, recomendando productos lácteos desnatados y más frutas y verduras. El consumo de aceite de oliva debe ser sólo de 3 cucharadas al día.

# PERÍMETRO DE CINTURA

Riesgo relativo de presentar comorbilidades mayores que confieren el exceso de peso y la distribución del tejido adiposo.

## Riesgo relativo a partir del perímetro de la cintura

### IMC (kg/m<sup>2</sup>)

Peso normal 18,5-24,9  
**Sobrepeso 25,0-29,9**  
Obesidad 30,0-34,9  
35,0-39,9  
Obesidad mórbida  $\geq 40$

### Varones $\leq 102$ cm

### Mujeres $\leq 88$ cm

Ninguno  
**Ligeramente aumentad**  
Aumentado  
Alto  
Muy alto

### Varones $> 102$ cm

### Mujeres $> 88$ cm

Ligeramente aumentado  
**Aumentado**  
Alto  
Muy alto  
Muy alto

## GRADO DE OBESIDAD - 2

- ◆ Cintura de Riesgo sin sobrepeso con /sin FR. **Educación.**
- ◆ Cintura de Riesgo con sobrepeso sin FR. **Educación /Dieta**
- ◆ Cintura de Riesgo con sobrepeso con FR. **Educación /Dieta / Fármacos**
- ◆ Obesidad grado I con /sin FR.
- ◆ Obesidad Grado II con /sin FR.

**Educación /Dieta / Fármacos**

- ◆ Obesidad Grado III con /sin FR. **Educación /Dieta / Fármacos/Cirugía**

# ¿ CÓMO ORIENTAR EL TRATAMIENTO DIETÉTICO DE UN PACIENTE CON OBESIDAD ?

**1- EDAD Y SEXO  
DIAGNÓSTICOS  
ASOCIADOS**

**2- GRADO DE  
OBESIDAD  
Cintura**

**3 - PATRÓN DE  
ALIMENTACIÓN**

**4 - PATRÓN  
DE ACTIVIDAD  
FÍSICA**

**5-PERSONALIDAD  
MOTIVACIÓN  
FACTORES  
SOCIALES**

**6 -DEPRESIÓN  
TABACO  
BAJO NIVEL  
CULTURAL**



**7 -OBJETIVOS/tiempo**

**8 -TIPO DE ESTRATEGIA**

# ENCUESTAS DIETÉTICAS EN OBESIDAD

## COMPARACIÓN ENTRE LO QUE INGIERE UNA PERSONA NORMAL Y OTRA CON SOBREPESO

	Kcal.	
	Notificado	Real
Persona normal	1878	1911
Persona con sobrepeso	1610	2455

# PATRONES ANÓMALOS DE ALIMENTACIÓN EN SOBREPESO

- DESEO COMPULSIVO DE DETERMINADOS ALIMENTOS ( CRAVING )
- REFRIGERIOS ENTRE COMIDAS ( PICOTEO )
- TRASTORNO POR COMPULSIÓN
- CONSUMO EXAGERADO DURANTE LAS COMIDAS
- DESEQUILIBRIO EN LA INGESTA DE MACRONUTRIENTES

# DIETA Y TABACO

## ■ ADOLESCENTES:

40% creen que el tabaco controla su peso y 12% inician tabaquismo como práctica adelgazante.

KLESGES RC 1997

## ■ CONTROL DIETÉTICO:

En estrés fuman más pero no aumentan la ingesta. Al dejar el tabaco, aumento más significativo de peso.

MITCHELL SL 1998

# DIETA ADECUADA( MEDITERRANEA )

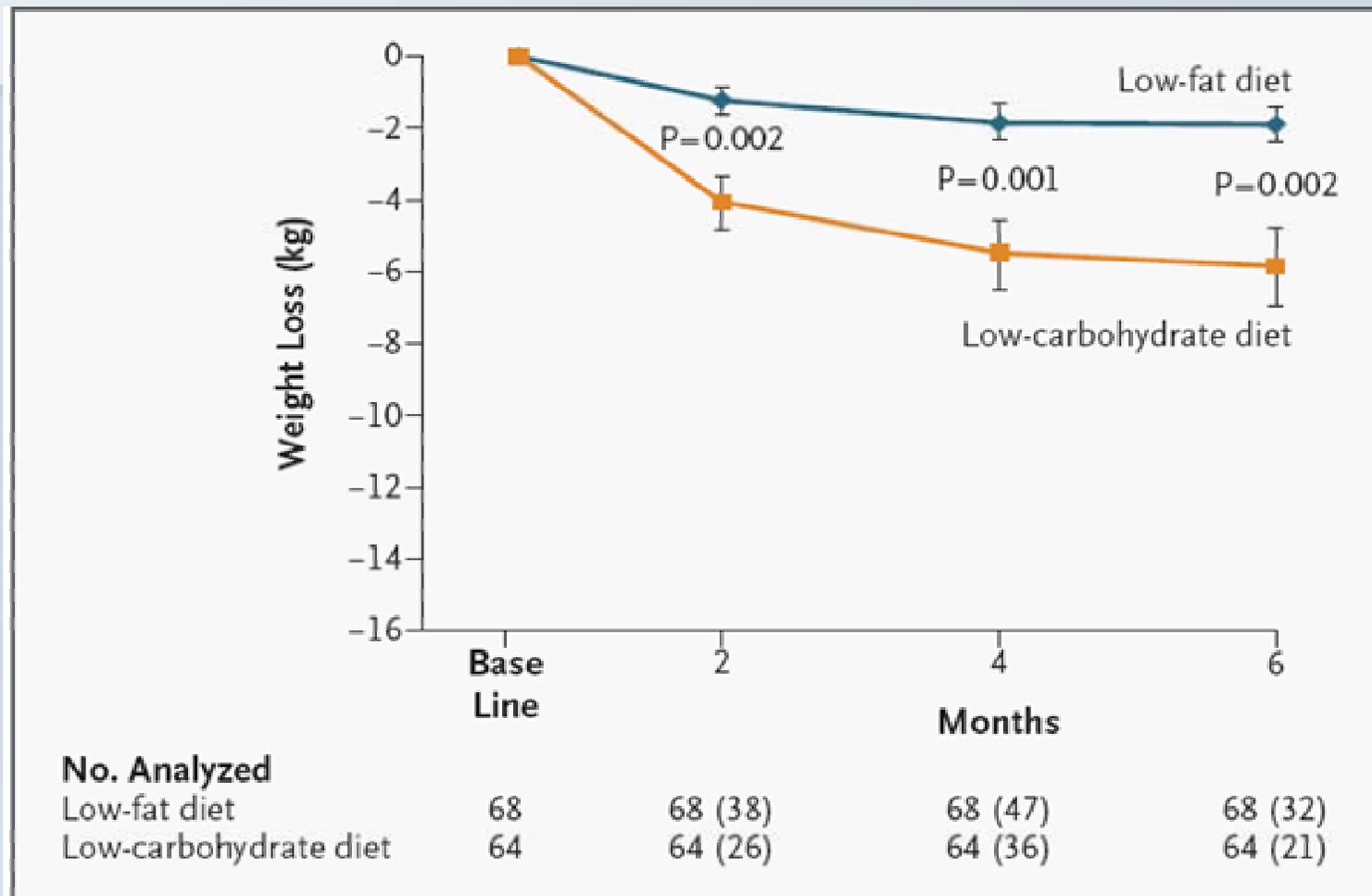
- **1. CIENTÍFICAMENTE RACIONAL**
- **2. SEGURA CON ADECUACIÓN NUTRICIONAL EN TODOS ( o casi todos ) LOS NUTRIENTES, SALVO ENERGÍA**
- **3. PRÁCTICA Y EFECTIVA A LARGO PLAZO**
- **OTRAS**

- **DE LA ZONA,HERBALIFE,NATURHOUSE,ATKINS,WEIGHT WATCHERS,SOUTH BEACH...**
- **TIENEN SU LINEA COMPLETA DE PRODUCTOS EN TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS**

Dansinger.Jama 2005

- **“ baja adherencia en todas. Más adherencia , mejores resultados ”**

# A LOW-CARBOHYDRATE COMPARED WITH A LOW-FAT DIET IN SEVERE OBESITY



*N Engl J Med 2003;348:2074-81*

***“ La mayoría de los estudios que se han realizado utilizando dietas isocalóricas en el que el contenido de carbohidratos se ha manipulado, esencialmente muestran la misma pérdida de peso cuando se controla el contenido calórico.***

***La ingestión de macronutrientes no parece marcar la diferencia en términos de pérdida de peso”***

***Wadden ( JAMA 2003)***

# GRADO DE RESTRICCIÓN CALÓRICA

- 1 Kilogramo de grasa cuesta 7.200 Kcal
- Para perder 1 Kg / semana se deben ingerir 1000 Kcal menos cada día

---

**RESTRICCIÓN MODERADA :**  
**500 Kcal menos**

---

James.J Clin Endocrinol Metab. 1.984

# TRATAMIENTO NUTRICIONAL-DIETA:

1. RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE
2. RECOMENDACIONES GENERALES PARA CONTROL DE PESO
3. DIETAS CON EQUIVALENCIAS Y EDUCACIÓN (elección abierta con cantidad y frecuencia fijadas)
4. DIETAS PREFIJADAS DESDE 800/1200/1500/1800 KCAL.ETC (elección y gramos prefijados)
5. DIETAS INDIVIDUALIZADAS ( diseñadas a medida y en función de preferencias )

## PATRÓN DE ALIMENTACIÓN- 3

- ◆ *Exceso de cantidad : **disminuir 500 Kcals** .*
- ◆ Cantidad normal / baja calidad: **Educación**
- ◆ Caos organizativo: **Organización**
- ◆ Picoteo Global o selectivo / Trastorno por compulsión / Bulimia Nerviosa  
**Educación individualizada**

# OTRAS OPCIONES DE APOYO AL TRATAMIENTO DIETÉTICO

- NUTRIENTES ( CLA,FIBRA... )
- ALIMENTOS (TE, ALIMENTOS LIGHT...)
- ALIMENTOS FUNCIONALES
- SUSTITUTOS DE LAS COMIDAS
- DIETAS DE MUY BAJO CONTENIDO CALÓRICO

# ¿ CÓMO ORIENTAR EL TRATAMIENTO DIETÉTICO DE UN PACIENTE CON OBESIDAD ?

**1- EDAD Y SEXO  
DIAGNÓSTICOS  
ASOCIADOS**

**2- GRADO DE  
OBESIDAD  
Cintura**

**3 - PATRÓN DE  
ALIMENTACIÓN**

**4 - PATRÓN  
DE ACTIVIDAD  
FÍSICA**

**5-PERSONALIDAD  
MOTIVACIÓN  
FACTORES  
SOCIALES**

**6 -DEPRESIÓN  
TABACO  
BAJO NIVEL  
CULTURAL**



**7 -OBJETIVOS/tiempo**

**8 -TIPO DE ESTRATEGIA**

# *El ejercicio físico y el apetito en obesos.*

- **Las mujeres entrenadas ( 45 min X 5 veces sem ) por 15 semanas, frente al grupo control, disminuyeron de forma voluntaria la ingestión calórica, principalmente a partir de la sexta semana, y tuvieron menor tendencia al picoteo e ingirieron menos pan y galletas.**

**Nieman y col. The effects of moderate exercise training on nutrient intake in middle obese women. J Am Diet Assoc 1990, ps: 1557-62.**

- **Mejor el entrenamiento aeróbico ?.**

**Rahkila y col. Medicine and Science in sports and exercise 1987; 19 (5), ps: 451-5.**

# *Ejercicio físico versus dieta hipocalórica.*

- La reducción en la ingesta calórica tiene un mayor impacto que el gasto por actividad física

**Jakicic . Am J Clin Nutr 2005**

- La combinación de dieta y ejercicio induce el mayor impacto sobre la pérdida de peso.

Reducciones en el peso corporal de 11,4; 8,4 y 0,3 % en hombres participando en 12 semanas de dieta y ejercicio, dieta sola o ejercicio sólo, respectivamente.

**Hagan . Med Sci Sports Exerc 1986**

# PATRÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA- 4

Actual

NADA

Caminan ( t° )

Ejercicio habitual

Inicio

Caminar

Otros ejercicios

Aumentar tipo de actividades

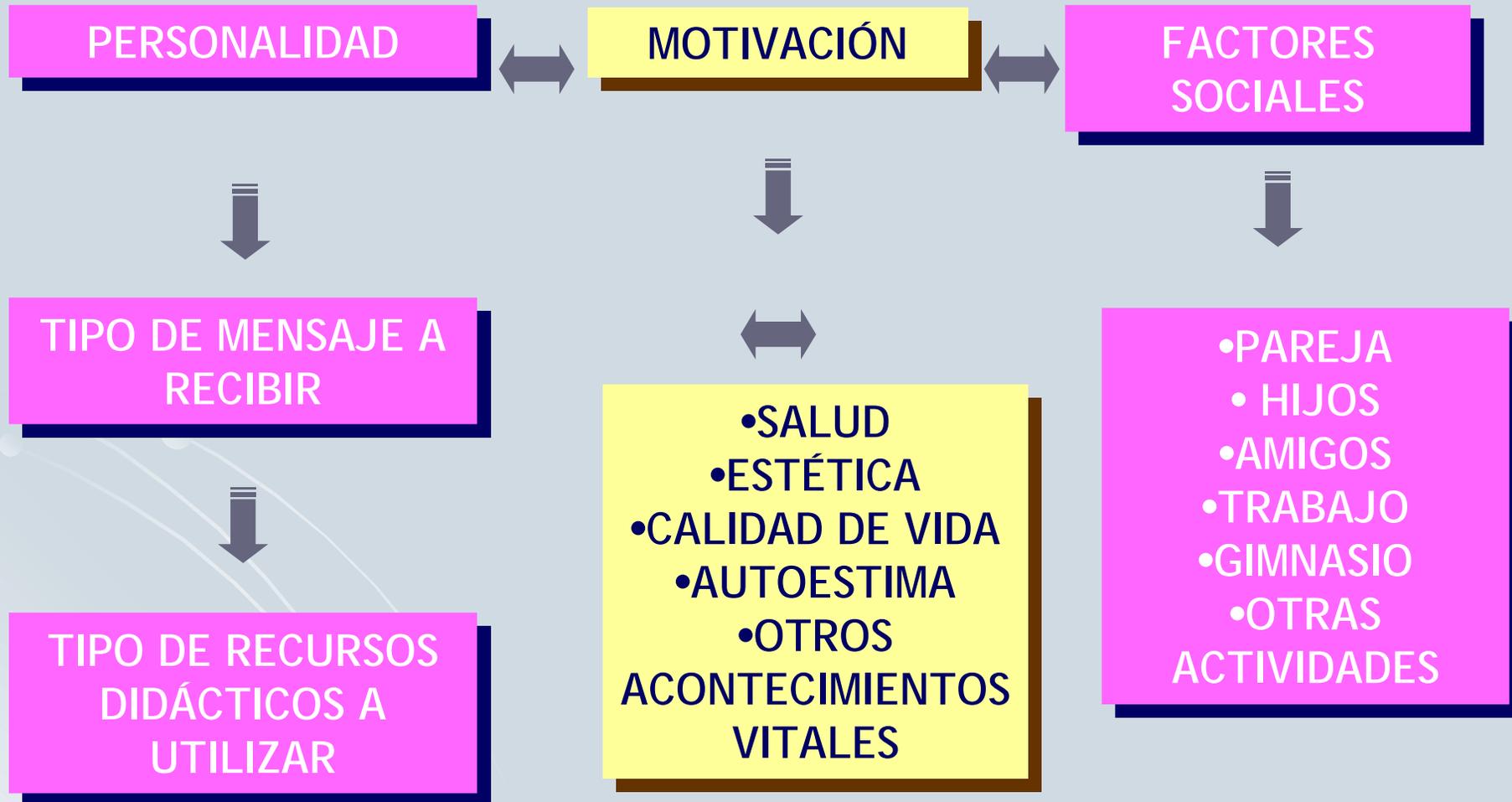
No viable

Fisiot/Rehabilit

Aumentar el tiempo

Aumentar el tiempo

# OTROS FACTORES A CONSIDERAR - 5



# ¿ CÓMO ORIENTAR EL TRATAMIENTO DIETÉTICO DE UN PACIENTE CON OBESIDAD ?

**1- EDAD Y SEXO  
DIAGNÓSTICOS  
ASOCIADOS**

**2- GRADO DE  
OBESIDAD  
Cintura**

**3 - PATRÓN DE  
ALIMENTACIÓN**

**4 - PATRÓN  
DE ACTIVIDAD  
FÍSICA**

**5-PERSONALIDAD  
MOTIVACIÓN  
FACTORES  
SOCIALES**

**6 -DEPRESIÓN  
TABACO  
BAJO NIVEL  
CULTURAL**



**7 -OBJETIVOS/tiempo**

**8 -TIPO DE ESTRATEGIA**

# OBESIDAD

## ■ DETERMINANTES PSICOSOC. EN OB\_MÓRBIDA:

- nivel social, - activid. física y + consumo de grasa. No peores índices Psicopatológicos.

LE BARZIC 1993

## ■ PREDICTORES DE EFICACIA\_TERAPEÚTICA: Peores resultados si existe tabaco, depresión, vida sedentaria e HTA

CLARK 1996

## ■ PROBLEMÁTICA FUNDAMENTAL:

**mantenimiento en el tiempo.**

# FACTORES DE MAL PRONÓSTICO - 6

DEPRESIÓN

TABACO

BAJO NIVEL CULTURAL



\*GRAVE : DESESTIMAR TRATAMIENTO

\* LEVE:FLUOXETINA Y EQUIVALENTES

\*OBESIDAD COMO CAUSA DE LA DEPRESIÓN : TTO



•PROGRAMA DE TABACO SOLO  
•TABACO MAS DIETA  
•AHORA SOLO DIETA

•ALTO  
• MEDIO  
•BAJO

# ¿ CÓMO ORIENTAR EL TRATAMIENTO DIETÉTICO DE UN PACIENTE CON OBESIDAD ?

**1- EDAD Y SEXO  
DIAGNÓSTICOS  
ASOCIADOS**

**2- GRADO DE  
OBESIDAD  
Cintura**

**3 - PATRÓN DE  
ALIMENTACIÓN**

**4 - PATRÓN  
DE ACTIVIDAD  
FÍSICA**

**5-PERSONALIDAD  
MOTIVACIÓN  
FACTORES  
SOCIALES**

**6 -DEPRESIÓN  
TABACO  
BAJO NIVEL  
CULTURAL**



**7 -OBJETIVOS/tiempo**

**8 -TIPO DE ESTRATEGIA**

# OBJETIVOS REALISTAS

- Conocer los deseos del paciente, y cual es la razón principal que motiva al paciente a perder peso.
- Preguntarle que está dispuesto a hacer.
- Establecer un objetivo de Peso sano
- Diferenciarlo claramente del Peso ideal
- Control de comorbilidades. Explicar los beneficios de perder peso.
- Establecer un plan.

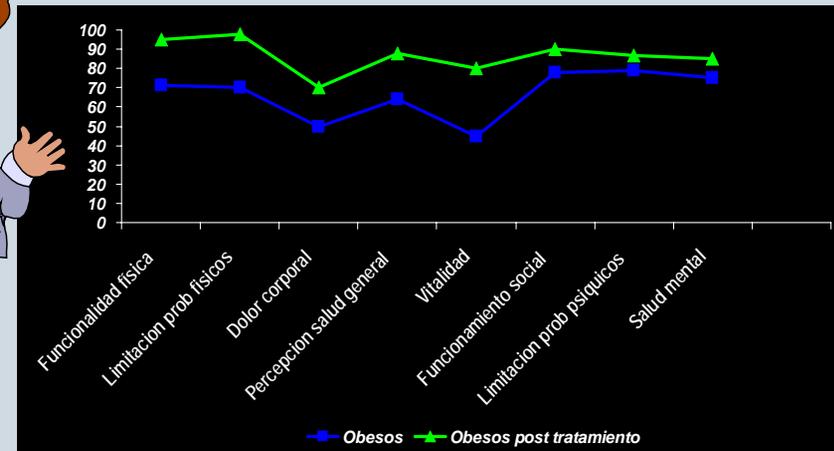
Objetivos de Salud

Objetivos de  
Calidad de vida

Objetivos Estéticos

# MARCA OBJETIVOS DE CALIDAD DE VIDA

- Movilidad
  - Subir 1-2 piso sin fatigarse.
  - Ponerse las medias o abrocharse los zapatos
- Reducir dolor corporal.
  - Dolor de espalda, articulaciones.
- Mejorar Autoestima
  - Sentirse mejor, mejorar relaciones sociales
- Mejorar aspecto externo
  - Reducir tallas, facilidad para encontrar la talla de ropa que gusta
- Respirar mejor y roncar menos



# TIPO DE ESTRATEGIA

- ◆ **EMPATIZAR** : estrategias de modificación de conducta
- ◆ **ELECCIÓN DEL MOMENTO OPORTUNO**: negociarlo
- ◆ **VARIAS ALTERNATIVAS** : sólo organización, dieta cerradas, sustitutos de las comidas...

## ◆ TIPO DE PROGRAMA



- **PROGRAMA DE INICIO**
- **PROGRAMA DE REFUERZO**
- **PROGRAMA DE MANTENIMIENTO**

# ESTRATEGIAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA CAMBIO DE ESTILO DE VIDAD

- AUTOMONITORIZACIÓN
- EXPECTATIVAS REALISTAS
- METAS A CORTO PLAZO EN DIETA Y EJERCICIO
- IDENTIFICAR LOS FACTORES NEGATIVOS Y COMBATIRLOS
- CAMBIAR PERCEPCIONES , PENSAMIENTOS Y CREENCIAS
- AUTOANALISIS DE LOS PROBLEMAS PARA EL MANTENIMIENTO POSTERIOR
- ANTICIPARSE A LOS PROBLEMAS ( VIAJES, BODAS, CUMPLEAÑOS...)
- MEDIDAS DE APOYO PARA MANEJAR EL ESTRÉS
- APOYO POSITIVO ANTE EL ÉXITO
- APOYO SOCIAL AMPLIO
- MÁXIMO NIVEL DE CONTACTO : visitas, teléfono, o Internet

# MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

– 1. EVALUACIÓN INICIAL

– 2. REVISIONES SERIADAS

\* **Objetivos** : velocidad , estandar o mantenimiento

\* **Asistencia** : hospital, especialista o Atención primaria

\* **Sistema** : Individual o grupal

\* **Frecuencia** : Semanal , quincenal , mensual , trimestral  
( protocolo )

**Individualizado**

– 3. REVISIONES DERIVADAS DE LA PATOLOGÍA ASOCIADA

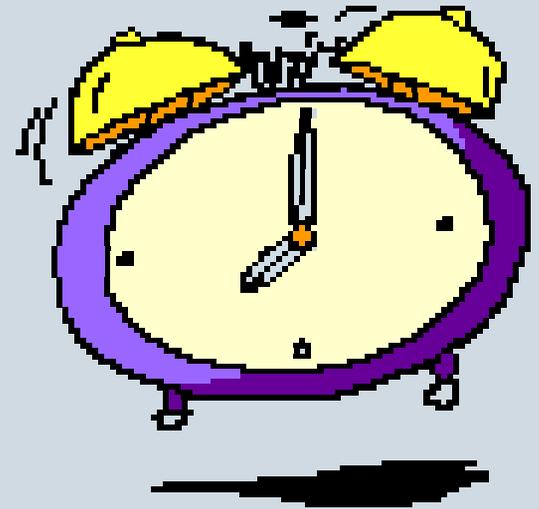
– 4. EDUCACIÓN Y MANTENIMIENTO

**OBLIGADA SUPERVISIÓN MÉDICA**

**Y POR ÚLTIMO,  
RECONOCE EL LOGRO**



# MOTIVACIÓN



# BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- 1 - Clinical Implications of Obesity With Specific Focus on Cardiovascular Disease. A Statement for Professionals From the American Heart Association. *Circulation*. 2004;110:2952-2967.
- 2 - Estrategia SEMERGEN, SEEDO y SEEN para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en Atención Primaria. SEMERGEN. 2007;33(9):463-5
- 3 - Criterios de derivación desde atención primaria a atención especializada de pacientes con obesidad. Criterios de buena práctica en atención especializada. *Endocrinol Nutr*. 2005;52(1):38-9